Inserm
Institut national
de la santé et de la recherche médicale

UPMC
PARIS UNIVERSITAS

Équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (DS3)

UMRS 707

Santé et migration à Mayotte

Sophie Florence, Jacques Lebas, Sophie Lesieur, Pierre Chauvin

Rapport final à l'Agence française de développement (AFD)

30 avril 2008

Hairi ya kweli endza nyongo raha na trambo endza ladha
Mieux vaut une vérité amère qu'un mensonge agréable,
(proverbe mahorais)

Le travail présenté dans ce document a été réalisé par l'Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (DS3) de l'unité mixte de recherche 707 (Inserm – Université Pierre et Marie Curie) en partenariat avec la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) Réunion Mayotte et le Département international et tropical de l'Institut de veille sanitaire.

Christophe Paquet, **Vincent Pierre** et **Daouda Sissoko** de l'InVS et de la CIRE Réunion Mayotte ont, au titre de ce partenariat, significativement contribué à la réalisation de ce travail. Pour autant, le contenu de ce rapport n'engage que ses auteurs. En particulier ni l'InVS, ni le DIT, ni la CIRE Réunion Mayotte ne peuvent êtres tenus responsables des résultats présentés ici.

Cette étude a été effectuée dans le cadre d'une convention signée entre l'équipe DS3 et la Division « Santé et protection sociale » de l'AFD.

Elle a également fait l'objet d'une convention de partenariat entre l'Inserm (équipe DS3) et l'InVS (DIT/CIRE Réunion Mayotte), et d'une convention de collaboration entre l'Inserm (équipe DS3) et le CNAM de Mayotte pour la gestion financière et logistique locale.

Les auteurs du rapport tiennent à remercier les personnes suivantes pour leur contribution décisive à cette enquête :

- **Madina Querre**, anthropologue, et **Barbara Schuch**, coordinatrice d'enquête, de l'équipe DS3 ;
- **Isabelle Parizot,** sociologue au Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS) et dans l'équipe DS3 ;
- **Mathieu Morando**, directeur de l'antenne de l'INSEE à Mayotte et **Christophe Trouillard**, démographe et statisticien dans cette antenne, qui nous ont apporté un soutien méthodologique indispensable ;
- **Jean-Luc Linhart**, directeur de l'agence du CNAM à Mayotte **et tout le personnel de l'agence** qui nous ont accueilli dans leurs locaux et fourni un appui logistique essentiel ;
- **Anouari Chanfi** et **Rastami Spelo** de l'association SHIME qui ont assuré la formation des enquêteurs pour la traduction du questionnaire ;
- L'ensemble des enquêteurs qui ont participé à cette étude.

Nous remercions vivement les membres du comité de pilotage qui ont suivi la mise en place de l'étude et apporté de nombreuses pistes de réflexion : le Centre Hospitalier de Mayotte et la cellule de veille épidémiologique, la DASS de Mayotte, la Direction de la Santé et du Développement Social du Conseil Général, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Mayotte, l'antenne INSEE de Mayotte.

Nous avons procédé à l'audition de nombreuses personnalités citées en annexe. Qu'elles soient ici remerciées pour leur disponibilité, leurs analyses et leurs propositions.

Toute notre gratitude va en priorité aux habitants de Mayotte qui ont accepté de répondre à nos questions. Leur accueil et leur disponibilité ont été exemplaires. La confiance qu'ils nous ont accordée dans un contexte souvent difficile nous engage. Qu'elle soit récompensée en retour par une meilleure prise en compte de leurs besoins de santé et de soins est notre vœu le plus cher.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **1**
CONTEXTE **5**
1. Géographie **5**
2. Histoire **5**
3. Population, langues et religion **6**
4. Solde migratoire **6**
L'immigration 7
L'émigration 7
Les conséquences des flux migratoires 7
5. Organisation administrative et statut juridique **8**
En matière de fiscalité 8
La situation des collectivités 9
6. Contexte économique **9**
7. Contexte social **9**
L'emploi 9
Les revenus 10
La consommation 10
L'habitat 10
La scolarisation 11
8. Développement régional **12**
Les Comores 12
La Réunion 12
Madagascar 13
9. Le système de santé de Mayotte **13**
10. Le système de protection sociale **15**
La Sécurité sociale de Mayotte 15
Les autres prestations de protection sociales 16
11. Etat de santé de la population **17**
L'accroissement des maladies chroniques 17
Les troubles nutritionnels 18
Les maladies transmissibles 18
La santé de la mère et de l'enfant 19
Les risques environnementaux 19
Les évacuations sanitaires 19
Les dépenses de santé 20
Les obstacles à l'accès aux soins 20
ENQUETE QUALITATIVE EXPLORATOIRE **21**
1. L'affiliation ou non à la Sécurité sociale et ses conséquences **21**
Un parcours administratif et légal complexe 21
…qui rend difficile l'accès à l'affiliation à la Sécurité sociale 22

