



HAL
open science

Migration, health and access to care in Mayotte Island in 2007: lessons learned from a representative survey

Sophie Florence, Jacques Lebas, Isabelle Parizot, D. Sissoko, Madina Querre,
C. Paquet, Sophie Lesieur, Pierre Chauvin

► To cite this version:

Sophie Florence, Jacques Lebas, Isabelle Parizot, D. Sissoko, Madina Querre, et al.. Migration, health and access to care in Mayotte Island in 2007: lessons learned from a representative survey. *Epidemiology and Public Health = Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2010, 58 (4), pp.237-44. 10.1016/j.respe.2010.04.006 . inserm-00514271

HAL Id: inserm-00514271

<https://inserm.hal.science/inserm-00514271v1>

Submitted on 1 Sep 2010

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

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

Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : enseignements d'une enquête représentative en population générale.

Migration, health and access to care in Mayotte Island in 2007: lessons learned from a representative survey

S. Florence (1) (2), J. Lebas (1) (2) (3), I. Parizot (1) (4), D. Sissoko (5), M. Querre (1), C. Paquet (6), S. Lesieur (1), P. Chauvin (1) (2) (3).

(1) Inserm, U707, Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, Paris, France

(2) Université Pierre et Marie Curie-Paris6, UMR S 707, Paris, France

(3) AP-HP, Hôpital Saint Antoine, Paris, France

(4) Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS), Equipe de recherche sur les inégalités sociales, Paris, France

(5) Cellule interrégionale d'épidémiologie Réunion-Mayotte, Saint-Denis (Réunion), France

(6) InVS, Département international et tropical, Saint-Maurice, France

Auteur correspondant :

Docteur Sophie Florence

Inserm, U707, Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins

12 rue de Chaligny 75012 Paris France

Téléphone : 01 44 73 84 60 / 06 61 83 61 42 Fax : 01 44 73 84 62

Mèl : florence@u707.jussieu.fr

Destinataire des demandes de tirés à part :

Docteur Pierre Chauvin

chauvin@u707.jussieu.fr

Titre courant : Migration et santé à Mayotte en 2007

SUMMARY

Background. Mayotte Island, located in the Indian Ocean, is a French overseas departmental community with some specificities: a recent sanitary development, an important immigration, a free access to care for legal residents but with co-payments for irregular residents, the absence of many of the social benefits which exist in mainland France, and poor or absent health information systems. We report here the first population based survey describing the links between health, migration and healthcare utilization in this territory.

Methods. Cross sectional population-based study among a 3 stages random sample (geographic areas, households, individuals). In total, 2105 individuals have been interviewed either in French, Shimaore or Kibushi (response rate = 96%), using a questionnaire adapted to the context of Mayotte Island after a preliminary qualitative survey. Descriptive analyses and logistic regression models have been performed.

Results. Foreigners make up 40% of Mayotte population (total 186,452), of which a quarter is children born in Mayotte and 80% have no regular residence status. The median length of residence of migrant foreigners is 10 years. Foreigners represent a majority of the female population, of the 20-35 years old population and of the urban areas. Main determinants for migration were economical (50%) or family-related (26%). Health was stated as a cause of migration by 11% of migrants. The social situation of foreigners is more precarious and their perceived health poorer than the ones of the French. Their access to care is also perceived as more difficult. We did not observe any notable difference in term of frequency of healthcare attendance over the last 12 months between the 2 groups, but foreigners have consulted less often private GPs and more often traditional practitioners than French.

Conclusion. In this overseas French island, the migrant population is numerous and resident for a long time. Their main motivations to immigrate are economic and family-related. They report hurdles to healthcare related with their precarious living conditions, including their illegal residence status.

Health . Migration . Social factors . Primary care

RESUME

Position du problème. Mayotte est une collectivité départementale française de l'Océan Indien qui conjugue de nombreuses spécificités : développement sanitaire récent, pression migratoire importante, accès aux soins gratuit pour les résidents légaux et payant pour les étrangers en situation irrégulière, absence de plusieurs prestations sociales, systèmes d'information sanitaire inexistant. Pour la première fois, une enquête représentative en population générale a permis de décrire les liens entre migration et santé et d'étudier les recours aux soins en fonction de la nationalité.

Méthodes Enquête transversale représentative en population générale conduite auprès d'un échantillon aléatoire à 3 niveaux (zones géographiques, logements, personnes), comprenant 2105 personnes interrogées en français, shimaore ou kibushi (taux de réponse = 96%). Le questionnaire a été adapté au contexte de Mayotte par la réalisation d'une enquête qualitative préalable. Des analyses descriptives et des modèles de régression logistique ont été réalisés.

Résultats. Les étrangers représentent 40% de la population (dont 1/4 d'enfants nés à Mayotte) ; 80% sont en situation irrégulière alors que l'ancienneté médiane d'installation des immigrants étrangers est de 10 ans. Ils sont majoritaires chez les femmes, dans la population entre 20 et 35 ans et dans les zones les plus urbanisées. Les migrations sanitaires apparaissent très minoritaires : 11% des immigrants déclarent avoir migré ou s'être installés à Mayotte pour raisons de santé tandis que la majorité des motifs de migration est économique (50%) ou familiale (26%). La situation sociale des étrangers est plus précaire, leur état de santé ressenti moins bon que les Français et leur accès aux soins est également jugé plus difficile. La fréquence de consultation durant l'année précédente ne diffère pas selon la nationalité contrairement aux modalités de recours aux soins ; les étrangers consultent moins en médecine libérale et plus en médecine traditionnelle.

Conclusion. Dans ce « territoire frontière » de la République, la population étrangère est nombreuse et installée depuis dix ans en moyenne. Les motifs de migration sont principalement économiques et familiaux. Les étrangers relatent des obstacles dans l'accès aux soins liés à la précarité de leurs conditions de vie et à l'absence de titre de séjour.

Santé . Migration . Facteurs sociaux . Soins primaires

INTRODUCTION

Mayotte est une des quatre îles de l'archipel des Comores situées dans le canal de Mozambique, entre Madagascar et l'Afrique. D'une superficie de 374 km², elle est située à 8000 Km de Paris. Territoire français depuis 1841, Mayotte a choisi en 1974 de demeurer au sein de la République à l'issue de la consultation des populations des Comores sur l'indépendance. Depuis, son statut a évolué de Territoire d'Outre Mer (TOM) en Collectivité d'Outre Mer, puis, en 2001, en statut exceptionnel de Collectivité Départementale d'Outre Mer [1]. Depuis le référendum de mars 2009, elle est appelée à devenir un Département d'Outre Mer (DOM).

