

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 28 Octobre 2014

Par **Caroline THOCAVEN**
Née le 31 juillet 1986 à Toulouse

État des Lieux du Processus de Migration Sanitaire Programmé des Comores vers Mayotte

Directeurs de thèse : Mme le docteur Jeanne DUPRAT
Mme le docteur Laetitia HUIART

Rapporteur de thèse : M. le Professeur Pierre AUBRY

Membres du Jury

Mme le professeur Frédérique SAUVAT	Président
M. le Professeur Pierre AUBRY	Jury
Mme le docteur Jeanne DUPRAT	Jury
M. le docteur Philippe DURASNEL	Jury
Mme le docteur Laetitia HUIART	Jury
Mme le docteur Marianne SAVES	Jury

A mon président de thèse Madame le Professeur Frédérique Sauvat :

Merci de présider cette thèse et de votre intérêt porté à ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A mon rapporteur de thèse Monsieur le Professeur Pierre Aubry :

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse et de faire partie de mon jury.
Merci pour votre aide et pour votre investissement dans la médecine tropicale dans l'Océan Indien.

A Madame le Docteur Marianne Saves :

Merci de me faire l'honneur de siéger à ce jury de thèse et de juger de ce travail.
Veuillez trouver ici tous mes remerciements et ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Philippe Durasnel :

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse et de juger mon travail
Merci pour votre investissement aux Comores et ailleurs, pour l'exemple que vous donnez chaque jour
d'une médecine juste et passionnante.

A ma co-directrice de thèse Madame le Docteur Jeanne Duprat :

Je suis très heureuse que tu m'ais accompagnée dans cette expérience : merci pour ton aide précieuse,
ta gentillesse et ton humanité.

A ma co-directrice de thèse Madame le Docteur Laetitia Huiart :

Merci de participer à jury et de l'intérêt porté à ce travail.
Je vous remercie sincèrement de m'avoir apporté votre aide et votre soutien pour ce travail de thèse.

Merci aux services qui m'ont accueilli durant mon internat, à mes enseignants et coordinateurs
pédagogiques qui m'ont permis de développer mon sens clinique et humain. Au service de réanimation
du CHM, qui a dû me supporter durant mon travail de thèse !

Un grand merci à toutes les personnes qui se sont impliquées dans cette thèse :

A Madame le docteur Sabine Henry, qui est un modèle d'implication dans notre métier pour sa
gentillesse, ainsi qu'à l'Agence Régionale de Santé de Mayotte et au CHM qui m'ont permis de mener ce
travail à bien.

A Madame Hassana Mourtadhoj, secrétaire de direction, pour son aide et sa disponibilité.

A Monsieur Malidi Ben Hamidou, responsable du bureau des entrées du CHM pour son aide et sa
patience.

Au service des evasan du CHM et au service de la DIM.

A mes relecteurs appliqués : mon père, Anne-Marie et Pauline.

A Aurélie pour son investissement dans l'associatif à Mayotte et son association « le village d'Eva ».

A Médecins du Monde à Mayotte, pour leur combat pour l'accès médical pour tous

A toutes les personnes aux Comores qui m'ont aidées dans mon travail (Dr. Attoumane et Dr.
Hassanaly).

A Florian, pour son amour et sa confiance, pour partager avec moi cette aventure extraordinaire.

A mes parents, Jean-Jacques et Michèle, pour avoir toujours été présents et avoir cru en moi depuis le départ : votre soutien a été essentiel.

A Sophie, pour sa gentillesse et ses attentions de petite soeur.

A Valérie, merci d'être telle que tu es et d'être là pour moi.

A Denise pour la rosette et les œufs de Brigitte.

A Jean-Michel GROC, mon médecin généraliste, celui par qui la vocation est née : puis-je être un médecin aussi humain et aussi juste que toi.

Un grand merci à tous mes amis pour leur soutien : ils ont su comprendre ma vocation et mon investissement :

Pour ceux de longues dates :

A Maxime, mon premier ami, pour sa fidélité et son amitié,

A Ericka, pour son optimisme pétillant et tous ces moments inoubliables,

A Stéphanie, à Xav, à Alex, à François : même loin, je ne vous oublie pas les copains.

Pour la joyeuse bande toulousaine : vous m'avez permis de ne pas me perdre sur le chemin et de rester fidèle à moi même.

A Skanito, juste pour être lui, à Fab, bon courage pour ton engagement humanitaire, à Brat, à Alex, à Auré, à Anaïs (vivement le Canada), à Quentin et Antoine, à Jeannot, à Julien, à Marco.

A toutes ces merveilleuses rencontres que j'ai faites dans l'Océan Indien et qui ont rendues cette expérience si enrichissante :

A la famille déjantée des G-D, avec Théo et tiana, des fois c'est dur, mais je vous adore !

A Fanny, pour sa gentillesse et sa motivation... Et ses encouragements !

A Mathieu (mon acolyte de thèse).

A Chloé et Marine (les deux p...).

A Fabien et notre sauce magique.

A pan-pan.

A Takma, Marion et Kats : on va être bien à Combani !.

A Delphine et Jérem, A Pauline et Youstous...

Et puis, à toute la tribu des urgences de Mayotte, cette grande famille qui m'a transmis cette vocation et donné l'envie revenir : Jeanne, Salamata, Taf et Magda, Mael et Alex, Léo, PH ;

A toute l'équipe paramédicale des urgences et de la réanimation : les filles, vous êtes géniales.

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 28 Octobre 2014

Par **Caroline THOCAVEN**
Née le 31 juillet 1986 à Toulouse

État des Lieux du Processus de Migration Sanitaire Programmé des Comores vers Mayotte

Directeurs de thèse : Mme le docteur Jeanne DUPRAT
Mme le docteur Laetitia HUIART

Rapporteur de thèse : M. le Professeur Pierre AUBRY

Membres du Jury

Mme le professeur Frédérique SAUVAT	Président
M. le Professeur Pierre AUBRY	Jury
Mme le docteur Jeanne DUPRAT	Jury
M. le docteur Philippe DURASNEL	Jury
Mme le docteur Laetitia HUIART	Jury
Mme le docteur Marianne SAVES	Jury

Table des matières

Introduction	12
I Présentation de l’archipel des Comores	14
I.1 Contexte géographique et climatique.....	14
I.2 Histoire des Comores	15
I.3 Contexte démographique.....	17
I.4 Contexte socio-économique	20
I.5 Immigration clandestine.....	20
II Organisation des soins	23
II.1 La santé à Mayotte	23
II.2 La santé dans l’union des Comores	26
II.3 La coopération régionale à visée sanitaire.....	28
II.4 La coopération internationale.....	31
III La Migration pour soins	33
III.1 Migration pour soins au sein de l’océan indien	33
III.2 Migration pour soins : Comores-Mayotte.....	34
Objectifs	40
Matériel et Méthode	41
I Le type d’étude	42
II Les Critères d’inclusion	42
III Les Critères d’exclusion	42
IV Fiche de recueil	42
V Sources de données	43
VI L’analyse statistique	44
VII Ethique	44
Résultats	45
I Echantillon d’étude	46
II Les caractéristiques épidémiologiques	50
III Caractéristiques de la procédure evasan et caractéristiques des patients à l’arrivée	59
IV Les caractéristiques des patients à l’arrivée au CHM	61
V Obstacles à la venue des patients acceptés	63
VI Illustration des différentes caractéristiques	69
Discussion	76
I Les principaux résultats	77
II Les forces et les limites de l’étude	86
III Différentes problématiques rencontrés aux cours de la procédure d’evasan et recherche de perspectives d’améliorations	88
Conclusion	92

BIBLIOGRAPHIE	94
ANNEXES	98
ANNEXE 1 : Offres de soins du secteur public à Mayotte.....	99
ANNEXE 2 : exemple de structures sanitaires aux Comores	100
ANNEXE 3 : Description du SAS brûlés.....	101
ANNEXE 4: Organisation non gouvernementale : JAMIIA SHARIA	102
ANNEXE 5 : Recueil de données	103
ANNEXE 6 : Fiche de Recueil.....	104
ANNEXE 7: Comparaison Décision du comite CHM par rapport aux avis spécialisés (médecin service receveur) $p < 0,0001$	105
ANNEXE 8 : Rapport de Mission aux Comores, à Anjouan du 02/09/2014 au 05/09/2014	106
RESUME EN ANGLAIS.....	115
<u>Liste des tableaux</u>	

Tableau I : Contexte démographique Mayotte versus Comores (INSEE, Universalis)	19
Tableau II : Indicateurs sanitaires Comores-Mayotte-France 2013 (INSEE, ARS, OMS, DREES, ADELI, FINESS, CHM, Ordre des médecins de Mayotte).....	23
Tableau III: Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée, de la procédure d'évasan et des caractéristiques à l'arrivée sur la population totale et les trois îles de l'Union des Comores.....	47
Tableau IV : Comparaison des délais et des devis dans deux sous-groupes : tous les patients venus programmés versus tous les patients acceptés et non venus de manière programmée	67
Tableau V : Comparaison des délais et des devis dans deux sous-groupes : les patients venus dans le cadre de la convention brûlée versus tous les patients venus hors convention brûlés.	67
Tableau VI : Comparaison des différents délais, des modes de devis et des montants de devis en fonction du mode d'arrivée	68

Liste des figures

Figure 1 : L'archipel des Comores (source : Division géographique (Direction des Archives) du Ministère des Affaires Etrangères, Janvier 1999, imprimé par la MAE).....	14
Figure 2 : Mayotte (source : Division géographique (Direction des Archives) du Ministère des Affaires Etrangères, Janvier 2003, imprimé par la MAE).....	16
Figure 3 : Evolution de la population Mahoraise (source : INSEE).....	17
Figure 4 : Pyramide des âges Mayotte (source : INSEE) versus la France métropolitaine (source : Population et Société n° 509, Ined, Gilles Pison, mars 2014)	18
Figure 5 : Photographie d'une vue de Mayotte depuis Anjouan : le Choungui (source : De retour d'Anjouan, blog(14)).....	21
Figure 6 : Photographie d'une interception d'un Kwassa kwassa par la PAF (source : Marine Nationale(19))	22
Figure 7 : Organisation pyramidale des soins (Rapport de missions de Médecin Sans Frontière 2009) ...	27
Figure 8 : Répartition du nombre de demandes sur l'année 2013 (NC = 4).....	50
Figure 9 : Répartition par sexe en fonction de l'île de provenance et au total (NC = 3).....	50
Figure 10 : Répartition des âges des patients par île (NC=1)	51
Figure 11 : Pourcentage des différents types de pathologies en fonction des provenances (NC=17)	52
Figure 12 : Répartition en nombre des spécialités principales et secondaires motivant les demandes d'évacuation sanitaire (NC spécialité principale=0, NA spécialité secondaire=117)	56
Figure 13 : Motif principal de l'évasan en pourcentage (NC=0).....	57
Figure 14 : Répartition en pourcentage des différents services du CHM receveurs des demandeurs d'évasan (NC=9)	58
Figure 15 : Délai entre le début des symptômes et le comité evasan (NC=26)	59
Figure 16 : Le pourcentage de types de décisions du comité evasan du CHM par île et global (NC=1)	60
Figure 17 : Pourcentage des différents moyens d'arrivée chez les patients acceptés (tous les dossiers, Anjouan, Mohéli et Grande Comore) (NC= 0)	61
Figure 18 : Pourcentage de chaque stade CCMU à l'arrivée. (NC = 23)	62
Figure 19 : Motifs de non venue chez les patients acceptés au comité evasan (NC=13)	63
Figure 20 : Comparaison des délais chez les acceptés venus de manière programmée et chez les acceptés non venus de manière programmée. P=0,007.....	65
Figure 21 : Comparaison des délais entre le certificat initial aux Comores et l'avis du comité evasan entre la population de patients venus de manière programmée en dehors du cadre de la convention brûlé et la population venu dans le cadre de la convention (p=0,28)	66
Figure 22 : Comparaison des délais entre le certificat initial aux Comores et l'arrivée au CHM entre la population de patients venus de manière programmée en dehors du cadre de la convention brûlé et la population venu dans le cadre de la convention (p=0,28).....	66

Liste des abréviations :

AFD : Agence Française du Développement
AME : Aide Médicale Etat
APRF : Arrêté Préfectoral de Re conduite à la Frontière
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CHM : Centre Hospitalier de Mayotte (hôpital de Mamoudzou)
CHN : Centre Hospitalier National (hôpital El Maarouf à Moroni, Grande Comore)
CHU : Centre Hospitalier Universitaire (hôpital de St Denis à la Réunion)
CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
CMU : Couverture maladie universelle
COI : Commission de l'Océan Indien
CSSM : Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte
DIM : Direction de l'information médicale
DOM : Département d'Outre Mer
DSM : Durée de Séjour Moyen
ESI : Etranger en Situation Irrégulière
Evasan : Evacuation Sanitaire
FCR : Fond de Coopération Régional
GHM : Groupes Homogènes de Maladies
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
NC : Non Communiqué
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
PAF : Police Aux Frontières
PASCO : Projet d'Appui au Secteur de la Santé aux Comores
PIB : Produit Intérieur Brut
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SMUR : Service d'Aide Médicale Urgente
TOM : Territoire d'Outre-mer
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires

« Vivre dans une île, c'est habiter non pas un monde clos, séparé du monde, mais un rivage, c'est-à-dire une interface qui appelle au contact, à l'échange, à la circulation. L'île a besoin d'un espace de « sortie » ; le vis-à-vis est fondamental. »(1)

De nombreuses situations dont j'ai été témoin à Mayotte et à La Réunion témoignent de la complexité du phénomène de migration sanitaire des Comores vers Mayotte et nous alerte sur ses conséquences tant sur le plan sanitaire, qu'éthique, psychologique, organisationnel et économique.

Interne à Mayotte, la première patiente que j'ai eue en charge était une fillette de quatre ans, brûlée à 80 % de sa surface corporelle cinq jours auparavant, et fraîchement arrivée en kwassa kwassa. Elle est décédée d'un choc septique quelques jours après son arrivée. Elle a pu bénéficier de soins mais le retard de prise en charge n'a pas permis de la sauver.

Ces histoires cliniques ne se comptent plus. Spectateurs de ce phénomène, témoins de cette souffrance humaine et de ces échecs médicaux, dont l'issue est souvent dramatique, des soignants de plus en plus nombreux prennent conscience du problème.

Comme cette jeune femme de 22 ans, porteuse d'une valve mitrale mécanique, opérée à La Réunion : expulsée quelques semaines plus tôt, elle était revenue en kwassa dans un état de santé catastrophique. Elle présentait une typhoïde et avait un INR supérieur à dix à son arrivée. Elle avait nécessité une longue hospitalisation. Elle symbolise pour moi les aberrations de certaines prises en charge et de la gestion partielle de la démarche de soin.

Et ce jeune homme de 32 ans, anjouanais, au français parfait, qui était porteur d'une hépatite B chronique, diagnostiquée et traitée à Mayotte. Il avait été expulsé et était en rupture thérapeutique. Il avait demandé un visa sanitaire mais n'avait pas connu les suites. A son retour, en kwassa, il présentait une insuffisance hépatique terminale. Il a été transféré à Paris pour une greffe hépatique qui s'est très bien passée. Il ne reste plus qu'à espérer qu'il ne soit plus expulsé et qu'il puisse continuer à prendre ses médicaments antirejet.

Durant mon stage en médecine, j'ai pu prendre en charge des patients comoriens venus de manière programmée pour des soins. Comme ce patient de 67 ans, diabétique non insulino-dépendant, hypertendu et souffrant d'une hypertrophie bénigne de la prostate qui avait été transféré sur Mayotte pour équilibrage de son traitement. De telles situations cliniques mettent en perspective les inégalités d'accès aux soins dans cette procédure.

Par la suite, ma pratique à la Réunion m'a fait voir la problématique sous un autre aspect. Elle m'a permis de réaliser la complexité de ces prises de décisions. Prenons l'exemple des patients porteurs de néoplasies, arrivés trop tardivement à Mayotte pour la plupart, nécessitant des traitements très invasifs et devant être transférés à la Réunion pour prise en charge oncologique lourde. La plupart décèdent à la Réunion, à des milliers de kilomètres de leurs familles et de leurs racines. Le rapatriement des corps est problématique.

Le CHM a donné des directives concernant les contre-indications médicales d'évacuation sur le CHM aux comités des Comores, les néoplasies en font partie. Les comités evasan comoriens doivent donc refuser la plupart de ces demandes. Les rares demandes adressées au CHM ont un avis majoritairement défavorable. Or l'expérience montre que ces patients, ou leurs familles, sont déterminés pour la plupart à venir à Mayotte. Cette venue va prendre plus ou moins de temps, mais au bout du compte ces patients seront dans nos lits au CHM. Arrivés le plus souvent à des stades dépassés et terminaux, avec un plateau technique à Mayotte devenu très souvent insuffisant, nous n'aurons plus que la solution de les évacuer sur La Réunion ou la métropole.

Là encore, notre éthique médicale nous pousse à nous interroger. Ces patients demandent aux soignants une énergie énorme dans un contexte de pénurie médicale, les patients eux même font preuve d'un courage exemplaire. Mais en tant que médecin, quand le bilan de ces prises en charge est dressé, je me questionne sur les conclusions en terme de résultats sur l'état de santé de ces patients, sur leur vécu des différentes épreuves de leur parcours de soins, sur le résultat de notre investissement médical, humain et économique. Quel bénéfice global en retirent t-ils ?

C'est cette expérience clinique et humaine qui m'a conduite à souhaiter faire un état des lieux des évacuations sanitaires programmées des Comores vers Mayotte.

Face à toutes ces expériences médicales à Mayotte et à la Réunion, j'ai effectué une mission exploratrice aux Comores (Annexe 8), organisée en collaboration avec l'ARS et le CHM. Cette expérience sur le terrain m'a permis de replacer chaque problématique dans son contexte et d'avoir une vision globale et plus réaliste de mon travail. Une des constatations les plus évidentes était la perte de confiance de la population dans son système sanitaire.

Cette étude est le fruit d'un désir de travail conjoint entre deux thèses pour mieux comprendre un phénomène de migration sanitaire. Les deux études, celle-ci portant sur les patients venant pour soin de manière officielle et celle du Dr. Gaussein concernant les patients venant pour soins de manière illégale, permettent de dresser un état des lieux des évacuations sanitaires des Comores vers Mayotte. Il s'agit de deux travaux novateurs : aucune donnée n'était disponible sur cette population.

L'objectif conjoint était de mieux comprendre l'épidémiologie de cette population, les déterminants poussant les patients à migrer pour soin, l'étude du trajet de soin pour les migrants en situation irrégulière (dans la thèse du Dr. Gaussein), l'état des lieux de la procédure d'évacuation sanitaire programmée (dans cette thèse) et les différents trajets de soin qui en découlent.

Après de nombreuses incompréhensions sur le terrain, j'ai pu assister aux comités evasan du CHM et mieux comprendre les problématiques organisationnelles et la procédure.

Cette thèse a également été l'occasion pour moi d'un échange enrichissant avec les médecins des autres îles des Comores et d'entreprendre des missions d'étude aux Comores (voyage à Anjouan début septembre 2014 (annexe10) et voyages à Mohéli et en Grande Comore prévus dans les mois à venir).

Cette thèse est l'aboutissement d'une réflexion essentielle pour mon exercice futur :

- Dans le métier d'urgentiste : repérer les urgences sanitaires, anticiper les complications, organiser la logistique de la prise en charge.
- Dans le métier de médecin généraliste : me convaincre davantage encore des piliers de la médecine générale qui sont la relation de confiance soignant-soigné, la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique ainsi que la pratique guidée par les études de santé publique.
- Dans une démarche humaniste.

Introduction

En 2011, Mayotte est devenue le 101^{ème} département français, accentuant davantage sa séparation avec l'Union des Comores, l'un des états les plus pauvres du monde. L'archipel des Comores est le lieu de nombreuses migrations.

L'intensification des efforts financiers pour le système de santé à Mayotte a accru l'écart déjà énorme entre les deux systèmes de soins. Ainsi, de nombreux comoriens migrent à Mayotte ou en France pour raisons médicales.

Ils accèdent à une prise en charge médicale à Mayotte par deux voies. La première, la voie officielle par la demande d'évacuation sanitaire programmée émane d'un comité evasan comorien, et est traitée par le comité evasan du Centre Hospitalier de Mayotte(CHM).

La seconde est la voie illégale, sans visa, en accédant au sol mahorais par la mer à bord d'embarcations clandestines. Cette deuxième voie semble prépondérante.

Il y a peu, il n'existait aucune donnée sur cette immigration sanitaire. Devant ce phénomène bien souvent synonyme de drames humains, nous ne pouvons être que spectateurs en tant que professionnels de santé. La nécessité de quantifier les migrants pour soins et d'en connaître les caractéristiques s'est imposée.

Durant six mois de l'année 2013, l'étude réalisée dans le cadre du travail de thèse du Dr Gausein (2) a étudié la voie clandestine d'arrivée sur le territoire pour soins en provenance des Comores.

Pourtant, il existe une procédure d'evasan légale entre les Comores et le service evasan du CHM permettant de réguler l'accès aux soins. Peu de données sont disponibles à ce jour sur les patients ayant bénéficié d'une évacuation sanitaire (evasan).

L'analyse de la procédure d'accès aux evasan sera l'objet de cette thèse.

L'objectif principal est de faire un état des lieux concernant la procédure d'evasan à travers l'étude de toutes les demandes d'évacuations sanitaires vers Mayotte faites par les Comores en 2013. L'objectif secondaire est l'identification d'obstacles à la procédure formelle, et plus particulièrement les obstacles économiques et les délais d'accès aux soins.

Pour une meilleure compréhension de la problématique, nous allons replacer l'archipel comorien dans son contexte géographique, historique, démographique et socio-économique. Un récapitulatif de la situation sanitaire à Mayotte et aux Comores et un descriptif des différents types d'évacuations sanitaires permettra de mieux appréhender l'étude.

Dans une première partie, l'étude, une fois la méthodologie expliquée, concernera dans un premier temps les caractéristiques épidémiologiques et médicales des patients. Dans une deuxième partie, seront détaillées les données relatives à la procédure d'evasan. Puis, le travail portera sur les caractéristiques des patients à leur arrivée au CHM. Enfin, une réflexion sera menée sur les possibles obstacles à l'evasan, en s'attachant à décrire l'impact des délais et des devis sur la procédure.

I Présentation de l'archipel des Comores

I.1 Contexte géographique et climatique

L'archipel des Comores (figure 1) se situe au nord du canal du Mozambique, à égale distance de Madagascar et de l'Afrique, à 8000 km de la France métropolitaine et à 1400 km de La Réunion.

Il a une superficie totale de 2034 km² et est constitué de quatre îles :

- Grande Comore : Ngazidja, 1025 km², 350 000 habitants, l'île la plus vaste où se trouve la capitale des Comores : Moroni ;
- Mohéli : Mwali, 211 km², 40 000 habitants, île sauvage qui accueille le parc marin ;
- Anjouan : Nzuani, 424 km², 300 000 habitants, l'île la plus pauvre et la plus densément peuplée ;
- Mayotte¹ : Maore, 374 km², 101^{ème} département français (3).

Grande Comore, Mohéli et Anjouan forment la République Islamique des Comores.

Les quatre îles sont très proches géographiquement : 70 km séparent Mayotte et Anjouan.

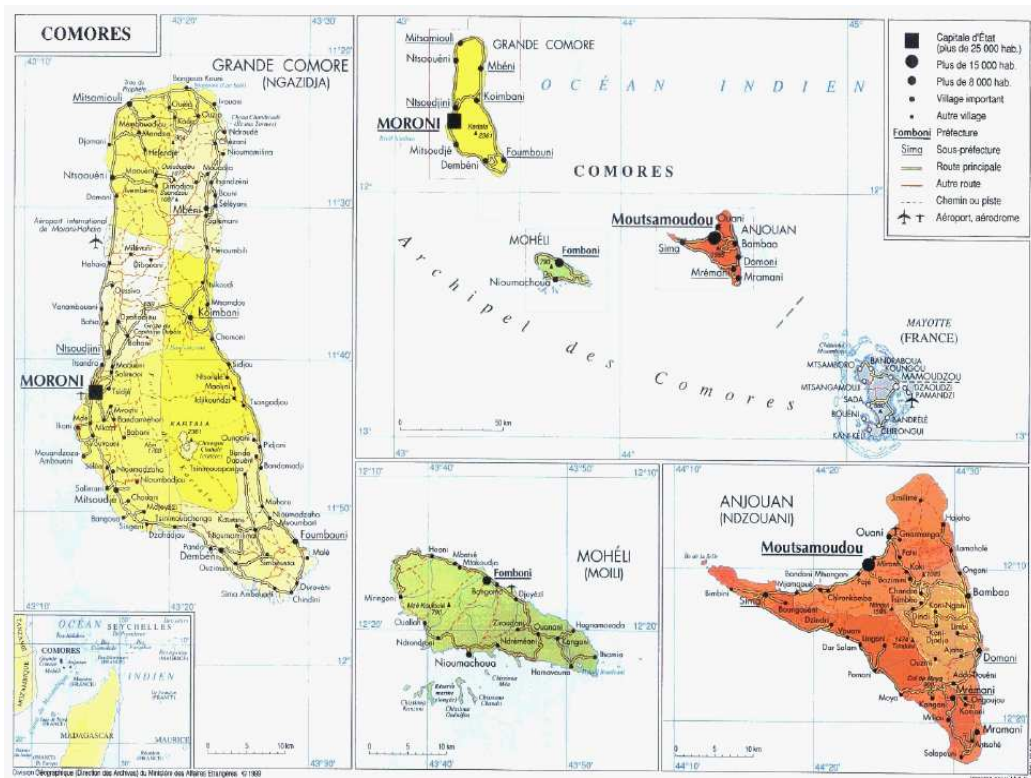


Figure 1 : L'archipel des Comores (source : Division géographique (Direction des Archives) du Ministère des Affaires Etrangères, Janvier 1999, imprimé par la MAE)

¹ Mayotte est divisée en deux îles peuplées, divisées par un bras de mer de 2,8 km : Grande Terre et Petite Terre. Elle est entourée d'un des lagons les plus vastes du monde et d'une trentaine d'îlots. L'île Hippocampe mesure 40 km de long sur une vingtaine de km de large : c'est une île au relief accidenté.

Sous climat équatorial, l'année aux Comores se divise en deux saisons :

- De novembre à mai : la saison chaude et humide, période durant laquelle la pluviométrie est importante et la mer très calme, rendant les traversés maritimes possibles.
- De mai à octobre : la saison sèche et plus fraîche, période durant laquelle les alizés soufflent et rendent les conditions de navigation très difficiles.

1.2 Histoire des Comores

De par leur proximité géographique et leur histoire commune, les quatre îles de l'archipel ont beaucoup de similitudes et représentent un ensemble culturel² et linguistique³. Depuis lors et aujourd'hui encore, l'appartenance de Mayotte à la France est contestée par les autres îles et par l'ONU qui considère cette annexion comme illégale et source d'instabilité.

1.2.1 Des premiers peuplements à l'indépendance des Comores

Il semble que les premiers habitants des Comores furent des peuplements d'origine Africaine arrivés durant l'âge du fer, entre le V^e et le X^e siècle après JC : ceci explique la langue swahili (langue d'Afrique de l'est) et les traditions d'origine africaine.

Au XI^e siècle, les premiers arabo-shirazi débarquèrent à Anjouan. Ils ont probablement été accompagnés un peu plus tard par des populations d'Asie du sud-est et de Madagascar.

C'est une deuxième vague d'immigration d'arabo-shirazi au XVI^e siècle qui transforma en profondeur la société existante : l'archipel s'organise en sultanats et l'islamisation s'impose de façon générale.

Au XVI^e siècle, une troupe de Malgaches Sakalava vient s'installer dans le sud de Mayotte : sur l'île coexistent des peuplements arabo-shirazi et des peuplements malgaches, sur fond d'origine africaine.

Le XVI^e et XVII^e siècle sont marqués par des escales de navigateurs européens.

A partir du milieu du XVIII^e siècle, les quatre îles sont régulièrement pillées par des pirates malgaches. Ces pillages affaiblissent l'archipel et en 1841, Adrian Souli, sultan Mahorais d'origine malgache vend l'île de Mayotte à la France par l'intermédiaire du commandant Passot de la marine française.

Les trois autres îles de l'archipel rejoignent le protectorat français en 1866-67.

Il s'agit d'une période de rivalité franco-britannique dans l'océan indien qui aboutit à un accord de partage en 1890 : Zanzibar aux anglais, et les Comores et Madagascar à la France.

En 1904, les trois autres îles des Comores sont rattachées juridiquement à Mayotte puis en 1908 un second décret rattache les Comores à Madagascar.

Les Comoriens sont ainsi issus d'un métissage africain (de la Somalie au Mozambique), arabe, indonésien, malgache, indien et européen.

A partir de 1946, les Comores sont détachées de Madagascar et représentées au parlement français : elles obtiennent le statut de TOM en 1958 et la capitale est transférée à Moroni.

² La langue, le Comorien est divisée en deux dialectes : l'anjouanais-mahorais et le comorien-mohélien. Le shimaoré, la langue mahoraise, coexiste avec le shibushi, langage originaire du nord-ouest de Madagascar (parlé par un tiers de la population) et le français, langue officielle, maîtrisée sans ou avec quelques difficultés en 2007 par seulement 51.4% de la population des plus de quinze ans.

³ La culture est ancrée dans l'islam sunnite qui rythme la vie des Comoriens mais la religion coexiste avec les cultures d'origine africaines préislamiques : le « grand mariage », les croyances animistes, la dévolution matrilineaire des droits fonciers.

Un régime d'autonomie interne est mis en place en 1961 et élargi en 1968 pour préparer la transition vers l'indépendance. En 1972, le comité spécial de l'ONU inscrit l'archipel des Comores à la liste des territoires auxquels s'applique la Déclaration sur l'octroi de l'Indépendance aux pays et aux peuples coloniaux.

Le référendum du 22 décembre 1974 dans les Comores donne 95 % de oui à l'indépendance, alors qu'à l'inverse, Mayotte dit non à 63,5 %.

La loi du 3 juillet 1975 du Parlement français soumet la reconnaissance de l'indépendance à l'adoption préalable d'une constitution île par île. Le président du gouvernement Ahmed Abdallah proclame unilatéralement le 6 juillet 1975 l'indépendance de la République Fédérale des Comores (Grande Comore, Anjouan, Mohéli et Mayotte) et en devient président.

Le 8 février 1976, lors d'un deuxième référendum, les Mahorais réitèrent leur désir de rester français et votent à 99,4 % en faveur du rattachement à la France. Peu après, l'île devient une collectivité territoriale d'outre-mer et les trois autres îles forment l'Union des Comores (3).

1.2.2 Mayotte devient française

En 1995, pour lutter contre l'immigration en provenance des Comores vers Mayotte, le gouvernement Balladur met fin à la libre circulation entre Mayotte et le reste des Comores : c'est le « visa Balladur », qui sépare les familles comoriennes et les soumet au régime des visas (4).

Le 11 juillet 2001, L'île de Mayotte (figure 2) obtient le statut de « collectivité territoriale » : son appartenance à la république est réaffirmée. Toujours avec l'approbation des mahorais (95,2 % des suffrages), Mayotte devient le 101^e département français et le 5^e DOM le 31 mars 2011.

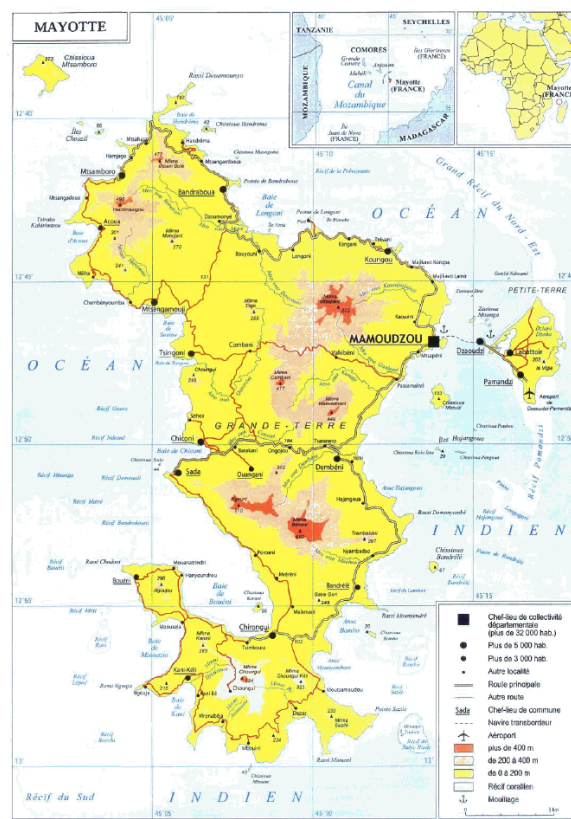


Figure 2 : Mayotte (source : Division géographique (Direction des Archives) du Ministère des Affaires Etrangères, Janvier 2003, imprimé par la MAE)

1.2.3 Les Comores et la longue marche vers la stabilité politique

La suite de l'histoire de la République des Comores est une succession de coups d'état, de tentatives de coup d'état, de changements de gouvernement et de réorganisations des Comores sur fond de détournements financiers. Tous ces bouleversements entraînent une diminution des aides financières internationales, un ralentissement du développement et une instabilité politique.

Les mercenaires, dont le plus célèbre : Bob Denard, surnommé le « sultan blanc » par les comoriens, s'octroient la majorité des biens des sociétés d'économie mixte et partagent avec le président les opérations les plus profitables d'import- export.

En 1997, les îles d'Anjouan et de Mohéli font sécession et se déclarent indépendantes, ce qui entraîne leur mise sous embargo. Le 14 Juillet 1997, Anjouan demande son rattachement à la France, il sera refusé.

Un coup d'état en avril 1999 porte au pouvoir le chef de l'armée, le colonel Assoumani Azali. Les négociations s'engagent enfin et un référendum est ratifié le 23 décembre 2001 (accords de Fomboni 1 et 2). Il aboutit à une nouvelle constitution instituant l' « Union des Comores » : les Comores deviennent un état Fédéral composé de trois îles ayant chacune une large autonomie et une présidence tournante. Une stabilité politique et démocratique se met progressivement en place.