2. Des obstacles aux soins communs aux affiliés et aux non affiliés à la Sécurité sociale 23
Des insuffisances qui concernent toute la population 23
Des perceptions du système de santé et des stratégies communes 24
L'enjeu de la traduction 25
3. La fracture sanitaire 26
La prégnance d'un contexte particulièrement répressif pour les étrangers en situation irrégulière 26
Les dysfonctionnements relevés auprès des assurés sociaux 26
L'ENQUETE « DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE ET DU RECOURS AUX SOINS A MAYOTTE » 27
1. Objectifs 27
2. Méthodes 27
2.1. Schéma de l'étude 27
2.2. Population et échantillonnage 27
Population cible 27
Périmètre de l'étude 27
Base de sondage 28
Échantillonnage et inclusion 28
2.3. Informations recueillies et modalités de recueil 30
Elaboration des questionnaires 30
Modalités de recueil 31
2.4. Mise en œuvre de l'étude 32
Information et communication 32
Calendrier 32
2.5. Organisation et gestion de l'enquête 32
Comité de pilotage 32
Experts associés 32
Gestion de l'étude 32
Formation des enquêteurs 33
Aspects éthiques et réglementaires 33
3. Description de la population 34
Caractéristiques sociodémographiques 34
Logement 35
Ménages 36
Ressources 37
Niveau d'étude 37
Maîtrise du français 37
Activité 37
Catégories socioprofessionnelles et secteur d'emploi 38
Situation sociale et insertion sociale 39
4. Caractéristiques sanitaires 41
Affiliation à la Sécurité sociale 41
Etat de santé 41
Recours aux soins 43
Renoncements aux soins 45
Attitudes et opinions vis-à-vis du système de santé 45

Circonstances de la dernière consultation 45
Déplacements pour soins en dehors de Mayotte 48
5. Comparaison selon la nationalité 49
5.1. Comparaison des caractéristiques démographiques 49
5.2. Comparaison des caractéristiques sociales 51
Activité 51
Revenus 51
Logement 51
Reconduites « à la frontière » 52
5.3. Comparaison des caractéristiques sanitaires et des recours aux soins 53
Affiliation à la Sécurité sociale 53
Etat de santé 53
Recours aux soins 55
Accouchements et suivis de grossesse 57
Dépistage du VIH/sida 58
Renoncements aux soins 58
Attitudes et opinions vis-à-vis du système de soins 59
Déterminants du recours aux médecins 60
Déterminants du recours à la médecine libérale 62
Déterminants du renoncement aux soins 62
Déterminants de la difficulté à consulter un médecin 64
6. Motifs de migration 65
CONCLUSION ET PERSPECTIVES 70
ANNEXE I 71
Carte sanitaire de Mayotte 72
Population et migration Tableau Economique de Mayotte INSEE 74
Liste des personnes ressources rencontrées au cours de l'enquête qualitative 75
Lettre d'information 76
Guide de formation 77
ANNEXE II 92
Questionnaire « ménage »
Fiche « individu »
Questionnaire « Plus de 15 ans »
Questionnaire « Moins de 15 ans »
Résultats complémentaires (tri à plat)

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Situation géographique de Mayotte 5

Figure 2 : Carte des îlots enquêtés 29

Figure 3 : Matériaux des logements de la population 35

Figure 4 : Pourcentage des principaux secteurs d'activité des individus actifs 38