Actuellement, l'île compte 186 452 habitants [2] et sa situation démographique est marquée par une croissance forte et une population très jeune. Carrefour de civilisations, la société mahoraise est qualifiée par certains de «microcosme de l'Océan Indien occidental» [3]. L'islam est la religion majoritaire et les langues principales sont le shimaore, le kibushi et le français. Mayotte connaît un important mouvement d'immigration en provenance des Comores que l'accession à l'indépendance des trois îles de l'archipel n'a pas interrompu. Ces mouvements, dus à l'étroitesse des liens séculaires, géographiques, familiaux et culturels, ont sans doute été renforcés à mesure que la différence des niveaux de développement entre Mayotte et l'Union des Comores (anciennement République fédérale islamique des Comores) se creusait [4]. En 1995, la mise en place d'un visa d'entrée à Mayotte pour les Comoriens conduit au développement d'une immigration clandestine et contribue à fixer sur l'île les Comoriens en situation irrégulière de séjour. Depuis 2006 et l'intensification des politiques françaises de contrôle de l'immigration, la moitié des reconduites à la frontière de personnes en situation irrégulière effectuée chaque année sur le territoire de la République française ont eu lieu à Mayotte [5].

Le système sanitaire repose sur un maillage associant 19 dispensaires publics (dont 3, intercommunaux, sont ouverts 24h/24), 25 centres de protection maternelle et infantile (PMI) et le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) [6]. Le secteur libéral reste très restreint. Les soins médicaux concilient donc une approche privilégiant les soins de santé primaires, un équipement hospitalier performant et une qualité des soins médicaux qui se veut proche des standards métropolitains. Pour autant, la densité médicale y reste très faible : en 2007 on dénombrait 110 médecins pour 100 000 habitants à Mayotte, contre 239/100 000 à la Réunion et 338/100 000 en métropole [7, 8].

Jusqu'en 2004, l'accès aux soins était gratuit pour tous, sans condition. Depuis la convergence de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM) vers le modèle métropolitain [9], a été créée une distinction entre les affiliés pour lesquels les soins restent gratuits et les non affiliés qui doivent payer un forfait dont les tarifs ont été fixés localement par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) Réunion Mayotte, la Direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) et le CHM [10]. Il est, par exemple, de 10 € pour une consultation au dispensaire et de 350 € pour le forfait accouchement. Les affiliés sont, en droit, tous les résidents réguliers de Mayotte quelle que soit leur nationalité - mais ils doivent avoir leur état civil à jour et posséder un compte en banque (les Français métropolitains et réunionnais restant généralement affiliés à leurs caisses d'Assurance maladie de droit commun « hexagonal ») - et les non affiliés sont les personnes en situation irrégulière de séjour (il n'y a pas d'Aide Médicale d'Etat à Mayotte). En dehors d'enquêtes spécifiques conduites notamment à l'occasion de l'épidémie de Bérubéri en 2004 [9] et de Chikungunya en 2005 [11], peu de données socio-sanitaires systématiques ou représentatives sont disponibles sur l'île [12], en particulier sur la consommation de soins des étrangers à Mayotte. Cette situation nourrit bien des préjugés sur la situation sanitaire de ces étrangers, leur « charge » pour le système de soins et le poids des migrations sanitaires des Comoriens vers Mayotte [5].

Les objectifs de notre enquête conduite en 2007 étaient les suivants : (A) décrire la part de la santé et du recours aux soins dans les motivations et les raisons de migration de la population immigrée; (B) comparer la situation sanitaire et les recours aux soins des Français et des étrangers, notamment le suivi de la dernière grossesse ; (C) décrire les principaux obstacles à l'accès aux soins de la population et identifier ses principaux déterminants en fonction de la nationalité.

MATERIELS ET METHODES

Une enquête transversale par échantillonnage a été conduite en population générale d'octobre à novembre 2007 sur l'ensemble de l'île. La population de référence était constituée de toutes les personnes résidant à Mayotte depuis au moins 6 mois ou envisageant au jour de l'enquête d'y séjourner pour au moins cette durée. Un échantillonnage aléatoire, stratifié par zone géographique (urbaine/rurale), a été réalisé à trois degrés : 20 zones géographiques de 100 à 200 logements ont été tirées au sort, puis 30 logements par zone et 2 individus par logement (un de moins de 15 ans, un de plus de 15 ans). La base de sondage disponible était la base des îlots de recensement constituée par l'antenne locale de l'INSEE en septembre 2008. Le questionnaire a été établi à

partir de versions abrégées d'enquêtes préalablement conduites par l'équipe porteuse du projet (en région parisienne [13, 14] notamment, mais également à Madagascar [15]) et a été adapté au contexte de Mayotte grâce à la réalisation préalable d'une enquête qualitative exploratoire. Il contenait 3 parties : un questionnaire ménage, un questionnaire pour les personnes âgées de 15 ans et plus et un questionnaire pour les moins de 15 ans. Les items recueillis concernaient l'ensemble des caractéristiques connues pour interagir avec l'accès aux soins : les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, composition du ménage, situation familiale, nationalité, statut de résidence vis-à-vis du droit français, lieu de naissance et lieu de naissance des parents, ancienneté d'installation à Mayotte comptée à partir de la première installation en cas d'immigrations successives, langues parlées), socioéconomiques (niveau d'éducation, emploi, source et montant du revenu du ménage, situation financière ressentie, caractéristiques et équipement du ménage, couverture sociale) et sanitaires (état de santé ressenti, handicap, maladie chronique, fréquence de consultation de chaque types de prestataires de santé médicaux, paramédicaux et soignants traditionnels, suivi de la dernière grossesse, obstacles et renoncement aux soins). Les raisons de migration vers Mayotte ont été recherchées de 3 façons chez les immigrés adultes : les raisons d'immigrer (« pourquoi êtes vous venus ? »), les raisons de s'installer (« pourquoi êtes vous restés ? ») et, chez les patients déclarant être atteints de maladies chroniques, la part de ceux dont le traitement ou le suivi médical avait été, au moins partiellement, un motif d'installation (« aviez-vous -et le saviez vous- un de ces problèmes avant de venir à Mayotte ? » et si oui « vous êtes-vous installé à Mayotte pour traiter ce problème? »). Les questionnaires ont été administrés au domicile des personnes en français, en shimaore ou en kibushi. La durée de passation moyenne pour un logement était d'une heure environ. La base de données a été redressée a posteriori sur la taille des ménages puis calée sur la distribution par sexe et âge de la population mahoraise au dernier recensement général de la population (RGP) disponible [16]. Les résultats communiqués ici (notamment les effectifs et les proportions) prennent en compte les pondérations ainsi effectuées.