En 2007, Anjouan entre en sécession. Des affrontements ont lieu entre l'armée locale et celle de l'union des Comores en 2007 et 2008 ; et ce sera finalement un débarquement de l'armée comorienne à Anjouan, appuyé par plusieurs pays de l'Union Africaine, qui rétablira l'ordre. Anjouan souffre depuis d'un isolement économique.

Depuis le 26 Mai 2011, Ikililou Dhoinine, un homme d'état comorien né à Mohéli, est le 6^e président de l'union des Comores.

1.3 Contexte démographique

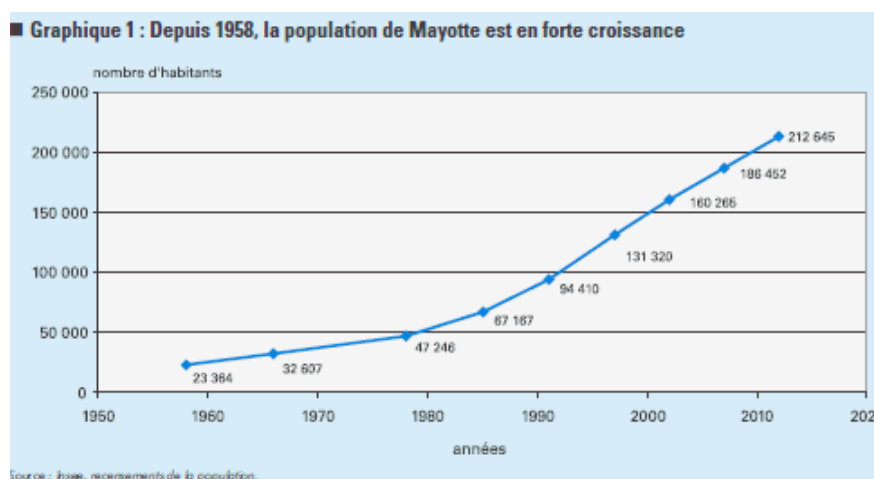


Figure 3 : Evolution de la population Mahoraise (source : INSEE)

Comme le montre la figure 3, la croissance démographique à Mayotte est très forte :

- En 1966, le nombre d'habitants était de 32 607.
- En 2007, le recensement faisait état de 186 452 habitants à Mayotte (5).
- Au dernier recensement, en août 2012, Mayotte comptait 212 645 habitants avec une densité de 570 habitants/km² ; Le taux de croissance annuel est de 2,7 % par an en moyenne (6)(7) .

Mayotte est le territoire de la République dont la population est la plus jeune (figure 4) : 45,3 % a moins de 15 ans, 56 % a moins de 20 ans et 70 % a moins de 30 ans. L'âge moyen des mahorais était de 22 ans (8).

La croissance démographique de Mayotte est la conséquence d'un excédent des naissances sur les décès (du fait de la jeunesse de la population), d'un indice de fécondité record (4,1 enfants par femme) et d'une immigration en masse provenant essentiellement des autres îles des Comores (7).

La population âgée de plus de 60 ans ne représente que 4 % de la population et l'espérance de vie à la naissance est de 74 ans (6).

La part de la population de nationalité étrangère continue d'augmenter, évaluée à 40,7 % de la population soit environ 85 000 personnes au recensement de 2012, alors qu'elle s'élevait à 34,5 % de la population en 2002 et à 21,7 % en 1997 (7)(9).

Pour ces derniers, la nationalité comorienne arrive très largement en tête (95 %), les autres provenant de Madagascar ou d'états de la côte est africaine. Près de 80 % des comoriens présents à Mayotte sont en situation irrégulière. (10) Quatre étrangers sur dix sont des mineurs nés à Mayotte, qui pourraient donc accéder à la nationalité française à leur majorité (7).

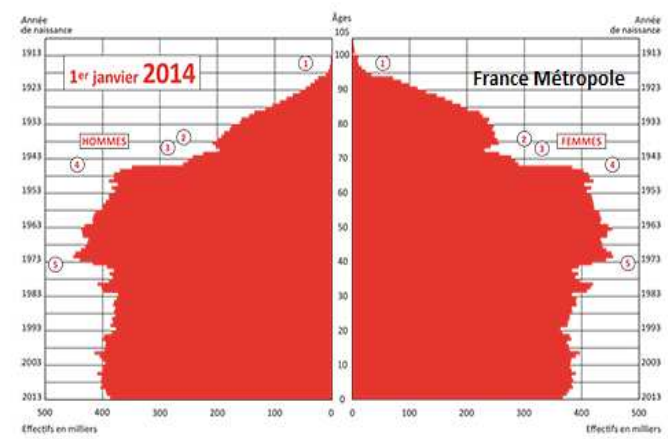
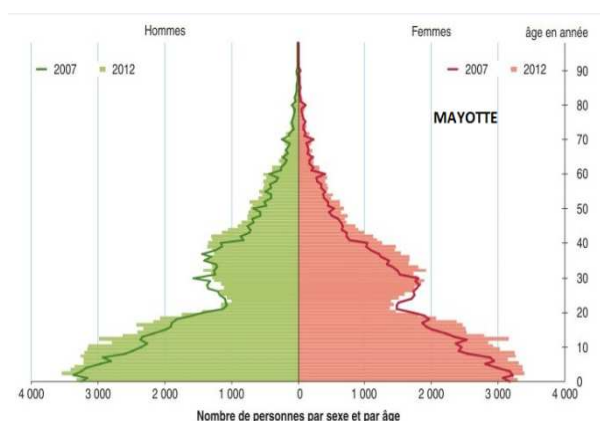


Figure 4 : Pyramide des âges Mayotte (source : INSEE) versus la France métropolitaine (source : Population et Société n° 509, Ined, Gilles Pison, mars 2014)

La population de l'Union des Comores (tableau 1) compte environ 780 000 habitants, avec une densité de 384 habitants/km², inégalement répartie, allant de 84 habitants/km² à Mohéli à 454 habitants/km² à Anjouan (3).

Le contexte démographique comorien présente de nombreuses similitudes avec celui de Mayotte : c'est également une population très jeune qui s'accroît à un rythme de 2,1 % par an malgré une mortalité infantile très élevée.

Tableau I : Contexte démographique Mayotte versus Comores (INSEE, Universalis)

	Mayotte (2012)	Union des Comores (2007 et 2013)
Nombre d'habitants	212 645	782 000
Pourcentage de moins de 15 ans (%)	45,3	42,2
Pourcentage de plus de 64 ans (%)	4	3,7
Densité (habitants/km²)	570	384
Taux de natalité (‰)	41	30,26
Taux de fécondité (nombre d'enfant par femme)	4,1	4,3
Taux de mortalité (‰)	7,7	7,97
Accroissement naturel(%)	2,7	2,1

A noter que les comoriens sont également établis hors Océan Indien : la diaspora comorienne en France hors Mayotte est évaluée entre 150 000 et 300 000, en majorité originaire de Grande Comore (11).

I.4 Contexte socio-économique

Depuis les années 1980 et grâce aux transferts de fonds publics français, Mayotte rattrape progressivement son retard sur la métropole dans tous les domaines : éducatif, économique, sanitaire, social, juridique, politique...

Ces progrès ne font qu'augmenter l'écart de développement entre Mayotte et la région. Ce contraste entraîne une immigration clandestine de masse : l'immigration Nord/Sud à la recherche de l'Eldorado.

Mayotte compte une population active de 51 524 personnes, avec un taux de chômage de 26,4 %. Le Produit intérieur brut par habitant en 2012 était de 5200 euros (3960 euros en 2005). Le PIB par habitant est neuf fois plus élevé à Mayotte qu'aux Comores (12).

Au 1^{er} janvier 2014, le SMIC mensuel net mahorais s'élevait à 1114€ alors que le salaire moyen mensuel comorien n'est que de quelques dizaines d'euros.

La Direction du Travail et de l'Emploi de Mayotte, estime à environ 10 000 le nombre d'étrangers en situation irrégulière employés clandestinement sur l'île tandis que l'évaluation effectuée par le ministère de l'Outre-mer atteint 15 000 personnes. Le travail clandestin s'est progressivement généralisé dans des secteurs entiers de l'économie : l'agriculture (qui emploierait 95 % de personnes en situation irrégulière), la pêche, le bâtiment et les travaux publics, les taxis et surtout l'emploi à domicile concentrent l'essentiel de ces travailleurs.

Ceux-ci sont en règle générale employés par la frange la plus aisée de la population mahoraise à des prix défiant toute concurrence (le salaire moyen des travailleurs clandestins à Mayotte est d'environ 250 euros par mois) (13).

Les Comores font partie des pays les plus pauvres au monde : classées 193^e sur 215 par la banque mondiale et au 169^e rang mondial sur 187 pour l'indice de développement humain (la France étant 20^e). Quarante-cinq pour cent de la population comorienne vit en dessous du seuil de pauvreté et 40 % de la population active comorienne est sans emploi (11)(13).

I.5 Immigration clandestine

La proximité entre les îles (figure 5) et les différences socio-économiques expliquent aisément que l'immigration clandestine vers Mayotte soit si importante. Elle provient presque exclusivement des Comores et très majoritairement d'Anjouan.

L'immigration irrégulière pèse sur tous les aspects de la vie économique et sociale de Mayotte qui reste soumise à une pression migratoire importante en provenance de l'Union des Comores, alimentée par des réseaux organisés de passeurs.

Cette pression migratoire n'a de cesse d'augmenter avec le développement économique de Mayotte et la départementalisation (9).

La population en situation irrégulière à Mayotte a été multipliée par cinq en 35 ans. Elle représenterait la majorité des habitants des grandes villes mahoraises (13).

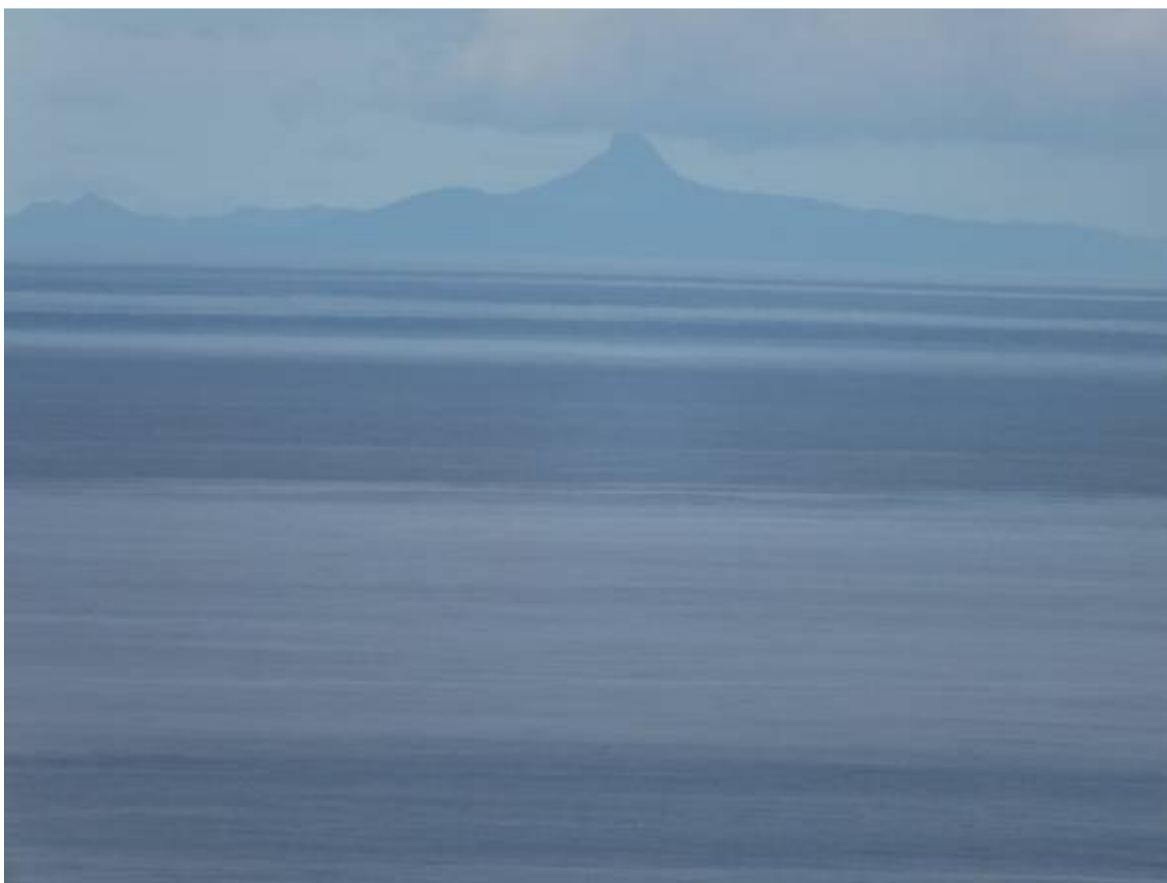


Figure 5 : Photographie d'une vue de Mayotte depuis Anjouan : le Choungui (source : De retour d'Anjouan, blog(14))

Ce phénomène migratoire serait pour les autorités la source directe des principales problématiques de l'île : urbanisme illégal, enjeux de santé publique, travail dissimulé, délinquance (13,15,16).

Les migrants utilisent les kwassa-kwassa⁴, des barques légères et instables.

Cette traversée d'Anjouan à Mayotte est très dangereuse, notamment pendant la période des alizés durant laquelle les naufrages de kwassa sont fréquents. Elle est également très coûteuse (plusieurs centaines d'euros : de cent à mille euros la traversée par personne).

Le nombre de disparus reste flou, du fait de l'absence de visibilité sur ce phénomène illégal, mais le nombre de sept mille à dix mille disparus depuis l'instauration du visa Balladur en 1995 est souvent évoqué, faisant du bras de mer séparant Mayotte des autres îles « le plus grand cimetière marin du monde », ou du moins de l'Océan Indien (17).

Sur le sol mahorais, les personnes en situation irrégulière sont logées dans des habitations insalubres, véritables bidonvilles, en échange de loyers exorbitants, et restent souvent reclus pour éviter les contrôles de la Police Aux Frontières. Le travail illégal qui est la seule manière de subsistance est très développé. Ces travailleurs sont soumis au silence de peur d'être dénoncés.

⁴ Le mot « kwassa kwassa » est le nom d'une danse congolaise connue pour être très rythmée. Ces bateaux en résine sont utilisés depuis longtemps par les comoriens pour se déplacer entre les îles. Durant les traversées clandestines, ces embarcations sont souvent surchargées. Faites pour le transport de 8 personnes environ, elles transportent en moyenne trente personnes.

Un nombre croissant de mineurs isolés vit sur Mayotte : il est estimé à environ trois mille. Lors des reconduites à la frontière, de nombreux parents préfèrent laisser leur enfants sur Mayotte, dans l'espoir d'une vie meilleure ou de leur propre retour à brève échéance sur Mayotte (18) .



Figure 6 : Photographie d'une interception d'un Kwassa kwassa par la PAF (source : Marine Nationale(19))

La lutte contre l'immigration clandestine constitue une priorité pour l'état Français à Mayotte et des moyens colossaux sont déployés pour lutter contre cette immigration :

- 207 policiers de la direction de la sécurité publique (contre 93 en 2001),
- 169 policiers de la Police aux Frontières (11 en 2001),
- 255 gendarmes (132 en 2001),
- Quatre radars exploités par la marine nationale,
- Sept moyens nautiques (vedettes),
- Un hélicoptère (20).
- Près de quinze mille personnes ont été reconduites à la frontière à Mayotte en 2013 (21).

II Organisation des soins

II.1 La santé à Mayotte

II.1.1 Contexte sanitaire

Mayotte s'est dotée d'infrastructures médicales modernes et performantes. Ceci constitue une exception pour l'ensemble de cette région du monde : la majorité des états proches, dont les Comores, sont très pauvres et ne peuvent pas offrir des soins de qualité à la population.

Ce contraste avec la situation sanitaire mahoraise (tableau 2) conduit naturellement les populations des états de la zone, et notamment les plus proches géographiquement, culturellement et historiquement, les Comores, à essayer de rejoindre Mayotte pour des raisons médicales.

Tableau II : Indicateurs sanitaires Comores-Mayotte-France 2013 (INSEE, ARS, OMS, DREES, ADELI, FINESS, CHM, Ordre des médecins de Mayotte)

	Comores	Mayotte	Métropole
Espérance de vie	63 ans	74 ans	81 ans
Taux de mortalité infantile (décès avant l'âge de 1 an pour 100 000 naissances vivantes)	80‰	14‰	4‰
Taux de mortalité maternel (décès pour 100 000 accouchements)	340 (800 à Anjouan)	31	8
Nombre de médecins (/100 000hab)	10 (2007)	79	340
Dépense de santé de l'état par habitant et par an	30€	740€	3300€
Taux de mortalité adulte (probabilité de décès entre 15 et 60 ans pour 100 000 hab.)	Hommes : 275 Femme : 229	NC	Hommes : 113 Femmes : 53

La singularité démographique de Mayotte et la présence de nombreuses inégalités à un impact direct sur la santé publique et l'organisation des soins.

Les soins prodigués aux étrangers en situation irrégulière par les services médicaux publics à Mayotte représentent, selon la préfecture de Mayotte, environ le tiers de l'ensemble des soins médicaux de l'île. En 2013, 40,9 % des patients du CHM n'étaient pas affiliés à la caisse de sécurité sociale (22).

L'effort médical requis en leur faveur concerne en premier lieu les accouchements. Mamoudzou est la première maternité de France en nombre annuel de naissances. Le nombre total de naissances à Mayotte, qui ne s'élevait qu'à 4 160 en 1992, s'est accru presque chaque année depuis cette date, atteignant 6 619 en 2001 et 7 676 en 2004 (dont 5249 de femmes en situation irrégulière). En 2013, le rapport d'activité rapporte 4465 accouchements à la maternité du CHM et 2179 dans les maternités périphériques.

Ces femmes en situation irrégulière se présentent à la maternité le plus souvent seules, notamment la nuit, sur le point d'accoucher, au terme de grossesse le plus souvent non ou peu suivie et repartent moins de 24 heures plus tard au domicile (13).

L'hôpital de Mayotte accueille également de nombreux cas d'étrangers en situation irrégulière présentant des maladies graves ou chroniques (diabète, néoplasie, paludisme et maladies transmissibles notamment) et nécessitant des soins urgents. Certains d'entre eux sont amenés en kwassa-kwassa depuis Anjouan dans un état dramatique, d'autres effectuent des allers-retours réguliers pour prendre un traitement mensuel, afin de soigner une maladie chronique, risquant leur vie à chaque voyage.

La charge sanitaire représentée par la population en situation irrégulière est donc lourde pour les infrastructures médicales de Mayotte qui sont de ce fait saturées. Malgré le dévouement des personnels médicaux, il est probable que cette situation conduise à réduire la disponibilité des équipements pour le reste de la population, augmentant de ce fait le ressentiment des Mahorais envers les étrangers et en particulier les Comoriens (23)(24).

II.1.2 Régimes de sécurité sociale

Avant 2004, les soins étaient gratuits pour tous. Depuis 2004, les Mahorais peuvent être affiliés à la sécurité sociale. Il faut souligner que de nombreux Mahorais, donc Français, ne bénéficient pas de la sécurité sociale par défaut de démarches administratives : ils sont donc comptabilisés à tort parmi les non affiliés.

Les non affiliés sont tenus, pour bénéficier des soins des établissements publics de santé, de déposer une provision financière dont le montant est adapté à la catégorie des soins demandés. Ce montant est défini dans la limite maximale de la tarification correspondante, par arrêté du directeur de l'Agence Régionale de Santé de l'océan Indien.

Toutefois, les frais peuvent être pris en charge partiellement ou en totalité :

- Par l'Etat, lorsque le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et dans le cadre de la lutte contre des maladies transmissibles graves, lorsque ces soins sont dispensés par les établissements publics de santé (les ressources de ces personnes doivent être inférieures à un montant fixé par une décision du représentant de l'état). C'est par ce biais là que les immigrés sont traités gratuitement s'ils arrivent sur le sol français.
- Les frais concernant les mineurs et ceux destinés à préserver la santé de l'enfant à naître sont pris en charge en totalité lorsque les ressources des personnes concernées sont inférieures au montant fixé (25).

La couverture médicale universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'Etat (AME) n'existent pas à Mayotte ; l'AME ne concerne que les patients non affiliés nécessitant d'être évacués hors Mayotte.

II.1.3 Offre de soins

De gros efforts budgétaires ont permis une offre de soin et un plateau technique performants sur Mayotte.

L'hôpital de Mayotte est doté d'un plateau technique performant : pour 371 lits, un service de réanimation, un bloc brûlés, un service de néonatalogie, un laboratoire d'analyse, un scanner, un IRM, un bloc opérationnel en continu. En 2013, le Centre Hospitalier de Mayotte compte 30 046 séjours PMSI. La part des séjours ambulatoires est de 24,6 %. Les séjours en hospitalisation complète sont au nombre de 22 636, soit 115 844 journées (Annexe 1).

L'offre de soins est également assurée par de nombreux établissements répartis sur l'ensemble de la zone :

- 5 hôpitaux périphériques (Dzaoudzi, Jacaranda, Kahani, Dzoumougné, M'ramadoudou).
- 13 dispensaires.
- 21 centres de PMI.
- 110 médecins généralistes libéraux et salariés.
- 58 médecins spécialistes libéraux et salariés.
- 13 chirurgiens dentistes.
- 39 masseurs kinésithérapeutes.
- 432 infirmiers et 114 Sage-femmes.
- 16 pharmacies.
- Le service Action de Santé (lutte contre le SIDA, la tuberculose et les IST).
- Aucune structure médico-sociale, aucun de Centre d'hébergement et de réinsertion sociale ni de centre d'accueil pour demandeurs d'asile (22). Seules des associations humanitaires viennent en aide aux plus démunis, telle l'association Solidarité Mayotte qui est un centre d'hébergement d'urgence de quinze places pour les demandeurs d'asile.

L'offre de soins est également assurée par une collaboration étroite avec La Réunion par :

- l'organisation d'évacuations sanitaires du CHM vers les centres hospitaliers réunionnais.
- des missions spécialisées pluriannuelles.⁵

⁵Les missions de spécialistes au CHM :

- Cardiologie : bimensuelle, 5 vacations par mission.
- Gastro-entérologie : 3 fois/mois : 7 vacations par mission.
- Rhumatologie : 4 missions par an, 10 vacations par mission.
- Neurologie : 4 missions/an, 10 vacations par mission.
- Néphrologie : 4 missions/an, 10 vacations par mission.
- Rééducation
- Chirurgie Infantile : 7 missions/an.

II.2 La santé dans l'union des Comores

II.2.1 Contexte sanitaire

Dans un contexte de grande pauvreté et d'inégalité entre les îles, l'Union des Comores est confrontée à une dégradation de l'état de santé de sa population. Les maladies transmissibles (la lèpre, le paludisme, le choléra, la dengue, la diarrhée, la rougeole, les infections respiratoires basses), les maladies non transmissibles (le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète), les insuffisances nutritionnelles et la faible qualité des services de santé entraînent une morbi-mortalité très élevée, notamment chez les enfants et les femmes enceintes. (26)

Les statistiques communiquées reflètent les piètres résultats obtenus par les Comores en matière sanitaire : plus d'un enfant comorien sur cinq né entre 1995 et 2000 décédera avant l'âge de quarante ans. Trente pour cent des enfants de six mois à cinq ans souffrent de malnutrition chronique et plus de 35 000 enfants souffrent d'une malnutrition aiguë aux Comores. (27)

Les deux grandes causes de décès sont le paludisme et la périnatalité. En 2013, l'espérance de vie à la naissance était de soixante-trois ans.(28)

La situation sanitaire aux Comores est peu satisfaisante malgré un maillage serré de structures sanitaires. L'accessibilité géographique à un centre de santé dans un rayon de 5km est de 45 % en Grande Comore, de 74 % à Anjouan et de 69 % à Mohéli, soit une moyenne sur l'Union des Comores de 63 %. Tous les Comoriens ont un accès aux soins à moins de 15km. De plus, le taux de fréquentation de ces centres sanitaires n'est que de respectivement 14,7 %, 20,2 % et 8,9 %, pour une moyenne de 10,25 % sur l'ensemble du territoire. Le taux d'occupation des lits varie de 20 à 60 % en fonction des saisons et des centres sanitaires. En ce qui concerne les accouchements, seuls 43 % sont pris en charge à l'hôpital (29) (30).

II.2.2 L'offre de soin

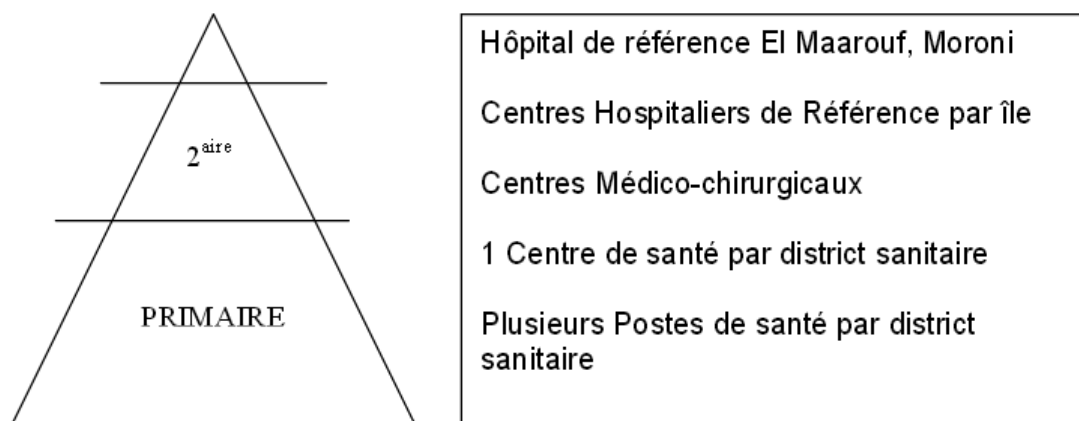


Figure 7 : Organisation pyramidale des soins (Rapport de missions de Médecin Sans Frontière 2009)

Le système de soin aux Comores est un système pyramidal (figure 7) :

- Le premier niveau, le niveau national, comprend : l'hôpital de référence le Centre Hospitalier National El Maarouf (Annexe 2), la pharmacie nationale autonome des Comores et le Centre National de formation et de recherche en Santé Publique.
- Le deuxième niveau est constitué par les administrations sanitaires des deux Centres Hospitaliers Régionaux situés à Hombo (Anjouan) et Fomboni (Mohéli) à la charge de l'état (Annexe 2).
- Le troisième niveau correspond aux districts de santé à la charge de l'île et des communautés concernées : au nombre de dix-sept (sept en Grande Comore, sept à Anjouan, et trois à Mohéli) ainsi qu'un réseau de dispensaires et un secteur privé en plein essor. Chaque district comprend des Postes de Santé ruraux et un Centre de Santé de référence (31) (32).

Le secteur de la santé est confronté à six contraintes majeures :

- Une faible qualité du service de santé et de l'information sanitaire.
- Une mauvaise répartition et une insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité⁶ (note 1).
- Une absence ou un délabrement des structures sanitaires (Annexe 2).
- Des capacités institutionnelles faibles et des conflits de compétence entre l'Union et les îles.
- Un financement public quasi inexistant qui fait peser sur les ménages une partie importante des dépenses et renforce les obstacles à l'accès aux soins. Tous les soins, les dispositifs médicaux et les médicaments doivent être réglés par la famille du patient avant leur réalisation (26)(31).
- Un approvisionnement en médicament insuffisant.

Il existe une fuite des médecins hospitaliers vers le secteur privé ainsi qu'un découragement des médecins fonctionnaires dans un contexte de retard de versement des salaires par l'Etat.

⁶La démographie médicale et de soin en 2009 pour 10 000 habitants :

- 22 lits d'hospitalisation.
- 1,7 médecin très irrégulièrement répartis.
- 3 infirmières et 2,6 sage-femmes. (28)

II.3 La coopération régionale à visée sanitaire

II.3.1 *L'Agence Française de Développement, le Document Cadre de Partenariat et le projet PASCO 1 et 2*

La recherche d'une solution à l'afflux migratoire vers Mayotte en provenance des Comores passe par le renforcement du dialogue avec l'Union des Comores. Ce dialogue est rendu délicat par plusieurs obstacles :

- La contestation de la politique de la France à Mayotte.
- Une situation politique intérieure assez tendue dans l'archipel.
- La misère endémique qui frappe la population comorienne et incite les Comoriens à tenter de se rendre à Mayotte par tous les moyens.

L'Union des Comores fait partie des dix-sept pays prioritaires de l'aide française : l'Agence Française de Développement est présente aux Comores depuis plus de cinquante ans. Elle a financé de nombreux projets de développement.

Un des principaux instruments de la coopération entre la France et l'Union des Comores est le Document Cadre de Partenariat signé en 2005. Il portait sur un total d'environ 88 millions d'euros pour la période 2006-2010 (16).

Les financements de l'AFD se sont concentrés sur les quatre secteurs principaux suivants :

- La santé, par le biais d'un important programme d'amélioration de la qualité des soins et d'appui à la santé maternelle et infantile.
- Le secteur économique et financier par un soutien à l'activité de crédit et à la professionnalisation des institutions de micro finance et par le développement de la Banque de Développement des Comores.
- L'eau potable et l'assainissement avec la réalisation de différents projets d'adduction d'eau dans les villages sur les trois îles.
- Le développement rural, l'agriculture, la sécurité alimentaire et la lutte contre la pauvreté en zone rurale (33).

Sur les six dernières années, l'AFD a apporté des financements à hauteur de 38,05 millions d'euros en faveur de l'Union des Comores dont 11,6 millions d'euros pour le secteur de la santé.

Le Projet d'Appui au Secteur de la Santé aux Comores (PASCO), signé en 2007 pour la période 2009-2013, représentait 10 millions d'euros et avait pour objectifs :

- Un appui à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé nationale.
- Un soutien à la fourniture de services de santé de base dans les îles d'Anjouan et Mohéli.
- Des actions de renforcement des capacités médico-chirurgicales des 3 hôpitaux de référence.

Cette aide se concrétise par des opérations de rénovation ou d'extension des bâtiments, d'amélioration de leur desserte en eau et électricité, par des dons réguliers d'équipements médicaux et de médicaments ainsi que par des formations et des subventions de fonctionnement (34).

Dans le secteur de la santé, outre le PASCO, d'autres subventions ont été allouées par l'AFD aux Comores, pour un total de 11,6 millions d'euros :

- Programme national d'appui au développement de la santé maternelle et infantile à Anjouan et à Mohéli qui vise une amélioration de la qualité des soins offerts par les hôpitaux de référence du pays.
- Appui à la professionnalisation et l'amélioration de la qualité des services de Caritas Comores et de son centre de soins de Moroni (995 065 euros en tout provenant de l'AFD, du Secours catholique Caritas France et de Caritas Comores) (26).
- Amélioration de la santé maternelle sur l'île d'Anjouan (reconstruction de la maternité de M'rémami, réhabilitation des postes de santé pour augmenter le nombre d'accouchements assistés, mise en place d'activité d'information-éducation-communication, mise en place d'une ambulance de gestion communautaire) (850 000 euros) (29).

L'AFD propose également des prestations de formation et d'assistance technique, en accompagnement de ses interventions.

Les Comores bénéficient de plusieurs projets financés par l'AFD à travers la Commission de l'Océan Indien (COI) :

- Surveillance épidémiologique dans les îles du sud-ouest de l'Océan Indien (6 millions d'euros).
- Lutte contre les catastrophes naturelles (2 millions d'euros) (33).

Dans la continuité du PASCO, le deuxième Programme d'Appui aux Secteurs de la santé aux Comores (PASCO2), signé en Mai 2013, octroie 8 millions d'euros sur une période de 4 ans pour renforcer et assurer la continuité et l'amplification des actions initiées par le PASCO. Les activités sont déployées préférentiellement sur Anjouan et Mohéli avec notamment la réhabilitation des principaux hôpitaux, notamment en faveur du CHN-El Maarouf. Les efforts se concentrent aussi sur les quatre axes prioritaires d'intervention :

- Appui à la politique de planification familiale,
- Appui au développement des ressources humaines,
- Renforcement des services de santé,
- Accessibilité financière aux soins et financement par la performance (35)(36).

II.3.2 Le fond de coopération régionale de Mayotte

Créé par la loi du 11 Juillet 2001 relative à Mayotte, le fond de coopération régionale de Mayotte est abondé par des crédits de l'état et peut recevoir des financements des collectivités locales. Il vise à soutenir et encourager les initiatives locales mahoraises en matière de coopération avec les pays de la zone sud-ouest de l'océan indien. Il a par exemple permis de financer des actions de formations continues par des échanges de personnels entre les hôpitaux de Mayotte et de l'Union des Comores (16).

II.3.3 Les missions médicales du CHM :

Le CHM organise des missions aux Comores :

- Mission d'ORL : 1 mission/an.
- Missions d'ophtalmologie : 2 missions/an à Anjouan, 50 chirurgies de cataracte/mission.
- Formations des professionnels sur le CHM depuis 2010 : stage de comparaison, formation d'hygiène hospitalière.
- Approvisionnement et soutien technique au SAS sanitaire aux Comores.

II.3.4 La Convention Brûlés entre le CHM et les Comores : le SAS sanitaire

Les difficultés rencontrées par les Comores dans la prise en charge des brûlés graves ont motivé la signature d'une convention en 2009(37)(38) :

- Le manque d'eau courante au Centre Hospitalier National des Comores (CHN).
- Le problème du coût et de la fourniture des pansements.
- Les difficultés d'organisation des évacuations sanitaires, notamment au niveau des délais des démarches administratives et de la prise en charge financière.
- La préoccupation des services hospitaliers (CHM et CHN) face à l'augmentation de la prévalence des bactéries multi résistantes responsables d'infections nosocomiales.

L'objectif principal est de créer une zone d'isolement spécifique pour les grands brûlés à l'intérieur de l'hôpital El Maarouf, puis dans chaque île, définie comme « SAS sanitaire » pour diminuer le risque d'infections par des bactéries multi-résistantes (Annexe 3).

Les objectifs secondaires sont :

- d'éviter aux brûlés graves de transiter par les centres de santé, les hôpitaux périphériques ou la Mission Catholique.
- De préciser les conditions d'admission dans cette structure.