Figure 5 : Distribution de l'ancienneté de migration des étrangers résidant à Mayotte et comparaison selon leur situation : irrégulière ou régulière de séjour 39

Figure 6 : Répartition de la population résidente en fonction de la nationalité et du statut migratoire. 40

Figure 7 : Répartition des lieux de naissances chez les individus nés hors de Mayotte 41

Figure 8 : Comparaison de l'état de santé entre Mayotte et la métropole 42

Figure 9 : Etat de santé en fonction de l'âge 42

Figure 10 : Principale maladie chronique déclarée par les individus de 15 ans et plus 43

Figure 11 : Suivi de la dernière grossesse chez les femmes ayant au moins un enfant ou enceinte 44

Figure 12 : Ancienneté de la dernière consultation dentaire dans la population de Mayotte 2007 45

Figure 13 : Lieu de la dernière consultation médicale des résidents 46

Figure 14 : Ancienneté de la dernière consultation médicale en fonction du lieu de soins 46

Figure 15 : Satisfaction et compréhension lors de la dernière consultation médicale en fonction du lieu de la consultation 47

Figure 16 : Taux de gratuité lors de la dernière consultation (%) et coût moyen des consultations (€) en fonction du type de structure ou de professionnels de santé consultés 48

Figure 17 : Causes de déplacement pour soins hors de Mayotte en fonction du lieu et du type de soins (dernier déplacement) 48

Figure 18 : Distribution par sexe et nationalité des résidents à Mayotte en 2007 49

Figure 19 : Répartition de la population en fonction de l'âge et de la nationalité 49

Figure 20: Répartition de la population en fonction de l'âge, de la nationalité et du statut de résidence 50

Figure 21 : Nationalité des résidents de Mayotte en 2007 en fonction de la localisation 50

Figure 22 : Taux d'affiliation à la Sécurité sociale selon la nationalité et le statut de résidence 53

Figure 23 : Etat de santé perçu en fonction du statut de résidence (français, étrangers en situation régulière ESR, étrangers en situation irrégulière ESI) 53

Figure 24 : Conditions de vie pouvant nuire à la santé en fonction de la nationalité et du statut de résidence 55

Figure 25 : Comparaison du paiement lors de la dernière consultation médicale en fonction du statut de résidence . 57

Figure 26 : Obstacles aux soins en fonction de la nationalité et du statut de résidence 59

Figure 27 : Représentations de santé en fonction de la nationalité chez les résidents 60

Figure 28 : Motivations de migration et d'installation des migrants nés à l' étranger 66

Figure 29 : Raisons de migration et d'installation des migrants nés à l'étranger en fonction de l'ancienneté d'installation 67

Figure 30 : Comparaison des ancienneté d'installation des migrants pour soins et des autres migrants : proportions cumulées par ancienneté d'installation. 68

Figure 31 : Comparaison des raisons d'installation des migrants pour soins pas rapport à l'ensemble des migrants. 68

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principales variables sociodémographiques de la population 34
Tableau 2 : Equipement des ménages de la population 36
Tableau 3 : Principales variables sociodémographiques selon la nationalité 51
Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques financières selon la nationalité et le statut de résidence 52
Tableau 5 : Prise en charge et suivi de l'hypertension artérielle 54
Tableau 6 : Recours aux soins au cours des 1é derniers mois en fonction de la nationalité des résidents à Mayotte . 56
Tableau 7 : Analyse descriptive du fait d'avoir consulté un médecin durant l'année 61
Tableau 8 : Analyse multivariée du fait d'avoir consulté un médecin durant l'année en fonction des variables sociodémographiques et de santé 62
Tableau 9 : Analyse multivariée du fait d'avoir consulté un médecin libéral durant l'année en fonction des variables sociodémographiques et de santé 62
Tableau 10 : Facteurs associés au renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois chez les français et les étrangers en situation régulière 64
Tableau 11 : Facteurs associés au renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois chez les étrangers en situation irrégulière. 64
Tableau 12 : Facteurs associés au renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois chez les malades chroniques. 64
Tableau 13 : Facteurs associés au renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois chez les non malades 64
Tableau 14 : Facteurs associés avec le fait d'avoir des difficultés pour consulter un médecin 65
Tableau 15 : Comparaison entre l'ensemble des migrants nés à l'étranger et de ceux ayant migré pour soins 69

INTRODUCTION

Les migrations pour soins : quelles réalités ?