Une analyse descriptive de la population d'étude a d'abord été conduite en fonction de la nationalité et du statut migratoire afin de comparer les caractéristiques des étrangers et des français, ainsi que des migrants (nés hors de Mayotte) et des non migrants (nés à Mayotte). Quatre groupes de population ont ainsi été définis : la population française non immigrée

constituée des Mahorais et des enfants des métropolitains et Réunionnais ayant migré à Mayotte, la population étrangère immigrée, la population étrangère née à Mayotte, la population française immigrée constituée de la population métropolitaine et réunionnaise et de la population d'origine étrangère ayant acquis la nationalité française. Dans la suite de l'article, nous nommerons « étrangère » une personne n'ayant pas la nationalité française au jour de l'enquête (quelle soit née en dehors ou à Mayotte) et « immigrée » (au même sens que l'Insee) une personne née étrangère à l'étranger et résidant à Mayotte (quelque soit sa nationalité actuelle).. Les populations étrangères et immigrées ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas (plus) nécessairement étranger et certains étrangers sont nés Mayotte (essentiellement des mineurs). Les associations univariées entre les variables d'intérêt (recours aux soins, suivi de la dernière grossesse, difficultés pour consulter un médecin) et les variables indépendantes (âge, sexe, nationalité, légalité de séjour, affiliation à la sécurité sociale, niveau d'étude, activité, revenu par UC,...) ont été étudiées à l'aide du test du Chi². Des analyses multivariées ont été réalisées pour le fait d'avoir accouché l'année précédant l'enquête et le fait de déclarer des difficultés pour consulter un médecin. Toutes les variables associées aux variables d'intérêt avec un degré de signification $p \leq 0,20$ ont été incluses dans des modèles de régression logistique puis sélectionnées avec une procédure descendante pas à pas. En analyse univariée, les risques relatifs ont été calculés avec leur intervalle de confiance à 95%. En analyse multivariée, les forces d'association sont estimées par le calcul d'un Odds Ratio (OR) et de son intervalle de confiance à 95% (IC95%). Toutes ces analyses ont pris en compte les pondérations mentionnées ci-dessus. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS[®] (SAS Institute, Cary, NC, USA).

RESULTATS

Description de la population

Au total, 1246 ménages ont été inclus et 2105 individus interrogés. Les logements vacants (19,3% de l'échantillon initial de logements) ont été remplacés à l'intérieur de chaque zone tirée au sort par de nouveaux logements eux-mêmes choisis aléatoirement. La proportion de réponse a été de 96,0%, soit 4,0% de personnes absentes à l'issue des 3 visites (dont une en soirée) ou ayant refusé de répondre.

A partir de la distribution de la population résidente à Mayotte selon la nationalité et le statut migratoire, la Figure 1 montre 5 sous-groupes de population : les Mahorais (n=1143, 54,4%) dont 0,2% d'enfants nés à Mayotte de métropolitains ou de Réunionnais, les étrangers immigrés (n=611, 29,1%), les étrangers nés à Mayotte (n=234, 11,1%), les français migrants (métropolitains et Réunionnais, n=56, 2,6%) et les étrangers immigrés ayant acquis la nationalité française (n=57, 2,8%). Cette répartition est très similaire à celle du RGP [18] seuls les métropolitains et les Réunionnais sont un peu moins représentés dans notre échantillon.

Parmi les étrangers (n=845), 17,8% étaient en situation régulière de séjour et 82,2% en situation irrégulière. Ils étaient essentiellement de nationalité comorienne (96,8%). Parmi la population immigrée (n=667), la distribution de l'ancienneté de migration montre que la moitié s'est installée à Mayotte depuis 10 ans ou plus (médiane : 10 ans, interquartile : 7 – 15 ans). On observe une nette diminution des installations au cours des 5 dernières années (16,7% de l'ensemble des immigrés), encore renforcée depuis 2005 (5,6%). Plus la migration est ancienne, plus la proportion d'immigrés en situation régulière est importante. Les immigrés installés depuis plus de 10 ans ont ainsi 7 fois plus de chance d'avoir obtenu un titre de séjour ou la nationalité française que ceux installés depuis moins longtemps (RR = 6,91 ; IC95% : 4,24 -11,33) tandis que ceux installés depuis moins de 5 ans ne sont que 7,2% à être en situation régulière. A contrario, parmi les immigrés depuis 10 ans ou plus, 57,9% sont toujours en situation irrégulière. Le tableau 1 montre que les caractéristiques sociodémographiques des Français et des étrangers sont différentes. La population étrangère est plus féminine, jeune, urbaine, non francophone, inactive, précaire et en moins bon état de santé. Les chômeurs ou demandeurs d'emploi sont extrêmement difficiles à dénombrier : le terme n'existe pas en langue locale et la reconnaissance de ces statuts ne concernent qu'un tout petit nombre de personnes [8] (les affiliés à la Caisse d'assurance chômage, opérationnelle depuis janvier 2006, ne représentent qu'une faible part des chômeurs). De fait, les inactifs représentent un groupe important et hétérogène et comprend des personnes en recherche d'emploi.

Motifs d'immigration

Interrogés sur les raisons principales de venue et d'installation sur l'île de Mayotte (Figure 2), les immigrés de plus de 15 ans (n=602) déclarent le plus souvent que celles-ci sont économiques

(49,0% en ce qui concerne la venue et 49,6% en ce qui concerne l'installation) ou familiales (26,8% et 28,3% respectivement). La migration pour raison de santé est citée en 3ème position par ordre de fréquence décroissant (8,9% ; IC95% : 6,3-11,6). L'installation pour raison de santé est citée en 4ème position par ordre de fréquence décroissant (4,0% ; IC95% : 2,4-5,6) parmi les motifs d'installation, derrière l'avenir des enfants (8,3% ; IC95% : 6,1-10,4) et juste devant les études (4,0% ; IC95% : 1,5-6,5). Enfin, 4,6% (IC95% : 2,8-6,4) des immigrants se sont installés pour traiter un problème de santé chronique. Au total, 11,3% (IC95% : 8,5-14,2) de la population immigrée ont migré et/ou se sont installés pour raisons de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue.