Il s'agit de la mise en place d'un SAS sanitaire aux Comores pour la prise en charge et les soins dédiés exclusivement aux patients devant être transférés au CHM en cas d'urgences sanitaires :

- Brûlés graves pour des brûlures de moins de vingt-quatre heures non infectées : plus de vingt pour cent de surface corporelle et en fonction des données cliniques,
- Les polytraumatisés récents non infectés et toutes pathologies avec un caractère d'urgence vitale. L'absence de critères d'infection et la prise en charge au CHM en moins de vingt-quatre heures s'imposent pour l'accès au SAS.

La convention prévoyait la construction de trois SAS sanitaires aux Comores, un dans chaque île, chaque SAS pouvant accueillir deux patients. A l'heure actuelle, seul le SAS sanitaire de l'hôpital El Maarouf Grande Comore est fonctionnel.

II.3.5 Les associations caritatives : CARITAS

Caritas Comores, fondée en 1979, est une association à but non lucratif qui apporte une offre de soins aux plus vulnérables, avec des soins curatifs et préventifs accessibles à tous. Elle dispose de treize structures de santé :

- Le centre de santé Sœur Colette de Moroni (Grande Comore)
- Le poste de santé de M'Béni, (Grande Comore)
- Le poste de santé de Mohéli
- Le dispensaire à Anjouan.
- Dix Dispensaires ou sites d'intervention fixes non permanents en zone rurale de la Grande Comore (39).

Caritas organise aussi :

- un service social d'accueil et d'aide aux personnes démunies et indigentes,
- un centre nutritionnel.

Chaque année, en moyenne 270 000 personnes consultent les services de santé qui emploie soixante-sept personnes (40).

Le 19 janvier 2013 a eu lieu l'inauguration du dispensaire de Caritas à Moroni. La réhabilitation du dispensaire existant et la construction d'un nouveau bloc pour les brûlés ont été soutenues par la France, à travers l'Agence Française de Développement, dans le cadre de son action prioritaire en faveur de la santé aux Comores (41).

II.4 La coopération internationale

II.4.1 Les Nations Unies en Union

Le Système des Nations Unies en Union des Comores est composée de quatre agences résidentes (Fonds Monétaire International, Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Fonds des Nations Unies pour la Population) et dix-huit non résidentes. Il appuie les efforts nationaux dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et contribue de façon harmonisée à la lutte contre la pauvreté. Il vise particulièrement les groupes vulnérables, à travers la promotion des droits humains, de l'équité de genre et la protection des populations contre les catastrophes naturelles. En étroite collaboration avec les autorités nationales, quatre domaines prioritaires de coopération sont retenus : la croissance économique et la lutte contre la pauvreté ; la gouvernance ; les services sociaux de base (santé, éducation, assainissement) ; l'environnement et le développement durable (42).

II.4.2 La Ligue Arabe

L'Union des Comores fait partie de l'Organisation de la Conférence Islamique et de la Ligue Arabe. Le Qatar a accordé à Moroni une aide budgétaire de quatorze millions d'euros en mai 2010 et a subventionné la construction d'un hôpital à Mutsamudu à Anjouan.

Une ONG Égyptienne, Jamiia Sharia, gère le centre de dialyse construit au sein de l'hôpital El Maarouf, à Moroni. (Annexe 4)

II.4.3 La Chine

Les Comores ont également signé un accord de coopération économique et technique avec la Chine en décembre 2012 pour un montant de dix millions d'euros. Et en novembre 2013, la Chine et l'Union des Comores ont procédé à la signature d'un accord de « coopération économique et technique » d'un montant de plus de six milliards de francs comoriens, soit 12,2 millions d'euros. Cet accord renforce le désir de la coopération dans les domaines politique, économique, commercial, culturel, éducatif et sanitaire entre les deux pays. La coopération chinoise a également construit un hôpital à Bambao (Anjouan), d'une capacité de cent lits (43).

II.4.4 L'île Maurice :

L'île Maurice accueille dans le cadre d'un dispositif d'évacuations encadré par l'Etat cent patients comoriens par an. La commission médicale et soignante d'El Maarouf, en Grande Comore, une instance différente de celle siégeant pour les demandes vers Mayotte, est en charge de l'acceptation des dossiers. A la différence des evasan vers Mayotte, c'est l'Etat comorien qui est le décideur : les familles peuvent soit solliciter la commission médicale qui transmet au Ministère comorien, soit directement l'accord du Ministère comorien. Ces demandes sont également soumises à des restrictions, certaines pathologies ne pouvant être prises en charge⁷. Les patients n'ont à leur charge que le transport, tous les soins sont gratuits (44).

⁷ Les conditions posées par le gouvernement mauricien :

- Etre averti une dizaine de jours avant (ce qui exclut les urgences),
- Fournir un dossier médical,
- Prise en charge du corps à la charge de la famille en cas de décès,
- Pas de neurochirurgie
- Participation du gouvernement comorien aux frais engagés par une chirurgie cardiaque.(44)

III La Migration pour soins

III.1 Migration pour soins au sein de l'océan indien

Une des caractéristiques de la population comorienne est sa culture migratoire coutumière et notamment les migrations sanitaires formelles ou informelles vers les hôpitaux de référence de la région Océan Indien. Cette migration se fait essentiellement au sein de l'archipel pour les anjouanais et est internationale pour les Grands comoriens.

Les migrations sanitaires des comoriens peuvent se faire dans tout l'océan indien et notamment dans les pays accueillant une communauté comorienne : en Tanzanie (Dar es Salam), à Madagascar (Majunga), à l'île Maurice, à Mayotte et par son biais vers La Réunion et la métropole. En effet, aucune evasan ne peut-être réalisé des Comores directement vers La Réunion.

De tout temps, les comoriens se sont tournés vers les centres de référence pour les soins.

Pendant toute la première partie du 19^e siècle, Madagascar est le centre sanitaire dont dépend l'archipel des Comores et le lieu de formation de tous les médecins de la zone. Un gros retard a été pris par l'archipel des Comores concernant la formation et l'infrastructure sanitaire.

Dans les années 60, les trois principaux centres hospitaliers des Comores seront construits suite à l'indépendance de Madagascar : Moroni devient le centre sanitaire de l'archipel ; La Réunion devient quant à elle le centre régional sanitaire, notamment par la possibilité d'évacuer directement les malades vers la métropole.

Depuis, les années 70, de nombreux comoriens arrivent sur Mayotte avec des pathologies lourdes nécessitant d'être évacués secondairement vers La Réunion ou la métropole, le plateau technique du CHM étant insuffisant. Dans les années 90, le coût de ces evasan de patients étrangers⁸ a poussé le CHM a créé un comité evasan pour rationaliser les arrivées de malades en situation irrégulière. L'objectif était une meilleure régulation des demandes comoriennes pour diminuer le nombre d'evasan secondaires de ces patients de Mayotte vers la Réunion.

Dans sa thèse d'anthropologie, Juliette Sakoyan met en valeur des déterminants de migrations sanitaires inter-île ou extra-île (44) :

- la gratuité des soins,
- la recherche d'une technicité,
- la distance sociale ou culture comme facteur de confiance dans la relation soignant-soigné,
- la facilité administrative,
- certains types de pathologies possédant des facteurs de durabilité, de chronicité ainsi que la perspective d'une intervention chirurgicale.

⁸ En 2005, le coût des soins pour les comoriens à Mayotte et secondairement évacués sur la Réunion ou sur la métropole, au frais du gouvernement français, représentait 70 millions d'euros par an (44).

III.2 Migration pour soins : Comores-Mayotte

La migration pour soins des Comores vers Mayotte est un problème de santé publique préoccupant et les soignants sont confrontés quotidiennement à ce phénomène.

Ces migrations se font de deux façons :

- Par le circuit légal : 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. Un visa touristique est parfois l'occasion d'un accès aux structures de soins.
- Par le circuit illégal : les patients sont transportés jusqu'à Mayotte en kwassa-kwassa. Ils peuvent arriver à Mayotte déposés sur une plage ou un îlot, ou bien être interceptés en mer par la PAF.

Il existe également un visa multi-entrée valable un an pour les personnes souhaitant résider aux Comores et souffrant d'une pathologie chronique prise en charge uniquement à Mayotte.

III.2.1 Les structures responsables des EVASAN

Le service EVASAN du CHM

Le service evasan du CHM emploie deux secrétaires et un infirmier. Son activité à temps plein est l'organisation des évacuations sanitaires de Mayotte vers La Réunion ou la métropole. Ce service s'occupe également de la gestion des demandes d'evasan des Comores.

Ces evasan s'imposent pour la prise en charge des pathologies pour lesquelles l'expertise médicale ou le plateau technique sont insuffisants ou absents à Mayotte. Ces evasan concernent tous les patients, qu'ils soient affiliés ou non.⁹

Près de la moitié des patients évacués hors de Mayotte est non affiliée, arrivée sur le territoire français depuis une durée variable (certains seraient donc éligibles à une affiliation à un régime d'assurance maladie). Dans un contexte de pénurie médicale, l'organisation des évacuations sanitaires connaît des contraintes organisationnelles et logistiques aggravées par cet afflux de patients¹⁰.

Le comité evasan du CHM

Le comité est constitué d'un représentant de chaque instance décisionnaire : le médecin de l'ARS, le médecin conseil de la sécurité sociale et le médecin référent du CHM. Les évacuations sanitaires sont réglementées par le décret n°2004-942 du 3 septembre 2004 portant sur l'application de l'ordonnance n°2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

⁹ Ainsi, en 2013, le CHM a organisé 554 évacuations sanitaires, 522 vers la Réunion et 32 vers la métropole, dont 333 affiliées et 221 non affiliées à un régime d'assurance maladie (21).

¹⁰ Les difficultés des évacuations sanitaires Mayotte – La Réunion :

- Le nombre de places dans les avions insuffisant, notamment pour les civières,
- Le manque de places d'hospitalisation à La Réunion,
- Les difficultés administratives pour les non affiliés

Tous les mercredis, le comité evasan statue sur les dossiers (Annexe 6) :

- Des patients du CHM nécessitant une évacuation sanitaire vers La Réunion ou la métropole, partie prépondérante de l'activité.
- Des demandes d'évacuations sanitaires des Comores dans une moindre mesure.

L'objectif est d'autoriser ou non des demandes d'evasan et d'en fixer les conditions de prise en charge.

L'avis du comité ne tient compte que de l'aspect médical.

Des critères ont été retenus par le CHM concernant les limitations d'évacuation, avec la justification que les patients non affiliés à un régime d'assurance maladie pèsent d'un poids trop lourd sur le système de soins français :

- Refus des malades dont le degré de gravité ou la nature de la pathologie imposeraient le transfert sur la Réunion pour éviter toute filière non maîtrisable et extrêmement coûteuse.
- Refus des malades dont la pathologie relèverait d'une hospitalisation de longue durée à Mayotte, afin de ne pas emboliser les services à saturation.
- Refus des malades dont les pathologies ne traduisent pas l'urgence ou dont les traitements ne permettraient pas un mieux-être rapide (45).

Le Comité evasan aux Comores

Il existe un comité evasan pour chaque île des Comores : sa constitution et son organisation sont propres à chacune d'elle.

Sa mission générale est de :

- Donner son avis sur les demandes d'évacuation sanitaire.
- Transmettre les dossiers au service des evasan du CHM.
- Informer la famille de l'avis du CHM.

Aucune évaluation de son activité n'a été retrouvée.

Le paiement des soins

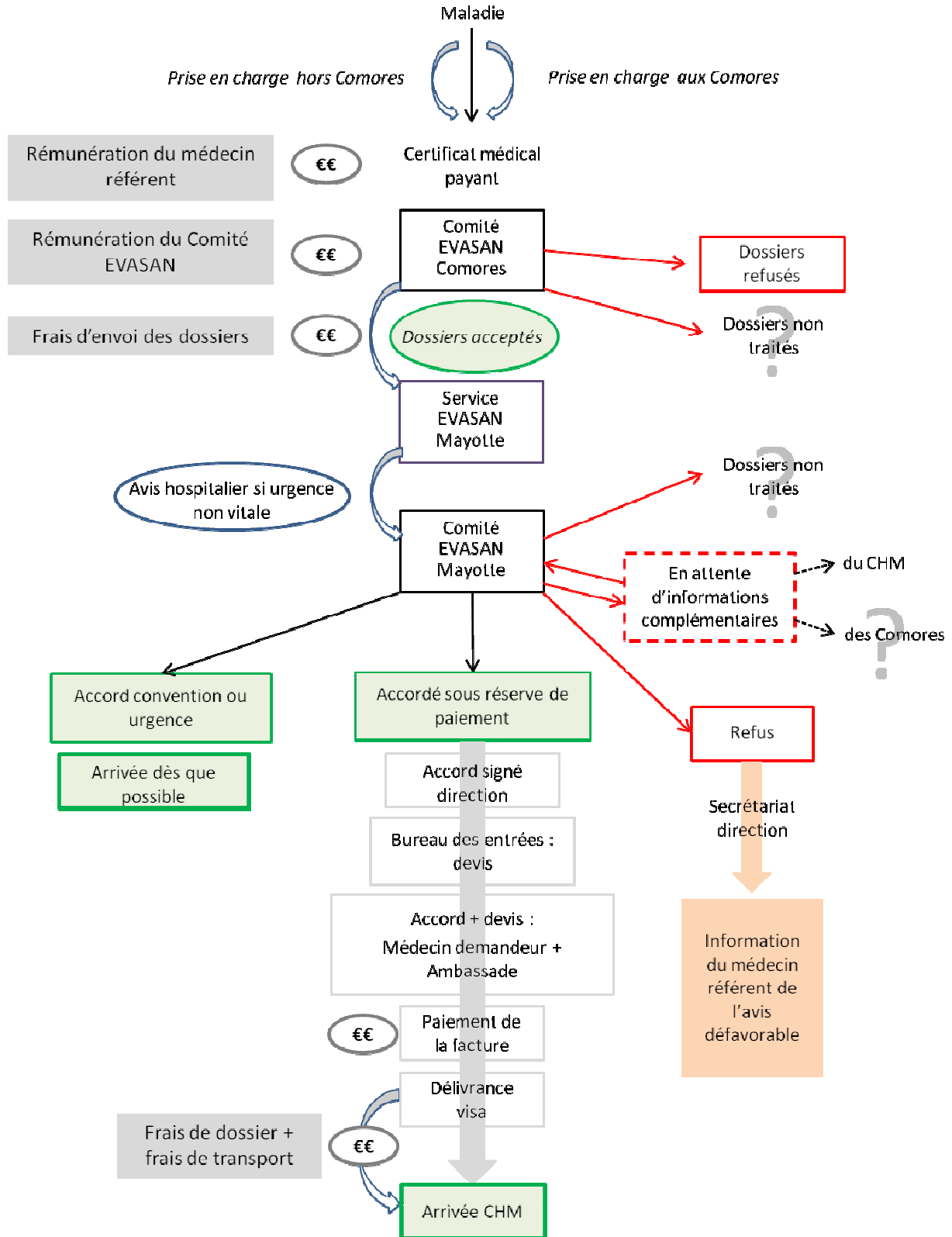
Avant 2012, les patients comoriens en evasan programmée arrivant des Comores ne payaient que leur transport sur Mayotte.

Depuis 2012, il leur faut payer à l'avance l'intégralité du coût de l'hospitalisation. Ce devis est calculé sur les prévisions médicales de consommation de biens de santé rapportées au tarif journalier. C'est la condition nécessaire pour accéder à un visa sanitaire délivré par l'Ambassade de France aux Comores.

La convention brûlés permet une prise en charge financière en totalité par le CHM.

III.2.2 Circuit de soin des évacuations programmées des Comores vers Mayotte.

C'est entre le service evasan du CHM et son comité et le comité evasan comorien que vont être organisés les transferts sanitaires Comores-Mayotte.



Comme l'illustre l'organigramme ci-joint, le parcours des demandeurs comoriens de visa sanitaire est jalonné de difficultés et la faisabilité du transfert est soumise à de nombreuses conditions :

- Le patient malade est pris en charge aux Comores où la plupart du temps il reçoit des soins.
- Une demande d'évacuation sanitaire sur Mayotte est envisagée.
- Un certificat médical payant est rédigé par un médecin hospitalier ou libéral aux Comores ;
- Le Comité evasan Comorien donne un avis favorable ou non ;
- Le dossier, si l'avis est favorable, est envoyé au service evasan du CHM (à la charge de la famille) ;
- Le service des evasan du CHM réceptionne et transmet le dossier aux médecins du service receveur pour un accord d'hospitalisation, la décision de plateau technique suffisant ou non à Mayotte et une estimation du temps d'hospitalisation ;
- Le Comité Evasan du CHM statue sur le dossier de manière collégiale ;
- La décision est transmise au secrétariat du directeur du CHM :
 - o Avis défavorable : un mail adressé à l'ambassade française aux Comores et au médecin prescripteur aux Comores est envoyé un à trois jours après;
 - o Avis favorable : Le directeur signe de l'accord d'evasan, un ou deux jours après, et le dossier est transmis au bureau des entrées pour devis ;
- Le bureau des entrées calcule le montant du devis en fonction des prévisions d'hospitalisation mentionnées dans l'avis du médecin du service receveur.
- Le devis est renvoyé à la secrétaire de direction cinq à six jours après l'avis du comité evasan du CHM.
- Le dossier comprenant l'accord d'evasan sous condition de règlement du devis et le devis est envoyé au médecin prescripteur aux Comores et un double à l'ambassade française aux Comores et au service evasan du CHM, au maximum une semaine après le comité evasan du CHM.
- Le délai entre l'obtention du visa sanitaire (après l'acquittement facture et le paiement du visa) et l'arrivée sur Mayotte est au minimum de dix jours.

Dans le cadre des urgences sanitaires, la démarche prévue par la convention se trouve facilitée :

- Admission préférentielle au SAS Sanitaire,
- Demande d'évacuation sanitaire en urgence au médecin régulateur du SAMU et/ou au médecin du service receveur (réanimation, pédiatrie, etc...),

Dans ces deux situations, les démarches administratives sont facilitées et la prise en charge financière est assurée par le CHM dans le cadre de la convention Brûlé grave ou au cas par cas dans le contexte d'une urgence sanitaire.

Le devenir des patients, notamment des patients acceptés, est flou : les patients acceptés viennent-ils à Mayotte ? Dans quel délai et dans quel état de santé ? Si non, pourquoi ne viennent-ils pas : pour des raisons financières, des difficultés administratives, ou tout simplement par dysfonctionnement de la filière ?

III.2.3 Evacuations sanitaire clandestines. (2)

L'impression générale des médecins et des soignants de Mayotte est confirmée par les résultats de la thèse du Dr Gaussein (2). Ce travail illustre très bien la problématique : les patients arrivants en kwassa kwassa étaient nombreux, ils nécessitaient des hospitalisations plus longues et plus coûteuses que les autres patients hospitalisés. Presque la moitié des patients venus en kwassa aurait nécessité une évacuation sanitaire médicalisée ou para-médicalisée. Vingt patients de l'ensemble de la population avaient fait une démarche d'évacuation sanitaire officielle, sans succès donc.

Dans sa thèse, il a étudié cette migration sanitaire. Il s'agissait d'une étude prospective au Service d'Accueil des Urgences du CHM. Ce travail descriptif a été réalisé sur une période de 6 mois, de juin à novembre 2013 : 276 migrants arrivés sur le sol français dans les 15 jours précédant le recours aux soins et consultant au SAU du CHM avaient été inclus. C'était le premier travail disponible sur cette population de migrants qui, au péril de leur vie, embarquent dans ces kwassa-kwassa pour venir se faire soigner à Mayotte en situation irrégulière.

Sur la période des six mois de l'étude, le croisement des données de l'hôpital et de la gendarmerie avait permis d'estimer le nombre de migrants pour raison sanitaire à 7,1 % de la population immigrante, comparable aux différents résultats trouvés en Europe et en France (2)(21).

Tous les patients étaient Comoriens : 82,7 % d'Anjouan, 2,5 % de Mohéli et 14,8 % de Grande Comore. Les patients étaient à 61 % de sexe masculin. L'âge moyen de cette population était de 30,7 ans, l'âge médian de 28 ans. Trente deux pour cent des patients avaient moins de 16 ans et relevaient de la pédiatrie.

Onze patients de l'étude avaient déjà été pris en charge à Mayotte : quatre étaient rentrés volontairement aux Comores et cinq avaient été expulsés.

Dans 90 % des cas, c'était le patient ou sa famille qui étaient à l'initiative du départ à Mayotte. La moyenne de prix pour la traversée était de 390 euros pour les adultes (neuf fois le salaire moyen des Comores) et de 100 euros pour les enfants, avec des tarifs extrêmes entre 100 et 1 500 cent euros. Trente pour cent d'entre eux étaient plus de 20 par embarcation.

Concernant les pathologies :

- 56,5 % relevaient d'une pathologie évoluant depuis moins de trois mois dont la moitié relevait d'une prise en charge orthopédique.
- 43,5 % relevaient donc d'une pathologie chronique (évoluant depuis plus de trois mois).
- Les principales pathologies chroniques étaient par ordre décroissant de fréquence : le diabète, la cardiologie (hypertension artérielle), l'oncologie, la neurologie, la néphrologie et dans une moindre mesure l'urologie, la gynécologie, la dénutrition et la drépanocytose. Quarante et un pourcent des diabétiques adultes présentaient un mal perforant plantaire nécessitant une prise en charge orthopédique (douze ont été amputés).

Les cinq principales filières de soins étaient : la chirurgie orthopédique, la pédiatrie, l'oncologie, la réanimation et les pathologies chroniques (diabète et HTA).

Sur les 111 patients ayant été hospitalisés aux Comores avant leur prise en charge à Mayotte, 25 d'entre eux déclaraient avoir déboursé 240 euros en moyenne en frais d'hospitalisation aux Comores, avec des sommes extrêmes de 10 à 1000 euros. En tout 75 % des patients inclus avaient consulté et reçu un traitement aux Comores.

Trente et un pour cent des patients inclus étaient sortis après la consultation aux urgences et 69 % des patients étaient hospitalisés. 63 % des patients avaient nécessitaient une prise en charge psychologique au vue de l'appréciation initiale du médecin urgentiste.

Concernant les scores de gravité aux urgences, 48 % des patients avaient été classés CCMU 3 (présentant une pathologie à risque d'aggravation) et 10 % une CCMU 4 ou 5 (présentant une pathologie engageant le pronostic vital et donc nécessitent des manœuvres de réanimation immédiate). La CCMU moyenne de la population du Dr. Gaussein était de 2,7.

11,5 % des patients avaient été transférés en réanimation, soit 12,8 % des patients hospitalisés.

La durée totale d'hospitalisation était de 3320 jours soit 17,7 jours par patient pour un coût total de 1 300 000 euros soit en moyenne 3900 euros par patient. Cette somme était basée sur la classification en GHM qui sous-estime largement les coûts réels de soins, la population de l'étude restant hospitalisée entre deux et quatre fois plus longtemps (la tarification GHM se base sur la prise en charge d'une pathologie et non sur une durée de séjour).

Par rapport à la population générale du CHM, les patients de l'étude étaient restés hospitalisés deux fois plus longtemps en réanimation et en médecine, et quatre fois plus longtemps en pédiatrie.

Quarante-sept pour cent des patients inclus dans l'étude auraient nécessité un transfert accompagné par un soignant (33 % des patients accompagnés par un infirmier et 14 % des patients accompagnés par un médecin).

Onze patients avaient déclaré avoir fait une demande d'evasan auprès du CHM : deux en Grande Comore et neuf à Anjouan :

- Une demande avait été acceptée mais le patient n'avait pas pu avancer les frais,
- Quatre avaient été refusées pour cause de plateau technique insuffisant à Mayotte,
- Trois avaient été refusées pour cause de plateau technique suffisant aux Comores,
- Trois demandes sans réponse du comité de Mayotte.

Et Onze avaient fait une demande de visa à titre médical, dont deux avaient également fait une demande d'evasan.

Au vue des résultats de l'étude du Dr. Gaussein, l'étude du fonctionnement de la voie légale des evasan Comores-Mayotte s'est imposée.

Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'établir un état des lieux de la procédure d'évacuation sanitaire. Ceci passait par l'étude des caractéristiques des dossiers de demande d'évacuation sanitaire programmée des Comores vers Mayotte sur l'année 2013 et le devenir des patients acceptés.

L'objectif secondaire était d'identifier des obstacles à cette procédure, notamment concernant le délai de prise en charge et l'aspect financier.

Matériel et Méthode

I Le type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle rétrospective décrivant les dossiers des demandes d'évasan reçues au service des évasan du CHM en provenance des Comores.

Elle a été réalisée à Mayotte au service Evasan du Centre Hospitalier de Mayotte sur les demandes d'évasan de l'année 2013.

Le recueil a été mené sur les dossiers du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013.

II Les Critères d'inclusion

Ont été incluses les demandes officielles d'évacuation sanitaire des Comores vers Mayotte provenant des comités évasan des trois îles des Comores effectuées entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2013.

Deux types de demandes ont été incluses :

- Les demandes sans caractère urgent qui sont traitées habituellement le mercredi suivant la réception.
- Les demandes urgentes qui sont réceptionnées par le médecin régulateur et traitées en concertation avec les médecins du service receveur : il s'agit essentiellement des patients brûlés et des urgences sanitaires.

III Les Critères d'exclusion

Lorsque plusieurs demandes pour le même motif étaient faites pour un même patient, une seule demande était comptabilisée. Le recueil était fait à partir de la première demande avec ajout des informations aux dernières nouvelles.

IV Fiche de recueil

Une fiche de recueil avait été élaborée pour permettre de renseigner pour chaque patient inclus les variables d'intérêt. (Annexe 5 et 7).

Un numéro était attribué à chaque patient pour permettre un recueil anonyme.

Un numéro était attribué à chaque demande pour faciliter le recueil lorsque plusieurs demandes étaient faites pour un même patient.

Les caractéristiques épidémiologiques des patients étaient recueillies :

- La date et la provenance des demandes.
- Les données démographiques : le sexe, l'âge, la population pédiatrique.
- La catégorie socioprofessionnelle du chef de famille.
- L'affiliation à la sécurité sociale ou sa possibilité (en fonction de la nationalité ou du titre de séjour).
- Concernant la pathologie : le type de pathologie, le motif d'évasan, le service concerné, les spécialités principales (discipline motivant l'évasan) et secondaires (disciplines concernées en second lieu), le début des symptômes.

- Les caractéristiques à l'arrivée : le diagnostic à l'arrivée, la gravité de l'état de santé du patient déterminée par le stade CCMU¹¹, les services d'hospitalisation et les durées d'hospitalisation, les évacuations sanitaires hors Mayotte (Réunion-métropole, Comores), la date d'arrêt des soins.

Ensuite, le travail s'est intéressé aux caractéristiques de la procédure evasan :

- Concernant les décisions du CHM : l'avis des médecins spécialistes du CHM, l'avis du médecin du CHM sur l'adéquation entre la pathologie et le plateau technique à Mayotte, l'avis du comité evasan du CHM, les motifs de refus ou de mise en attente.
- Le montant du devis, sa date de réalisation, son acquittement et la date de l'acquittement.
- Concernant les délais : les dates de l'avis du spécialiste du service receveur et du comité evasan, la date de l'obtention du visa sanitaire, la date d'arrivée au CHM

Quand les critères de jugement étaient communs à la thèse du Dr. Gaussein, les mêmes variables ont été utilisées.

V Sources de données

Les sources de données dans cette étude étaient multiples. Elles étaient issues de plusieurs services différents : le service des evasan du CHM, l'ARS, l'administration de l'hôpital, le service de régulation du SAMU et les différents services de l'hôpital.

Les données ont été recueillies grâce :

- Aux dossiers evasan sous forme papier, accessibles au service des evasan du CHM (pièce d'identité, certificat médical comorien, compte-rendu du comité evasan comorien, avis du médecin du service receveur au CHM, avis du comité evasan du CHM, devis, certificat d'acquittement de la facture).
- Aux fax des demandes des urgences sanitaires, reçus au SAMU par le médecin régulateur.
- A la liste des patients Comoriens présentés au comité evasan du CHM réalisée et détaillée par le médecin de l'ARS membre du comité.
- A la liste des patients Comoriens présentés au comité evasan du CHM, réalisée par la secrétaire de direction.
- Aux dossiers médicaux sur le logiciel DxCare pour les patients arrivés aux CHM ou auprès des secrétariats des services non informatisés (consultations externes d'ORL, d'ophtalmologie et de médecine).

¹¹La Classification Clinique des Malades des Urgences

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables.

Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables.

Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital.

Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital.

Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

- Aux informations fournies par les patients (dix appels en absence le faisant considérer comme non joignable) ou à défaut leurs familles.
- Aux informations fournies par les médecins référents aux Comores : par mail puis par téléphone en l'absence de réponse internet après cinq jours d'attente (dix appels le faisant considérer comme non joignable).

L'absence de données après ces toutes ces étapes faisait considérer la donnée comme non renseignée.

VI L'analyse statistique

Les données ont été décrites en fonction de différents sous-groupes de patients :

- Tous les patients venus de manière programmée.
- Les patients venus de manière programmée dans le cadre de la convention Brûlés.
- Les patients venus de manière programmée en dehors du cadre de la convention Brûlés.
- Les patients venus de manière programmée et ayant acquitté la facture.
- Les patients acceptés et non venus de manière programmée.
- Les patients acceptés et venus en kwassa-kwassa.

Les variables qualitatives ont été exprimées en termes de fréquence, de pourcentages. Les variables quantitatives ont été exprimées en termes de moyenne et d'écart type à la moyenne.

Les comparaisons bivariées de données quantitatives ont été effectuées à l'aide du test de Mann et Whitney ou test t de Student, après vérification des conditions d'application. Les comparaisons bivariées de pourcentages ont été effectuées par les tests du Chi2 de Pearson et du test exact de Fisher selon les conditions d'applications. Les Odds Ratios et leurs intervalles de confiance à 95% ont été estimés.

Toutes les hypothèses ont été testées au risque alpha de 0.05. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SAS 9.4 (SAS Institute Inc, Cary NC).

VII Ethique

Le tableau de données était anonyme.

Cette étude a été réalisée avec l'accord du directeur et des médecins membres du comité Evasan du CHM ainsi que du responsable du service de coopération française de l'ambassade française aux Comores.

Résultats

I Echantillon d'étude

Cent trente-six patients ont été inclus (tableau 3) :

- A partir des dossiers evasan sous forme papier : 105 patients.
- A partir du tableau résumant les données des dossiers des patients passés au comité evasan du CHM, rempli par le médecin de l'ARS : 117 patients.
- A partir d'une liste des patients passés au comité evasan du CHM, tenue à jour par la secrétaire de direction : 80 patients.

Les demandes itératives de quatre patients ont été exclues.

Tableau III: Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée, de la procédure d'évasan et des caractéristiques à l'arrivée sur la population totale et les trois îles de l'Union des Comores.

	Total N=136	Anjouan N=53 (39,0)	Mohéli N=37(27,2)	Grande Comore N=46(33,8)	p-value
Sexe (%)					0,47
Homme	67,0 (50,4)	30,0 (56,6)	17 (48,6)	20 (44,4)	
Femme	66,0 (49,6)	23,0 (43,4)	18 (51,4)	25 (55,6)	
Age					0,96
Moyenne (Ecart type)	26,4 (24,4)	25,6 (24,6)	28,25 (26,1)	25,7 (23)	
Pédiatrie (%)	66,0 (48,5)	28,0 (52,8)	16 (43,2)	22 (47,8)	0,66
Affiliation sécurité sociale (%)	8,0 (5,9)	5,0 (9,4)	0 (0)	3 (6,5)	0,11
Types de pathologie (%)					<0,01
Brulés convention	22,0 (16,2)	10,0 (18,9)	0 (0)	12 (26,2)	
Brulés hors convention	7,0 (5,1)	1,0 (1,9)	0 (0)	6 (13)	
Urgences Sanitaires	14,0 (10,3)	6,0 (11,3)	1 (2,7)	7 (15,2)	
Pathologie Chronique	49,0 (36,0)	24,0 (45,3)	18 (48,6)	7 (15,2)	
Néoplasie	19,0 (14,0)	3,0 (5,6)	7 (18,9)	9 (19,6)	
Orthopédie	8,0 (5,9)	2,0 (3,8)	4 (10,9)	2 (4,3)	
Autre	17,0 (12,5)	7,0 (13,2)	7 (18,9)	3 (6,5)	
Motif Evasan Principal (%)					0.14
Etiologique	53,0 (39,0)	20,0 (37,7)	19 (51,3)	14 (30,4)	
Thérapeutique	82,0 (60,3)	33,0 (62,3)	17 (46)	32 (69,6)	
Rééducatif	1,0 (0,7)	0,0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0)	
Service CHM concerné (%)					<0,01
Médecine	37,0 (27,2)	19,0 (35,9)	9 (24,3)	9 (19,6)	
Orthopédie	32,0 (23,5)	12,0 (22,6)	4 (10,8)	16 (34,8)	
Réanimation	13,0 (9,6)	4,0 (7,5)	0 (0)	9 (19,6)	
Pédiatrie	34,0 (25,0)	14,0 (26,4)	10 (27)	10 (21,7)	
Chirurgie uro-digestive	8,0 (5,9)	2,0 (3,8)	4 (10,8)	2 (4,3)	
Gynécologie	3,0 (2,2)	0,0 (0)	3 (8,1)	0	
Autre	9,0 (6,6)	2,0 (3,8)	7 (19)	0	

Tableau III : Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée, de la procédure d'évasan et des caractéristiques à l'arrivée sur la population totale et les trois îles de l'Union des Comores.

