

La réalité de l'accès aux soins des enfants de migrants à Mayotte

Reality of healthcare access for migrant children in Mayotte

J. Baillot · B. Luminet · N. Drouot · J.F. Corty

Reçu le 25 septembre 2011 ; accepté le 10 janvier 2012
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2012

Résumé La mise en place de la sécurité sociale à Mayotte en 2005 a entraîné la fin de la gratuité des soins pour tous les habitants non affiliés, en majorité comoriens, en l'absence d'aide médicale d'État (AME) sur ce territoire. Médecins du Monde (MDM) a ouvert un centre de consultations pédiatriques en décembre 2009. Des données médicosociales ont été recueillies au cours des 5 286 consultations en 2010. L'analyse de ces données permet de décrire les liens entre les problèmes d'accès aux soins des enfants et la situation administrative des parents. L'analyse porte sur les 2 350 patients rencontrés lors des consultations de MDM à Mayotte en 2010. Les données ont été saisies sur informatique et analysées par le logiciel Sphinx. Les résultats montrent qu'il existe de nombreux obstacles à l'accès aux soins induisant un renoncement. Cette situation est aggravée si un des deux parents se trouve en situation irrégulière, a fortiori si c'est le cas pour les deux parents. En revanche, l'affiliation à la sécurité sociale améliore cette situation. Les résultats montrent des retards d'accès aux soins, une mauvaise couverture vaccinale et des données inquiétantes sur la malnutrition aiguë et chronique. Le dispositif de santé spécifique à Mayotte ne respecte pas la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). L'affiliation directe à la sécurité sociale des enfants permettrait une diminution de la précarité sanitaire des enfants des personnes en situation irrégulière. Il faudrait aussi diminuer les facteurs qui induisent la peur de se déplacer, ce qui permettrait de faciliter l'accès physique aux consultations.

Mots clés Accès aux soins · Enfants · Migrants · Mayotte · France

Abstract The implementation of the social security system in 2005 in Mayotte has resulted in the end of free healthcare

for all non-affiliated residents, primarily Comorians, due to the absence of the State Medical Aid (AME) in this department. Doctors of the World France opened a paediatric clinic in December 2009. The sociomedical data were collected during 5286 consultations in 2010. Analysis of these data demonstrates a link between access to healthcare for children and the residential status of their parents. The analysis concerns 2,350 patients met during consultations held by Doctors of the World France in Mayotte in 2010. The data have been electronically recorded and analysed by the Sphinx software. The results show that there are several obstacles to healthcare resulting in non-attendance. This situation is made worse if one of the parents has an irregular residential status and all the more so if both the parents have an irregular status. Affiliation to the social security system, however, improves the situation. The results show a delay in accessing healthcare, a poor vaccination programme and disturbing data on severe acute malnutrition. The specific healthcare measures in Mayotte do not respect the International Convention on the Rights of the Child. Direct affiliation to the social security system for children would entail a reduction in health insecurity for the children of parents with irregular residential status. It would also be necessary to reduce the factors that provoke fear of displacement, which would facilitate physical access to consultations.

Keywords Right to healthcare · Children · Migrants · Mayotte · France

Introduction

L'accès aux soins des enfants de migrants est particulièrement ardu sur l'île de Mayotte. Cette étude décrit les principaux obstacles sur ce parcours de soins avec pour objectifs de :

- décrire les problèmes d'accès aux soins des enfants consultants au centre Médecins du Monde (MDM) dans le contexte sociopolitique et sécuritaire singulier de l'île ;
- déterminer si la situation administrative des parents influence ces problèmes.

J. Baillot (✉) · B. Luminet · J.F. Corty
Médecins du monde, missions France
e-mail : july_baillot@yahoo.fr

N. Drouot
Médecins du monde, Observatoire des missions France

Contexte géopolitique

Mayotte est l'une des quatre îles de l'archipel des Comores, située à l'entrée nord du canal du Mozambique. Colonie française jusqu'en 1975, l'archipel a fait l'objet d'un référendum île par île lors de la décolonisation, rompant ainsi les frontières territoriales en violation du droit international. Les îles de la Grande Comore, Mohéli et Anjouan ont choisi l'indépendance et constituent aujourd'hui l'Union des Comores. Mayotte est alors rattachée à la France et est devenue depuis avril 2011 le 101^e département français.