Recours aux soins

Les recours aux soins de la population au cours de l'année précédant l'enquête ne diffèrent pas en fonction de la nationalité, que ce soit en termes d'hospitalisation (10,7%), de consultations médicales au dispensaire (56,2%), à l'hôpital (16,9%) ou aux Urgences (11,2%), de consultations chez le dentiste (8,0%) ou de consultation d'un pharmacien (6,5%). Ils diffèrent en revanche pour les consultations en médecine libérale (22,2% dans la population française versus 13,8% dans la population étrangère, $p < 0,0001$), pour les consultations d'infirmiers (13,1% vs. 9,6%, $p = 0,004$) et de kinésithérapeutes (2,6% vs. 1,2%, $p = 0,03$). En ce qui concerne le recours à la médecine traditionnelle, on ne retrouve pas de différence pour les recours à 2 types de guérisseurs : fundi (12,6%) et mwalimu (1,9%) ; mais on en retrouve pour les consultations des herboristes (8,0% dans la population française versus 19,4% dans la population étrangère, $p < 0,0001$) et des masseuses (12,3% vs. 23,7%, $p < 0,0001$), ainsi que pour la prise de traitements traditionnels (14,8% vs. 21,8%, $p < 0,01$).

Parmi les femmes de l'échantillon de 15 à 49 ans ($n = 544$), 17,7% déclarent avoir été hospitalisées durant l'année précédente. Les deux tiers (64,8%) de ces hospitalisations étaient motivées par un accouchement. En analyse univariée, parmi les facteurs sociodémographiques (âge, région, nationalité, légalité de résidence, statut marital) et économiques (revenu du ménage par unité de consommation, situation financière ressentie) étudiés, le fait d'être en couple, l'irrégularité de résidence et l'inactivité sont associées au fait d'avoir accouché l'année précédente. En analyse

multivariée, seul le fait d'être en couple est lié statistiquement au fait d'avoir accouché l'année précédente.

Suivi de la dernière grossesse

Sur l'ensemble des femmes ayant eu une grossesse à Mayotte (n=474), 10,7% n'ont bénéficié d'aucun suivi, 2,2% n'ont eu qu'une ou deux consultations prénatales par un médecin ou une sage-femme et 86,1% déclaraient un suivi « régulier » (défini par au moins une consultation par trimestre). Parmi ces dernières, 25,5% l'ont été par un médecin en dispensaire et 12,3% par un médecin libéral.

Les femmes de nationalité étrangère avaient 1,20 (IC95% : 1,11-1,29) fois plus de chance d'avoir été suivies au moins une fois par un médecin ou une sage femme pendant leur grossesse (96,2% vs. 80,3%). En revanche, il n'y avait pas de différence significative concernant le suivi régulier par un médecin (en dispensaire ou en ville) : RR = 1,04 ; IC95% : [0,82-1,33]. Si l'on ne considère que le suivi régulier par un médecin libéral, les femmes de nationalité étrangère avaient 2,38 (IC95% : 1,39-4,17) fois moins de chance d'avoir bénéficié d'un tel suivi. Parallèlement, le suivi par un soignant traditionnel était plus élevé chez les femmes de nationalité étrangère (54,2% vs. 35,1% ; $p < 0,0001$).

Obstacles aux soins

Dans notre population d'enquête, 70,3% des personnes interrogées déclaraient rencontrer des obstacles pour se soigner : 86,1% (728/845) de la population étrangère étaient dans cette situation contre 59,7% (750/1256) de la population de nationalité française. Les principaux obstacles pour consulter différaient selon la nationalité. Chez les étrangers, les problèmes financiers (78,7%) et la peur d'être arrêté (41,3%) étaient cités en premier. Chez les Français, il s'agissait d'abord de l'attente en consultation (61,1%) puis des problèmes financiers (29,1%). De la même façon, 57,8% de la population de nationalité étrangère trouvaient plutôt difficile de consulter un médecin contre 33,2% dans la population française ($p < 0,001$). En analyse multivariée, les personnes qui déclaraient avoir des difficultés pour consulter un médecin étaient les personnes avec un moins bon état de santé perçu, en situation irrégulière de séjour et avec un fort sentiment d'isolement (Tableau 3). Près d'un tiers (29,9%) de la population de nationalité étrangère déclarait

avoir au moins une fois renoncé à des soins contre seulement 10,9% dans la population française (RR = 3,47 ; IC95% : 2,74- 4,41). De la même façon, 18,8% de la population de nationalité étrangère avec des enfants avaient au moins une fois renoncé à des soins pour leurs enfants contre 3,39% de la population de nationalité française (RR = 6,77 ; IC95% : 3,58-10,07).

DISCUSSION

Les deux sujets abordés dans cette étude - le lien entre migration et santé et les différences d'accès aux soins selon la nationalité - sont encore peu abordés dans la littérature [19, 20], notamment en France où les études sur les migrants ou les étrangers sont rares [21, 22]. Mayotte ne fait pas exception à cette rareté alors même que sa situation géographique, démographique et politique rend ces questions prégnantes. Les différentes études internationales sur la santé et l'accès aux soins des immigrés [23] ont des conclusions divergentes. En effet plusieurs facteurs entrent en jeu dans le processus de migration (pays d'origine, de destination, date de migration) et jouent un rôle sur la morbidité, la mortalité des immigrés [24].

Avec un taux de participation important et une procédure de sondage à 3 niveaux ayant permis d'interroger de façon aléatoire 2,7% des ménages de Mayotte interrogés, notre échantillon possède une bonne représentativité, notamment par comparaison avec les derniers RGP [17,18]. Cette étude montre la forte proportion d'étrangers dans la population résidente de Mayotte. Les étrangers représentent en effet 40% de la population, dont 1/4 d'enfants nés à Mayotte .Ils sont majoritaires chez les femmes, les adultes jeunes et en zone urbaine. Cette situation plaide, en elle-même, en faveur de la prise en compte, dans la conception des services de santé comme dans la formation des personnels soignants, de la santé de ces étrangers [17]. La grande majorité de ces étrangers (80%) est en situation irrégulière, alors que près de la moitié des immigrés réside depuis plus de 10 ans sur l'île. Pour la période récente, l'accroissement du nombre d'étrangers semble être beaucoup plus le fait des naissances à Mayotte des enfants nés de parents étrangers (résidant pour la plupart depuis plusieurs années sur l'île) que d'une augmentation de l'installation de nouveaux immigrants. En effet, nos résultats montrent que le nombre d'immigrants diminue très fortement depuis 5 ans. En revanche, la part des personnes en situation irrégulière parmi les étrangers, elle, ne cesse d'augmenter depuis les restrictions au droit de séjour des étrangers introduites à la fin des années 1990.