	Total N=136	Anjouan N=53 (39)	Mohéli N=37(27,2)	Grande Comore N=46(33,8)	p-value
Délai début des symptômes - comité Evasan CHM (%)					0,002
Délais<7j	38,0(34,6)	16,0 (36,3)	2 (8,3)	20 (47,7)	
7j< délais<1mois	11,0 (10,0)	1,0 (2,3)	2 (8,3)	8 (19)	
1mois<délais < 3mois	10,0 (9,1)	3,0 (6,8)	1 (4,2)	6 (14,3)	
3mois< délais< 6mois	3,0 (2,7)	1,0 (2,3)	2 (8,3)	0 (0)	
Délais> 6mois	48,0 (43,6)	23,0 (52,3)	17 (70,9)	8 (19)	
Avis spécialisé (%)					0,05
Avis favorable	80,0 (58,8)	26,0 (49,0)	21 (56,8)	33 (71,6)	
Avis Défavorable	42,0 (30,9)	20,0 (37,8)	14 (37,8)	8 (17,4)	
Avis non donné	14,0 (10,3)	7,0 (13,2)	2 (5,4)	5 (10,8)	
Plateau Technique à Mayotte suffisant	68,0 (63,0)	25,0 (55,0)	15 (55)	28 (77,8)	0,08
Plateau Technique insuffisante	40,0 (37,0)	20,0 (45,0)	12 (45)	8 (22,2)	
Avis du Comité Evasan CHM (%)					0,05
Avis Favorable	65,0 (47,8)	25,0 (47,2)	12 (32,4)	28 (60,9)	
Avis Défavorable	55,0 (40,4)	23,0 (43,4)	21 (56,8)	11 (23,9)	
Avis en attente	12,0 (8,8)	4,0 (7,5)	4 (10,8)	4 (8,7)	
Dossier non traité	4,0 (3,0)	1,0 (1,9)	0	3 (6,5)	
Causes avis défavorable ou en attente Comité (%)					0.58
Effectif (N=)	67,0	27,0	25	15	
Prise en charge possible aux Comores	16,0 (23,9)	4,0 (14,8)	8 (32)	4 (26,7)	
Nécessité de plus d'informations	13,0 (19,4)	5,0 (18,5)	5 (20)	3 (20)	
Pas de bénéfice attendu	6,0 (8,9)	4,0 (14,8)	1 (4)	1 (6,6)	
PTI Mayotte, nécessité d'une evasan vers la Réunion ou métropole	32,0 (47,8)	14,0 (51,8)	11 (44)	7 (46,7)	

Tableau III: Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée, de la procédure d'évasan et des caractéristiques à l'arrivée sur la population totale et les trois îles de l'Union des Comores.

	Total N=136	Anjouan N=53 (39)	Mohéli N=37(27,2)	Grande Comore N=46(33,8)	p-value
Moyens d'arrivées au CHM chez les acceptés (%)					0,02
Effectif (N=)	65	25	12	28	
Arrivée programmée	35,0 (53,8)	9,0 (36,0)	5 (41,7)	21 (75)	
Arrivée kwassa	7,0 (10,8)	5,0 (20,0)	2 (16,6)	0	
Non venu	23,0 (35,4)	11,0 (44,0)	5 (41,7)	7 (25)	
Diagnostic à l'arrivée par rapport au diagnostic du certificat (%)					0,41
Effectif (N=)	41	14	6	21	
Diagnostics identiques	20,0 (48,7)	8,0 (57,1)	3 (50)	9 (42,8)	
Diagnostics plus graves	17,0 (41,5)	6,0 (42,9)	2 (33,3)	9 (42,8)	
Diagnostics moins graves	4,0 (9,8)	0,0 (0,0)	1 (16,7)	3 (14,4)	
CCMU (%)					0,03
Effectif (N=)	42	14	6	22	
1	7,0 (16,7)	1,0 (7,1)	4 (66,6)	2 (9,1)	
2	22,0 (52,4)	7,0 (50,0)	1 (16,7)	14 (63,6)	
3	8,0 (19,0)	4,0 (28,6)	1 (16,7)	3 (13,6)	
4	3,0 (7,1)	2,0 (14,3)	0 (0)	1 (4,6)	
5	2,0 (4,8)	0,0 (0,0)	0 (0)	2 (9,1)	
Evacuation sanitaire hors Mayotte (%)					
Métropole-Réunion	10,0 (7,4)	5,0 (9,4)	0 (0)	5 (10,9)	0,38
Comores	1,0 (0,7)	1,0 (1,9)	0 (0)	0 (0)	
Chez les acceptés	7,0 (11,0)	2,0 (8,0)	0 (0)	4 (14,3)	0,39
Chez les refusés ou en attente	4,0 (5,6)	3,0 (10,7)	0 (0)	1 (5,5)	0,24

II Les caractéristiques épidémiologiques

Le nombre de patients demandeurs était plus élevé à Anjouan qu'à Grande Comore. Mohéli était surreprésentée (Tableau 3).

Leur répartition sur l'année était variable selon les mois, avec deux pics annuels (figure 8) :

- Durant la saison des pluies.
- Durant le mois d'août (correspondant cette année là) à la période du ramadan.

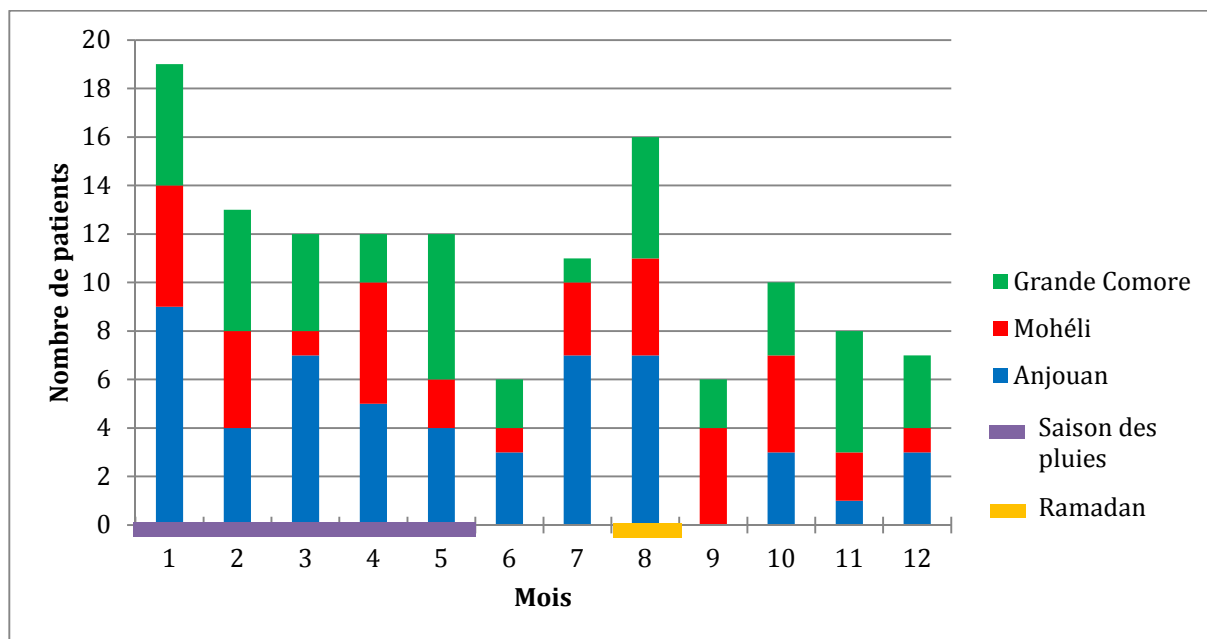


Figure 8 : Répartition du nombre de demandes sur l'année 2013 (NC = 4)

Le rapport homme-femme n'était pas significativement différent entre les îles (tableau 3 et figure 9) :

- A Anjouan, les hommes étaient surreprésentés. Toutes les demandes d'évacuation pour brûlure concernaient les hommes et rentraient dans le cadre de la convention brûlés.
- En Grande Comore, les femmes étaient surreprésentées : plus de la moitié d'entre elles venaient dans le cadre de brûlures (52 %).

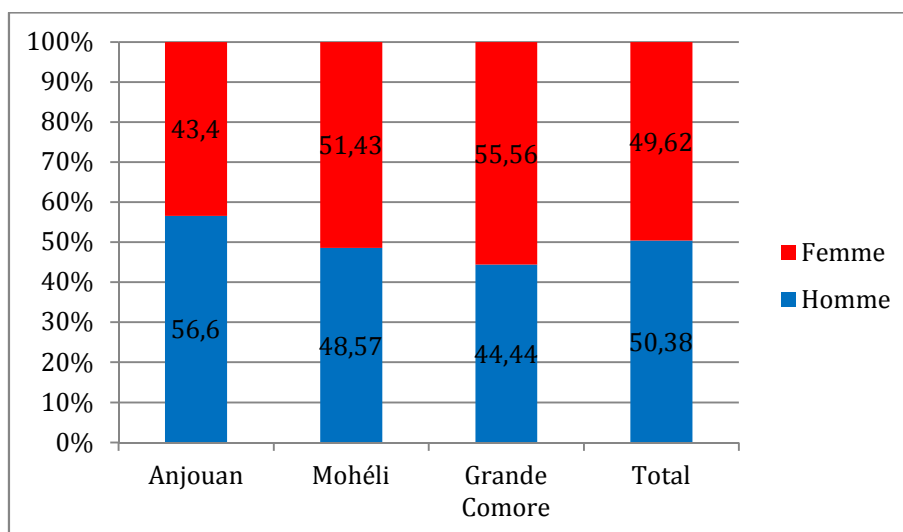


Figure 9 : Répartition par sexe en fonction de l'île de provenance et au total (NC = 3)

La répartition des âges en fonction de la provenance ne présentait pas de différence significative (tableau 3 et figure 10).

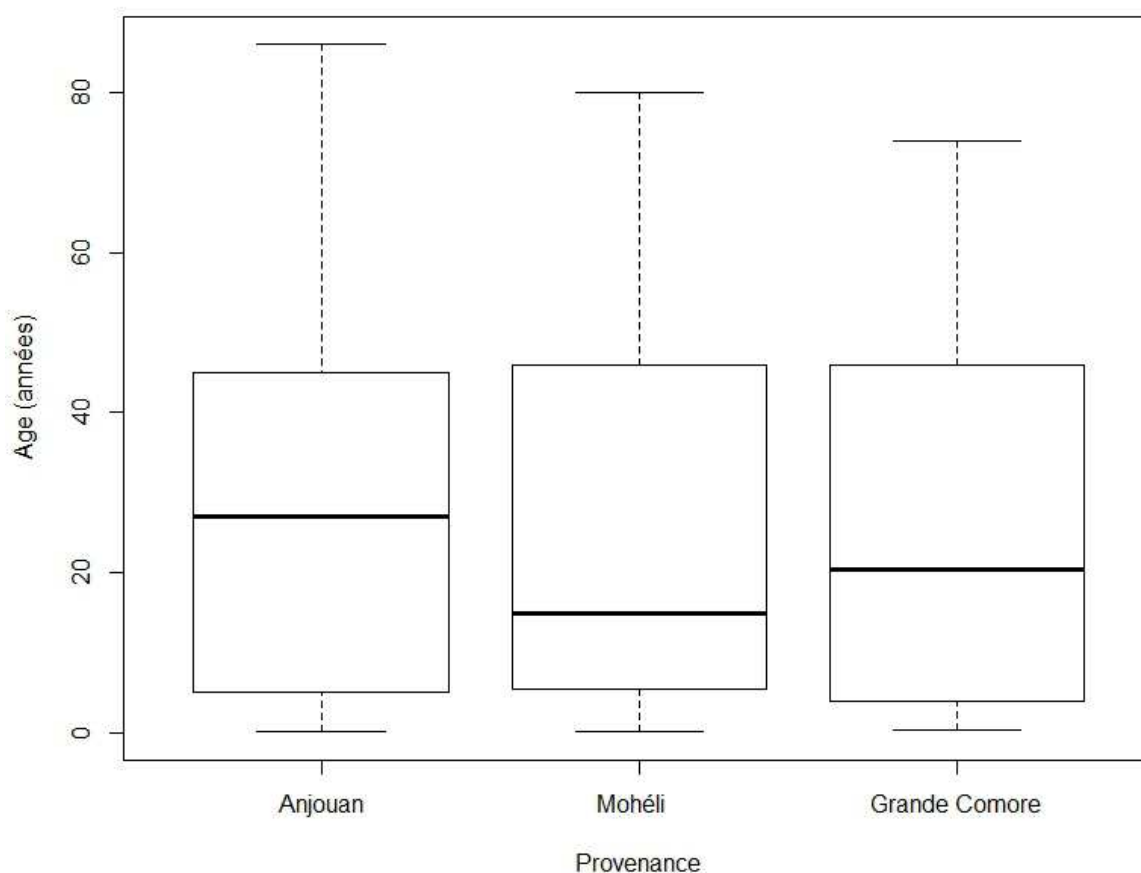


Figure 10 : Répartition des âges des patients par île (NC=1)

La population pédiatrique représentait 48,5 % des patients inclus (tableau 3).

La moitié des demandes était représentée par deux spécialités :

- la neurologie-neurochirurgie (32 %) : jamais en situation aiguë et dans 86 % des cas en situation chronique,
- l'hématologie (18 %) : il s'agissait en majorité de drépanocytose.

Les patients affiliés à la sécurité sociale, ou pouvant y prétendre au vu de leur situation administrative, représentaient 5,9 % des demandes totales et provenaient exclusivement d'Anjouan et de Grande Comore (tableau 3).

Les types de pathologies : données quantitatives

Sur les 119 dossiers renseignés, les différents types de pathologies et leurs incidences étaient répartis de manière significativement différente entre les différentes îles (tableau 3 et figure 11) :

- Le premier type de pathologie motivant les demandes était représenté par les pathologies chroniques : 36 % au total, 45 % des demandes d'Anjouan et 48,6 % des demandes de Mohéli.
- Le deuxième type le plus fréquent était les brûlures qui représentaient au total 21 % des demandes : 21 % des demandes à Anjouan, 39 % des demandes à Grande Comore, en grande majorité dans le cadre de la convention brûlés. Aucune demande n'émanait de Mohéli.
- Le troisième type était représenté par les néoplasies : majoritairement à Grande Comore et à Mohéli. Les demandes provenant d'Anjouan étaient peu nombreuses : 5,6 %.
- Les demandes classées dans la catégorie « autre » se répartissaient assez uniformément parmi les différentes spécialités (de manière décroissante) : chirurgie uro-digestive, cardiologie, gastrologie-entérologie, chirurgie ORL, gynécologie-obstétrique ; et dans une moindre mesure encore : ophtalmologie, rhumatologie, diabétologie et néphrologie. Aucune demande n'avait concerné des patients dialysés dans les demandes officielles de 2013.
- Les urgences sanitaires ne représentaient que 10 % des demandes (à l'exclusion des brûlés) : allant de 2,7 % pour Mohéli à 15 % en Grande Comore.
- Quand aux pathologies orthopédiques hors urgences sanitaires, elles étaient peu représentées, avec moins de 6 % des demandes.

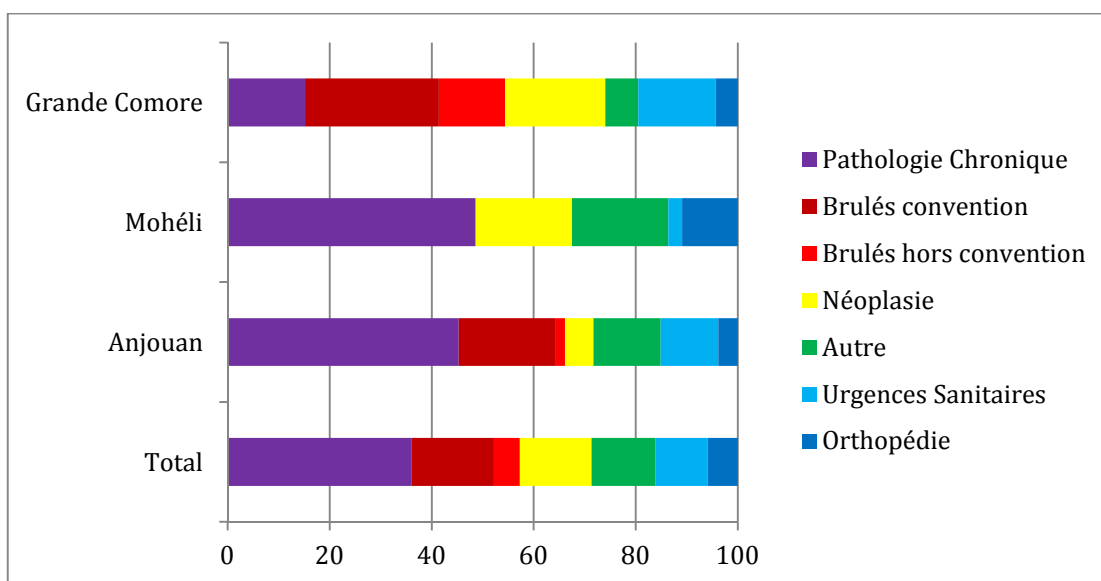
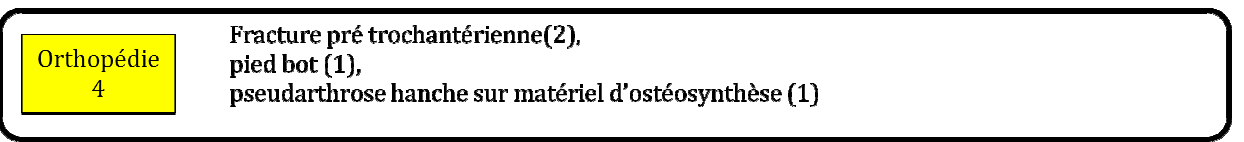
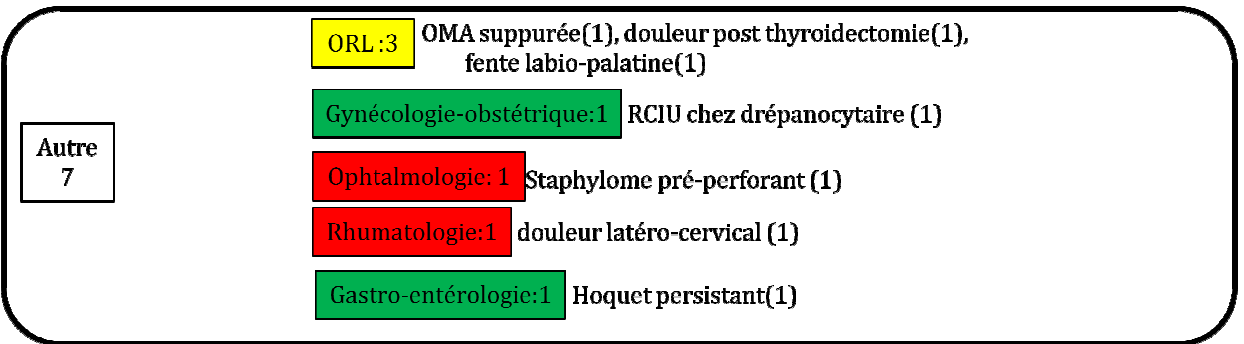
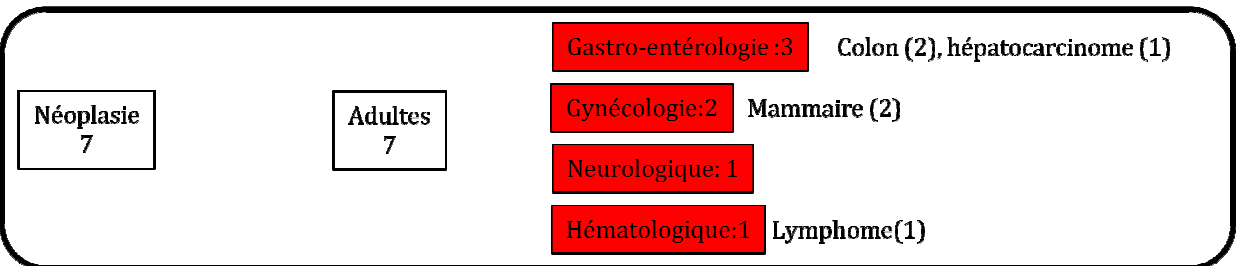
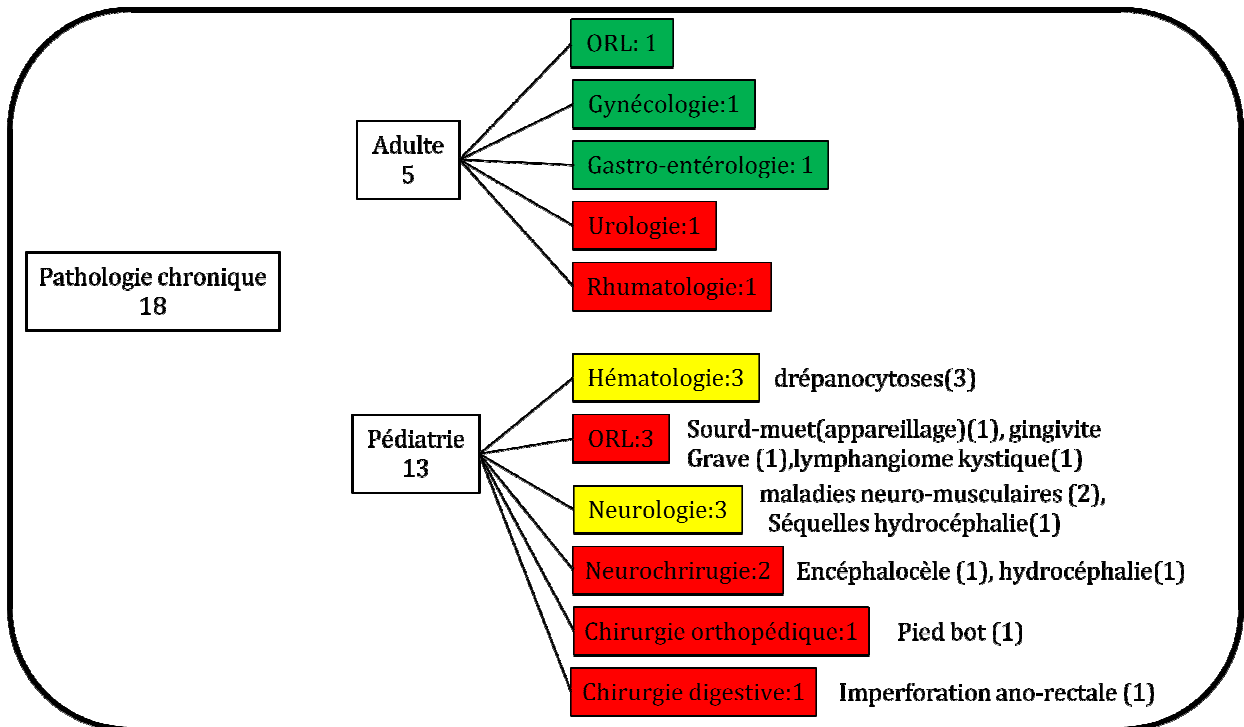


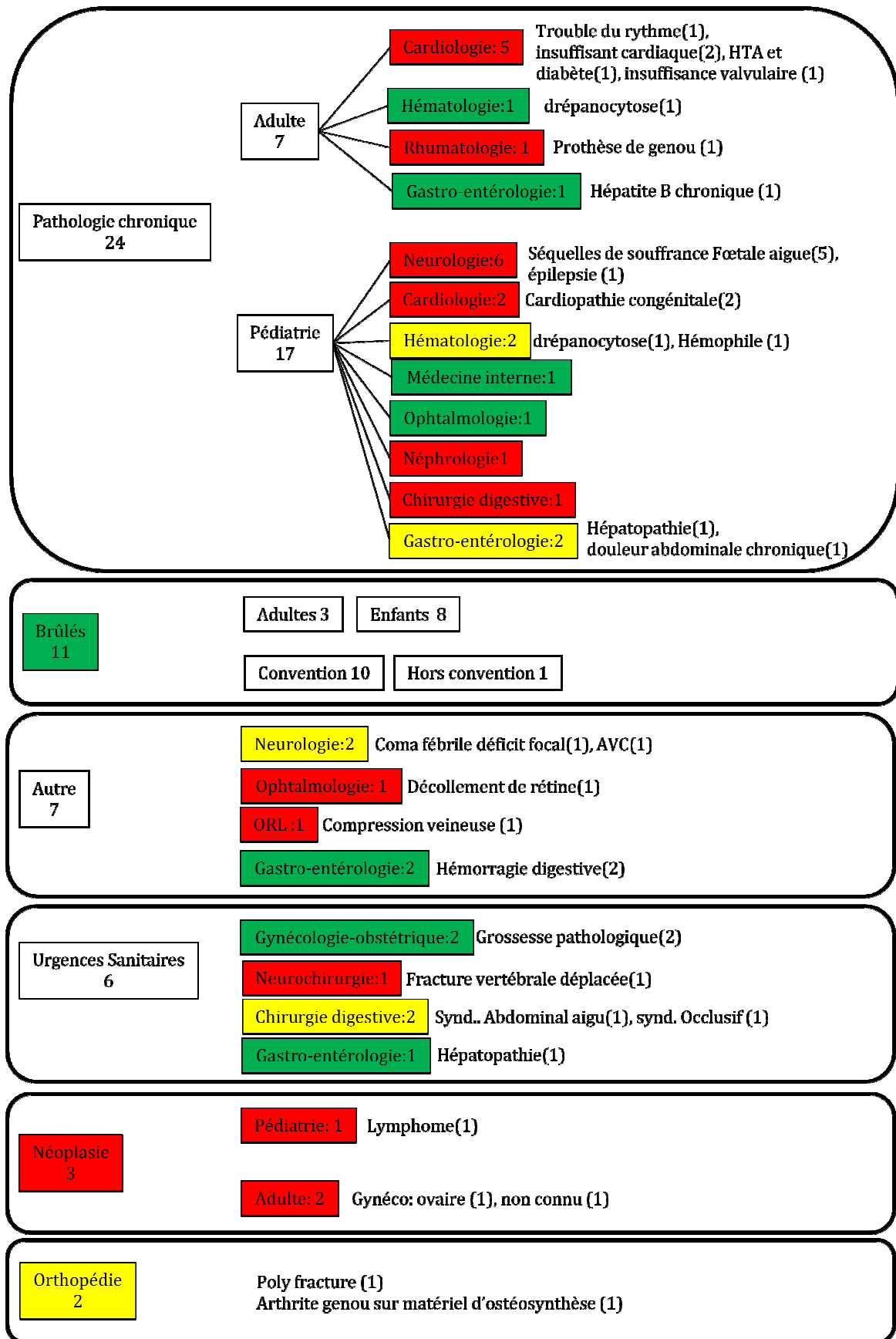
Figure 11 : Pourcentage des différents types de pathologies en fonction des provenances (NC=17)

Les types de pathologies : données qualitatives

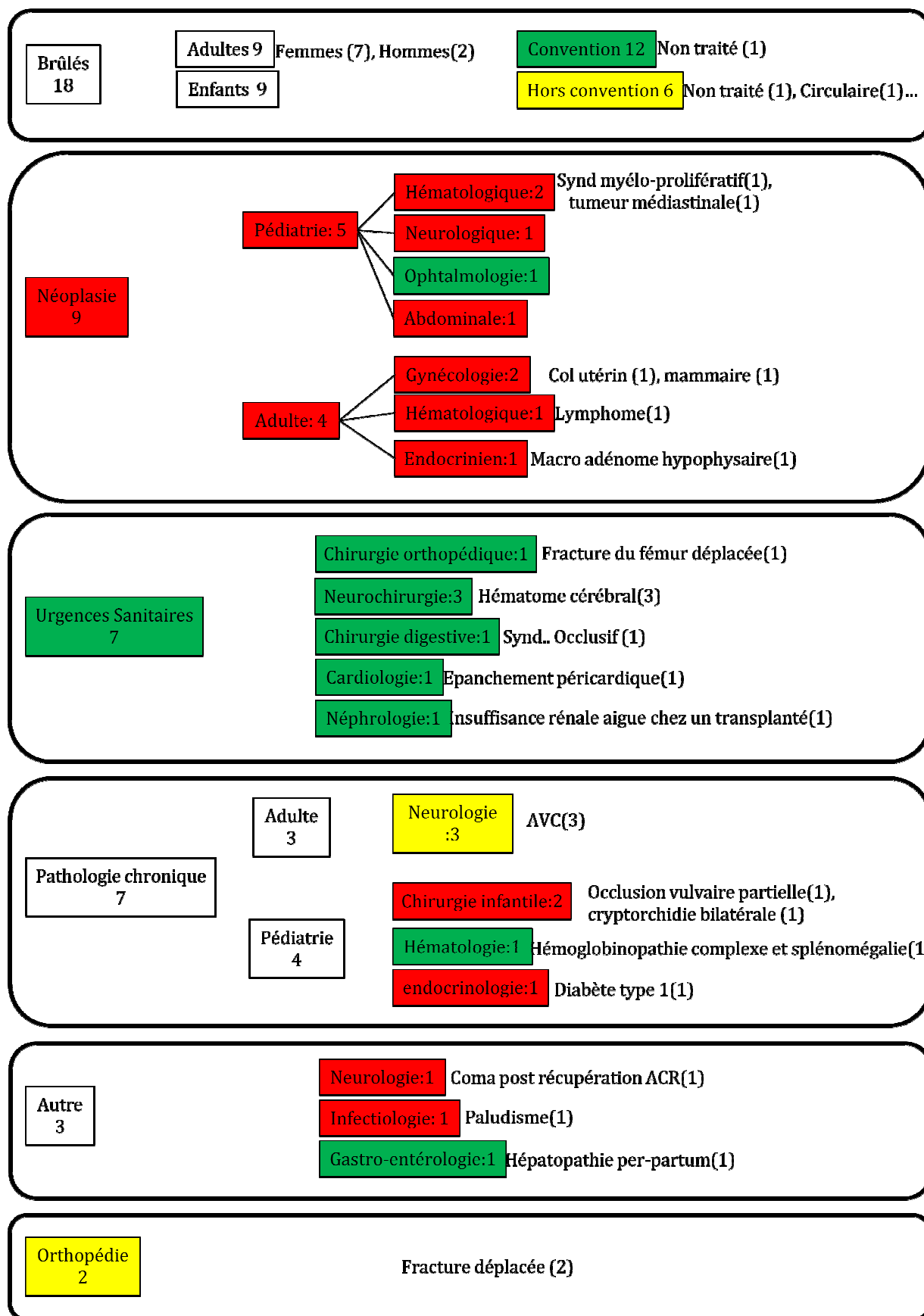
MOHELI



ANJOUAN



GRANDE COMORE



Les spécialités principales étaient le service brûlés, puis la neurologie et neurochirurgie (figure 12). Ensuite, la chirurgie orthopédique, ORL et uro-digestive, la cardiologie, l'hématologie (conventionnelle et onco-hématologie) et la gynécologie (obstétrique et carcinologique) représentaient les spécialités intermédiaires motivant les demandes d'évasan.

A noter que la diabétologie et la néphrologie étaient des spécialités peu représentées.

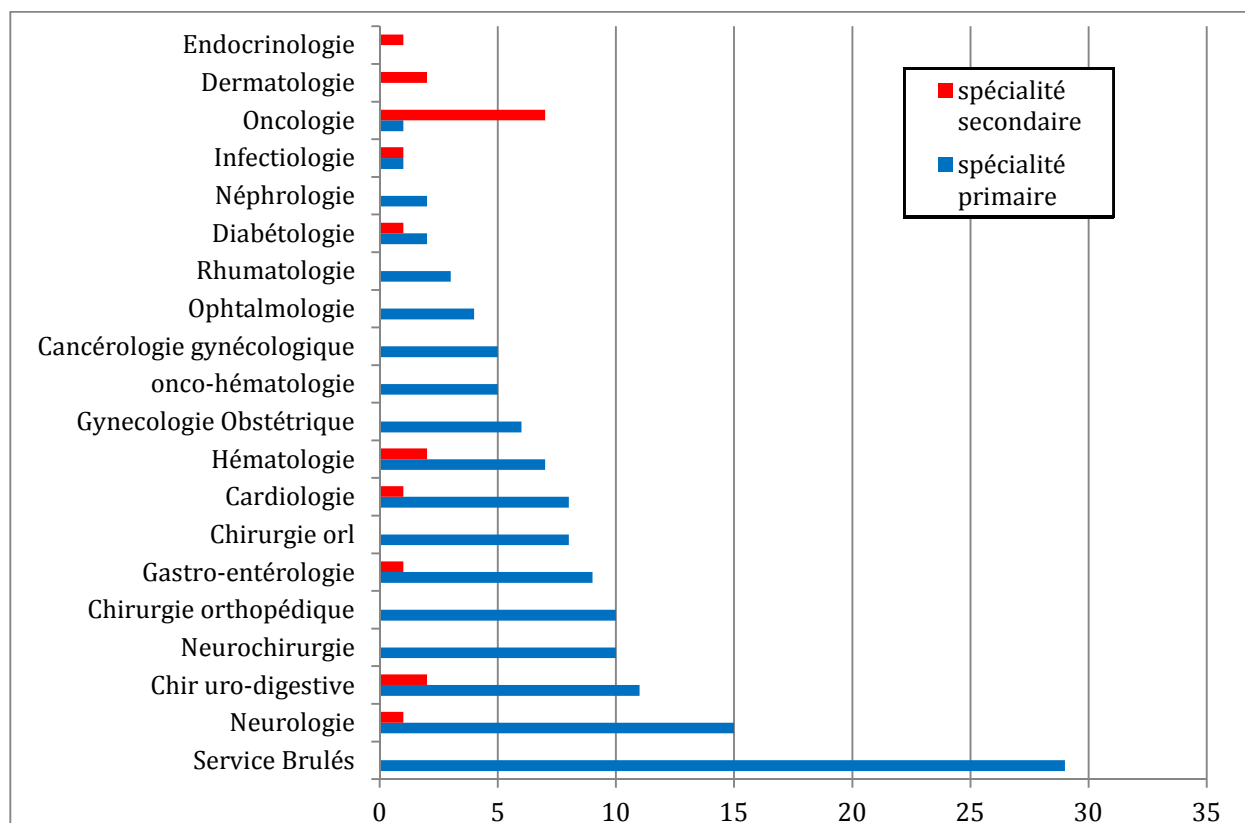


Figure 12 : Répartition en nombre des spécialités principales et secondaires motivant les demandes d'évacuation sanitaire (NC spécialité principale=0, NA spécialité secondaire=117)

La majorité des evasan avait pour motif la prise en charge thérapeutique (tableau 3 et figure 13) :

- plus de la moitié étaient acceptées pour prise en charge au CHM,
- un quart étaient refusées car la prise en charge aurait nécessité une évacuation vers la Réunion ou la métropole,
- le quart restant se répartissait de manière équilibrée entre les patients pouvant être pris en charge aux Comores, les patients n'ayant pas de bénéfices médicaux à être évacués et les dossiers nécessitant plus d'informations avant l'avis du comité.

Le motif d'evasan pour prise en charge étiologique représentait 39 % des demandes.