Les échanges culturels, économiques et familiaux ont existé de tout temps entre les quatre îles de l'archipel. Mais l'application de la loi n° 93-2007 du 24 août 1993, dite loi Pasqua, qui modifie les conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France, entraîne à Mayotte l'instauration le 1^{er} janvier 1995 d'un visa obligatoire. C'est la fin de la libre circulation entre les quatre îles de l'archipel. Cela crée de fait les conditions d'une immigration non légale, même pour les Comoriens des îles voisines habitués à se déplacer sans contraintes administratives.

Mayotte, d'une superficie de 374 km², est peuplée de près de 200 000 habitants dont 54 % avaient moins de 20 ans au dernier recensement en 2007 [5]. La part de la population considérée comme étrangère est passée de 34 % en 2002 à 41 % en 2007. Parmi ces 75 000 étrangers, près d'un tiers sont nés à Mayotte et considérés de nationalité étrangère, car leurs deux parents sont étrangers.

La nature de la migration tient pour la majorité des cas à des raisons économiques et familiales (respectivement 50 et 26 %) et pour une minorité à des raisons médicales 8,9 % [3]. Cette enquête migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007, révèle aussi une situation sociale plus précaire et un état de santé ressenti moins bon que pour les personnes en situation régulière. Elle montre aussi que les étrangers font face à des obstacles dans l'accès aux soins liés à la précarité de leurs conditions de vie et à l'absence de titre de séjour.

Le nombre des reconduites à la frontière (mesure d'éloignement des étrangers en situation irrégulière), toutes sur l'île d'Anjouan, quel que soit le pays d'origine, a fortement augmenté au cours des dernières années : 16 000 en 2006, 2007, 2008, 19 000 en 2009 et 26 000 dont 6 000 enfants en 2010.

Système de santé à Mayotte

L'organisation du système de soins se fait principalement autour du Centre hospitalier de Mayotte (CHM) qui regroupe un hôpital à Mamoudzou, trois hôpitaux intercommunaux et un réseau de 14 dispensaires pour des soins de santé primaire.

Le secteur libéral n'est guère développé (22 médecins pour 100 000 habitants contre 196 en métropole).

Compte tenu de son environnement géographique (épidémies sévissant dans l'archipel des Comores, à Madagascar et en Afrique australe), économique (très grande pauvreté et coût élevé des légumes, des fruits, et des protéines d'origine animale), sanitaire (accès à l'eau potable insuffisant et traitement des déchets peu efficient sans politique récente de prévention), l'île connaît de nombreuses épidémies de maladies infectieuses : choléra en 2000 et fin 2001, chikungunya depuis 2005, rougeole en 2005 avec 1 269 cas avérés dont 47 hospitalisés. Des pathologies spécifiques sont présentes : malnutrition, bérubéri (20 décès de nourrissons en 2004), paludisme, dengue, fièvre typhoïde, lèpre, tuberculose, diphtérie, fièvre de la vallée du Rift.

Avant 2005, les soins étaient gratuits pour tous. Mais, suite à l'ordonnance du 12 juillet 2004 [8], ils sont devenus payants pour les personnes ne pouvant justifier d'une affiliation à la sécurité sociale, à savoir essentiellement les étrangers en situation irrégulière. En 2005, la Caisse générale de la sécurité sociale est mise en place. L'aide médicale d'État (AME) et la couverture maladie universelle (CMU) n'existent pas à Mayotte. Dans le cadre de la départementalisation, l'instauration du régime AME, pratiqué partout ailleurs en France, n'est pas clairement évoquée.

Deux exceptions peuvent permettre l'accès aux soins sans versement préalable d'une provision [1] : « les personnes pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé » et « celles relevant des soins dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles graves ».