En France, **la question de l'immigration pour soins est une question émergente dans le débat public** où elle fait écho à bien des fantasmes et des peurs. L'immigration de personnes contagieuses, le coût économique de la prise en charge de ses malades alimentent un débat d'autant plus délétère qu'il n'est pas informé : quelle est la réalité sociale, épidémiologique, sanitaire et économique de ces migrations pour soins ? Quels en sont les déterminants macrostructuraux et sociaux dans les pays d'origine ? Comment s'inscrit ce type de migrations dans la biographie et les aspirations migratoires des ressortissants des pays en développement ?

Faute de réponses et de recherches sérieuses sur ces questions, sont renvoyés dos à dos politique restrictive de l'immigration et instrumentalisation de la maladie pour obtenir un droit au séjour, éthique humanitaire et contraintes économiques, protectionnisme et mondialisation. Autant de contradictions qui ne peuvent être résolues sans une meilleure connaissance des réalités sociales et sanitaires, forcément multiples et multifactorielles, des migrations pour soins. Faute de cette connaissance, il semble que se construit – si ce n'est dans un douteux « imaginaire collectif », en tout cas dans l'esprit de nombre de décideurs et d'élus – **le stéréotype du « *clandestin prêt à tout pour venir se faire soigner en France* »**, alimenté par l'augmentation statistique d'un indicateur (celui des demandes de titre de séjour pour soins, sur lequel nous reviendrons), le bilan pour le moins réservé de l'aide au développement en matière de santé en direction des pays les moins avancés et la crainte d'un monde globalisé qui abolit les distances et les frontières.

Or l'état de santé, la morbidité et le recours aux soins des immigrés restent trop peu étudiés en France (contrairement à d'autres pays) pour pouvoir répondre – même indirectement – à ces questions. La description des disparités sanitaires en fonction de la nationalité ou de l'appartenance ou non à un groupe d'immigration reste extrêmement fragmentaire dans notre pays et plus rares encore sont les recherches épidémiologiques sur le sujet. Dans les pays d'origine, la composante sanitaire des raisons initiales d'émigrer reste aussi mal connue. Si **on sait que, globalement, ce sont plus volontiers les individus les mieux portants qui émigrent** (cf. le classique « biais de migration » des démographes et des épidémiologistes), à l'inverse, des malades qui ne trouvent pas de soins adaptés dans leur pays peuvent vouloir émigrer (temporairement ou définitivement) dans un pays où ils sont disponibles. Le poids et les intrications des raisons sanitaires vis-à-vis d'autres facteurs sociaux – économiques, financiers, familiaux, sociaux ou politiques notamment – méritent à ce titre d'être étudiés, ces autres facteurs pouvant tout aussi bien faciliter ou empêcher (le plus souvent sans doute) un projet de « migration sanitaire » de se concrétiser ou même d'être envisagé.

Toutes ces interrogations se posent dans un contexte international marqué par 4 tendances fortes : 1) l'intensification générale des migrations humaines internationales ; 2) les révisions restrictives des politiques migratoires européennes (et particulièrement française) ; 3) des débats récurrents sur les conséquences et les enjeux sociaux, politiques, économiques, éthiques et sanitaires de ces 3 phénomènes conjugués ; 4) les interrogations des institutions d'aide au développement quant à l'impact d'investissements dans le secteur de la santé sur les flux migratoires.

Ce questionnement s'inscrit également dans une histoire singulière - celle de la colonisation - qui concourre, toujours aujourd'hui, à modeler les rapports et les représentations respectives des anciens colonisateurs et des anciens colonisés : représentations des détresses et des aspirations du Sud et, en miroir, des « possibles » au Nord.[1]

Il s'inscrit enfin dans une réalité épidémiologique, économique et sanitaire qu'on ne peut nier : **l'incapacité, pour nombre de pays en développement, de garantir à leur population un accès**

[1] Bayart JF, Bertrand R, Gordadze T, Hibou B, Mengin. *Legs colonial et gouvernance contemporaine*. AFD, Document de travail, mars 2006, n°13, 22 p.