La rééducation était rarement le motif principal mais elle faisait partie des motifs d'évacuations dans 27 % des cas.

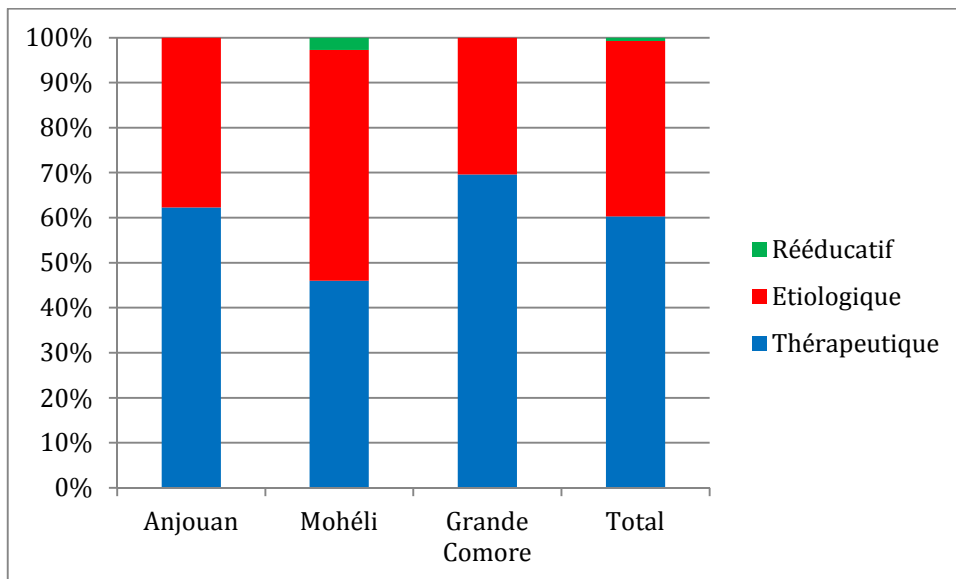


Figure 13 : Motif principal de l'evasan en pourcentage (NC=0)

Les services d'accueil présumés sont significativement différents entre les îles (tableau 3 et figure 14) :

- Les services les plus concernés par les évacuations programmées sont les services de médecine et de pédiatrie. Les résultats correspondent bien à la population de l'étude: la population qui était constituée d'une majorité de pathologies chroniques et de pathologies pédiatriques.
- L'orthopédie est également très sollicitée principalement pour la prise en charge des brûlés non réanimatoires qui y sont hospitalisés.
- Les demandes concernant la réanimation correspondent à la part des urgences sanitaires et des brûlés graves.
- Le service de gynécologie ne concernait que trois patientes, toutes en provenance de Mohéli.
- Parmi les 6,6 % classés « autres », il s'agit de patients pouvant être prise en charge en ambulatoire (un patient d'ophtalmologie, un patient pour exploration digestive en consultation externe, un patient pour des consultations externes de chirurgie orthopédique et cinq patients d'ORL).

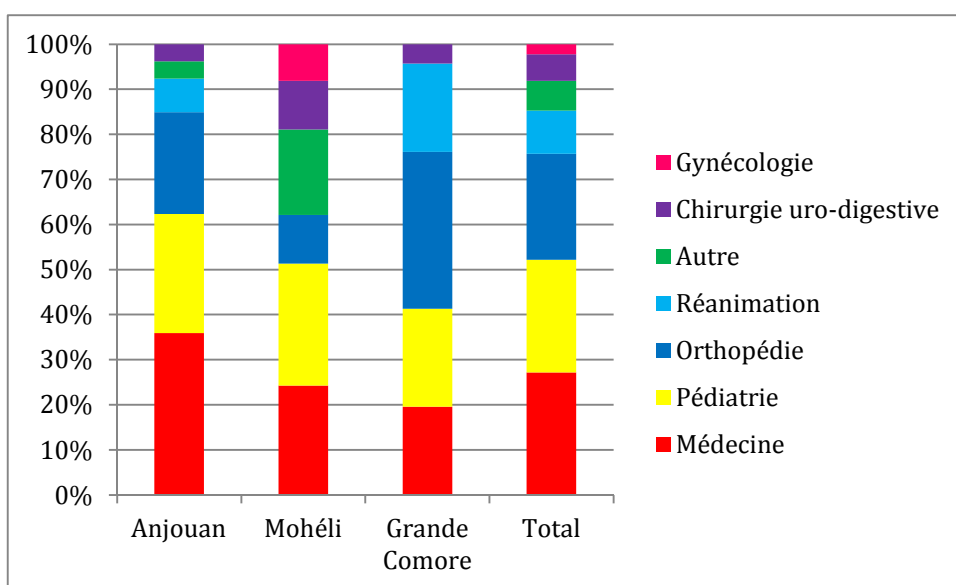


Figure 14 : Répartition en pourcentage des différents services du CHM receveurs des demandeurs d'évasan (NC=9)

III Caractéristiques de la procédure evasan et caractéristiques des patients à l'arrivée

Le délai entre le début des symptômes et le passage au comité evasan du CHM était renseigné dans 110 dossiers (tableau 3 et figure 15):

- Presque la moitié, soit 46 % des patients, étaient des patients ayant des affections chroniques avec une durée supérieure à trois mois entre le premier certificat médical et le comité evasan du CHM.
- L'autre partie importante concernait les patients ayant une affection aiguë, dont le délai était inférieur à une semaine, soit 35,5 % : ce chiffre représentait les patients brûlés et dans une moindre mesure les urgences sanitaires.
- Les 18 % restants, soit vingt cas, dont le délai était compris entre 7 jours et 3 mois, étaient constitués d'urgences sanitaires dépassées, d'errances diagnostiques, de complications secondaires ainsi que de la prise de conscience des médecins comoriens de l'impossibilité d'une prise en charge sur place. Dans 10 % de ces vingt cas, le retard de prise en charge était lié à des délais trop longs entre le certificat aux Comores et le passage au comité evasan :

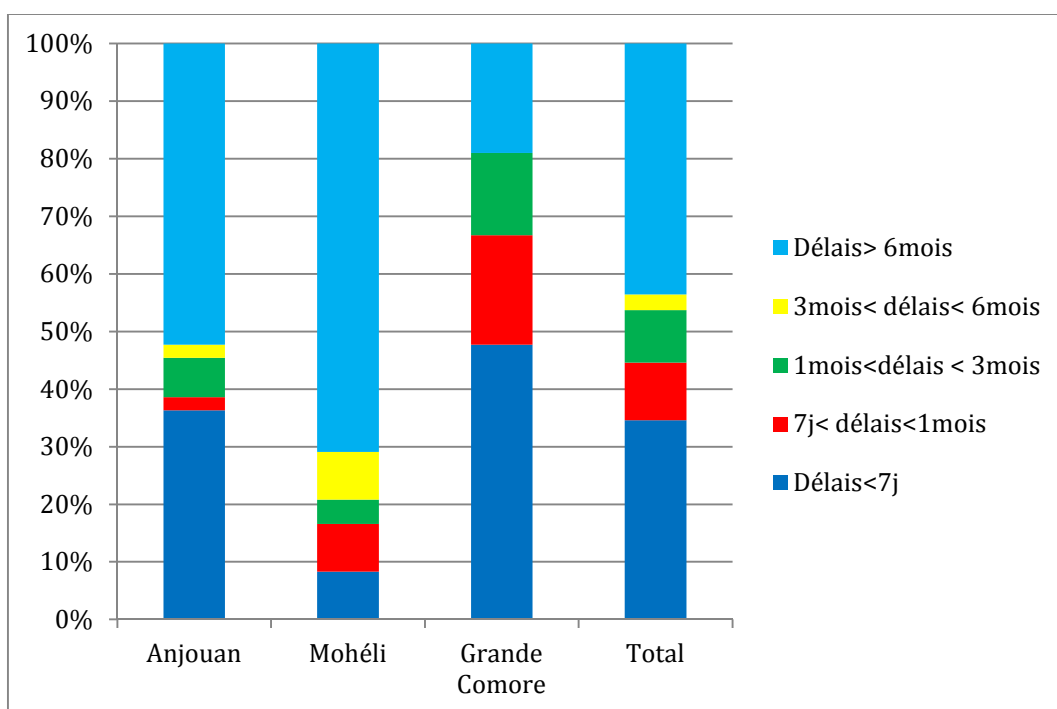


Figure 15 : Délai entre le début des symptômes et le comité evasan (NC=26)

L'avis du médecin du service receveur au CHM était significativement différent en fonction de l'île de provenance du patient (tableau 3).

- L'avis n'était pas donné dans 10 % des cas.
- L'avis était défavorable dans 31 % des cas. Le médecin du service receveur au CHM avait jugé dans 37 % des cas que le plateau technique du CHM était insuffisant soit 45 % des cas pour Anjouan et Mohéli et 22 % pour Grande Comore.
- L'avis était favorable dans 59 % des cas. Cet avis variait de 49 % pour Anjouan et 71,6 % pour Grande Comore.

L'avis du médecin du service receveur et l'avis du comité evasan du CHM étaient significativement différents (Annexe 7) :

- étaient identiques dans 80,6 % des cas,
- étaient discordants dans 12,1 % des cas.
- Et 7,3 % n'étaient pas renseignés.

L'avis du comité du CHM était également significativement différent en fonction de l'île de provenance du patient (tableau 3 et figure16)

- L'avis n'avait pas été donné, pour cause de dossiers non traités (3 % des cas) ou dossiers en attente (9 % des dossiers en attente), soit 12 % des cas. En 2013, aucun des dossiers en attente n'avait été réexaminé.
- L'avis avait été favorable dans 48 % des cas, soit moins de la moitié des demandes jugées comme éligibles par le comité evasan comorien. Ce pourcentage allait de 32,4 % pour Mohéli à 61 % pour Grande Comore.
- L'avis était défavorable dans 40 % des cas : de 57 % à Mohéli à 24 % en Grande Comore.

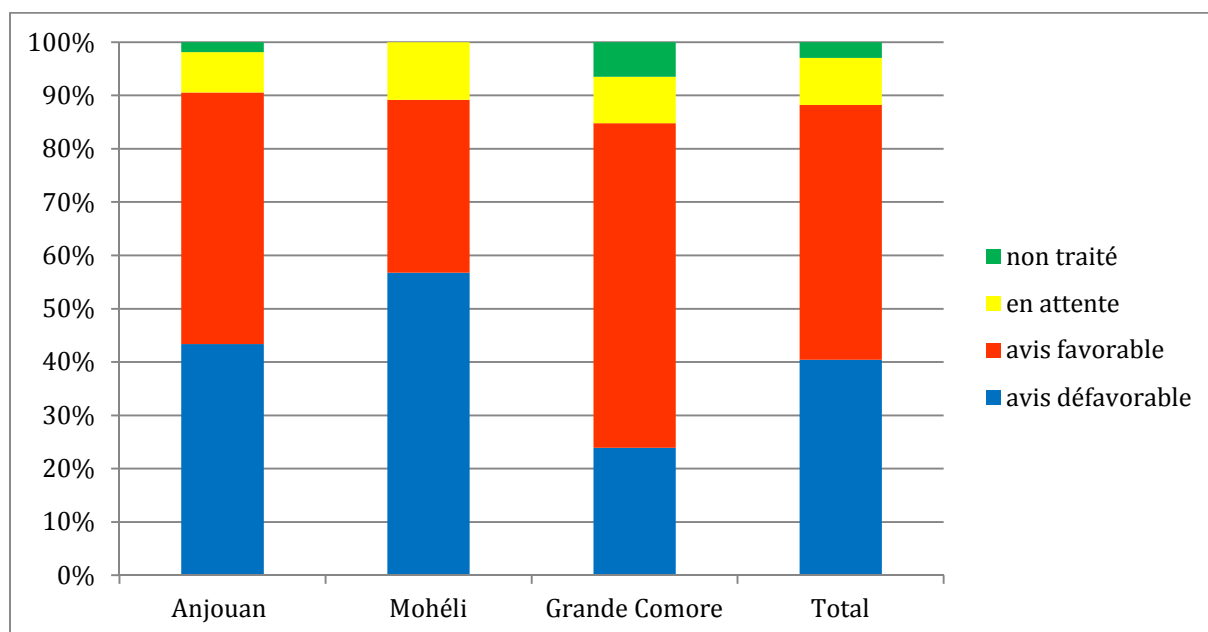


Figure 16 : Le pourcentage de types de décisions du comité evasan du CHM par île et global (NC=1)

Sur les 67 demandes renseignées sur l'ensemble des Comores, les avis défavorables ou avis en attente étaient justifiés par (tableau 3) :

- Dans 47,8 % des cas, un plateau technique insuffisant à Mayotte et donc la nécessité d'une evasan vers La Réunion ou métropole,
- Dans 23,9 %, des cas, une prise en charge possible aux Comores,
- Dans 19,4 % des cas, la nécessité de plus d'informations,
- Dans 8,9 % des cas, par l'absence de bénéfices attendus.

Dix dossiers avaient été revus en comité (données médicales manquantes, avis spécialisé donné après le premier avis, mission spécialisée sur Mayotte permettant la prise en charge).

IV Les caractéristiques des patients à l'arrivée au CHM

Il y avait une différence significative dans les moyens d'arrivée des patients acceptés en fonction de leur provenance (tableau 3 et figure 17).

Concernant les patients acceptés :

- 53,8 % sont arrivés de manière programmée, ce pourcentage allant de 36 % des acceptés à Anjouan à 75 % des acceptés en Grande Comore.
- 35,4 % n'étaient pas venus : 25 % en grande Comore et jusqu'à 44 % à Anjouan.
- 10,8 % étaient arrivées en kwassa : 20 % à Anjouan, 16,6 % à Mohéli et aucun en Grande Comore.

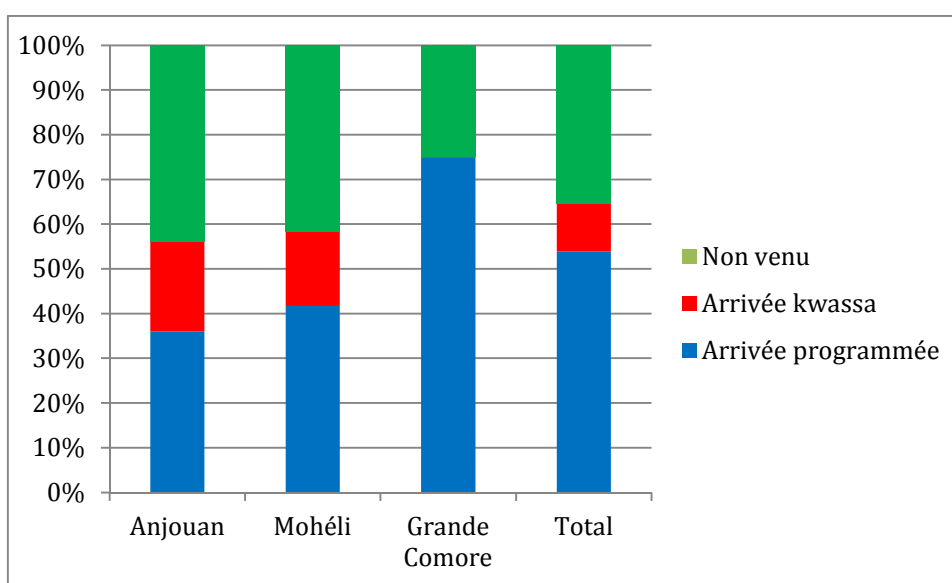


Figure 17 : Pourcentage des différents moyens d'arrivée chez les patients acceptés (tous les dossiers, Anjouan, Mohéli et Grande Comore) (NC= 0)

Dans les 41 dossiers dans lesquels était renseigné le diagnostic à l'arrivée par rapport au diagnostic du certificat, la différence entre les îles n'était pas significative (tableau 3) :

- 49 % des diagnostics étaient identiques,
- 41,5 % des diagnostics étaient plus graves,
- 10 % des diagnostics étaient moins graves.

La gravité de l'état de santé des patients, déterminée par le stade CCMU, était significativement différente dans les trois îles (tableau 3 et figure 18) :

- Le stade CCMU moyen des patients arrivés de manière programmée était de 2,3.
- Plus de la moitié des personnes arrivées, soit 69 %, présentaient un état lésionnel ou fonctionnel stable :
 - o Stade CCMU1, dans 16,7 % des arrivants, pouvant être pris en charge en ambulatoire
 - o stade CCMU2, 52,4 % des cas, nécessitant un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
- Les patients classés stade CCMU 3, dont le pronostic lésionnel ou pronostique jugé comme pouvant s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital, ne représentaient que 19 % de la population des patients acceptés et arrivés.
- Les patients stades CCMU 4 et 5, c'est-à-dire dont le pronostic vital était engagé, représentaient seulement 12 % des arrivants.
- La CCMU moyenne des patients arrivés de manière programmé est de 2,3.
- Pour les demande de Mohéli, 67 % des acceptés arrivés étaient classés stade CCMU1 et il n'y avait aucun patient classé stade CCMU 4 ou 5.

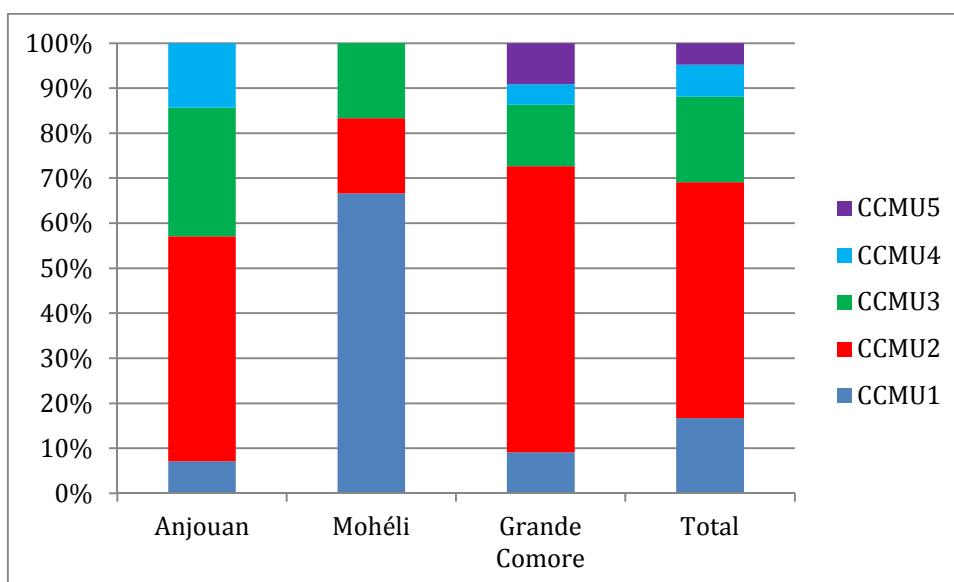


Figure 18 : Pourcentage de chaque stade CCMU à l'arrivée. (NC = 23)

Dix patients, parmi tous les arrivés, qu'ils aient été acceptés ou non, ont été évacués, soit 7,4 % de l'effectif total. Parmi les patients acceptés et venus, 17 % ont dû être évacués vers La Réunion ou la métropole (tableau 3).

V Obstacles à la venue des patients acceptés

Parmi les patients acceptés et non venus de manière programmée, les obstacles étaient (tableau 4, 5 et 6 ; figure 19) :

- L'obstacle premier était financier.
- Dans près d'un quart des cas, les patients ou familles de patient avaient rapporté pouvoir ou avoir acquitté le devis mais avoir eu des difficultés administratives, avec des démarches trop compliquées.
- D'autres motifs rapportés étaient de n'avoir pas eu connaissance de l'accord d'évasan ou que les délais avaient été trop longs.
- Deux des dix-sept patients acceptés et non venus étaient décédés avant l'évacuation.

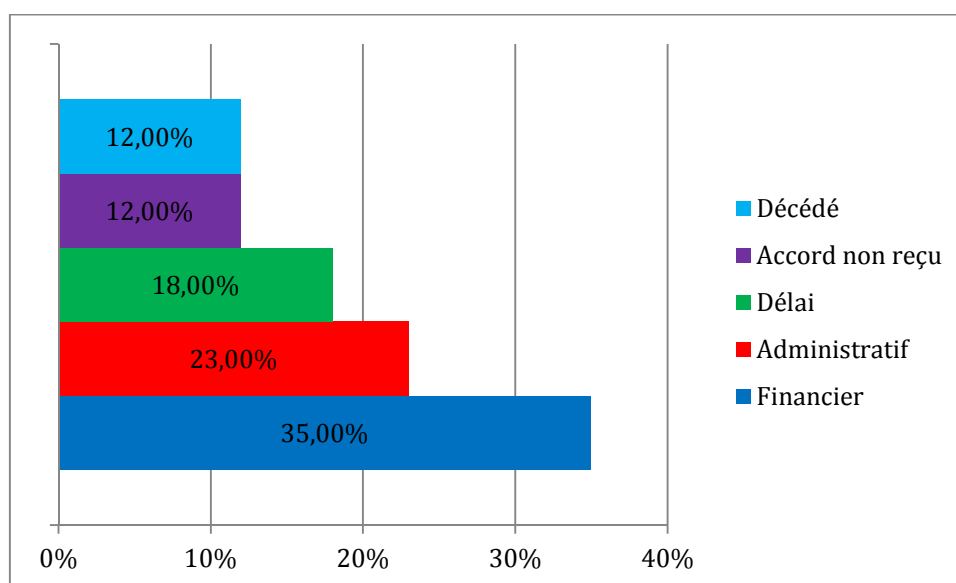


Figure 19 : Motifs de non venue chez les patients acceptés au comité evasan (NC=13)

Les tableaux 4, 5 et 6 illustrent les différents délais et les caractéristiques des devis en fonction des différents sous-groupes de patients.

Les devis :

Les devis des patients acceptés et non venus de manière programmée étaient presque trois fois supérieurs en moyenne aux devis des patients acceptés et venus de manière programmée hors convention.

Quatre devis n'ont pas été faits malgré l'avis favorable du comité : ils correspondent à des patients acceptés et non venus de manière programmée.

Deux devis ont été acquittés dans la population des patients acceptés et non venus.

Les délais

Les délais entre le certificat initial aux Comores et les différentes étapes de la procédure evasan :

- Parmi les patients acceptés, le délai entre le certificat aux Comores et l'avis du spécialiste était plus de cinq fois supérieur en moyenne chez les patients programmés et non venus par rapport aux patients venus. Au sein des patients venus de manière programmée, les patients hors convention brûlés avaient un délai en moyenne plus de deux fois supérieur au délai des patients venus dans le cadre de la convention.
- Le délai entre le certificat aux Comores et l'avis du comité evasan du CHM était plus de sept fois supérieur en moyenne chez les acceptés et non venus de manière programmée par rapport aux patients acceptés et venus de manière programmée (figure 20). Parmi des patients venus de manière programmée, les patients venus hors convention avaient un délai en moyenne plus de deux fois supérieur aux délais des patients venus dans le cadre de la convention brûlé (figure 21).
- Le délai entre le certificat aux Comores et l'arrivée au CHM était plus de sept fois supérieur en moyenne chez les acceptés et non venus de manière programmée par rapport aux acceptés et venus de manière programmée. Parmi des patients venus de manière programmée, les patients venus hors convention avaient un délai plus de trois fois et demi supérieur au délai des patients venus dans le cadre de la convention brûlé (figure 22).
- Les délais entre le comité et l'acquittement étaient de 23,5 jours en moyenne. Le délai moyen entre l'acquittement de la facture et l'arrivée était de plus de 27 jours.

Concernant les patients affiliés venus de manière programmée dans le cadre d'une urgence sanitaire, les délais entre le premier certificat aux Comores et l'arrivée au CHM étaient tous inférieurs à sept jours.

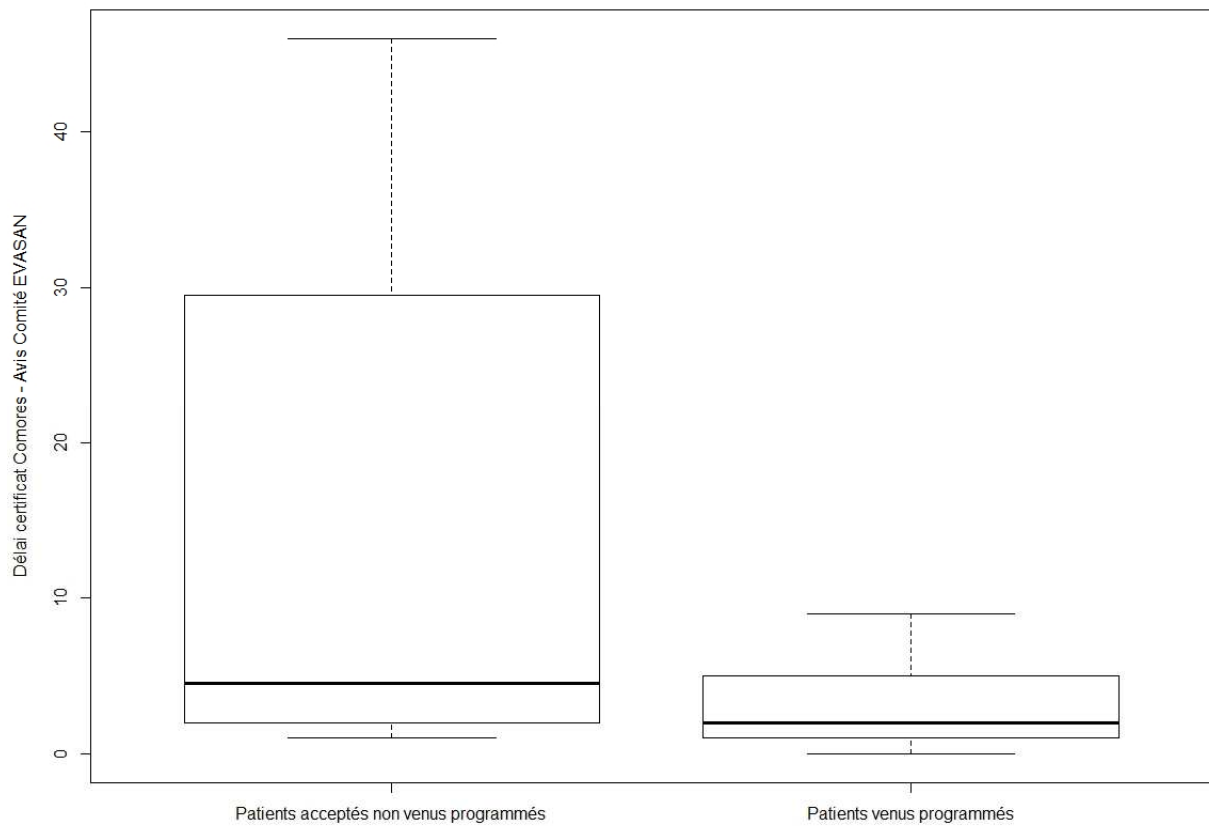


Figure 20 : Comparaison des délais chez les acceptés venus de manière programmée et chez les acceptés non venus de manière programmée. P=0,007

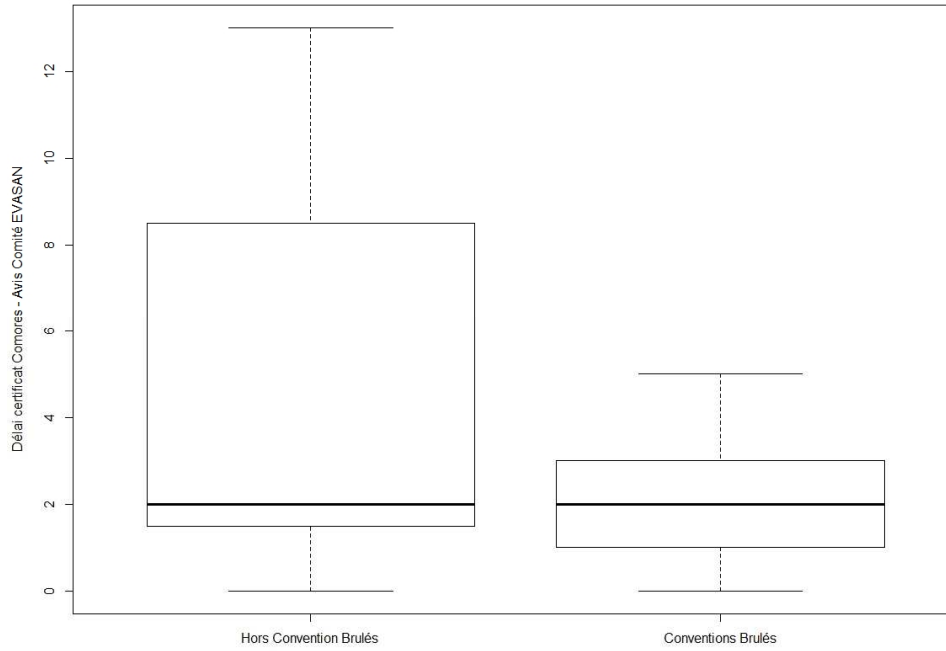


Figure 21 : Comparaison des délais entre le certificat initial aux Comores et l’avis du comité evasan entre la population de patients venus de manière programmée en dehors du cadre de la convention brûlé et la population venu dans le cadre de la convention (p=0,28)

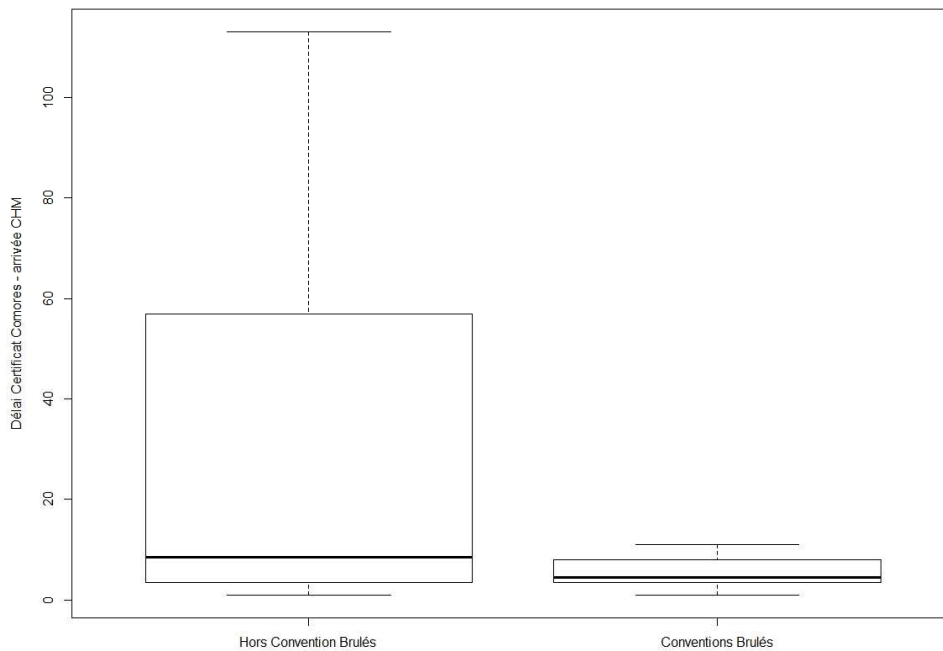


Figure 22 : Comparaison des délais entre le certificat initial aux Comores et l’arrivée au CHM entre la population de patients venus de manière programmée en dehors du cadre de la convention brûlé et la population venu dans le cadre de la convention (p=0,28)

Tableau IV : Comparaison des délais et des devis dans deux sous-groupes : tous les patients venus programmés versus tous les patients acceptés et non venus de manière programmée

	Tous les patients venus programmés	Tous les patients acceptés non venus de manière programmée	p-value
Délais (jours (Ecart-type))			
N=	35	30	
Délai certificat Comores-avis spécialiste	2,3 (2,6)	11,9 (15,4)	0,02
Délai certificat Comores-avis comité evasan	3,9 (4,8)	21,0 (35,3)	0,007
Types devis			0,0001
Pas de devis nécessaire	21,0 (60,0)	5,0 (16,7)	
Devis faits	13,0 (37,1)	20,0 (66,7)	
Devis non faits	0,0 (0,0)	4,0 (13,3)	
Absence donnée	1,0 (2,9)	1,0 (3,3)	
Facture			<0,0001
Acquitté	11,0 (84,6)	2,0 (10,0)	
Non acquitté	0,0 (0,0)	17,0 (85,0)	
Manquant	2,0 (15,4)	1,0 (5,0)	
Montant des devis (euros)			0,0002
N=	13,0	20,0	
Moyenne (Ecart type)	2364,0 (1991,0)	6492,0 (8036,0)	
Médiane	1887,6	5022,0	

Tableau V : Comparaison des délais et des devis dans deux sous-groupes : les patients venus dans le cadre de la convention brûlée versus tous les patients venus hors convention brûlés.