Pour les mineurs non affiliés à la sécurité sociale, une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) avec édition de « bons-enfants » ou « bons-roses », qui sont communs à l'ensemble du CHM, est mise en place en août 2009. Ces « bons-enfants » permettent un accès aux consultations et aux médicaments pour les soins courants lorsque l'avance de frais n'est pas possible. Les parents restent redevables du montant de la provision pour ces soins. Ce système ne couvre pas la médecine libérale, ni les soins infirmiers à domicile.

Programme de MDM

L'association MDM a ouvert en décembre 2009 un centre de soins pédiatriques sur la commune de Koungou, proche de Mamoudzou. Depuis mai 2010, elle réalise de manière hebdomadaire des consultations avancées dans des sites plus éloignés du système de soins et où vivent une majorité de personnes en situation irrégulière.

Les actions de MDM ont pour objectif d'améliorer la santé et l'accès aux soins des enfants, en prodiguant des soins et en soutenant les parents dans leurs démarches

administratives d'ouverture de droits. MDM réalise un recueil de données médicales et sociales, documente et témoigne des difficultés d'accès aux soins, pour chaque enfant accueilli en consultation.

Méthodologie

La population étudiée correspond aux personnes de 0 à 18 ans ayant consulté au centre de MDM de Koungou et sur ses actions mobiles de Vahibé, d'Ongoujou et de Tsoundzou du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2010.

Deux mille trois cent cinquante patients ont été rencontrés pour un total de 5 286 consultations.

Les données ont été recueillies auprès des adultes accompagnant les enfants à la consultation par des accueillants bénévoles à l'aide de dossiers sociaux et médicaux, sous forme de questionnaire.

Le questionnaire comprenait deux axes :

- le premier axe ciblait des problématiques sociales et était rempli par l'accueillant pour chaque patient lors de sa première venue au centre. La passation du volet social a été faite très majoritairement par des bénévoles qui ont été préalablement formés pour cette tâche. Ces bénévoles parlaient tous shimaorais et français. De nombreuses personnes à Mayotte ne parlant pas ou peu le français, il semblait important d'éviter que la barrière linguistique soit un motif de non-participation. Le dossier social a été conçu pour être un guide d'entretien permettant d'orienter le patient et son accompagnant vers le travailleur social si nécessaire ;
- le deuxième axe portait sur des données médicales et était renseigné par le médecin. Il comprenait deux parties : un volet contenant les antécédents et les informations recueillies lors de la première consultation (état des vaccinations), et une fiche de consultation médicale (pathologies, traitements, retard de soin et orientations) renseignée lors de chaque visite du patient.

Les dossiers ont été saisis sur informatique et analysés par le logiciel Sphinx.

Résultats

Le taux de réponse varie pour chaque réponse. Il est compris entre 71 et 99,7 % avec une moyenne de 96,1% et une médiane à 98,1 %.

Patients (n = 2 350)

Les patients sont des garçons pour 52 % (1 208 garçons).

La classe d'âge la plus représentée est celle des 0–4 ans (59 % soit 1 379 enfants), puis des 5–9 ans (24 % soit 574 enfants).

Pour la très large majorité des patients reçus, ce ne sont pas des migrants, puisque neuf patients sur dix sont nés à Mayotte (2 104 enfants).

Parmi les enfants de 6 à 16 ans, 96 % sont scolarisés et 80 % le sont pour les plus de 16 ans.

Près de 20 % des enfants consultant sont affiliés à la sécurité sociale (459 enfants).

Parmi ceux qui devraient être affiliés à la sécurité sociale, soit ceux ayant un parent français ou en situation régulière, seuls 48 % le sont.

Parents des patients

La majorité des pères et mères sont étrangers comoriens (78 et 93 %). Lorsqu'ils vivent à Mayotte et sont de nationalité étrangère, 81 % des pères et 86 % des mères sont en situation irrégulière.

Parmi les 2 477 patients, 1 246 ont leurs deux parents en situation irrégulière.

Pathologies

Durant l'année 2010, 5 286 consultations ont été réalisées.

Les pathologies sont principalement infectieuses pour 4 224 consultations.

Les infections respiratoires et ORL représentent 52 % des diagnostics avec principalement des infections aiguës des voies respiratoires supérieures (1 434 consultations), des otites moyennes aiguës et myringites (607 consultations), des bronchites aiguës et bronchiolites (233 consultations), des pneumonies (138 consultations).