Les principales limites de cette étude résident dans le caractère déclaratif des données collectées. Les biais de classement selon la nationalité ou la situation administrative de séjour ont été minimisés par l'information préalable des populations au sujet de cette enquête. De même, pendant la formation des enquêteurs, une insistance particulière a été portée sur la présentation de l'étude soulignant l'importance de collecter des données représentatives de l'ensemble de la population vivant sur l'île. Dans cette optique, les enquêteurs étaient d'origines diverses, permettant au maximum d'acquiescer la confiance des enquêtés. Source également de biais de classement, certaines personnes – notamment les femmes concernant le suivi de grossesse - ne sont pas forcément très au fait de la qualification précise du soignant qui les examine. Néanmoins, on peut supposer que, en cas de doute ou d'ignorance sur cette qualification, les personnes jugent plus volontiers qu'elles ont été reçues par un médecin et les écarts observés sont, de ce fait, plutôt minimaux. Pour des raisons pratiques (contraintes financières et matérielles des temps de passation du questionnaire), certaines données n'ont pu être recueillies. Par exemple, les questions sur la vie génitale des femmes ne permettent pas de comparer la prise en charge de l'ensemble des grossesses, ni celle de la dernière grossesse ajustée sur la parité et son ancienneté. Une autre limite, inhérente à la définition de la population de référence de notre enquête (les personnes résidentes pendant au moins 6 mois) est que cette étude ne permet pas d'estimer la fréquence des migrations pendulaires (pour une durée inférieure), ni les motifs, l'état de santé et les recours aux soins de ces migrants de courte durée. Notons néanmoins que l'extrapolation du nombre de grossesses dans notre population de référence aboutit à une estimation de 8000 naissances annuelles ; ce qui correspond au nombre de naissances rapporté par le système de soins de Mayotte. Ainsi, le nombre d'accouchements qui seraient le fait de la population non enquêtée, autrement dit le nombre de femmes étrangères venant accoucher à Mayotte et repartant ensuite rapidement (de leur fait ou non), apparaît très faible.

Les principales raisons à l'immigration et à l'installation des étrangers à Mayotte sont d'ordre économique (50%) ou familiale (26%). En regard, les migrations pour raisons de santé apparaissent très minoritaires, ne représentant que 11%. Ce chiffre contredit l'idée généralement véhiculée d'une immigration sanitaire importante [5, 25-27]. Cette faible proportion de migrants venus pour se soigner est également retrouvée en Europe dans une enquête récente réalisée auprès d'immigrés en situation irrégulière par l'Observatoire européen sur l'accès aux soins de

Médecins du Monde [28] qui retrouve 6% d'immigrés sans autorisation de séjour venus en Europe pour des raisons de santé. De son côté, le rapport d'information du Sénat sur l'immigration clandestine à Mayotte [26], estime que l'immigration clandestine à Mayotte en 2007 a généré 16 millions d'euros de coûts de fonctionnement pour le CHM sur un budget total de 114 millions d'euros : soit 14% pour un tiers de la population. De même, les nombreux accouchements de femmes comoriennes - si souvent mis en avant par les décideurs sur l'île - ne sont que les conséquences logiques de la structure de la population étrangère irrégulière composée principalement de femmes en âge de procréer (en particulier dans les zones les plus urbanisées) dont la fécondité est – sans doute aussi - plus élevée que celle des Mahoraises (d'après le RGP, l'indice synthétique de fécondité des femmes nées à l'étranger est de 6,4 contre 3,4 pour les mères nées en France, données Insee 2007, à paraître).

A Mayotte, la situation sociale des étrangers est plus précaire et leur état de santé ressenti est moins bon que celui des Français. Bien que les modalités de recours aux soins étaient différentes selon la nationalité (les étrangers consultaient moins en médecine libérale et avaient aussi plus souvent recours aux soignants traditionnels), aucune différence significative en termes de fréquence de consultation au cours des 12 derniers mois n'a été mise en évidence malgré les différences rapportées en terme d'état de santé ressenti et d'accessibilité. Cela s'explique pour deux raisons. D'une part, parce que le recours de la population française et bénéficiaire de l'Assurance maladie reste assez faible en comparaison de celui observé en métropole. Ainsi, par exemple, la proportion de personnes ayant recours au moins une fois à un médecin en un an est de 83,6% en France métropolitaine (en 2006) [29] contre 73,1% à Mayotte. D'autre part, le recours de la population étrangère n'est pas si mauvais : les étrangers en situation irrégulière payent leurs consultations (les recettes en 2007 tirées de ces provisions sont évaluées à environ 2 millions d'euros [30]) et ils consultent également plus souvent la nuit pour éviter les barrages de police, ou de façon préférentielle dans certains dispensaires où l'application de l'obligation de paiement est moins systématique. Les étrangères avaient souvent eu au moins un contact avec les structures de soins pour le suivi de leur grossesse, mais ce suivi n'était pas forcément complet, ni réalisé par un médecin. Pour étudier plus avant la question des délais et des retards aux soins éventuels des étrangers en situation irrégulière et leurs conséquences sanitaires, une étude représentative,

comparative et médicalisée nécessiterait d'être conduite auprès des patientèles des dispositifs de soins.