	Convention brûlés	Tous les patients hors convention brûlés	p-value
Délais (jours (Ecart-type))			
N=	16	19	
Délai certificat Comores-avis spécialiste	1,4 (1,2)	3,1 (3,2)	0,31
Délai certificat Comores-avis comité evasan	2,3 (1,5)	5,4 (5,2)	0,28
Délai certificat Comores-arrivée CHM	5,4 (2,9)	34,6 (46,6)	0,15

Tableau VI : Comparaison des différents délais, des modes de devis et des montants de devis en fonction du mode d'arrivée

NA=Non applicable NC=Non communiqué	Venus programmés				Tous les acceptés non venu de manière programmée	Accepté non venu	Acceptés Venus en Kwassa
	Tous les venus programmés	Convention brûlés	Hors convention brûlés	Ayant acquitté facture			
Délais (jours (Ecart-type))							
N=	35	16	19	13	30	23	7
Délai certificat Comores- avis spécialiste	2,3 (2,6)	1,4 (1,2)	3,1 (3,2)	6,5 (2,3)	11,9 (15,4)	11,1 (16,8)	14,5 (10,8)
Délai certificat Comores- avis comité evasan	3,9 (4,8)	2,27 (1,49)	5,44 (5,17)	12,78 (10,8)	21,0 (35,3)	15,2 (21,3)	38,3 (60,8)
Délai certificat Comores - arrivée CHM	20,0 (35,7)	5,4 (2,9)	34,6 (46,6)	73,8 (47,0)	NA	NA	143,4 (157,7)
Délai comité evasan – acquittement	NA	NA	NA	23,5 (26,8)	NA	NA	NA
Délai acquittement facture - l'arrivée au CHM	NA	NA	NA	27,6 (23,8)	NA	NA	NA
Types devis							
Pas de devis nécessaire	21,0 (60,0)	16,0 (100,0)	6,0 (31,6)	0,0 (0,0)	5,0 (16,7)	4,0 (17,4)	1,0 (14,3)
Devis faits	13,0 (37,1)	NA	13,0 (68,4)	13,0 (100,0)	20,0 (66,7)	15,0 (65,2)	5,0 (71,4)
Acquitté	11 (84,6)	NA	11(84,6)	13,0 (100,6)	2,0 (10,0)	1,0	1,0
Non acquitté	0 (0)	NA	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	17,0 (85,0)	14,0	3,0
Manquant	2,0 (15,4)	NA	2,0(15,4)	0,0 (0,0)	1,0 (5,0)	0,0 (0,0)	1,0
Devis non faits	0,0 (0,0)	NA	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	4,0 (13,3)	3,0 (13,0)	1,0 (14,3)
Absence donnée	1,0 (2,9)	NA	1,0 (5,3)	0,0 (0,0)	1,0 (3,3)	1,0 (4,4)	0,0 (0)
Montant des devis (euros)							
Moyenne	2364,0	NA	2365,0	2365,0	6492,0	5680,0	8929,8
Médiane	1887,6	NA	1887,6	1887,6	5022,0	6694,0	3348,0
Ecart type	1991,0	NA	1991,0	1991,0	8036,0	4354,0	15187,0

VI Illustration des différentes caractéristiques

Les patients Affiliés à un régime d'assurance maladie

Les pathologies des patients affiliés représentent toutes un certain degré d'urgence et la nécessité d'une prise en charge rapide :

- Trois patients avaient présenté un AVC récemment : deux patients acceptés et un refusé pour cause de plateau technique insuffisant (le certificat comorien étant fait plus de 24 heures après le début des symptômes),
- Une patiente drépanocytaire suivie au CHM, en rupture de traitement,
- Un patient insuffisant rénal chronique greffé en insuffisance rénale aiguë dans un contexte de déshydratation : évacué devant la crainte d'un rejet d'organe.
- Un patient de 17 ans, opéré d'une appendicectomie au CHM qui s'était compliquée à distance d'une occlusion haute : transfert pour reprise chirurgicale.
- Deux patients traumatisés graves : une patiente souffrant de multiples fractures dans un contexte d'accident de la voie publique et un patient souffrant d'un hématome sous dural suite à un traumatisme crânien.

Tous les patients étaient venus de manière programmée excepté :

- le patient grand comorien présentant un AVC qui avait été refusé et qui n'était pas venu.
- la patiente anjouanaise drépanocytaire de 22 ans suivie jusqu'à ses 17 ans au CHM : elle était venue en kwassa trois mois après sa demande car elle n'était pas au courant de l'accord. Peu de temps après son arrivée, elle avait été hospitalisée vingt-deux jours dont deux en réanimation pour la prise en charge d'un AVC dans un contexte de drépanocytose mal suivie.

Les pathologies chroniques :

Anjouan :

Les demandes pour pathologies chroniques concernaient dans presque trois quart des cas la pédiatrie. Sur seize patients, seuls trois avaient été acceptés et aucun n'était venu de manière programmée. Par contre, trois étaient venus en kwassa dont un accepté :

- Six patients de neuro-pédiatrie dont cinq ayant des séquelles d'une souffrance fœtale aiguë, tous refusés :
 - o trois n'auraient pas eu de bénéfices à une évasan,
 - o deux pour raison de plateau technique insuffisant au CHM, dont un arrivé en kwassa en état de mal épileptique,
 - o et un pour prise en charge possible aux Comores.
- Deux patients d'hématologie :
 - o une patiente drépanocytaire refusée pour prise en charge possible aux Comores
 - o et un patient hémophile B grave suivi au CHM, accepté mais non venu pour cause de délai de réponse trop long (le délai entre le certificat initial aux Comores et l'avis du comité du CHM étant pourtant de un jour).
- Deux patients de gastro-pédiatrie :
 - o une patiente de 16 ans souffrant d'une décompensation oedémato-ascitique acceptée mais venue en kwassa pour raison financière car elle ne pouvait acquitter le devis de 3348 euros,
 - o une patiente dans un tableau de douleur abdominale intermittente chronique en attente d'avis sans suites données.
- Une enfant de 5 ans souffrant d'une maladie de système, acceptée, mais non venue pour raison financière, le devis étant de 7977 euros.
- Un patient souffrant d'une pathologie ophtalmologique, vu en mission ophtalmologique du CHM aux Comores et accepté, il n'est pas venu : le devis étant de 597 euros.
- Un patient de 7 ans porteur d'une polykystose rénale, refusé pour plateau technique insuffisant et venu en kwassa trois jours après l'avis du comité du CHM défavorable.
- Trois cas de chirurgie infantile :
 - o deux patients porteurs d'une cardiopathie congénitale, une refusée, l'autre en attente pour consultation de son dossier médical à Necker, où il avait été hospitalisé, sans suites données au dossier,
 - o un cas de chirurgie digestive, une suspicion de maladie de Hirschprung à 11 ans, avis en attente pour plus d'informations, la découverte de cette maladie étant rarement aussi tardive.

Sur les huit demandes concernant des pathologies chroniques adultes provenant d'Anjouan :

- deux demandes ont été acceptées (la patiente drépanocytaire de 22 ans évoquée plus haut et un patient porteur d'une hépatite B chronique suivi au CHM) et ces deux patients sont finalement venus de manière clandestine :
 - o la première avait acquitté la facture ;
 - o le deuxième avait quant à lui un délai de réponse de cinq mois après le certificat initial et le devis n'avait pas été fait pour une raison inconnue.
- Cinq demandes concernaient la cardiologie :
 - o trois patients insuffisants cardiaques sévères dont une suivie à Rennes dans le cadre d'un projet de greffe et refusée avec conseil de s'orienter vers l'hôpital de Rennes, une autre pour insuffisance valvulaire acceptée et non venue et l'autre présentant également une plaie diabétique ;
 - o un trouble du rythme cardiaque chez un patient hypertendu et ayant fait un AVC ancien dont la demande est toujours en attente ;
 - o un patient de 37 ans hypertendu et diabétique refusé pour prise en charge possible aux Comores.
- Le dernier cas était une demande de chirurgie orthopédique non réalisable à Mayotte donc refusée : la pose d'une prothèse totale de genou.

Grande Comore :

Par contre, Grande Comore ne comptait que 15 % des demandes pour pathologies chroniques, soit le quatrième type de demande par ordre de fréquence pour cette île:

- Les trois demandes adultes concernaient toutes des patients ayant fait un accident vasculaire cérébral :
 - o un accepté affilié, le certificat comorien et l'avis du comité avaient été donnés le jour de l'accident et le patient avait été évacué au CHM en moins de 24 heures et avait bénéficié, après 49 jours d'hospitalisation, d'une évacuation vers la Réunion pour prise en charge rééducative;
 - o deux patients dont le certificat initial aux Comores était plus tardif (un jour et cinq jours après) qui avaient été refusés pour plateau technique insuffisant.
- Quatre demandes de pédiatrie :
 - o deux cas chirurgicaux infantiles, une occlusion vulvaire partielle et une cryptorchidie bilatérale dans un contexte de syndrome poly malformatif, tous deux en attente du programme des missions de chirurgie infantile sans suites données;
 - o un patient mohélien présentant une hémoglobinopathie complexe compliquée d'une splénomégalie, accepté et non venu : le délai de l'avis du comité du CHM était de 23 jours et le devis de 7812 euros (plus de treize ans de salaire moyen comorien) ;
 - o Un enfant de 2 ans diabétique de type 1 refusé pour prise en charge possible aux Comores (rappelons le prix de l'insuline de 10 euros pour 100 unités, soit moins d'une semaine de traitement pour un cinquième du salaire moyen d'un comorien).

Les Brûlés

À Anjouan, il y avait onze demandes dont dix dans le cadre de la convention.

Huit des onze demandes concernaient une population pédiatrique.

Cinq patients étaient venus de manière programmée.

Concernant les six patients non venus de manière programmée, les obstacles à la venue étaient :

- Administratif pour deux patients conventionnés.
- Financier pour deux patients dont un dans le cadre de la convention.
- L'information d'accord non reçue pour un patient accepté qui est arrivé en kwassa 23 jours après l'accident.
- Un patient était décédé avant l'évacuation, malgré un délai entre l'accident et l'acceptation d'un jour seulement.

Concernant la population de brûlés de Grande Comore, sur les dix-huit demandes, douze étaient dans le cadre de la convention, quatre étant réanimatoires.

La population était essentiellement composée de femmes et d'enfants, orientant sur la piste d'accidents domestiques.

Sur l'ensemble des patients, quinze nécessitaient des soins de rééducation.

Quatorze étaient venus de manière programmée.

Les quatre non venus de manière programmée étaient :

- Deux dossiers non traités,
- Un patient hors convention accepté et non venu, il présentait une brûlure circulaire, nécessitant donc une prise en charge urgente : le devis était de 1379 euros et le délai entre le certificat initial et l'avis du comité était de 4 jours.
- Un dossier refusé pour motif de prise en charge possible aux Comores

Néoplasie

Sur les neuf demandes du comité Grand comorien :

- huit avaient été refusées
- le seul patient accepté était parti en Tanzanie pour les soins devant l'impossibilité d'acquitter le devis de 7 440 euros.
- Cinq demandes concernaient la pédiatrie et quatre les adultes.

Les obstacles à la migration sanitaire étaient :

- en premier lieu les refus pour plateau technique insuffisant
- en deuxième lieu les dossiers en attente sans suites données.

Une patiente présentant un macro-adénome hypophysaire symptomatique avait été refusée : elle était arrivée quatre mois après au CHM et a été transférée à la Réunion.

Les dix autres dossiers venant des Comores avaient tous été refusés, le plus souvent pour cause de plateau technique insuffisant au CHM et donc la nécessité d'évacuation vers la Réunion.

Urgences sanitaires

Sur l'ensemble de la population, les urgences sanitaires touchaient principalement les adultes.

Les principaux motifs étaient :

- Neurochirurgicaux :
 - o trois patients présentant un hématome intracrânien, venus gratuitement de manière programmée dans le cadre d'urgences sanitaires;
 - o un patient présentant une fracture vertébrale déplacée compliquée d'une paraplégie refusé pour plateau technique insuffisant (pas de neurochirurgien à Mayotte) et arrivé en kwassa 8 jours après, il avait été évacué rapidement vers la Réunion.
- Digestifs :
 - o trois patients souffrant de syndromes abdominaux aigus : un patient affilié venu ; un patient accepté et non venu avec un devis de 15 624 euros ; et un patient refusé à cause du délai de trois semaines s'étant écoulé entre le certificat initial et le passage au comité du CHM.
 - o Le quatrième patient présentait une insuffisance hépatique évoluant depuis 2 mois : la demande n'a pas été traitée car il est décédé avant le passage au comité.
- Gynécologie obstétrique : trois patientes pour grossesses pathologiques, toutes acceptées.
- Une insuffisance cardiaque aiguë sur une tamponnade : patient accepté mais décédé avant l'évacuation.

Orthopédie :

Ces demandes concernaient :

- Cinq fractures de membres inférieurs : la seule patiente arrivée dans un délai raisonnable était une patiente affiliée.
- Deux infections ostéo-articulaires sur matériels d'ostéosynthèses (dont une à Anjouan où les analyses bactériologiques ne sont pas disponibles) toutes deux refusées pour cause de plateau technique insuffisant au CHM.
- La prise en charge d'un pied bot.

Fayad avait 9 mois et souffrait d'un pied bot bilatéral dont le traitement repose habituellement (c'est-à-dire lorsqu'il est pris en charge dès la naissance) sur la réalisation d'orthèses régulières et une surveillance pendant les deux premières années. Le plus souvent, le traitement est exclusivement rééducatif. Le certificat initial à Mohéli est rédigé le 15 janvier 2013. Après un premier passage, le comité evasan du CHM donne un avis favorable le 20 février 2013 pour prendre en charge l'enfant lors de la mission spécialisée le 18 mars 2013. Sans nouvelle, la mère de l'enfant décide de partir à Madagascar pour soins (coût du billet 600 euros) où l'enfant est opéré (coût de la chirurgie 1000 euros). Devant la réussite médiocre de l'opération et surtout l'épuisement des ressources financières, la mère décide de retourner à Mohéli. A son retour, elle apprend que l'enfant avait été accepté au CHM et tente de réaliser les démarches. Devant les difficultés administratives qu'elle n'arrive à résoudre, elle décide de venir de manière clandestine à Mayotte (coût de la traversé 600 euros) et consulte au CHM le 15 avril 2014. L'enfant a 2 ans et n'a pas acquit la marche. Il est suivi en kinésithérapie régulièrement mais une intervention chirurgicale pourrait être indiquée.

Autre

Plusieurs cas étaient assez évocateurs des limites de cette procédure dans cette catégorie de pathologie :

- Une demande de Grande Comore a été formulée concernant une patiente dans le coma ayant fait un arrêt cardio-respiratoire lors d'une rachianesthésie. Le certificat comorien avait été rempli après 5 jours de prise en charge : le comité du CHM a donné en moins de 24 heures un avis défavorable devant l'absence de bénéfice médical.
- Une patiente enceinte était acceptée dans le cadre d'un syndrome de cholestase aiguë. Le délai entre le certificat initial et l'avis favorable du CHM était de 77 jours et le devis de 5580 euros n'avait pas été acquitté. Cette patiente n'était pas venue.
- Un patient avait été accepté pour prise en charge d'une hémorragie digestive, il venait donc pour soins après avoir acquitté 2 604 euros : la famille m'a rapporté qu'il avait été expulsé en cours de traitement.
- Un homme de 78 ans, anjouanais, porteur d'une néoplasie prostatique, avait été accepté pour le motif d'AVC récent : le diagnostic d'hémorragie cérébrale compliquant des métastases cérébrales d'un cancer de la prostate avait été posé au CHM. Devant l'aggravation rapide, le patient avait été renvoyé aux Comores pour décéder dans son pays.

La gynécologie :

Le service de gynécologie ne concernait que trois patientes.

Elles provenaient toutes de Mohéli :

- deux pour grossesses pathologiques chez des patientes drépanocytaires
- une pour une pathologie mammaire déjà suivie au CHM pour ce motif.

Indirectement, la gynécologie comptait trois autres patientes :

- deux patientes admissibles en réanimation pour complications de la grossesse (une pré-éclampsie sévère et une coagulopathie intra-veineuse disséminée sur un hématome rétro-placentaire compliquée d'une hémorragie de la délivrance, décédée sur à son arrivée à l'aéroport malgré le transfert rapide)
- une patiente admissible en médecine pour le bilan d'un syndrome de cholestase durant la grossesse.

Toutes avaient été acceptées sauf une qui était en attente d'informations complémentaires.

Les délais entre le début des symptômes et le comité evasan:

Concernant Grande Comore, les délais correspondaient bien aux caractéristiques des patients : une majorité d'urgences sanitaires et de patients brûlés, et peu de patients avec des pathologies chroniques :

- La moitié des demandes avaient des délais inférieurs à 7 jours et 67 % des délais inférieurs à un mois. La plupart de ces demandes prises en charge rapidement concernaient des patients dont la procédure était facilitée dans le cadre d'une convention (brûlés ou urgences sanitaires) et d'une affiliation à la sécurité sociale.
- Seuls 19 % des demandes concernaient des pathologies chroniques. Elles portaient essentiellement sur des néoplasies refusées et des pathologies pédiatriques spécialisées.

A l'opposé, Mohéli comptait une majorité de demandes tardives par rapport au début des symptômes :

- 79 % de ces demandes dont les délais de passage au comité du CHM étaient supérieurs de 6 mois aux certificats initiaux concernent :
 - o la neuro-pédiatrie, souvent sans bénéfices pronostiques,
 - o la prise en charge de drépanocytose, souvent refusée pour prise en charge possible aux Comores,
 - o la chirurgie ORL, souvent refusée pour prise en charge possible aux Comores.
- Le délai entre le certificat aux Comores et l'avis du comité du CHM était inférieur à sept jours dans seulement 8% des cas : un patient présentant une fracture du fémur et une patiente présentant une grossesse compliquée.

Entre les deux, Anjouan comptait plus de la moitié de ces demandes dont les délais étaient supérieurs à 6 mois, élément révélateur de la prépondérance des pathologies chroniques.

L'autre grand groupe était représenté par les délais inférieurs à sept jours, dans 36,3 % des cas, pour des patients brûlés graves ou des urgences sanitaires.

Evasan hors Mayotte :

Seul un patient a été évacué vers les Comores. Le pronostic de ce patient était beaucoup plus grave et un retour aux Comores a été organisé. Quelques cas similaires sont rapportés parmi les patients en situation irrégulière : des demandes d'évacuations sur les Comores pour fin de vie, dont la finalité humaniste rejoint l'économie de santé (le coût du retour aux Comores étant beaucoup plus avantageux financièrement que le coût d'une longue hospitalisation).

Les devis :

La signification des valeurs extrêmes nécessitent d'être développée :

- Le devis 55,20 euros avait été acquitté pour un contrôle mammographique chez une patiente déjà suivie au CHM : elle n'était pas venue pour raison administrative.
- Le devis 35 904 euros qui était demandé à une patiente anjouanaise à vingt semaines de grossesse qui présentait une pré-éclampsie sévère ; il s'agissait d'une urgence sanitaire. Cette somme correspondait au devis pour une durée d'hospitalisation estimée à 8 semaines d'hospitalisation suivie d'une semaine en réanimation néonatale (soit plus de 63 ans de salaire moyen aux Comores !). Cette patiente était venue en kwassa kwassa et avait été hospitalisée 10 jours en gynécologie-obstétrique.

Discussion

I Les principaux résultats

Notre étude est la première à décrire les motifs d'évasan programmées et leur dynamique de prise en charge.

Le premier constat, en comparant avec la thèse du Dr. Gaussein(2), est la mise en évidence d'une nette infériorité en nombre d'évasan programmées par rapport aux migrants en situation irrégulière.

Sur l'année 2013, 136 demandes ont été faites au comité evasan du CHM et seulement 35 patients sont arrivés de manière programmée, alors que sur cette même année, en l'espace de six mois seulement, et ce durant la période des Alizés, 276 patients ont été inclus dans la population arrivée pour raisons sanitaires en kwassa aux urgences du CHM, soit presque dix fois plus.

L'autre constat est l'importance de ce phénomène migratoire illégal pour raisons sanitaires.

Les patients inclus dans mon étude sont sûrement sous-estimés par rapport aux nombres de personnes voulant migrer légalement pour soins : ils sont le résultat d'une première régulation médicale et d'une régulation socio-économique. En effet, seuls les patients connaissant l'existence de cette procédure, ayant accès aux hôpitaux de référence et ayant les moyens financiers peuvent y accéder.

Elle permet également de constater deux caractéristiques principales : tout d'abord l'hétérogénéité de la population étudiée et les obstacles majeurs à la procédure d'évasan.

L'hétérogénéité de la population.

Sur l'année 2013, les demandes d'évasan des Comores vers Mayotte de chaque île sont très hétérogènes.

La migration clandestine pour soin est moins coûteuse et plus rapide pour la population anjouanaise qui est la plus pauvre des Comores.

En effet, Anjouan est l'île d'où provient le plus de demandes. C'est l'île où la précarité est la plus grande pour des raisons démographiques et politiques. C'est aussi Anjouan qui possède un système de santé en plus grande difficulté et pour laquelle les procédures administratives sont les plus longues. De plus, Anjouan est l'île la plus proche de Mayotte. La population en situation irrégulière de la thèse du Dr. Gaussein venait dans sa grande majorité d'Anjouan, très peu de Grande Comore et de Mohéli.

Seulement un tiers proviennent de Grande Comore. De nombreux Grands comoriens, de niveau socio-économique plus élevé, notamment grâce à la diaspora, plus souvent de double nationalité franco-comorienne et proches des structures administratives pour les démarches, ont quant à eux une offre de soins de meilleure qualité sur place et la possibilité d'accéder plus facilement au système de soin français ou des différents pays de la zone Océan Indien.

La prise de kwassa, le moyen de migration clandestin, est assez révélatrice du contexte géographique et culturel. En effet, Anjouan est à quelques heures de bateau seulement de Mayotte ; les départs de kwassa y sont fréquents. La traversée en kwassa est beaucoup plus rapide que le circuit officiel d'évasan.

A l'inverse, Grande Comore est l'île la plus éloignée de Mayotte. De plus, les demandes concernent en majorité des patients présentant des pathologies aiguës avec le risque de décompenser durant le trajet : aucun des patients de l'étude n'a été enregistré comme étant arrivé en kwassa.

Mohéli est, quant à elle, surreprésentée : sa population est presque dix fois moindre que les deux autres îles et pourtant le quart des demandes provient de cette île. Ceci peut-être expliqué par l'insuffisance de son plateau technique et par le phénomène de migration sanitaire inter îles au sein même de l'Union des Comores pour des soins ou pour une évasan.

L'état de santé des habitants de chaque île est très différent. Concernant les pathologies, leur distribution est significativement différente entre les trois îles et entre la population demandeuse d'une evasan et la population venue de manière illégale. En effet, le Dr. Gaussein avait évoqué des spécialités prépondérantes dans la population de son étude.

Les demandes émanant de la Grande Comore sont principalement liées aux pathologies aiguës (pour brûlures dans le cadre de la convention) et des urgences sanitaires. Elle est également la seule île pourvue d'un SAS sanitaire fonctionnel. La majorité des avis du médecin du service receveur (72 %) et du comité evasan (61 %) sont favorables.

A l'opposé, Anjouan est représentée par une prédominance des demandes pour des pathologies chroniques ; les brûlés conventionnés sont représentés dans une moindre mesure. Moins de la moitié des patients sont acceptés par le comité evasan et le principal motif de refus est le plateau technique insuffisant à Mayotte.

Les demandes de Mohéli concernent des patients non gravement atteints, avec des pathologies chroniques et demandeurs de prise en charge spécialisée. La majorité des demandes de Mohéli a pour motif la prise en charge étiologique, contrairement aux deux autres îles dont le motif est thérapeutique.

Les filières de soins sont très différentes entre les îles mais également la répartition des arrivées de patients par la voie officielle et la voie clandestine. Ceci peut être le reflet de la régulation des comités evasan comoriens qui refusent en majorité certaines spécialités pour lesquelles ils ont un plateau technique jugé suffisant ; les patients empruntent donc la voie clandestine.

Les pathologies chroniques

Les pathologies chroniques sont un motif d'évasan prépondérant à Anjouan et Mohéli.

Ces deux îles ont un système de santé en très grande difficulté par rapport à la Grande Comore.

L'incidence de ces pathologies parmi les demandes evasan trouve son explication dans la représentation culturelle de la maladie chronique et celle de la « médecine occidentale toute puissante ».

De plus, le manque d'approvisionnement et le coût élevé des biens de santé, la quasi inexistence de campagnes de santé publique, la prise en charge sanitaire sous développé (responsable d'une carence d'éducation, de prévention et de dépistage très insuffisants) sont autant de causes à la mauvaise prise en charge des pathologies chroniques.

De plus, dans la thèse du Dr. Gaussein, plus d'un patient sur deux, provenant en grande partie d'Anjouan, venaient en kwassa pour soins dans le cadre d'une pathologie aiguë.

A Anjouan, la plupart des gens pensent qu'à Mayotte, il y a une offre de soins plus importante, plus spécialisée et gratuite (Annexe 8).

Dans les demandes officielles de 2013, aucune demande n'a concerné des patients dialysés. Pourtant cette année a été marquée par une arrivée massive de migrants en situation irrégulière pour ce motif. Ce phénomène était lié à des difficultés de fonctionnement du centre de dialyse de Moroni dans un contexte d'instabilité politique en Egypte, ce centre étant géré par une association égyptienne.

L'hypothèse la plus probable est que les demandes d'évasan pour dialyse n'ont pas été acceptées par le comité evasan comorien.

Enfin, le motif étiologique représente 39% des demandes. Un nombre non négligeable de demandes est faite en raison de l'absence presque totale de laboratoires d'analyses aux Comores : électrophorèse de l'hémoglobine pour le diagnostic positif de drépanocytose... L'acheminement de prélèvement, beaucoup moins coûteuse, semblaient être évoqué par le comité du CHM en réponse à ces demandes mais ces dossiers n'ont pas aboutit.

Les brûlures

Les brûlures sont la deuxième cause de demande d'évasan, une des pathologies les plus acceptées par le comité evasan du CHM et pour laquelle les patients arrivent le plus de manière programmée.

Ces demandes sont prépondérantes du fait de la filière qui existe entre les Comores et Mayotte. Elle favorise ces évacuations par sa gratuité, par des démarches administratives facilitées, par des délais d'évacuation courts, par une coopération médicale et soignante ainsi que pour un transfert de compétences.

En découle probablement, après plusieurs années de bon fonctionnement, la connaissance de cette filière, et notamment de sa gratuité, ainsi qu'une confiance accrue de la population concernant la prise en charge de cette pathologie aux Comores et la procédure d'évacuation sanitaire vers le CHM.

Ceci explique la quasi inexistence de cette pathologie dans la population venue de manière clandestine.

Cela démontre clairement que le SAS sanitaire mis en place est très efficace :

- Pour diminuer les délais de prise en charge.
- Pour diminuer les arrivées clandestines de brûlés.
- En terme de bénéfices médicaux : meilleure prise en charge de l'antalgie, amélioration du pronostique, diminution des infections...
- En terme de santé publique : l'objectif de la prévention de l'introduction de bactéries multi-résistantes.

C'est un modèle simple de coopération sanitaire. Cela a un coût, mais les résultats sont présents, du moins en ce qui concerne les patients arrivés sur Mayotte. En réanimation, d'expérience, les patients brûlés venant dans le cadre de la convention semblent de plus en plus nombreux à arriver conditionnés correctement et en moins de 24 heures. L'incidence du portage de bactéries multi-résistantes serait intéressante pour l'évaluation de cette procédure.

En l'absence de données scientifiques ou d'indicateurs, l'évolution de la situation aux Comores est difficile à évaluer ; cependant, certains éléments recueillis sur le terrain permettent de penser que la situation s'est effectivement améliorée.

Aucune demande n'émane de Mohéli. Dans certains dossiers renseignés, il est indiqué que les patients brûlés vivants à Mohéli sont évacués vers le sas sanitaire de Moroni avant leur départ sur Mayotte. Ils sont donc comptabilisés dans les demandes des autres îles.

Les urgences sanitaires

Les urgences sanitaires ne représentent que 10 % des demandes d'évasan.

Les obstacles à la procédure officielle sont nombreux et les demandes qui aboutissent à une évacuation sont très rares. La majorité des patients présentant une urgence sont probablement, dans le meilleur des cas, venus majoritairement en kwassa. Un bon nombre d'entre eux sont très probablement décédés avant une prise en charge médicale sur Mayotte, à Anjouan ou durant la traversée.

Parmi ces patients urgents acceptés, moins de la moitié arrivent de manière programmée. Sur l'année 2013, si on exclut les patients affiliés à un régime d'assurance maladie, seulement trois patients comoriens sont venus de manière programmée pour une urgence sanitaire.

Le nombre d'urgences sanitaires dans la population de la thèse du Dr. Gaussein est beaucoup plus important : sur 236 patients, 28 patients arrivés en kwassa ont un pronostic vital engagé et 39 auraient dû être transférés sous surveillance médicale.

La chirurgie Orthopédique

L'expérience prouve que les arrivés tardives et non régulées pour pathologies orthopédiques saturent la filière orthopédie au CHM. L'autre problème majeur concerne l'écologie bactérienne, avec de nombreux patients consultants pour des fractures ouvertes sub-aigües et surinfectées. Les conséquences sur le système sanitaire à Mayotte sont importantes : un surcoût évident et des conséquences de santé publique.

L'orthopédie était une des spécialités prépondérantes de l'étude de la voie clandestine, avec 31% des patients venus pour cette spécialité, alors qu'elle est négligeable dans la population de notre étude, avec moins de 6% de pathologie orthopédique à l'origine des demandes, en dehors des brûlés.

En effet, les demandes d'évacuations étant régulées par un comité comorien, elles sont la plupart du temps refusées s'il juge le traitement possible aux Comores. Sur les rares acceptés, seul trois patients sont arrivés pour une pathologie orthopédique.

L'atteinte visible de l'intégrité du corps et la guérison présumée lente, donc coûteuse, peuvent expliquer le caractère prioritaire pour les familles d'envoyer rapidement ces patients sur Mayotte et d'utiliser plutôt la voie illégale au vu des délais et des difficultés de la procédure officielle. La problématique des complications infectieuses des chirurgies aux Comores ou à Madagascar semble quant à elle souvent rapportée comme motivation de migration clandestine pour soins.

D'un point de vue médical, de nombreuses problématiques expliquent cet afflux de patients : le retard de prise en charge et les difficultés médicales sur les terrains fragiles (diabète non équilibré, dénutrition), la carence en biens de santé, sans compter le manque de moyens : la difficulté pour transfuser en produits sanguins labiles et l'absence de nombreuses analyses biologiques, comme la bactériologie par exemple.

L'autre problématique de la traumatologie, même s'il s'agit d'une pathologie aiguë, est la conséquence d'une prise en charge tardive : le handicap et toutes les conséquences économiques et de santé publique qui en découlent.

Les pathologies diabétiques

La population arrivées de manière irrégulière pour prise en charge diabétique est prépondérante et très supérieure au nombre de demande d'evasan.

En effet, la population du Dr. Gaussein comptait 36 patients diabétiques, dont 14 hospitalisés en chirurgie orthopédique pour prise en charge d'un mal perforant plantaire. Dans le même temps, 14 patients arrivés en kwassa avaient été hospitalisés dans le service de médecine à Petite Terre.

Ces demandes sont anecdotiques dans mon étude : elles représentent seulement trois patients et ont toutes été refusées.

Les patients diabétiques sont très souvent refusés par le comité evasan du CHM qui juge la prise en charge possible aux Comores. En réalité, ces patients viennent massivement pour soins à Mayotte.

Ces arrivées massives laissent présager un défaut d'appréciation du comité. En effet, au vu du plateau technique, des conditions de prise en charge chronique et du coût du traitement, la bonne prise en charge aux Comores me semble en l'état actuel des choses difficile voire impossible.

L'impossibilité de prise en charge pour ces patients aux Comores a d'importantes conséquences de santé publique à Mayotte.

Sans solutions pour une prise en charge adaptée, l'aggravation de l'état de santé de cette population est inéluctable.

Dans l'avenir, une intensification de la migration clandestine de cette population comorienne à un stade très avancé de la pathologie est à prévoir et représentera donc une charge de travail et financière importante.

Le but n'est pas de se substituer au système de santé comorien mais plutôt de trouver des alternatives pour éviter ce retard de prise en charge et l'arrivée à Mayotte au stade de handicap de tous ces patients diabétiques.

Les néoplasies

Les problématiques rencontrées concernant les néoplasies sont les mêmes que celles évoquées pour les maladies chroniques : la plupart des patients sont refusés par le comité evasan mais ils arrivent néanmoins massivement sur Mayotte de manière clandestine.

Aux difficultés évoquées plus haut s'ajoutent les problèmes éthique et psychologique de cette prise en charge en fin de vie.

De plus, ces patients, même lorsqu'ils arrivent de façon clandestine, sont évacués vers La Réunion, avec toutes les conséquences économiques et sanitaires qui en résultent pour Mayotte et La Réunion.

Les demandes concernant les néoplasies proviennent majoritairement de Grande Comore et de Mohéli. Ceci s'explique par l'insuffisance du plateau technique comorien et la demande d'évacuation devant l'absence d'amélioration clinique. Le motif de ces demandes est étiologique et thérapeutique.

Ces patients sont refusés pour la majorité. Les rares patients acceptés ne sont pas venus.

En effet, le diagnostic tardif, le peu de bénéfices attendus d'une évacuation et la nécessité d'une évacuation vers la Réunion sont autant de freins à l'acceptation de la demande.

Cette population est très représentée dans la thèse Eva-Kwassa : la famille décidant d'évacuer de manière illégale les patients au vu de l'état dégradé du patient, du plateau technique Comorien insuffisant et des obstacles à la voie officielle.

Les solutions à ce problème semblent difficiles à trouver tant il est complexe, d'autant plus que Mayotte n'a pas toute la compétence médicale. Peut-être qu'une amélioration serait possible par une meilleure régulation sur place ? Ou bien par une régulation voire une coopération avec le CHU de La Réunion ?

Gravité des Patients

Les patients venus de manière clandestine semblent être dans un état plus grave que les patients venus de manière programmée. La voie clandestine, à cause du délai de traversée et des conditions de transport, doit aggraver l'état des patients. Les patients les plus graves sont probablement décédés avant le départ ou durant la traversée.

Soixante-neuf pour cent des patients arrivés présentaient un état lésionnel ou fonctionnel stable (CCMU 1 et 2) : dans la population du Dr. Gaussein arrivée en kwassa pour soins, cette population représentait 42 % des patients.

Les patients CCMU 3 (pronostic lésionnel ou fonctionnel pouvant s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital) ne représentent que 19 % de la population des patients acceptés arrivés alors qu'il s'agit de 48 % des patients de la thèse Eva-Kwassa.

Ceci est un argument supplémentaire qui pousse à encourager une meilleure régulation avec comme bénéfices attendus un meilleur état de santé des patients à la sortie de l'hospitalisation avec des coûts moindres.

La procédure

La procédure est également très hétérogène entre les différentes îles.

Les résultats soulignent le meilleur fonctionnement de la procédure avec Grande Comore.

En effet, les demandes provenant de la capitale semblent plus cohérentes avec les indications et contre-indications de la procédure.

Il s'agit aussi de l'île dont le système sanitaire est le plus performant et dont la population semble la mieux prise en charge.

L'avis du spécialiste et du comité ainsi que la gravité des patients sont significativement différents entre les îles : les patients grands comoriens sont dans un état plus grave et acceptés en majorité, les patients de Mohéli plus souvent refusés et les patients d'Anjouan acceptés pour moitié.

L'avis n'a pas été donné dans 12 % des cas. Ceci révèle un dysfonctionnement dans le suivi des dossiers. Une des raisons en est probablement la complexité du circuit (schéma de la partie III2, p31). L'objectif serait de simplifier la procédure de demande pour permettre à toutes les demandes d'être traitées équitablement et à tous les patients acceptés d'arriver.