Les pathologies cutanées représentent 31 % des motifs de consultation.

Manque d'hygiène, difficultés d'accès à l'eau et au savon, promiscuité favorisent les infections cutanées et leur récurrence. Les caractéristiques de l'habitat des quartiers précaires de Mayotte génèrent de nombreuses brûlures (cuisine à même le sol sur des réchauds à pétrole ou au feu de bois) et plaies (habitat en tôle, non-ramassage des déchets dans de ruelles étroites et glissantes...). Les affections dermatologiques les plus fréquentes sont : furoncles, impétigos, infections post-traumatiques et abcès (538 consultations), coupures et lacérations (332 consultations), dermatophytoses (271 consultations), gale (177 consultations) et brûlures (74 consultations).

Treize pour cent des consultations sont motivées par des affections digestives : 404 gastroentérites et infections gastro-intestinales, 106 parasitoses.

Couverture vaccinale

En 2008, la direction des affaires sanitaires et sociales de Mayotte a organisé une campagne de rattrapage vaccinal. Le CHM a vacciné les enfants scolarisés tandis que de novembre 2008 à juillet 2009, MDM s'est occupé des enfants non scolarisés.

Nos résultats sont meilleurs que lors de la campagne de rattrapage vaccinal [7] de 2008 et 2009. Le Tableau 1 présente les résultats recueillis en 2010 et ceux de la campagne de rattrapage vaccinal.

Problème de la malnutrition

Le retard de croissance staturale par malnutrition chronique concerne 17,3 % des enfants de moins de cinq ans, dont 13,9 % sont en déficit de croissance modéré et 3,3 % sont en déficit de croissance sévère. C'est parmi les enfants de 12 à 24 mois que le retard de croissance est le plus important, puisque 29 % d'entre eux sont concernés.

La malnutrition aiguë globale concerne 13,8 % des enfants, dont 11,6 % sont en malnutrition modérée (z -score < -2 et ≥ -3), 2,2 % présentent des formes sévères (z -score < -3) correspondant à des marasmes ayant nécessité une hospitalisation en urgence.

Retards d'accès aux soins

Pour un tiers des consultations, le médecin a estimé qu'au moins un des problèmes de santé aurait dû être pris en charge ou traité plus tôt.

Parmi eux, seulement 10 % des patients ont consulté dans un autre lieu de soin.

Obstacles à l'accès ou à la continuité des soins

Pour près de 100 % des enfants reçus, l'accompagnant déclare rencontrer des obstacles pour l'accès et la continuité des soins.

La Figure 1 présente les principaux obstacles rencontrés pour l'accès et la continuité des soins.

La situation administrative du père et de la mère influence les obstacles à l'accès et à la continuité des soins.

Lorsque les deux parents sont en situation irrégulière, les trois principaux obstacles sont : la méconnaissance des

« bons-enfants » (89,2 %), le prix de la consultation ou des traitements (87,6 %) et la peur de se déplacer (risques d'arrestations et d'expulsions) [85,5 %].

L'affiliation de l'enfant à la sécurité sociale diminue les obstacles à l'accès aux soins, notamment économiques, mais ne les fait pas disparaître (éloignement des centres de santé ou de l'hôpital [75,5 %] et barrière linguistique [35,7 %]).

Renoncement aux soins

Le renoncement aux soins concerne 53 % de ceux qui ont eu besoin de soins au cours des 12 derniers mois.

La nationalité et le statut de résidence des parents influencent le renoncement (chiffres pour les enfants ayant eu besoin de soins) :

- 57,2 % si la mère est en situation irrégulière et 56,7 % si c'est le père ;
- 29 % si la mère est française et 42,9 % si c'est le père ;
- le plus fort taux de renoncement aux soins concerne les enfants dont le père ne vit pas à Mayotte et dont la mère est en situation irrégulière : 72,9 %. Une mère en situation irrégulière est souvent en situation financière plus précaire et limite plus ses trajets, car son interpellation et son expulsion laisseraient ses enfants seuls.