Concernant 7 personnes sur 10 (notamment, mais pas seulement, les personnes cantonnées dans la clandestinité), les obstacles d'accès aux soins s'accompagnent de risques sanitaires individuels et collectifs. La difficulté d'accès aux soins et l'isolement risquent en effet d'aggraver des pathologies banales (maladies chroniques ou infectieuses) ou d'être à l'origine du développement d'épidémie [31-34]. La mise en place de la Sécurité sociale constitue sans doute une avancée dans la mise en place du droit commun à Mayotte mais elle participe également à la mise à distance du système de soins des personnes non affiliées, faute de dispositifs complémentaires. L'importance numérique de la population non affiliée – et non affiliable à ce jour - à la Sécurité sociale (une population pourtant souvent résidente depuis de très nombreuses années) comme les obstacles financiers (rapportés par les étrangers mais aussi dans la population française) plaident en faveur de la mise en place sur l'île - comme c'est le cas en métropole ou dans les départements d'outre mer - de Permanences d'accès aux soins (dispositifs PASS hospitaliers), de l'AME, mais aussi de la Couverture Maladie Universelle (CMU) pour les personnes affiliées à la CSSM avec de faibles revenus. L'accès au statut département d'outre mer de l'île, prévu pour 2011, devrait accélérer ces mises en place. Enfin le 3^{ème} obstacle cité en termes de fréquence, le délai d'attente en consultation, doit inciter les services de santé à rentrer dans une dynamique d'amélioration de la qualité des services rendus pour diminuer ces délais.

De manière générale, l'enquête qualitative conduite préalablement à cette étude a montré que les personnes interrogées à Mayotte, qu'elles soient autochtones ou immigrées, apparaissent extrêmement mal informées quant à l'évolution du système de santé et d'Assurance maladie et particulièrement démunies devant la complexité et la nouveauté des nouvelles règles établies en la matière. De notre point de vue, et compte tenu des résultats de l'enquête en population,, tous les acteurs (soignants, gestionnaires et usagers) du système de soins auraient tout à gagner à ce que ce défaut manifeste d'information – avec les fausses croyances, les rumeurs et la part d'arbitraire qu'il implique – soit comblé. En regard, même si certaines améliorations ont été réalisées ces dernières années [35], il apparaît également important qu'un système d'informations socio-sanitaires fiable – reposant sur les structures socio-sanitaires de l'île – puisse être développé à Mayotte, pour mieux évaluer et planifier les demandes de soins mais aussi pour alerter sur l'état de

santé de la population. De tels objectifs rejoignent ceux poursuivis par le développement du système de surveillance épidémiologique souhaité par l'InVS et ses partenaires locaux [36]. Ils impliquent également des modalités de recueil complémentaires notamment au niveau du Conseil Général, de la DASS (pôle social), du CHM et des structures associatives, si on souhaite caractériser et suivre de façon régulière les inégalités sociales de santé et de recours aux soins dans cette population encore largement sous médicalisée par rapport aux standards français.

REMERCIEMENTS

Cette étude a été soutenue par l'Agence française de développement (AFD). Nous remercions Marie-Odile Waty et Sarah Marniesse, de la Division « Santé et protection sociale » de l'AFD, pour leur soutien et leur accompagnement, ainsi que, à Mayotte, l'Antenne de l'Insee, le Conservatoire National des Arts et Métiers, le Conseil général, la DASS, le Centre hospitalier de Mayotte et l'Association SHIME pour leur participation à la mise en place de cette étude. Enfin nous remercions l'ensemble de la population qui a accepté de participer à cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Beringer H. Mayotte : une collectivité territoriale de l'outre mer français à statut particulier. Revue juridique et politique : indépendance et coopération 1995; 49(3): 339-346.
2. Morando M. Recensement Général de la Population de Mayotte : 186 452 habitants au 31 juillet 2007. Insee Info 2007; 32: 1-4.
3. Allibert C. Mayotte : plaque tournante et microcosme de l'océan indien; son histoire avant 1841. Paris : Anthropos, 1984.
4. Caminade P. Comores-Mayotte : une histoire néocoloniale. Marseille : Agone, 2004.
5. Quentin D. Rapport d'information sur la situation de l'immigration à Mayotte. In: Rapport d'information de l'Assemblée nationale, 2006.
6. Cargnelutti, J.-C. Schéma d'organisation sanitaire de Mayotte III. In: Agence Régionale d'Hospitalisation La Réunion Mayotte, 2005.
7. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas annuel de démographie médicale. 2007.
8. Institut d'émission des départements d'outre-mer(IEDOM). Rapport Annuel. 2008.
9. Ordonnance du 12 juillet 2004 relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale à Mayotte. Journal Officiel 2004.

10. Arrêté relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie pour bénéficier des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte, in n° 2/2005/ARH.
11. Tajahmady A, Quatresous I, Sissoko D, Abaine A, Chemardin C, Paquet C. Une épidémie de bérubéri infantile à Mayotte, avril-juillet 2004. Bull Epidemiol Hebd 2004; 45:213-5.
12. Sissoko D, Moendandze A, Malvy D, Giry C, Ezzedine K, Solet JL et al. Seroprevalence and risk factors of chikungunya virus infection in Mayotte, Indian Ocean, 2005-2006: a population-based survey. PLoS ONE 2008; 3(8): e3066.
13. Sissoko D, Receveur MC, Medinger G, Coulaud X, Polycarpe D. Mayotte: situation sanitaire à l'ère de la départementalisation. Med Trop 2003; 63:553-8.
14. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Original approach to the individual characteristics associated with forgone healthcare: a study in underprivileged areas, Paris region, France, 2001-2003. Eur J Public Health 2005; 15(4): 361-7.
15. Chauvin P, Parizot I. Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Paris: Etudes et recherches Délégation Interministérielle à la Ville, 2007.
16. Parizot I, Razafindrakoto M, Roubaud F, Wachsberger JM. . Inégalités et ruptures sociales à Antananarivo Premiers résultats de l'enquête SIRS 2003. Paris: DIAL, 2005.
17. Froute O. Mayotte : recensement de la population du 30 juillet 2002. Insee Première 2003; 940.
18. Louachéni C, Trouillard C, Morando M. La croissance démographique reste dynamique. Insee Info 2009; 39: 1-4.
19. Mladovsky P. A framework for analysing migrant health policies in Europe. Health policy 2009 Jul 6. [Epub ahead of print]
20. Uiters E, Devillé W, Foets M, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP. Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. BMC Health Serv Res. 2009 May 11;9:76. .
21. Chenu A. Le repérage de la situation sociale. In : Leclerc A et al. Les Inégalités Sociales de Santé. La Découverte/INSERM. Paris, 2000: 93-108.