équitable à des soins de santé de qualité, notamment pour les soins lourds, chroniques, coûteux et/ou de haute technologie alors même que ces pays connaissent une transition épidémiologique qui se traduit par le cumul d'une augmentation continue de la part des pathologies chroniques dans le poids total de leur morbidité (*disease burden*) et d'une incidence toujours élevée de pathologies infectieuses. Cette transition, le retard pris dans la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement en matière de santé[2] et la diminution globale de l'aide au développement de certains pays industrialisés[3] laissent penser que les profondes inégalités dans l'offre de soins entre le Nord et le Sud ne se combleront pas dans un proche avenir.

La loi française

La migration pour soins est reconnue, à l'entrée sur le territoire français, uniquement dans le cadre de l'obtention d'un visa sanitaire. Celui-ci est généralement très difficile à obtenir et, surtout, les dépenses de soins sont alors à la charge intégrale de l'intéressé (une partie des frais devant d'ailleurs être payée à l'avance). Depuis 1997 (protection contre l'expulsion des étrangers souffrant d'une maladie grave[4]) et 1998 (délivrance d'une carte de séjour, provisoire ou temporaire, pour les étrangers atteints d'une maladie grave pour laquelle ils ne peuvent bénéficier d'un traitement dans son pays d'origine[5]), **la maladie grave comme motif de maintien sur le territoire est une clause qui ne s'adresse donc qu'aux personnes entrées en France pour un autre motif**.

Les statistiques de demande pour soins

On sait qu'en France, depuis ces 2 lois, les demandes de maintien sur le territoire français pour un tel motif se sont multipliées (de 1500 en 1999 à 36000 en 2004). Pour autant, **on ne peut distinguer la part des migrations pour soins dans cette augmentation de la part des demandes par opportunité** – ou plutôt par manque d'opportunités : quand les autres motifs de régularisation deviennent inopérants, la maladie, autrefois passée sous silence, est peut-être désormais mise en avant comme ultime motif de séjour.

Elles concernent aujourd'hui tous les départements français même si 75% des demandes ont lieu en Ile-de-France.[6] Plus d'un tiers des demandes sont aujourd'hui rejetées – avec d'importantes différences géographiques - contre 20% en 1999 ; ce qui déclenche de vives oppositions tant des organisations humanitaires regroupées en collectif[7] que de certains médecins inspecteurs de la santé pour qui la tache de contrôle et d'avis qui leur incombe est susceptible d'entrer en contradiction avec les articles 95 et 101 du code de déontologie médicale. Les motifs médicaux de ces demandes sont extrêmement divers : en 2004, une analyse partielle conduite hors Paris montre que 3 pathologies concernent plus de 10% des demandes (les pathologies cardiaques, l'infection par le VIH et les troubles psychiatriques[8]) mais que 65% concernent d'autres diagnostics. La même analyse (hors Paris toujours) observe que 28% des demandes sont faites par des Algériens, 8% par d'autres ressortissants du Maghreb, 30% par des ressortissants d'Afrique subsaharienne et 34% d'autres pays.

Au bout du compte, en 2005, environ 6000 nouvelles cartes de séjour temporaire ont été délivrées en métropole pour ce motif (soit environ **3% des titres de séjour délivrés**) et 25000 personnes résident en France avec un tel document (sur 3 millions d'immigrés étrangers, soit environ **0,8% de la population immigrée étrangère**).

---

2 Organisation mondiale de la Santé. *La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement*. Genève, OMS, 2005.

3 OECD. *Fléchissement des opérations d'allongement de la dette et légère augmentation des autres formes d'APD*. Paris, Communiqué du 04/04/2008.

4 Loi Debré du 25/04/1997.

5 Loi Chevènement du 11/05/1998.

6 Benevise JF, Lopez A. *Avis rendu par les médecins inspecteurs de la santé publique sur le maintien des étrangers malades sur le territoire*. IGAS, rapport n°RM2006-139A, septembre 2006, 19 p.