Pour les enfants affiliés à la sécurité sociale, le renoncement aux soins diminue aussi significativement, mais persiste à 37 %. Ce chiffre peut s'expliquer par le fait que, parmi ces enfants, la moitié des mères sont en situation irrégulière et peuvent craindre de se déplacer jusqu'aux dispensaires.

Nous rapportons un exemple de renoncement aux soins rencontré au centre de MDM. Suite à la menace de ne plus accueillir en classe son enfant de dix ans quasiment aveugle, la mère a alors demandé à une voisine de l'accompagner à la consultation au centre MDM. La voisine, en situation régulière, a accepté de conduire l'enfant aux rendez-vous auprès d'un ophtalmologue de l'hôpital. L'enfant a été opéré d'un glaucome bilatéral et a recouvré la vue. La mère a déjà été expulsée une fois ainsi que son mari qui n'a pas pu revenir. Elle a expliqué sa peur d'une nouvelle arrestation et de ses conséquences. Elle s'occupe seule de ses sept enfants et ne sort plus jamais de chez elle.

Tableau 1 Enfants à jour de leurs vaccinations / *Children up to date with vaccinations.*

Variables	Diphtérie, tétanos, poliomyélite (%)	Coqueluche (%)	Rougeole, oreillons, rubéole (%)	Hépatite B (%)
2010	72,9	73,2	70,7	90,5
2008–2009	27	31	26	33

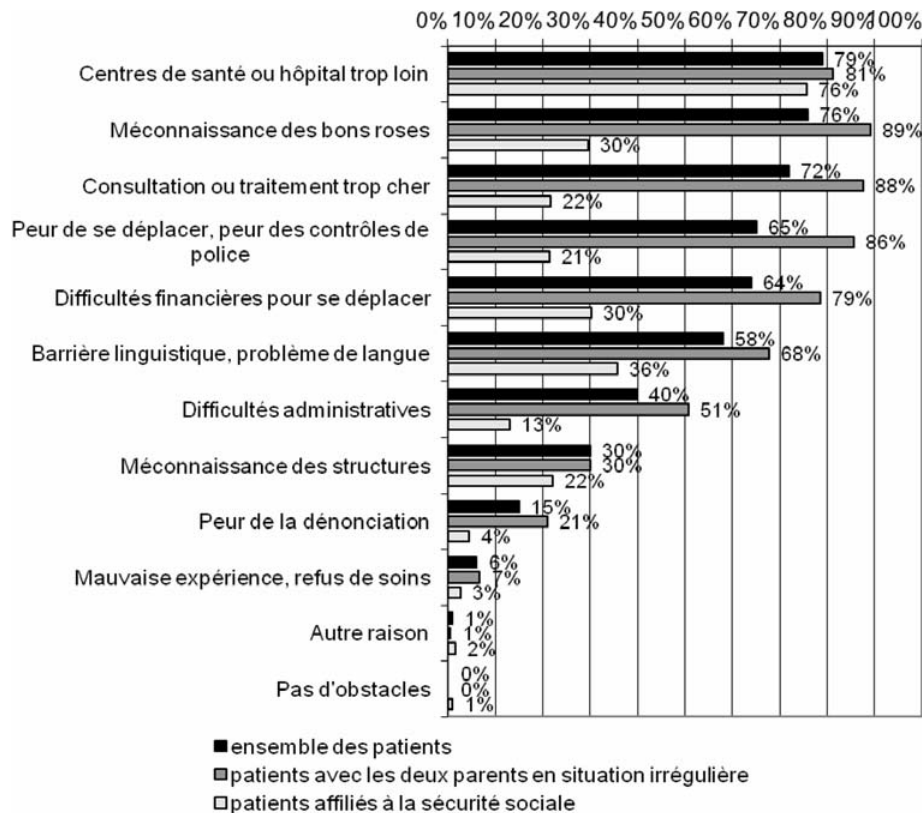


Fig. 1 Obstacles à l'accès et à la continuité des soins / *Obstacles to the access and to continuity of care*

Discussion

Ces résultats font craindre un risque sanitaire, notamment pour les enfants des personnes en situation irrégulière : ces difficultés d'accès aux soins conduisant au renoncement aux soins sont dommageables du point de vue de la santé publique, surtout à Mayotte, où les maladies infectieuses et transmissibles sont très importantes.