22. Darmon N, Khat M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutr.* 2001 Apr;4(2):163-72.
23. Uiters Ellen, Deville W, Foets M, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP. Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. *BMC Health Services Research.* 2009, 9(76).
24. McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and Health: a review of the international literature. MRC Social and Public Health Sciences Unit, Occasional paper 12, 2003 Jan.
25. Torre H. Rapport d'information sur l'immigration clandestine à Mayotte. In : Rapport d'information du Sénat, 2008.
26. Hyst JJ, André M, MM. Cointat C, Détraigne Y. Rapport d'information à la suite d'une mission d'information effectuée à Mayotte du 1er au 6 septembre 2008, In : Rapport d'information du Sénat, 2008.
27. Bourgeon B. L'immigration clandestine de patients comoriens à Mayotte : quels enjeux éthiques pour quels enjeux politiques ? *Éthique & Santé* ; 5(3) : 150-5.
28. Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries. Paris: Médecins du Monde European observatory on acces to healthcare, 2009, 154 p.
29. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. L'enquête santé protection sociale, un panel pour l'analyse des politiques de santé et la recherche en économie de la santé. Paris : 2006
30. Debeaupuis J. Rapport sur la prise en charge des patients non-assurés sociaux par le centre hospitalier de Mayotte. In : Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat, audit de modernisation, IGF et IGAS, 2007.
31. Carballo M. International migration and health, a paper prepared for the Policy analysis and research programme of the GCIM. In: Global Commission on International Migration. Genève, 2005.
32. Flahault A, Aumont G, Boisson V, de Lamballerile X, Favier F, Fontenille D et al. Chikungunya, La Réunion and Mayotte, 2005-2006: an epidemic without a story? *Sante Publique* 2007; 19 Suppl 3: 165-95.

33. Raude J, Setbon M. The role of environmental and individual factors in the social epidemiology of chikungunya disease on Mayotte Island. Health Place 2008 ; epub.
34. Sissoko G, Gabrié P, Tarantola A, Pettinelli F, Collet L, d'Ortenzio E et al. Émergence chez l'homme de la fièvre de la vallée du Rift à Mayotte,2007-2008. Bull Epidémiol Hebd 2009 ; 4:33-36.
35. Gabrié P, Durand S, Sissoko D, Pierre V. La cellule de veille épidémiologique du centre hospitalier de Mayotte. Bull Epidémiol Hebd 2007 ; 48-49:415-16.
36. Pierre V. Numéro thématique - Mayotte : une problématique sanitaire particulière. Mayotte: les enjeux de la surveillance et de la veille sanitaire. Bull Epidémiol Hebd 2007; 48-49: 401-2

Figure 1 : Répartition de la population de Mayotte en fonction de la nationalité et du statut migratoire (source : enquête DRSM).

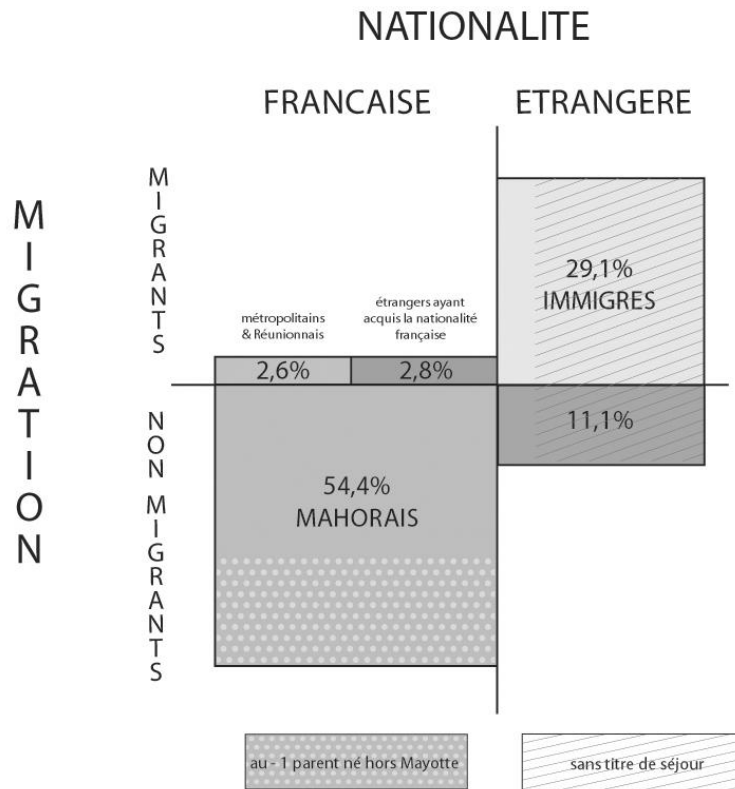


Tableau 1 : Principales variables sociodémographiques selon la nationalité

	Français (n =1260)	Etrangers (n =845)	p
Sexe :			
Masculin	54,5% (43,6%	<0.0001
Age :			
0-15 ans	50,7%	37,2%	
16-30 ans	21,4%	38,5%	
31-45 ans	14,5%	19,0%	<0.0001
46-60 ans	8,7%	3,8%	
Plus de 60 ans	4,7%	1,4%	
Région :			
Urbain	32,8%	68,2%	<0.0001
Maîtrise du français :			
Pas du tout, très peu	34,1%	65,9%	<0.0001
Niveau d'études			
Jamais scolarisé	27,6%	41,7%	
Primaire	15,0%	27,0%	<0.0001
Collège	20,9%	22,6%	
Lycée et supérieurs	36,6%	8,6%	
Statut d'emploi*			
Salarié de la fonction publique	30,4%	2,3%	
Secteur privé (indépendants ou salariés)	17,4%	14,2%	<0.0001
Secteur informel	0,7%	16,3%	
Inactif	24,2%	57,6%	
Etudiant	24,6%	9,0%	
Retraité	2,7%	0,6%	
<i>* les chômeurs ont été pris en compte selon le secteur d'emploi de leur dernier emploi</i>			
Activité :			
Travail ou font des études	64,0%	28,1%	<0.0001
Ressources du mois dernier :			
< 142 euros	38,8%	60,7%	<0.0001
Situation financière ressentie :			
« Pas assez d'argent pour vivre »	27,5%	59,7%	
« Se prive beaucoup »	57%	35,1%	<0.0001
« Suffisamment d'argent pour vivre »	15,5%	5,1%	
Etat de santé ressenti :			
Bon ou très bon	89,0%	74,7%	<0.0001
Déclaration de maladie chronique			
Oui	18,5%	24,2%	0,0019
Handicap			
Fortement limité	3,4%	3,1%	
Limité	10,8%	10,0%	0,80
Pas limité	85,8%	86,8%	
Isolement			
Oui	14,2%	30,1%	<0.0001
Affiliation a la CSSM :			
Oui	89,9%	17,7%	<0.0001

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Figure 2 : Motivations de migration et d'installation des immigrants de plus de 15 ans

(source : enquête DRSM).