Un avis défavorable a été donné dans presque la moitié des demandes. Ce constat est surprenant au vu de la régulation médicale comorienne à l'envoi des demandes.

La principale raison de refus est le plateau technique insuffisant à Mayotte, qui constitue une des contre-indications à l'évacuation. Elle a été imposée par le CHM aux comités comoriens et au comité du CHM pour réguler le nombre d'évasan vers la Réunion. On constate que ces patients, qui ont initié des démarches d'évacuation programmée, sont très déterminés. Très souvent, l'expérience montre qu'ils viendront se faire soigner à Mayotte tôt ou tard. Ainsi, ils arriveront dans un état de santé dégradé, nécessitant une prise en charge plus difficile et parfois compromise : plus de soins, plus de jours d'hospitalisation, pour moins de résultats en termes de santé.

La deuxième justification de refus serait une prise en charge possible aux Comores.

Après ma mission sur place, j'ai été interpellée par cette problématique. Les demandes d'évasan sont formulées par des médecins comoriens qui certifient être dans l'impossibilité de prendre en charge ces patients. Et force est de constater que certaines pathologies pouvant théoriquement être prise en charge sur place ne le sont pas en réalité.

Par exemple, certains médicaments sont certes disponibles aux Comores et la prise en charge médicale pourrait être envisagée. Mais le prix de ces médicaments mis en rapport avec le revenu moyen aux Comores, permet d'imaginer la tentation d'accéder à un système de soin, qui selon eux, prendra en charge ce coût. De plus, l'approvisionnement en consommables et médicaments est souvent aléatoire dans l'archipel.

En 2013, aucun des 9% de dossiers en attente n'avait été réexaminé aux dernières recherches (en juin 2014). Les réponses aux demandes d'informations complémentaires n'ont, la plupart du temps, pas été reçues par le comité evasan du CHM.

Les Obstacles :

L'avis spécialisé et l'avis du comité du CHM sont favorables dans environ la moitié des demandes formulées par les comités comoriens. Mais au final, seulement la moitié des patients acceptés arrivent de manière programmée au CHM.

Les moyens d'arrivée sont significativement différents : 75 % des grands comoriens acceptés arrivent de manière programmée alors que seulement 36 % de patients anjouanais acceptés et 42 % des patients mohéliens acceptés sont venus de manière programmée.

Toutes ces différences inter îles dans le bon fonctionnement de la procédure ont permis d'identifier des obstacles à l'arrivée au CHM des patients nécessitant effectivement une évasan programmée.

Le premier obstacle majeur est **administratif**. Il est représenté par les dysfonctionnements de la procédure :

- les dossiers non traités,
- les dossiers en attente et sans aucune suite donnée,
- les devis non faits (sans explication),
- l'absence de réception de réponse.

En effet, les nombreuses étapes administratives, souvent non datées, sont sources d'absence ou de retard de prise en charge.

Le délai entre le certificat initial aux Comores et le comité évasan est, par exemple, sept fois supérieur dans la population non venue de manière programmée par rapport à la population venue de manière programmée.

Concernant l'arrivée des patients sur Mayotte, outre la réception de l'avis favorable, l'obstacle principal est **financier**. Les patients acceptés et non venus ont déclaré n'être pas venus principalement pour des raisons financières. Parmi les patients acceptés, les devis des patients non venus de manière programmée sont presque trois fois supérieurs à ceux des patients venus de manière programmée.

II Les forces et les limites de l'étude

II.1 Les points forts de l'étude

L'étude porte sur un recueil exhaustif des demandes d'évasan. Le recueil à partir de plusieurs sources de données, bien que fastidieux, a permis la réalisation de ce travail de synthèse

De plus, cette thèse est le résultat d'une démarche ancrée sur le terrain. En effet, elle a nécessité une participation aux différentes étapes de la procédure evasan, notamment aux réunions du comité evasan du CHM. Elle a également été l'occasion de discussion avec les différents acteurs de la procédure :

- Les médecins des services receveurs
- Les membres du comité evasan du CHM
- La secrétaire de direction
- Le cadre du bureau des entrées responsable de la réalisation des devis
- Le personnel du service evasan du CHM.

Dans mon exercice, j'ai également prêté une attention particulière aux parcours de soins des patients comoriens et aux motivations de leurs migrations pour soins.

Elle m'a également permis d'échanger avec les médecins comoriens, notamment lors de mon déplacement à Anjouan pour de mettre en perspective mes résultats et la situation sur le terrain.

Enfin, l'une des forces de cette thèse est sa complémentarité avec l'étude du Dr. Gaussein. En effet, l'initiative de ces recherches repose sur les résultats préliminaires de cette première thèse. Elles permettent de dresser un état des lieux de la migrations sanitaire des Comores vers Mayotte.

II.2 Les différents biais de l'étude

II.2.1 Biais de sélection

Une des difficultés que nous avons rencontré lors de la réalisation de cette étude a été l'accès à la totalité des dossiers de l'étude. Un faible nombre de dossier a pu être retrouvé (seulement 105 dossiers papiers). Le travail sur plusieurs sources de données a permis une exhaustivité de notre travail.

Nos résultats ne sont pas représentatifs de l'ensemble des pathologies rencontrées aux Comores. En effet, on peut supposer que les patients informés de l'existence d'une possibilité d'évasan et y ayant accès sont les plus favorisés sur le plan socio-économique. Les résultats ne peuvent pas être extrapolés à la population générale.

Il aurait été intéressant d'avoir accès aux informations concernant les demandes d'évasan refusées par les comités comoriens. Ceci permettrait de savoir s'il y a une hétérogénéité dans les refus entre les trois îles.

De plus, les comoriens, avec l'expérience des refus, ne font peut-être pas de demandes concernant les pathologies systématiquement récusées par les comités evasan aux Comores ou au CHM.

Certains types de pathologies, comme les néoplasies ou les pathologies orthopédiques, ont pu être sous-estimées du fait d'une première régulation médicale aux Comores et au vue de l'expérience des patients.

L'évaluation de la gravité des patients a pu être biaisée. En effet, les patients les plus graves par défaut de prise en charge et décédant précocement, ou alors transportés de manière clandestine sur Mayotte, ne figurent pas dans ma population d'étude.

II.2.2 Biais de classement :

La mobilité des patients entre les trois îles de l'union des Comores peut être la cause d'un biais de classement concernant la provenance. En effet, la migration entre les îles comoriennes est très développée : de nombreux patients peuvent vivre sur une île et être traités sur une autre île. De plus, très souvent, les dossiers evasan ne comportent pas le lieu d'habitation des patients. L'adresse du patient et son parcours de soin renseigneraient sur la migration sanitaire au sein des Comores et sur les problèmes sanitaires locaux.

L'étude en sous-groupe diminue les effectifs et donc la puissance des résultats mais paraît essentielle pour mener une réflexion sur les obstacles à la venue de manière programmée.

Le classement des pathologies a pu également constituer un biais : certaines pathologies étant pluridisciplinaires et pouvant appartenir à plusieurs sous-groupes. Le classement de certaines pathologies tient compte de la prise en charge nécessaire (c'est le cas des AVC, classés comme pathologie chronique car, le plus souvent, non pris en charge à la phase aiguë). Ce biais de classement peut impacter la description des différentes pathologies mais n'affecte pas nos résultats concernant les autres éléments rapportés dans l'étude.

L'évaluation de la gravité des patients a pu être biaisée. En effet, elle était évaluée à partir du certificat parfois succinct du médecin référent aux Comores. De plus, les informations du certificat étaient déclaratives et la gravité aurait pu être sur ou sous-évaluée, dans un contexte de conflit d'intérêt, pour permettre une acceptation du dossier. Cependant, il s'agit de la seule information disponible contemporaine de la prise de décision établie par un médecin.

Le recueil à posteriori ne nous a pas permis de déterminer de façon optimale certains éléments importants de notre thèse. En particulier :

- Toutes les dates ne figuraient pas sur certaines étapes de la procédure. Ceci pose un problème dans la recherche de l'étape précise coupable du dysfonctionnement mais ne modifie pas les détails globaux mesurés.
- Lors des entretiens, la mauvaise maîtrise de la langue française par les personnes interrogées, à fortiori lors des contacts téléphoniques, a pu aboutir à des incompréhensions et des biais de mesure.
- Certaines données déclaratives recueillies auprès des patients peuvent être erronées du fait de la mauvaise compréhension médicale et globale de leur situation ou de la recherche d'un bénéfice secondaire.
- L'étude à posteriori a pu entraîner un biais de mémorisation des médecins interrogés. Par exemple, les médecins comoriens contactés plusieurs mois après les prises en charge ont pu ne se souvenir que des cas les plus graves ou des démarches ayant présentées le plus d'obstacles : ces données sont peut-être surestimées. Cependant, cela n'affecte pas les résultats reposant sur les données issues des dossiers médicaux.

III Différentes problématiques rencontrés aux cours de la procédure d'evasan et recherche de perspectives d'améliorations

Les résultats de cette thèse, mis en perspective avec les données relatives à la mission exploratrice à Anjouan, permettent de conclure que la procédure d'évacuation sanitaire programmée des Comores vers Mayotte, telle qu'elle a été étudiée sur l'année 2013, présente de nombreux dysfonctionnements. La majorité des patients nécessitant une evasan programmée n'arrivent pas au CHM. De plus, force est de constater que la majorité de la migration pour soins se fait de manière clandestine et est la source de nombreux problèmes.

La Procédure evasan

Plus de la moitié de la population de l'étude, régulée par les médecins comoriens comme nécessitant des soins au CHM, était refusée par le comité evasan du CHM. Les motifs de refus principaux étaient un plateau technique insuffisant à Mayotte ou une prise en charge possible aux Comores. Un nombre non négligeable de dossiers est resté en attente le plus souvent par manque d'informations médicales.

Parmi les patients acceptés, presque la moitié des demandeurs ont dû renoncer à cette prise en charge médicale à Mayotte pour cause de difficultés financières, administratives, ou à cause d'informations manquantes ou trop tardives.

Les obstacles majeurs (administratifs, financiers...) à la migration sanitaire rencontrés durant cette thèse vont être repris pour permettre d'envisager des axes d'amélioration simple à la procédure evasan.

Une des problématiques majeures mise en avant par cette étude sont les dysfonctionnements de cette filière qui, de ce fait, entraîne une augmentation des migrants pour soins de manière illégale.

- Au fil des différentes étapes de la procédure, la présence de dossiers non traités doit être la première piste d'amélioration afin de renforcer la coopération médicale entre les Comores et Mayotte. Une partie des dossiers n'a pas été traitée pour raison d'attente d'informations complémentaires, qui ne sont jamais parvenues au comité evasan du CHM.
- La cause principale des avis en attente est le manque d'informations ou des informations imprécises dans les dossiers transmis des Comores vers Mayotte. **La création de formulaires uniques pré-remplis** et contenant toutes les informations nécessaires pourraient être une perspective d'amélioration de la procédure evasan. Le format papier ou informatique serait à déterminer en fonction des possibilités aux Comores.
- Si l'échange d'informations concernant les dossiers evasan entre comités est difficile, l'identification et la correction des causes de ce défaut de communication pourraient permettre à tous les dossiers d'être statué. La communication pourrait être par exemple facilitée par **l'identification de référents aux Comores et à Mayotte**. En effet, le manque de communication est responsable d'un manque de confiance entre les équipes médicales. Il en résulte une diminution des demandes comorienne d'evasan, une perte de la régulation médicale comorienne et donc une augmentation des patients empruntant la voie clandestine. De plus, ce découragement général et cet épuisement des soignants à Mayotte est un frein aux initiatives dans le domaine de la santé aux Comores.

- L'autre partie est représentée par des dossiers non traités au comité evasan du CHM, par des dossiers dont les devis n'ont pas été faits pour une raison inconnue ou par des avis non communiqués aux comités comoriens. Ceci pose un problème éthique d'équité entre les dossiers.
- Pour que tous les dossiers soient traités et qu'un avis soit effectivement rendu aux comités comoriens, il faudrait aussi élaborer **un véritable circuit de la demande et un système de traçabilité des dossiers.**

Par exemple, le comité comorien pourrait remplir et transmettre au CHM un tableau informatique attribuant un numéro d'identification à chaque patient. Ce tableau pourrait être utilisé durant le comité evasan du CHM : les avis et questions complémentaires pourraient être complétés dans ce document. Ce dossier, après avis du comité evasan du CHM, pourrait être renvoyé à chaque comité comorien et transmis au bureau des entrées. Le bureau des entrées renverrait aux Comores ce document complété du montant du devis pour chaque patient admis. Il y aurait donc une visibilité sur la situation de chaque dossier d'evasan à chaque étape.

Le financement

Dans les axes d'amélioration de la procédure, établir **une limite rationnelle dans le montant des devis** semble prioritaire.

Les devis, calculés sur le tarif journalier, pourraient également être recalculés en recherchant des alternatives pour diminuer les coûts : développer les hospitalisations de jour autant que possible, diminuer au maximum les durées d'hospitalisation grâce à une amélioration de la logistique et en utilisant toutes les possibilités disponibles.

Un autre axe de réflexion pourrait être l'instauration d'un quota de patients acceptés gratuitement par an.

Cette réduction des devis voire la gratuité de la prise en charge pourrait également reposer sur le financement des évacuations sanitaires considérées comme prioritaires grâce à **des subventions de la coopération régionale.**

Les démarches administratives

L'autre grand obstacle est représenté par l'obtention d'un visa sanitaire.

Les propos des patients relatant des délais très longs sont donc difficilement vérifiables, les dates de délivrances des visas n'ayant pu être obtenues.

La délivrance d'un visa sanitaire passe par la présentation :

- de l'accord d'évacuation sanitaire,
- de l'attestation de paiement des frais d'hospitalisation,
- de papiers d'identité,
- de l'attestation d'un hébergement dont le signataire est soumis à différentes conditions
- ainsi que du paiement des frais de dossiers.

Les patients les plus gravement atteints sont, comme dans la plupart des pays, les patients de plus bas niveaux socio-économiques. Ceux-ci n'ont la plupart du temps aucun papier d'identité en règle. La régularisation administrative est centralisée à Moroni. Elle est donc rapide pour les Grands comoriens et peut prendre plusieurs jours pour les autres îles. Ceci ajoute encore un obstacle supplémentaire à la voie légale, notamment pour les habitants de Mohéli et d'Anjouan.

Les pistes pour faciliter les démarches administratives devraient être l'objet d'une réflexion des instances compétentes : le gouvernement comorien, la préfecture à Mayotte... Cette réflexion pourrait aboutir à des solutions permettant de délivrer des laissez-passer d'urgence pour les urgences sanitaires par exemple et des visas à entrées multiples pour les maladies chroniques.

Cette flexibilité ne saurait être obtenue sans une perspective d'organisation de retour aux Comores à la fin des soins.

La diminution des délais entre la demande initiale aux Comores et l'arrivée au CHM, outre une meilleure prise en charge, permettrait, en diminuant les temps d'hospitalisation aux Comores, de limiter le risque de bactéries multi-résistantes.

Ceci passe par une réflexion globale sur la procédure légale : un travail sur le dossier d'évasan lui-même, sur l'aspect administratif et financier, sur la problématique des visas. Elle passe aussi par une réflexion en amont sur des projets simples pour gérer localement et efficacement la demande de soin.

L'objectif étant de permettre aux patients nécessitant une évasan d'arriver effectivement au CHM et de diminuer le nombre de patients ne justifiant pas d'une évasan.

Limiter les évacuations sanitaires non justifiées

La majorité des migrants pour soins arrive de manière non régulée sur le territoire français.

Cet afflux massif de migrants en situation irrégulière est lié au fossé socio-économique et à la différence de moyens des structures sanitaires à Mayotte et dans l'Union des Comores. Il est peut être aussi secondaire à une régulation médicale imparfaite.

Pourtant, une meilleure régulation permettrait de résoudre ces problèmes, au moins en partie.

En effet, Mayotte ne peut pas assumer la prise en charge sanitaire de l'ensemble des Comores.

Un travail de fond est nécessaire : axé sur la santé publique et l'économie de la santé.

La procédure pourrait également être améliorée en revoyant les prises de décisions. Une mission sur place pourrait évaluer les possibilités sanitaires réelles afin d'identifier au mieux les pathologies pour lesquelles le plateau technique est suffisant aux Comores et les pathologies pour lesquelles il ne l'est pas.

Les patients refusés pour cause de plateau technique insuffisant à Mayotte sont nombreux et doivent orienter notre réflexion dans ce sens. En effet, si aucune alternative n'est proposée, la situation actuelle va perdurer : malgré le refus, les patients arrivent de manière clandestine avec un gros retard de prise en charge ; une fois sur le territoire, les patients ne peuvent le plus souvent qu'être évacués vers la métropole ou la Réunion. Cet axe doit amener à une concertation des autorités sanitaires compétentes des différents pays de la zone océan indien dans le but de développer la coopération régionale de manière structurée. Il s'agirait de réaliser un état des lieux des compétences sanitaires et des plateaux techniques des différents pays de la zone pour identifier des centres de référence privilégiés. Ce travail pourrait aboutir à une orientation ciblée par pathologie des patients ne pouvant être pris en charge aux

Comores. Au vu de l'amélioration de prise en charge des patients comoriens brûlés graves, cette initiative ne peut être qu'encouragée et étendue.

Ces deux thèses, celle-ci et celle du Dr. Goussein (2), permettent de repérer les problèmes principaux de santé aux Comores en fonction des îles. La première perspective peut être l'organisation de mission ou de formation des soignants en fonction des besoins identifiés. L'autre objectif pourrait être d'identifier des filières prioritaires et de mettre en place des conventions sur le même modèle que le SAS brûlés. Ce travail pourrait débiter par la généralisation du SAS sanitaire aux trois îles et par son extension ; un avenant à la convention Brûlés permettrait un accueil réglementé des urgences sanitaires.

Concernant les pathologies prioritaires, plusieurs me semblent essentielles en plus des deux prioritaires que sont les brûlés graves et les urgences sanitaires.

Les néoplasies, par exemple, car elles ont toutes un retard de prise en charge important et que l'expérience montre que ces gens arrivent pour la plupart à Mayotte toujours très tardivement. Leur prise en charge est longue, difficile et coûteuse ; elle nécessite souvent une évacuation vers La Réunion ou la métropole. Avec le recul, si une régulation médicale était possible pour sélectionner la population présentant une néoplasie curable, peut-être que leur prise en charge pourrait être bénéfique sur tous les plans. Une autre piste serait une coopération permettant la mise en place de protocoles simplifiés et réalisables aux Comores

Il en va de même pour les pathologies orthopédiques : effectuer une régulation des patients en deux groupes, l'un avec les patients non compliqués pouvant être pris en charge correctement aux Comores, et l'autre, avec les patients à risque important de complications, sur terrains fragiles, qui pourrait être orienté de manière privilégiée pour une prise en charge adaptée vers un centre de référence de l'Océan Indien. Ceci permettrait d'améliorer la prise en charge, qui serait donc plus rapide, plus efficace et moins coûteuse, tout en diminuant le risque d'importation de bactéries multi-résistantes. Il semble important d'intégrer une évaluation médico-économique aux projets de gestion des evasan.

Les pathologies diabétiques sont à part : des mesures simples et peu coûteuses pourraient peut-être permettre leur prise en charge sur place. Le développement des soins primaires pourrait permettre une éducation des patients, une sensibilisation et un apprentissage des règles hygiéno-diététiques. De plus, des spécialistes comoriens existent : des cardiologues, des ophtalmologues...L'évaluation des possibilités de prise en charge et au besoin la mise en place de missions spécialisées pluriannuelles avec échange de compétences avec les soignants sur place pourraient être une piste. De plus, à Mayotte, au vue des difficultés de gestion d'une insulinothérapie chez de nombreux patients, beaucoup d'entre eux bénéficient d'adaptation des traitements pour privilégier au maximum un traitement oral et limiter au maximum le nombre d'injections.

L'effort de prise en charge de toutes ces pathologies prioritaires pourraient être réparti sur les différents centres de références des différents pays de la zone Océan Indien.

Les perspectives vont bien au-delà des frontières de l'île et au-delà des compétences médicales des comités evasan : elles reposent sur un travail de coopération régionale entre les différents états de l'Océan Indien (les Comores, Mayotte, la Réunion, Madagascar, l'île Maurice). Mais les limites sont celles de l'ingérence vis-à-vis d'un autre état dans un contexte historique et politique tendu.

Conclusion

La migration pour soins dans l'Océan Indien est ancrée dans la culture comorienne. Au-delà de cet ancrage, cette migration est aujourd'hui une nécessité pour de nombreux patients dans un contexte d'inégalités entre les îles.

L'instauration d'un visa de circulation en 1995, puis l'arrivée de la sécurité sociale en 2004 à Mayotte, ont modifiés fortement les possibilités de migration et de soins. Les patients migrants de manière illégale pour raisons sanitaires ont une forte incidence sur les structures sanitaires et sur l'économie de la santé à Mayotte et à la Réunion.

Une des caractéristiques de cette population est son hétérogénéité : les caractéristiques épidémiologiques, les caractéristiques de la procédure evasan et les caractéristiques sanitaires à l'arrivée sont très différentes entre Anjouan, Mohéli et Grande Comore.

Cette hétérogénéité illustre la complexité du problème.

Cette thèse, en parallèle de celle du Dr. Gausein, met également en exergue des différences entre les evasan programmées et les arrivées pour soins de manière clandestine, essentielles notamment pour identifier les principales filières de soins.

Ces caractéristiques permettent d'individualiser des grands groupes de migrants pour raisons sanitaires afin de rechercher des solutions personnalisées pour les patients qui migrent mais qui ne peuvent pas être pris en charge à Mayotte, et ceux qui peuvent être pris en charge à Mayotte.

L'état des lieux de la procédure d'evasan, ainsi que les parcours de soins relatés, illustrent les nombreux obstacles à la procédure, notamment administratifs et financiers.

L'expérience nous montre les conséquences dramatiques que peuvent induire tous ces dysfonctionnements, et notamment avec les drames des kwassa, et illustrer les problématiques multifactorielles qui nécessitent une démarche pluridisciplinaire : sanitaires, humaines, éthiques, politiques et culturelles.

Trop de patients pour lesquels une evasan vers Mayotte est indiquée et validée n'arrivent pas par la voie officielle. Pour ceux-là, une amélioration de la procédure administrative permettant un suivi des dossiers et une communication entre les états, une rationalisation des devis et l'obtention facilitée d'un visa sanitaire sont autant d'axes de travail.

Quant à la grande majorité de patients comoriens, qui viennent de manière illégale, sans régulation médicale efficiente, une réflexion globale s'impose.

Pour les patients ne pouvant pas être pris en charge à Mayotte, une des perspectives pourrait reposer sur la concertation des différents états de l'Océan Indien dans le cadre de la coopération régionale ou le recours à des organisations non gouvernementales.

Pour les autres, une augmentation des capacités locales de soins est un axe d'amélioration : par le biais de programmes de santé publiques, par une intensification de la formation des soignants locaux et par l'organisation de missions spécialisées.

Mais elle dépasse notre éthique de soignant et nos compétences.

En effet, il s'agit de décisions d'Etats complexes dans la relation diplomatique entre la France et les Comores.

Les bénéfices attendus de cette démarche sont multiples : une prise en charge efficiente des patients dans l'archipel par l'optimisation du système sanitaire aux Comores et par l'intensification de la coopération régionale et internationale.

L'intérêt pour la France serait une limitation de l'immigration sanitaire incontrôlée par la rationalisation des arrivées. Dans le même temps, rationaliser les arrivées serait un gage de sécurité et de qualité des soins à Mayotte et permettraient un meilleur du fonctionnement des structures sanitaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bonnemaison J. Vivre dans l'île, une approche de l'îlénité océanienne. Espace Géographique. 1991 1990;19(19-20):119-25.
2. GAUSSEIN M. Étude descriptive aux Urgences du Centre Hospitalier de Mayotte d'une population migrant pour raison de santé. [Bordeaux 2]: Bordeaux 2 - Victor Ségalen; 2014.
3. ROMBI M-F. COMORES [Internet]. COMORES. [cité 13 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.universalis-edu.com.docelec.u-bordeaux.fr/encyclopedie/comores/>
4. Histoire de Mayotte [Internet]. Wikipédia. 2014 [cité 11 mai 2014]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Histoire_de_Mayotte&oldid=103184021
5. INSEE. INSEE - Population - Evolution de la population [Internet]. [cité 1 févr 2014]. Disponible sur: http://www.INSEE.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=27&ref_id=16204
6. INSEE. INSEE - Population - Recensement de la population : 212 600 habitants à Mayotte en 2012 [Internet]. 2012 [cité 1 févr 2014]. Disponible sur: http://www.INSEE.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=27&ref_id=19214
7. INSEE - Mayotte: la part d'étranger se stabilise à 40% [Internet]. [cité 15 juill 2014]. Disponible sur: http://www.INSEE.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1488
8. INSEE. INSEE - Population - Structure par âge [Internet]. [cité 1 févr 2014]. Disponible sur: http://www.INSEE.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=27&ref_id=16205
9. INSEE. INSEE - Population - Migrations [Internet]. [cité 1 févr 2014]. Disponible sur: http://www.INSEE.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=27&ref_id=16207
10. Sénat. Mayotte : un nouveau département confronté à de lourds défis [Internet]. 2012 [cité 5 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r11-675/r11-6750.html>
11. Présentation de l'Union des Comores [Internet]. France Diplomatie : Ministère des Affaires étrangères et du Développement international. [cité 15 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/comores/presentation-de-l-union-des/>
12. Liste des pays par IDH [Internet]. Wikipédia. 2014 [cité 15 juill 2014]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Liste_des_pays_par_IDH&oldid=104964016
13. Assemblée Nationale; DOSIERE R. N° 2932 - Rapport d'information sur la situation de l'immigration à Mayotte [Internet]. 2006 mars [cité 15 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i2932.asp>
14. Faivre H. De retour d'Anjouan [Internet]. OverBlog. 2014 [cité 15 août 2014]. Disponible sur: <http://6faivremayotte.over-blog.com/article-de-retour-d-anjouan-101865487.html>

15. Sénat; Mr le sénateur TORRE H. Rapport d'information du Sénat: l'immigration clandestine à Mayotte [Internet]. [cité 28 août 2014]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r07-461/r07-4611.pdf>
16. Sénat; DEBRE I. Les mineurs isolés étrangers en France [Internet]. Hauts-de-Seine; 2010 mai [cité 4 août 2014] p. 48. Disponible sur: http://infomie.net/IMG/pdf/rapport_mineur_20100510.pdf
17. Unies-DPI/NMD N. Centre d'actualités de l'ONU - Le Président des Comores se félicite du nouvel élan pris par les relations entre son pays et la France [Internet]. Centre d'actualités de l'ONU. 2013 [cité 22 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=31149&Cr=comores&Cr1=#.U86DBEBC3kY>
18. MATHIEU Y. Compte-rendu de mission: Protection des droits de l'enfant à Mayotte [Internet]. [cité 28 août 2014]. Disponible sur: http://www.gisti.org/IMG/pdf/rapport_ddd-mathieu_mars-2013-mayotte.pdf
19. Mayotte : La marine multiplie les coups de filets contre les trafiquants [Internet]. Mer et Marine. [cité 17 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.meretmarine.com/fr/content/mayotte-la-marine-multiplie-les-coups-de-filets-contre-les-trafiquants>
20. Préfecture de Mayotte : rapport d'activité des services de l'Etat 2011 - MOM [Internet]. [cité 15 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.migrantsoutremer.org/Prefecture-de-Mayotte-rapport-d>
21. Préfecture de Mayotte: chiffres d'activités 13-12-04.pdf [Internet]. [cité 12 août 2014]. Disponible sur: http://www.migrantsoutremer.org/IMG/pdf/PPTPref_chiffres_activites_13-12-04.pdf
22. Centre Hospitalier de Mayotte; Dr De Montera. Données d'activité médicale en 2013. Synthèse du rapport d'activité DIM. 2014.
23. Florence S, Lebas J, Parizot I, Sissoko D, Querre M, Paquet C, et al. Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : enseignements d'une enquête représentative en population générale. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. août 2010;58(4):237-44.
24. Jolivet A, Florence S, Lebas J, Chauvin P. Migration, health, and care in French overseas territories. *The Lancet*. nov 2010;376(9755):1827-8.
25. Code de la santé publique - Article L6416-5 | Legifrance [Internet]. [cité 11 juill 2014]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E06578F5CF9AEF8DA10544CC49967927.tpdjo12v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000025954929&dateTexte=20140711&categorieLien=id#LEGIARTI000025954929
26. Améliorer les soins de santé Comores [Internet]. 2012 [cité 17 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.afd.fr/home/pays/afrique/geo-af/comores/projets-comores/ameliorer-soins-de-sante>
27. Présidence de l'Union des Comores [Site officiel] [Internet]. [cité 15 juill 2014]. Disponible sur: http://www.beit-salam.km/article.php3?id_article=2709
28. Bureau de Pays de l'OMS – Comores - WHO | Regional Office for Africa [Internet]. [cité 18 févr 2014]. Disponible sur:

http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=1024&Itemid=2060&lang=fr

29. Améliorer la santé maternelle sur l'île d'Anjouan [Internet]. 2012 [cité 17 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.afd.fr/home/pays/afrique/geo-af/comores/projets-comores/sante-maternelle-anjouan>
30. Ouledi A, Toyb M, Aubry P, Gaüzere B-A. Histoire sanitaire et enjeux sanitaires de l'Union des Comores en 2012. *Médecine Santé Trop.* 1 oct 2012;22(4):346-54.
31. Ribet N. Comparaison des systèmes de santé et actions de coopérations en médecine d'urgence dans les pays francophones du Sud-Ouest de l'Océan Indien. [thèse]. [Bordeaux]: Bordeaux 2 - Victor Ségalen; 2012.
32. Ouledi A. Le système de santé comorien, 30 ans après l'indépendance. *Ya mkobe Revue du Centre National de Documentation et de Recherche Scientifique (CNDRS) des Comores.* 2005;(12-13):27-38.
33. Agence Française de Développement; L'AFD aux Comores [Internet]. 2012 [cité 17 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.afd.fr/home/pays/afrique/geo-af/comores/l-afd-comores>
34. Agence Française de Développement; Appui au secteur de la santé aux Comores [Internet]. 2012 [cité 17 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.afd.fr/home/pays/afrique/geo-af/comores/projets-comores/appui-secteur-sante>
35. Agence Française de Développement; Comores Santé: PASCO. Fiche Projet [Internet]. [cité 17 juill 2014]. Disponible sur: http://www.ambafrance-km.org/IMG/pdf/AFD_-_affiche_Sante.pdf
36. PASCO II : 4 milliards de KMF pour le soutien à la santé aux Comores [Internet]. La France en Union des Comores. [cité 17 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.ambafrance-km.org/PASCO-II-4-milliards-de-KMF-pour>
37. Centre Hospitalier de Mayotte; DANIEL A, Dr SAID Moussa, Dr KAMAL. Convention brûlés. 2009.
38. Centre Hospitalier de Mayotte; Dr Fargier, N. Cogghe, Dr Daolio. Fonctionnement du sas. 2011.
39. CARITAS Comores La santé [Internet]. Caritas Comores. [cité 18 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.caritas-comores.org/nos-objectifs/la-sante/>
40. Myra. Caritas Comoros [Internet]. Caritas Internationalis. [cité 18 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.caritas.org/fr/ou-nous-trouver/afrique/comoros/>
41. La France réhabilite le dispensaire Caritas de Moroni - La France en Union des Comores [Internet]. [cité 18 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.ambafrance-km.org/La-France-rehabilite-le>
42. Le PNUD et les Nations Unies | Le PNUD en Union des Comores [Internet]. [cité 4 août 2014]. Disponible sur: http://www.km.undp.org/content/comoros/fr/home/operations/undp_un/

43. Actualité des Comores / Coopération sino-comorienne : La Chine accorde une aide de plus de 6 milliards de francs / Al-Watwan, quotidien comorien [Internet]. [cité 4 août 2014]. Disponible sur: http://www.alwatwan.net/index.php?home=actu.php&actu_id=5937
44. Sakoyan J. Un souci « en partage ». Migrations de soins et espace politique entre l'archipel des Comores et la France. Bull Amades Anthropol Médicale Appliquée Au Dév À Santé [Internet]. 10 nov 2011 [cité 1 oct 2013];84.
45. Note relative à l'organisation des évacuations sanitaires en provenance d'Anjouan du médecin inspecteur de santé publique. 1998.
46. Médecin sans Frontières; Isabelle Alix, Léa Lamarque. MSF: rapport Exploratoire à Anjouan du 4 au 13 septembre 2009. 2013.
47. CHM. Règlement intérieur SAS sanitaire.
48. CHM. Convention CHM CARITAS. 2013.
49. ARS Océan indien. Rapport de la mission d'appui technique à la coopération régionale en santé. 21 au 24 janvier 2014 Moroni - Grande Comore.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Offres de soins du secteur public à Mayotte

(Données d'activité médicale 2013. Synthèse du rapport d'activité DIM, Dr de Montera)

Services	Nombres séjours
Maternité centrale	4465 accouchements
4 Maternités périphériques	2179 accouchements
Pédiatrie / Néonatalogie	1321 / 502 hospitalisations
Réanimation	573 séjours / 3753 journées
Urgences	Mamoudzou : 44 465 passages / 5583 hospitalisations dont 3370 en UHCD Urgences Dzaoudzi : 16 236 actes CCMU
Brûlés	422 séjours dont 333 en ambulatoire 1326 journées d'hospitalisation :-808 en chirurgie -278 en réanimation/soins intensifs -193 en pédiatrie -29 en médecine - 18 aux Urgences
Blocs anesthésie-chirurgie- spécialités	6297 entrées : -3099 hospitalisations complètes - 3198 séjours ambulatoires +7178 consultations orthopédie +5735 consultations viscérales +4655 consultations ORL +7863 consultations ophtalmologique +11 919 consultations dentaires
Médecine	1611 hospitalisations CHM +1 171 Séances d'oncologie +291 consultations médecine 517 séjours Dzaoudzi
Psychiatrie	270 entrées UHCD 5272 consultations Mamoudzou 3565 consultations de secteurs
UCSA	2668 consultations médicales 10 697 actes infirmiers 330 consultations de psychiatrie 360 consultations dentaires
Dispensaires	Zone Nord : 53 557 consultations Zone Centre : 60 779 consultations Zone Sud : 64 472 consultations Grand Mamoudzou : 77 361 consultations Koungou : 10 234 consultations Labattoir : 8 396 consultations Pamandzi : 7 333 consultations

ANNEXE 2 : exemple de structures sanitaires aux Comores

L'hôpital d'El Maarouf, hôpital national de référence, date des années 1950, il dispose de 450 lits et comprend :

- Un département d'urgence et de réanimation,
- Des services de chirurgie (digestive, vasculaire, orthopédique, urologique ORL et stomatologique),
- Un service de médecine,
- Un service d'obstétrique,
- Un service de pédiatrie et de néonatalogie,
- Un centre de dialyse privé géré par une ONG Egyptienne,
- Un service de radiologie avec un accès à la radiographie standard et à l'échographe, le seul scanner des Comores étant dans le secteur privé,
- Un laboratoire hospitalier,
- Une pharmacie hospitalière,
- Le SAS médical, subventionné par la coopération régionale, pour l'accueil des grands brûlés et leurs évacuations sur Mayotte,
- Il n'existe pas de système sanitaire pré hospitalier ni de véhicule sanitaire.