Les problèmes de santé des patients

Ce sont :

- l'état des vaccinations des enfants reçus par MDM en 2010 n'atteint pas la couverture optimale de 95 % ,
- les données de la malnutrition confirment la précarité sanitaire et alimentaire de la population étudiée,
- les retards d'accès aux soins peuvent avoir des conséquences dramatiques. Un nourrisson de trois mois, ancien prématuré, est arrivé en arrêt cardiorespiratoire au centre. Il avait été hospitalisé un mois en réanimation pédiatrique suite à une première consultation au centre MDM. Quelques jours après son retour à domicile, l'état de santé de l'enfant s'est dégradé. Sa mère s'en est aperçue, mais les forces de l'ordre étaient en train d'effectuer des contrôles dans le quartier. Lorsqu'elle a osé sortir de chez elle pour

venir consulter au centre (à 500 m de distance), l'enfant est décédé malgré une réanimation avec intervention du service d'aide médicale urgente.

Obstacles à l'accès et à la continuité des soins et renoncement aux soins

Pour MDM [6], les obstacles à l'accès aux droits et aux soins, relevés dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation des missions France (en France métropolitaine), ont pour conséquence une augmentation du retard de recours aux soins. En 2010, 24 % des patients ont recouru aux soins de façon tardive, phénomène en nette hausse par rapport aux années précédentes (11 % en 2007, 17 % en 2008, 22 % en 2009). Ce phénomène est amplifié par les conditions géopolitiques inhérentes à Mayotte.

Près de 100 % des parents interrogés déclarent rencontrer des obstacles dans l'accès ou la continuité des soins pour leur enfant.

Dans notre étude, 54,2 % des parents étrangers (81 % des pères et 86 % des mères en situation irrégulière) ont renoncé au moins une fois à des soins pour leur enfant dans les 12 derniers mois.

Ces chiffres sont particulièrement élevés. On peut les mettre en parallèle aux données obtenues dans trois études

réalisées précédemment sur des populations migrantes ; même si ces études ne sont pas comparables au sens statistique du terme.

Dans le rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de MDM de 2010 [7], 94 % des patients citent au moins un obstacle à l'accès aux droits et aux soins. Près de 60 % des étrangers sans titre de séjour limitent parfois ou souvent leurs déplacements ou leurs activités, de peur d'être arrêtés.

Dans le rapport de l'Observatoire européen de 2008 de MDM sur l'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe [2], 68,4 % des patients déclarent au moins un obstacle aux soins et 11,8 % des personnes citent la peur de la dénonciation ou d'une arrestation.

Dans l'étude INSERM, réalisée à Mayotte en 2007 [5], 84 % des étrangers ont déclaré avoir un ou des obstacles pour consulter contre 60 % de la population de nationalité française. L'obstacle « peur d'être arrêté » était cité par 40 % des personnes en situation irrégulière ; 19 % des individus de nationalité étrangère, avec des enfants avaient au moins une fois renoncé à des soins pour leurs enfants au cours de l'année écoulée ; 82 % de la population de cette étude était en situation irrégulière.

Persistance de l'organisation actuelle du système de santé de Mayotte malgré des avis défavorables d'autorités compétentes

Dans son rapport du 20 novembre 2008, le défenseur des enfants estime le dispositif de santé spécifique à Mayotte « contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) et à la décision du Conseil d'État du 7 juin 2006 qui a énoncé clairement que les enfants ne peuvent être soumis à aucune restriction d'accès aux soins. Cet arrêté vise les enfants nés et à naître » [10].

Le 1^{er} mars 2010, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) conclut au « bien-fondé des affirmations de discrimination des associations dans l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et de leurs enfants ainsi que des mineurs isolés à Mayotte ». Elle qualifie l'instauration des « bons-enfants » de progrès, mais précise que « cette pratique, faute de véritable contrainte juridique, n'apparaît pas garante d'un véritable droit d'accès aux soins des enfants étrangers ». « De plus, les « bons-enfants » ne couvrent ni les frais de médecine libérale, ni des prestations telles que les soins infirmiers à domicile, les transports d'urgence » [4].