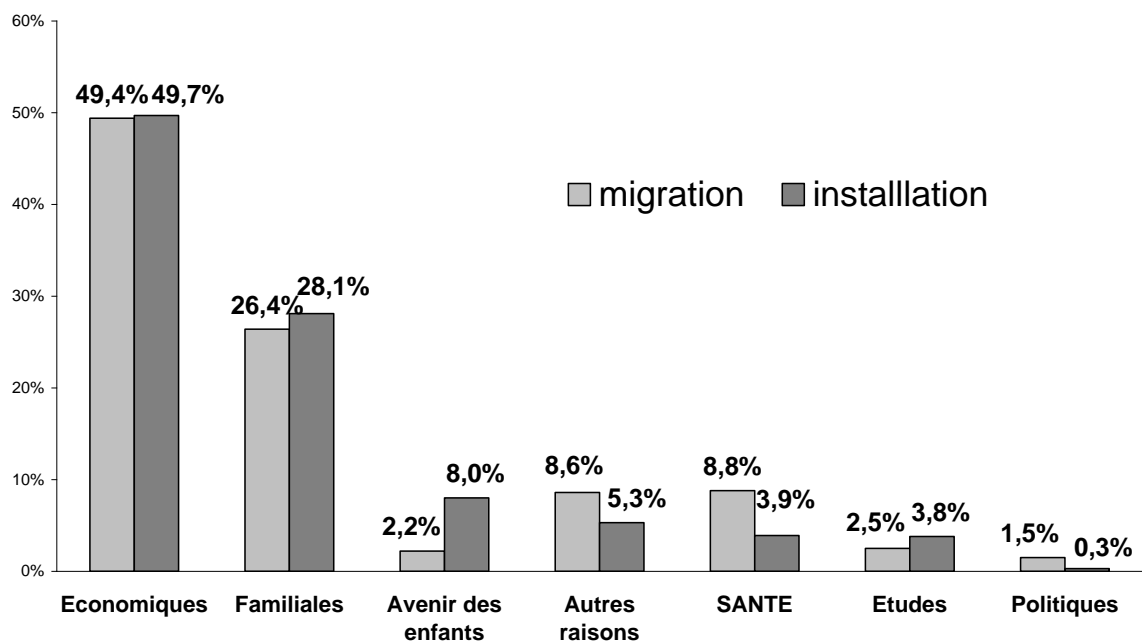


Tableau 2: Facteurs associés avec le fait d'avoir des difficultés pour consulter un médecin (analyse multivariée).

		% dans la population (n=1241)	% chez les cas (n=660)	OR*	[IC _{95%}]
Bonne santé perçue					
	Oui	78,4	61,5	ref.	
	Non	21,6	38,5	+++	
Situation légale de résidence					
	Régulière	64,1	51,2	ref.	
	Irrégulière	35,9	48,8	2,11	[1,26 -3,53]
Isolement					
	Oui	21,4	27,9	ref.	
	Non	78,6	72,1	2,05	[1,27- 3,34]

*ajusté sur l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le revenu par unité de consommation du ménage, l'activité et la situation financière ressentie

1. Beringer, H., *Mayotte : une collectivité territoriale de l'outre mer français à statut particulier*. Revue juridique et politique : indépendance et coopération, 1995. **49**(3): p. 339-346.
2. Morando, M., *Recensement Général de la Population de Mayotte : 186 452 habitants au 31 juillet 2007*. Insee Info, 2007. **32**.
3. Allibert, C., *Mayotte : plaque tournante et microcosme de l'océan indien; son histoire avant 1841*, ed. Anthropos. 1984, Paris.
4. Caminade, P., *Comores-Mayotte : une histoire néocoloniale*. Dossiers Noirs ed. Agone. 2004.
5. Quentin, D., *Rapport d'information sur la situation de l'immigration à Mayotte*. 2006, Assemblée nationale.
6. Cargnelutti, J.-C., *Schéma d'organisation sanitaire de Mayotte 3*, A.r.d.h.L.R. Mayotte, Editor. 2005: Mamaoudzou.
7. *Atlas annuel de démographie médicale*. 2007, Conseil national de l'ordre des médecins.
8. IEDOM, I.d.E.d.D.d.O.-M., *Rapport annuel de l'Institut d'Emission des Départements d'Outre-Mer (IEDOM)*, IEDOM, Editor. 2006: Mamoudzou.
9. Quatresous, I., *Épidémie de bérubéri infantile à Mayotte : rapport d'investigation, 25 mai-25 juin 2004*. 2004, [Saint-Maurice]: Institut de veille sanitaire. 69 p.
10. Froute, O., *Mayotte : recensement de la population du 30 juillet 2002*. Insee Première, 2003. **940**.
11. Sissoko, D., et al., *Seroprevalence and risk factors of chikungunya virus infection in Mayotte, Indian Ocean, 2005-2006: a population-based survey*. PLoS ONE, 2008. **3**(8): p. e3066.
12. Sissoko, D., et al., *[Mayotte: sanitary situation in an era of departmentalization]*. Med Trop (Mars), 2003. **63**(6): p. 553-8.
13. Bazin, F., I. Parizot, and P. Chauvin, *Original approach to the individual characteristics associated with forgone healthcare: a study in underprivileged areas, Paris region, France, 2001-2003*. Eur J Public Health, 2005. **15**(4): p. 361-7.
14. Chauvin Pierre, P.I., *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*. Etudes et recherches ed. L. éditions and d.I. DIV. 2007, Paris.

15. Parizot I, R.F., Razafindrakoto M, Roubaud F, *Inégalités et ruptures sociales à Antananarivo. Premiers résultats de l'enquête SIRS 2003*. JM. Santé, ed. DIAL. Vol. DT/2005-19. 2005, Paris.
16. Froute, O., *Mayotte : recensement de la population du 30 juillet 2002*. Insee Première 2003. **940**.
17. Carballo , M., *International migration and health, a paper prepared for the Policy analysis and research programme of the GCIM*. . 2005, Global Commission on International Migration: Geneva.
18. Pierre, V. (2007) *Numéro thématique - Mayotte : une problématique sanitaire particulière*. BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE **Volume**, 16