L'hôpital est dans un état de grand délabrement : toits non étanches, nombreuses pannes électriques (partiellement compensées par des groupes électrogènes), coupures d'eau courante fréquentes, équipement sanitaire précaire.

Autre exemple significatif des difficultés sanitaires aux Comores : lors de la mission exploratoire à Anjouan de Médecins Sans Frontières en 2009, au Centre Hospitalier de Référence de Hombo à Anjouan, il est rapporté que lors de leur passage, ni la radiographie ni le laboratoire n'étaient fonctionnels, faute de moyens et d'approvisionnements.

L'hôpital comprend 120 lits au total dans les services de médecine, de chirurgie, de maternité et de pédiatrie. Il y a une importante pénurie de spécialistes. (46)

Exemples de tarifs à Anjouan (rapport mission exploratoire à Anjouan MSF 2009)

Biens de santé	Tarifs
Consultation de médecine générale	1€
Consultation de spécialiste	2-3€
Examen de laboratoire	1-3€
Accouchement simple	5€
Césarienne	80€
Echographie obstétricale	Hôpital : 4€, Privé : 6,5€
Kits d'accouchements	6€
Hospitalisation (uniquement pour la chambre)	-chambre simple : 4€/j -chambre double : 2€/j -chambre commune : 1€ (séjour entier)
Médicaments et examens	Insuline 100U: 10€ en fonction des disponibilités Traitement paludisme : 1€ Glycémie : 0,60-1€ Appareil à glycémie : 40€ Scanner sans produit de contraste : 130€

ANNEXE 3 : Description du SAS brûlés

L'appellation SAS Sanitaire concerne les équipements installés par le CHM dans le cadre de la coopération régionale à visée sanitaire, c'est-à-dire trois SAS sanitaires aux Comores, un dans chaque île. Chaque SAS pouvant accueillir deux patients (à l'heure actuelle, seul le SAS sanitaire de l'hôpital El Maarouf Grande Comore est fonctionnel). Les SAS sont équipés en matériels spécifiques et consommables permettant de conditionner les patients en vue de l'évacuation en urgence vers le CHM. Un médecin référent pour chaque île a la responsabilité du bon fonctionnement du SAS sanitaire. Toute admission se fait en accord avec le médecin référent national, les autorités sanitaires de Mayotte et les médecins du CHM du service d'accueil du patient.

Le CHM finance :

- la construction des locaux,
- l'approvisionnement en eau et le fonctionnement de systèmes de climatisation,
- les équipements des SAS (un respirateur de transport, deux matériels de surveillance, un défibrillateur semi-automatique, un aspirateur à mucosité, deux brancards, deux matelas coquille, un sac « SAMU » équipé, une trousse d'intubation, deux dispositifs de ventilation manuelle)
- les médicaments (dont les stupéfiants), les pansements, les consommables,
- les produits d'hygiène pour les locaux,
- les astreintes médicales au sein du SAS,
- les billets d'avion pour le patient et l'accompagnant médical ou paramédical,
- la prise en charge médicale à Mayotte. (47)

Une convention de partenariat a été signée entre le CHM et Caritas Comores. Elle concerne la prise en charge des patients lourds admissibles au SAS sanitaire et Caritas intégrant dans son système de soins les patients devant être pris en charge localement. Cette convention a pour objectifs d'assurer la prise en charge aux Comores des brûlés inférieurs à vingt pour cent. La prise en charge est assurée par l'approvisionnement en consommables et un transfert des compétences médicales et soignantes entre le CHM et l'association CARITAS. (48)

En janvier 2014, une mission d'appui technique de coopération régionale sollicitée par les autorités sanitaires comoriennes a visité le SAS sanitaire de Moroni, seul SAS en fonctionnement. Depuis début 2012, cinquante patients ont été accueillis

L'orientation à la sortie du SAS :

- EVASAN Mayotte : 21 (42 %)
- Soins ambulatoires : 19 (38 %)
- Décès : 7 (14 %)
- Admission réanimation (El Maarouf) : 2 (4 %)
- Evadé : 1 (2 %)

Au moins 38 % des admissions ne présentent pas les critères pour une évacuation sur Mayotte. Il est probable qu'une majorité des brûlés admis au CHN El Maarouf passent par le SAS.

Dès lors, celui-ci devient le service des brûlés de l'hôpital et son rôle de SAS sanitaire est compromis(49).

ANNEXE 4: Organisation non gouvernementale : JAMIIA SHARIA

Jamiia Sharia ou « *AL CHAANBU AL MUSRI* » est une ONG égyptienne de confession musulmane qui est à l'origine du centre de dialyse situé au sein des locaux de l'hôpital El Maarouf. Ce centre a été inauguré le 15 juin 2010. Cette ONG s'engage dans la formation de l'équipe médicale, paramédicale et technique ; elle s'engage à fournir des équipements lourds, ainsi que les médicaments et consommables. Sa mission consiste également à organiser la réalisation des voies d'abord (aux Comores ou en Egypte).

Outre le représentant de l'ONG et responsable du centre, elle emploie trente personnes : deux médecins, douze infirmiers, deux aides soignants.

L'activité en chiffre :

- vingt générateurs de dialyse,
- 8736 séances de dialyse de juillet 2010 à décembre 2013,
- En trois ans, cent trente-huit patients pris en charge dont trente-neuf venants de la diaspora comorienne ; vingt patients franco-comoriens ont été pris en charge chaque année,
- L'âge moyen se situe entre 40 et 65 ans avec des extrêmes de 9 à 80 ans,
- Les patients dialysés sont à 80 % originaires de Grande Comore et 20 % des deux autres îles,
- Principe de gratuité pour les comoriens
- La dialyse est payante pour les franco-comoriens (260€ la première dialyse puis 230€/séance),

Les glomérulonéphrites chroniques représenteraient plus de cinquante pour cent des étiologies. Le diagnostic est fait sur la clinique sans biopsie rénale disponible. Les autres causes seraient des complications d'un diabète de type deux, d'hypertension artérielle et d'intoxications médicamenteuses.

Une mission d'appui technique à la coopération régionale en santé a été sollicitée par les autorités sanitaires comoriennes. Ses objectifs sont la mise en œuvre d'une coopération entre l'Union des Comores et l'ARS Océan Indien concernant la dialyse, les SAS sanitaires et la formation.

En janvier 2014, vingt sept patients comoriens étaient pris en charge. Le centre fonctionne trois jours par semaine à raison de deux séances quotidiennes : l'unité de dialyse chronique est loin d'être saturée, ces capacités pourraient être multipliées par trois.

La mission du CHM n'a pas eu accès aux informations budgétaires mais a évalué les dépenses annuelles du centre de dialyse à 250 000€ sur la base de 2800 séances par an.

Les membres de la mission concluent à un bon fonctionnement de ce centre de dialyse. Cependant, il ne fonctionne pas au maximum de ses capacités et des améliorations dans tous les domaines sont nécessaires : médicaux, techniques, ressources humaines, financières et administratives. Cette mission a permis d'évaluer les besoins concernant la dialyse et de mieux organiser les projets de coopérations à venir. (50)

Durant la révolution égyptienne, le fonctionnement du centre de dialyse de Grande Comore avait été perturbé et un afflux de patients dialysés chroniques avaient dû être pris en charge par le CHM.

Le centre de dialyse à Mayotte étant surchargé, ces patients avaient saturé le service de réanimation à l'origine de grosses difficultés de prise en charge (le CHM n'ayant pas de service de néphrologie ni de plateau technique pour la réalisation de fistule artério-veineuse).

ANNEXE 5 : Recueil de données

Les dossiers evasan contiennent :

- La provenance
- Les noms et prénoms (présence inconstante du justificatif)
- Le sexe
- La date de naissance
- Le nom du médecin référent
- L'avis du comité evasan du CHM
- La date du passage au comité
- L'avis du médecin du service receveur au CHM, décision si le plateau technique du CHM est suffisant et estimation de la durée d'hospitalisation
- Le certificat médical des Comores
- Le compte rendu du comité evasan des Comores
- L'extrait de naissance
- La pièce d'identité et nationalité

Les délais

- Date du certificat aux Comores
- Date de début des symptômes
- Date de l'avis du médecin du service receveur au CHM
- Date du Comité evasan
- Date de l'arrivée au CHM

Concernant l'evasan

- Motif de l'avis défavorable
- Avis spécialisé : décision, plateau technique suffisant ou non, estimation de l'hospitalisation
- Moyen d'arrivée sur Mayotte (kwassa-kwassa, programmé, non venue)
- Motif de non venue chez les patients acceptés

Concernant la pathologie

- Type de pathologie (brûlé convention, brûlé hors convention, urgences sanitaires, pathologie chronique, néoplasie, orthopédie, autre)
- Service receveur au CHM
- La spécialité médicale
- Les dossiers relevant de la pédiatrie
- Le ou les motif(s) d'evasan (étiologique, thérapeutique, rééducation)
- Service(s) et durée d'hospitalisation prévus et service(s) et durée réels
- Evacuation sanitaire vers la métropole ou La Réunion

Données financières

- devis
- facturation faite ou non
- facture acquittée ou non
- date d'acquittement

ANNEXE 6 : Fiche de Recueil

N° patient :	N° Demande :	Avis conseil: <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable <input type="checkbox"/> Attente
Sexe <input type="checkbox"/> Male(1) <input type="checkbox"/> Féminin (2)	Date du conseil EVASAN: .../.../...	
Date de Naissance .../.../...	Avis spé : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable	
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Autre	Plateau technique : <input type="checkbox"/> suff <input type="checkbox"/> insuff	
Provenance <input type="checkbox"/> Anjouan (1) <input type="checkbox"/> Mohéli (2) <input type="checkbox"/> Moroni (3) <input type="checkbox"/> Autre (4)		
Catégories socio professionnelles : <input type="checkbox"/> agriculteur (1) <input type="checkbox"/> artisan commerçant chef entreprise (2)		
<input type="checkbox"/> Cadre, prof intellectuelle sup (3) <input type="checkbox"/> prof intermédiaire (4) <input type="checkbox"/> employé (5)		
<input type="checkbox"/> Ouvrier (6) <input type="checkbox"/> retraité (7) <input type="checkbox"/> sans activité (8) <input type="checkbox"/> non renseigné (9)		
Médecin référent : Contact :		
Moyen arrivée Mayotte : <input type="checkbox"/> Kwassa-kwassa (1) <input type="checkbox"/> Programmée (2) <input type="checkbox"/> non venu (3) <input type="checkbox"/> décédé (4)		
Pathologie :	Dates : - Premier certif med : ... / ... / ...	
CIM10 :	- Avis hospitalier : ... / ... / ...	
Type : <input type="checkbox"/> Brulé convention <input type="checkbox"/> Brulé hors conv	- Acquittement facture : ... / ... / ...	
<input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> maladie chro <input type="checkbox"/> convention autre	- Obtention visa sanitaire : ... /	
Motif (étio/ttt/réeduc) :	- Arrivée CHM : ... / ... / ...	
- Dernières nouvelles : / ... / ...		
Hospitalisation : CCMU arrivée CHM :		
Pathologie à l'arrivée : CIM 10 :		
Services : Nombre de jour :		
Services : Nombre de jour :		
Devis : Facture réelle :		
Provenance Paiement :		
Etat aux dernières nouvelles :		
- Dernières nouvelles : / ... / ...		
Etat aux dernières nouvelles :		
Prévision :		
Date de sortie CHM : ... / ... / ...		
Destination : <input type="checkbox"/> comores <input type="checkbox"/> evasan métro/run <input type="checkbox"/> visa sanitaire Mayotte <input type="checkbox"/> inconnue		

ANNEXE 7: Comparaison Décision du comite CHM par rapport aux avis spécialisés (médecin service receveur) p<0,0001

	Avis spécialisé			Total
	Avis défavorable N (%)	Avis favorable	Absence d'avis	
Avis comité evasan défavorable	39,0 (31,4)	13,0 (10,5)	0 (0)	52,0 (42,0)
Avis comité evasan favorable	2,0 (1,6)	61,0 (49,2)	2,0 (1,6)	65,0 (52,4)
Absence d'avis comité evasan	1 (0,8)	6 (4,8)	0,0 (0,0)	7,0 (5,6)
Total	42,0 (33,9)	80,0 (64,5)	2,0 (1,6)	124,0 (100,0)

ANNEXE 8 : Rapport de Mission aux Comores, à Anjouan du 02/09/2014 au 05/09/2014

En collaboration avec l'ARS et le CHM, nous avons décidé que je parte dans chaque île des Comores dans le cadre de ma thèse.

Faute de temps, seul mon voyage à Anjouan a été possible avant mon travail rédactionnel, mais des missions dans les deux autres îles de l'archipel sont en préparation et devraient aboutir à une réflexion globale dans les mois à venir.

Cette mission a plusieurs objectifs :

- Dans le contexte de mon étude, de comprendre le fonctionnement du comité EVASAN dans son ensemble et la procédure aux Comores,
- D'étudier le parcours de soins des patients du début de la maladie jusqu'à leur départ pour Mayotte,
- De discuter des problématiques sanitaires sur place, tant au niveau de l'infrastructure que de l'épidémiologie locale et d'apprécier les possibilités sanitaires dans le pays,
- Au travers de rencontres, avec des médecins fonctionnaires ou libéraux, avec les soignants et avec les patients eux-mêmes, de mieux appréhender les déterminants de la migration sanitaire.

L'accord public de citer des personnes a été obtenu.

Rencontre avec le comité evasan de l'hôpital de Hombo, Anjouan, le 3 septembre :

- Dr Ahmed : président du comité evasan et anesthésiste réanimateur
- Dr Attoumane : chirurgien orthopédique
- Dr Zaïdou Youssouf : chirurgien ORL et ancien président du comité evasan

Caroline Thocaven : « Comment s'organise la procédure d'evasan à Anjouan ? »

Comité : « Le médecin traitant réfère les patients nécessitant une évacuation sanitaire vers un des chefs de service de l'hôpital de Hombo. Ces docteurs sont les seuls à être habilités à présenter un dossier au comité evasan comorien. Le dossier est ensuite confié à la secrétaire. Un comité evasan constitué de 5 à 7 docteurs du CHR de Hombo se réunit. Très souvent, la rédaction du certificat est reprise. Le comité evasan comorien suit les consignes imposées par le CHM concernant les indications et les contre-indications médicales des évacuations sanitaires.

Le comité statue et les dossiers acceptés sont remis au secrétariat du directeur adjoint pour validation. Cette validation par le conseil d'administration est payante : dix euros à la charge du patient. Le passage au comité est gratuit pour les dossiers refusés par le comité comorien. Depuis le début de l'année 2014, les dossiers sont envoyés par mail au secrétariat du service evasan du CHM. »

C.T : « En 2013, combien de demandes avez-vous traité au total ? »

Comité : « Le nombre total de demande au comité evasan comorien n'est pas connu ; seules les demandes acceptés sont répertoriées. Les dossiers acceptés représentent environ 35 à 40 % des

demandes totales. » (*Effectivement, aucune trace des dossiers traités non acceptés dans les documents qu'ils me montrent.*).

CT : « En 2013, quelles ont été les réponses du CHM concernant les dossiers acceptés par le comité evasan comorien ? »

Comité : « En 2013, 37 demandes ont été envoyées et seules neuf réponses ont été réceptionnées : nous avons reçu sept réponses favorables, deux réponses défavorables. Vingt huit dossiers sont restés sans réponse. Toutes ces demandes sans réponses entraînent une perte de confiance des patients et de leurs familles. Elles mettent en grande difficulté le comité evasan comorien.»

CT « Dans mon étude, je dispose pourtant de 53 demandes provenant d'Anjouan ? »

Comité : « Certaines demandes urgentes ne passent pas toujours par le comité evasan comoriens et ne sont donc pas comptabilisées avec la totalité. »

C.T : « Sur les 53 dossiers provenant d'Anjouan en 2013, 4 ont été mis en attente, un n'a pas été traité. De plus sur l'ensemble des dossiers acceptés, quatre dossiers acceptés n'ont pas eu de devis faits et n'ont donc pas eu de suite. Mais ce manque de 28 réponses m'est difficilement explicable. En 2014, avec le changement du mode de communication, avez-vous remarqué une augmentation des réponses du CHM ? »

Comité : « En 2013, la communication par fax était problématique et présentait de nombreuses difficultés logistiques ; cependant, le passage à une communication par mail n'a pas du tout amélioré le nombre de réponses : sur neuf dossiers, nous n'avons reçu que deux réponses...»

CT : « selon vous, pourquoi les patients utilisent en majorité la voie illégale ? »

Comité : « Beaucoup de patients n'ont pas confiance en nous.

Quand on leur dit qu'on peut très bien les soigner ici, ils ne nous croient pas et veulent partir à Mayotte. Quand on leur dit que l'état de santé du patient est dépassé et qu'une évacuation n'aurait aucun bénéfice pour le patient, ils ne nous croient pas non plus...

Et puis, quand une évacuation sanitaire est indiquée et qu'elle est acceptée par le comité evasan comorien, la plupart du temps, nous n'avons pas de réponse. Dans le cas des rares réponses positives, les délais ou le coût découragent le plus souvent les familles. Pour les cas exceptionnels qui ont franchi toutes ces étapes, le parcours du combattant commence pour obtenir le visa sanitaire. Il faut bien comprendre que les populations dont l'état de santé est le plus dégradé sont souvent les patients les plus défavorisés. Ils arrivent sans aucun papier d'identité, pas même un acte de naissance. La délivrance des passeports est centralisée à Moroni : il faut donc plusieurs jours aux anjouanais pour recevoir leur papier d'identité. Il leur faut également fournir de nombreux autres justificatifs : une attestation d'hébergement sur Mayotte par exemple...En fait, quasiment personne n'arrive à partir pour des soins de manière programmée.

Enfin, les patients veulent être pris en charge à Mayotte car ils pensent que les soins sont entièrement gratuits.»

CT : « Et selon vous, pourquoi n'ont-ils pas confiance en la médecine aux Comores ? »

Comité : « Leur famille à Mayotte leur dit de venir à tout prix se faire soigner à Mayotte : les anjouanais pensent être mieux traité là-bas. Ils savent qu'il y a des spécialistes, des médicaments et des soins de meilleure qualité et de surcroît gratuitement.

A Anjouan, les patients ont perdu leur confiance dans leurs structures sanitaires. Cette perte de confiance est liée à l'absence ou au délabrement du plateau technique et à la cherté des soins. Elle s'est également accentuée avec le départ des médecins coopérants qui étaient un gage de confiance et permettaient une meilleure communication avec le CHM »

CT : « Quelles pourraient être les pistes d'amélioration de cette procédure ? »

Comité : « Concernant les évacuations sanitaires programmées, une amélioration de la procédure d'évasan passe par l'obtention des réponses à toutes les demandes formulées.

Un autre obstacle au départ de manière programmée repose sur le problème administratif de la délivrance des passeports. La préfecture de Mayotte et le gouvernement comorien pourraient réfléchir à une convention régissant la délivrance de laissez-passer d'urgence. Une réflexion sur l'organisation des retours devrait également être initiée. »

CT : « Et concernant la prise en charge globale des patients ? »

Comité : « Concernant la perte de confiance des la population en son système sanitaire, les solutions semblent très compliquées.

La présence auparavant des coopérants français (un médecin urgentiste, une infirmière anesthésiste et un chirurgien orthopédique) semblait être un vrai gage de confiance : ils amenaient l'expertise française et facilitaient la collaboration avec le CHM. Leur départ en 2008 s'est suivi d'une perte de confiance de la population.

Dans le cadre de la coopération régionale, un développement de la formation des soignants, par des missions médicales à Anjouan et des stages des médecins comoriens à Mayotte ou à la Réunion, permettraient également d'améliorer le système de soin anjouanais et de rétablir cette confiance perdue.

La formation de médecins en santé publique semble également être une piste prioritaire.

Une réflexion sur les consommables et les médicaments s'impose : les approvisionnements aléatoires et leur coût sont un vrai problème pour une bonne prise en charge des patients. »

CT : « Quelles sont selon vous les spécialités dont la prise en charge est la plus problématique ici ? »

Comité : « les pathologies pour lesquelles nous rencontrons le plus de difficultés sont :

Les néoplasies et notamment gynécologiques,

Les pathologies cardiovasculaires,

Le diabète et les plaies diabétiques,

Les polytraumatisés et les urgences sanitaires. »

Je profite de cet entretien pour évoquer un de mes patients avec le réanimateur : Aksam a 8 ans, c'est un enfant sans antécédent qui vit à Mohéli. Il est pris en charge à Mohéli initialement pour une infection banale ORL suivie d'une éruption. Il reçoit plusieurs types d'antibiotiques, de nombreux topiques... Dix jours après, le patient est évacué pour un syndrome de Lyell touchant 98 % de sa surface corporelle vers Anjouan. Cinq jours après son arrivée à Anjouan, un vendredi, l'enfant est enlevé du service de l'hôpital de Hombo puis transporté en kwassa à Mayotte. Il est déposé sur l'îlot M'tsambo à 6km de Grande Terre où il passera 48h. Le père me dit avoir appelé à plusieurs reprises les pompiers qui lui ont dit qu'ils allaient venir. Cet appel n'a certainement pas du être régulé par le médecin régulateur du SAMU. C'est un homme en jet ski qui a alerté le SAMU. L'enfant a été évacué en hélicoptère le dimanche puis pris en charge au bloc opératoire et en réanimation : son pronostic vital était très engagé. Les premières données permettaient de conclure à une infection cutanée gravissime à staphylocoque producteur de la toxine de Ponto-Valentine. Le papa m'a expliqué qu'il était venu en kwassa car les médecins de l'hôpital de Hombo à Anjouan lui avaient dit que la demande d'évacuation sanitaire programmée prendrait trop de temps. *(A ce jour, l'enfant est hospitalisé en réanimation et intubé depuis un mois et demi. L'hospitalisation s'est compliquée d'un syndrome de détresse respiratoire aigu : devant l'impossibilité de ventiler l'enfant, l'équipe mobile de circulation extracorporelle de La Réunion est venue implanter l'enfant. Il a été évacué vers la réanimation pédiatrique de La Réunion. A ce jour, 42^e jour d'hospitalisation en réanimation, l'enfant vient d'être explanté avec succès et les lésions cutanées sont en cours de cicatrisation).*

Le réanimateur à Hombo m'explique une autre version des faits: le garçon s'améliorait et il avait pris contact avec le spécialiste du CHM. Les conclusions étaient que la pathologie de l'enfant pouvait rentrer dans le cadre de la convention mais que le lit ne serait disponible que le lundi, soit en fait le lendemain de l'arrivée clandestine du patient.

Visite de l'hôpital de Hombo le 3 septembre:

La visite de l'hôpital de Hombo donne une impression de fonctionnement minimal : de nombreux lits sont libres, il y a peu de patients. A titre de comparaison, les dispensaires et les services des urgences à Mayotte, à cette heure, sont très souvent bondés.

-Le bâtiment subventionné par le Qatar devait être livré en mars 2014. La construction est à l'arrêt et personne n'a pu me renseigner sur l'exploitation de cette nouvelle structure.

-La réanimation compte 9 lits avec deux scopes dysfonctionnels (sans mesure de la saturation), un tensiomètre et un appareil d'aspiration. L'oxygène mural ne fonctionne pas : des bouteilles approvisionnées à la centrale d'oxygène sont utilisées mais les manomètres dysfonctionnent. L'équipe médicale est constituée de quatre médecins : un anesthésiste-réanimateur et trois médecins généralistes dont un est bénévole. Un des médecins m'explique leurs difficultés matérielles : il n'a pas de bandelettes urinaires, pas de bandelettes à dextro, pas d'insuline à la pharmacie de l'hôpital. L'absence d'ionogramme, de bilan hépatique, de bactériologie compliquent également les prises de décisions. Durant ma visite, une des sœurs de Caritas est venue régler les soins d'un enfant hospitalisé.

-Il n'y a pas d'établissement responsable des produits labiles sanguins : les transfusions de sang total se font en prélevant directement les membres de la famille compatibles (gestion du choc hémorragique et de la prévention de contamination difficile à imaginer).

-Les urgences de l'hôpital de référence à Anjouan comptent 6 médecins dont un est essentiellement occupé au travail administratif. Elles accueillent en moyenne 15 patients/jours, avec 300 à 400 passages/mois. Les pathologies prédominantes sont la traumatologie et des pathologies infectieuses. L'activité semble tourner au ralenti ce mercredi matin.

-La pharmacie hospitalière s'approvisionne à la Centrale d'achat des médicaments utiles aux Comores. Un des préparateurs me remet la liste des médicaments disponibles visiblement assez complète. Il me précise que certains médicaments ne sont plus disponibles sur l'hôpital car ils ne sont pas achetés par les patients : comme l'insuline par exemple, dont les 100 unités coûtent 10 euros. Au contact des patients, il me confie qu'il a l'impression que les patients sont un peu perdus entre les médicaments qu'il distribue et les médicaments chinois délivrés par les médecins chinois.

Caritas

Découvrant la présence de Caritas à Anjouan, je vais visiter le dispensaire qui a été inauguré en décembre 2013 : une sage femme, une infirmière et une laborantine m'accueille. Elles ne savent pas si un médecin va venir travailler dans ce dispensaire. Durant l'heure que je passe là-bas, je ne vois aucun patient. Pourtant, les consultations avec la sage-femme sont gratuites et les consultations avec l'infirmière sont à 10 centimes d'euros. Elles me confient que la perte de confiance de la population est un vrai problème et qu'elle repose sur un défaut d'accueil dans les structures sanitaires.

L'hôpital de Bambao-Mtsanga :

L'hôpital subventionné par la coopération chinoise a été remis officiellement aux autorités comoriennes le 11 Juillet 2014.

Lors de mon passage, L'hôpital est fermé et aucun médecin que j'ai rencontré ne peut me renseigner sur l'organisation de la structure médicale.

L'hôpital de Domoni, le 4 septembre :

Le lendemain, à l'hôpital de Domoni, je rencontre un médecin comorien généraliste spécialisé en gynécologie obstétrique. Il a étudié la médecine à Madagascar et exerçait là bas jusqu'en 2008. Il prenait en charge de nombreuses femmes comoriennes immigrées à Madagascar pour soins. Devant la problématique de la mortalité maternelle et infantile record dans la région de Domoni, il a été sollicité pour venir exercer à Anjouan. Il m'explique :

« Beaucoup de patients de la région veulent partir à Mayotte : ils pensent être mieux soignés, mieux pris en charge. L'impossibilité de migrer pour soin est ressentie comme une honte par les familles qui ont une grande fierté à aller se faire soigner à Mayotte. Les médecins anjouanais sont là, mais les patients n'ont pas confiance. Ces femmes qui migrent à Madagascar pour raisons sanitaires ont pu être prises en charge par moi-même quand j'exerçais là-bas. Aujourd'hui, je suis là, mais elles continuent d'aller à l'étranger pour raison sanitaire. ».

Rencontre avec la population

Au fil de ma traversée de l'île, je rencontre des gens, dans les villes, dans les campagnes. Beaucoup n'ont qu'un mot à la bouche : venir se faire soigner à Mayotte.

Je m'attarde sur quelques rencontres assez évocatrices :

-Le père de N., 10 ans, me demande de consulter sa fille. Cette jeune fille souffre d'un problème ophtalmologique. Il me dit avoir consulté différents médecins à Anjouan, d'être même allé consulter à

Moroni. Son carnet rapporte plusieurs prises d'antibiotiques depuis un an. La description est assez évocatrice d'une conjonctivite allergique avec un doute sur un trouble visuel. Je l'adresse à l'ophtalmologue que j'ai croisé à mon arrivée. Le lendemain, je revois l'ophtalmologue qui m'explique qu'il s'agit très probablement d'une conjonctivite tropicale, équivalent de nos conjonctivites printanières, et qu'il va la revoir dans quelques jours pour une évaluation de l'acuité visuelle. Je recroise le papa de Naïma qui aurait du être rassuré : il ne me semble pas convaincu et réitère son souhait de venir avec sa fille à Mayotte pour être sûr...

-Je rencontre une dame de 47 ans à Domoni : sans problème de santé particulier, elle a deux fils de 17 et 19 ans. Elle m'explique qu'elle rêve d'avoir une fille, qu'elle a fait tous les examens possibles et qu'aucune anomalie n'a été retrouvée. Elle m'explique qu'elle veut aller à Mayotte car des spécialistes soignent ça et pourront lui faire avoir une fille... Je la questionne sur les examens réalisés, elle n'en sait pas plus. Seul l'échographie et les radiographies de bases sont disponibles à Anjouan mais pas d'exams plus poussés. Quoiqu'il en soit, à 47 ans et non affiliée, elle ne bénéficiera pas d'une aide à la procréation. Je lui explique mais elle n'a pas l'air convaincue.

-Troisième rencontre instructive : une dame me dit qu'elle veut envoyer sa mère à Mayotte. Elle est apparemment diabétique et veut consulter un spécialiste et avoir des médicaments. Je la questionne : cette vieille dame n'a pas consulté de médecin à Anjouan depuis 10 ans, elle boit deux litres de soda par jour et reste toute la journée assise. J'essaye de lui expliquer que les règles hygiéno-diététiques et le suivi par le médecin généraliste peuvent déjà être très utiles et que lui seul peut juger ensuite, s'il est en difficulté, de la nécessité d'orienter la patiente vers un autre médecin.

Aucune de ces personnes ne connaît la procédure evasan.

Visite d'une association : une maison médicale à Ouani, le 5 septembre

Avant mon départ, je vais discuter avec le responsable de cette association Mr Bouchrani et l'équipe sur place. Il a passé pas mal de temps en France et à Mayotte, il a la double nationalité. Il me dit être révolté par tous ces gens venant en kwassa à Mayotte pour soin. Il y a peu, il a arrêté son activité d'auto-entrepreneur à Mayotte et est retourné à Anjouan pour monter une maison médicale. Il m'explique qu'en proposant des soins moins chers, il espère diminuer le flux d'immigration clandestine. Le président de cette association est un chirurgien orthopédiste. Sept médecins y consultent, dont six seraient bénévoles. Il y a également des infirmières et des sages-femmes. Un pharmacien gère un petit stock de médicaments. Lui aussi essaye de m'expliquer cette perte de confiance des patients en leurs médecins aux Comores. Il insiste sur la nécessité d'une collaboration avec Mayotte : des missions médicales spécialisées à Anjouan, une aide logistique et financière pour l'achat de médicaments et consommables.

Durant les deux heures passés là-bas, je n'ai vu qu'un seul patient : un franco-comorien en vacances venu chercher une boîte de metformine.

Mr Bouchrani m'explique ses projets de faire le tour de l'île avec un petit véhicule pour dépister les hypertendus et les diabétiques. Il me questionne à plusieurs reprises sur les subventions possibles pour acheter des médicaments et des consommables.

Je rentre sur Mayotte, pleines d'interrogations. Dans l'avion à coté de moi, un expatrié me raconte avoir payé une place dans un kwassa pour un de ses employés victimes d'un AVC sous les conseils d'un médecin de Domoni. Il salue un ami en transit à Mayotte en direction de Majunga : ce dernier s'y rend pour consulter un ophtalmologue.

Toutes ces personnes me permettent d'apercevoir l'ampleur de la problématique de la migration pour soins, multifactorielle et complexe. Tout en sachant que chaque île des Comores a ses spécificités, je pense que la prise de conscience et la description de ce phénomène pourront peut-être permettre une réflexion et l'obtention de pistes d'amélioration.

Resumary: Study of the process of programmed sanitary migration from the Comoros Islands towards

Mayotte Island

Introduction: Mayotte is the 101st French department, located in the archipelago of the Comoros Islands. The intensification of the expenses in the health system has allowed this French Territory to be equipped with a modern and successful medicine. The Comoran immigration seeking for care, official or illegal, has a strong incidence on the structures of health on this French Island. An inventory of fixtures of these sanitary evacuation procedures was imperative.

Method: An observational and retrospective study, describing files of sanitary evacuations from the Comoros Islands to Mayotte Island during the year 2013.

Results: 136 patients were included in the study. Both dominant pathologies, chronic diseases and burns, represented respectively 36 % and 21 % of the demands. The opinion of the EVASAN (Acronym for Sanitary Evacuations) committee were favorable in 48 % of the opinions. Only 54 % of the accepted patients came for care in a programmed way. The delays between the initial certificate and the EVASAN committee were lower in the group coming programmed (4,8 days) in regard to the group of the accepted and not coming in a programmed way (35,8 days) ($p < 0,05$). Estimate means were lower in the programmed coming group in regard to the group of the accepted patients not coming in a programmed way ($p < 0,05$).

Discussion: The programmed evacuations are less numerous than the illegal migrants. Both main characteristics are the heterogeneity of the studied population and the major obstacles to an EVASAN procedure. Too many patients requiring a programmed EVASAN don't get to reach Mayotte. Working axes have to be based on the improvement of the administrative, financial and political procedures as well as the identification of priority pathologies requiring to be governed by agreements. The illegal migration for care as a majority is the source of a lot of problems. The perspectives of improvement consists in an increase of the local capacities for healthcare and the development of the Regional Cooperation.

Le Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