Plusieurs témoignages relatent un défaut d'information du personnel d'accueil de certains dispensaires pouvant aller jusqu'à un refus de délivrer ce « bons-enfants » permettant d'accéder aux soins. Par exemple, la mère de deux enfants malades vus en clinique mobile à Vahibé avait tenté de consulter pour ses enfants au dispensaire le plus

proche et s'est vue refuser l'accès à la consultation médicale par l'agent d'accueil du dispensaire. Le plus jeune des deux enfants avait trois semaines et souffrait d'une bronchiolite.

Dans ces conditions, MDM a demandé à la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) l'affiliation directe de plusieurs des enfants soignés par l'association. Face au refus de la CSSM de procéder à ces affiliations, une procédure contentieuse a été engagée auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) de Mamoudzou.

Le TASS a estimé dans un jugement du 17 décembre 2010 [9] que le droit de la santé publique à Mayotte est contraire à la CIDE du 26 janvier 1990, en ce qu'il ne permet pas à tous les enfants d'avoir accès aux services médicaux et de rééducation, ni de jouir du meilleur état de santé possible. Le tribunal a donc demandé à la CSSM de procéder à l'affiliation directe de l'enfant, afin que son droit à la santé soit garanti.

Conclusion

L'analyse du recueil de nos données montre qu'il existe de nombreux obstacles à l'accès aux soins induisant un renoncement. Cette situation est aggravée si un des deux parents se trouve en situation irrégulière, a fortiori si c'est le cas pour les deux parents.

L'affiliation à la sécurité sociale améliore cette situation en diminuant la fréquence des obstacles et du renoncement aux soins.

Lors des consultations, nous constatons des retards d'accès aux soins, une mauvaise couverture vaccinale et des données inquiétantes sur la malnutrition.

Au regard de l'analyse de nos données, le système de « bons-enfants » mis en place ne semble pas fonctionner.

Le premier obstacle cité par les parents en situation irrégulière est le prix des consultations et des traitements (près de 90 % d'entre eux ne connaissent pas le système de « bons-enfants ») et le second obstacle est la peur de se déplacer et d'être arrêté.

L'affiliation directe à la sécurité sociale des enfants permettrait une diminution de la précarité sanitaire des enfants de personnes en situation irrégulière. Il faudrait aussi diminuer les facteurs qui induisent la peur de se déplacer, ce qui permettrait de faciliter l'accès physique aux consultations.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Arrêté n° 2/2005/ARH relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie pour bénéficier des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte. Agence régionale de l'hospitalisation la Réunion–Mayotte 2005, 9 août
2. Chauvin P, Parizot I, Simonnot S (2009) L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe. Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde 2009:154 p
3. Florence S, Lebas J, Parizot I, et al (2010) Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : enseignements d'une enquête représentative en population générale. *Rev Epidemiol Sante Publique* 58(4):237–44
4. Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (2010) Délibération relative aux conditions d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et de leurs enfants ainsi que des mineurs étrangers isolés, résidant à Mayotte. Paris, délibération n° 2010-87 du 01/03/2010
5. Louachéni C, Trouillard C, Morando M (2009) La croissance démographique reste dynamique. *Insee Mayotte Info* 39:1–4
6. Médecins du Monde (2011) L'observatoire de l'accès aux soins des missions France. Rapport 2010
7. Médecins du Monde (2010) L'observatoire de l'accès aux soins des missions France. Rapport 2009
8. Ordonnance n° 2004-688 du 12 juillet 2004 relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale à Mayotte. *Journal officiel de la République française* du 13 juillet 2004
9. Véron P, Augé MP, Corty JF (2011) Mayotte : un mineur sans papiers affilié à la sécurité sociale. Colloque SFSP, Lille
10. Versini D (2008) Regard de la défenseur des enfants sur la situation des mineurs à Mayotte. Complément rapport annuel