7 Observatoire du droit à la santé des étrangers. *Rapport d'observation*. Juin 2003, 56 p.

8 Notamment des syndromes post-traumatiques : en première analyse, on observe ainsi que la thématique de la migration pour soins n'est pas totalement détachée de celle des violences chez les migrants et de toutes leurs causes et circonstances…

Migrations pour soins et solidarité internationale en matière d'accès aux soins

Les politiques migratoires des pays développés poursuivent essentiellement l'objectif de répondre aux besoins de leurs marchés de l'emploi respectifs[9] mais comportent aussi - quoique de façon plus diverse au cours des périodes récentes et en fonction des pays de destination – des objectifs moins directement économiques, qui répondent à d'autres logiques : humanistes (regroupement familial, accueil des demandeurs d'asile) mais aussi scientifiques, culturelles, géopolitiques, etc.

Aujourd'hui seul l'accueil des demandeurs d'asile est théoriquement garanti par une multitude de principes internationaux auxquels tous les états de droit sont soumis : ce « risque vital » là (celui lié à l'exposition à une violence d'état) est pris en compte alors que d'autres risques vitaux ne le sont pas : misère économique, violence non étatique, etc. En particulier, ce qu'on pourrait qualifier de « risque vital sanitaire » ne l'est pas - à l'exception notable, on l'a vu, du cas français. En particulier, il n'existe ni donnée, ni réflexion communes et partagées sur cette question – à l'intérieur de l'Union européenne.

Un premier objet d'étude spécifique : le cas de Mayotte

Dans le cadre d'un partenariat initié entre la Division « Santé et protection sociale » de l'AFD et l'équipe DS3 de l'UMRS 707 (Inserm – Université Pierre et Marie Curie) sur ces questions, **une première étude a été réalisée à Mayotte**.

Il s'agit de la première phase d'un programme d'étude plus vaste « Santé et migrations », appelé à être étendu par la suite à d'autres « territoires frontières » de la république (notamment en Guyane) et, plus généralement, à la métropole et à certains pays d'origine des principaux flux migratoires en France.

A ce titre, en plus des enseignements concernant la situation très particulière de Mayotte (qui empêche, bien entendu, toute extrapolation en réponse aux questions générales soulevées en introduction), cette première enquête a été l'occasion de tester les approches utilisées : enquête statistique représentative, modules de questions spécifiques auprès des migrants notamment.

L'AFD a prévu de soutenir de façon importante les services de santé dans l'Union des Comores. Elle souhaite disposer d'indicateurs socio-sanitaires sur la population originaire de l'Union qui recourent aux soins médicaux à Mayotte (la 4ème île de l'archipel qui est une collectivité d'outre-mer française) afin de pouvoir, à terme, mesurer l'impact de cette aide à l'Union des Comores sur ce phénomène de migration pour soins.

Il est régulièrement évoqué en effet, mais **sans qu'on dispose de données fiables**, que de nombreux Comoriens de l'Union viennent à Mayotte se faire soigner, y trouvant une offre de soins qualitativement et quantitativement meilleure que dans leur pays.

Les données « brutes » du recensement de 2002 montrent que, par rapport au précédent recensement de 1997, les étrangers comoriens sont en nombre croissant[10] tandis que de plus en plus de Mahorais quittent leur île. La population de nationalité française stagne ainsi un peu au-dessus de 100000 personnes tandis que le nombre d'étrangers a dépassé 55000, soit le tiers de la population totale, dont 80% seraient en situation irrégulière de séjour[11]. Les étrangers se sont surtout installés autour du pôle économique que constitue la commune de Mamoudzou.

Les deux tiers des naissances sont issues de mères étrangères. Cela s'explique à la fois par leur nombre et par leur taux de fécondité plus élevé (les femmes nées à Mayotte ont en moyenne 3,5 enfants tandis que

---

9 Dayton-Johnson J, Xenogiani T. *Immigration, development and policy trade-offs*. Working paper for the 4th AFD/EUDN conference, Paris, 8th November 2006.

10 On verra dans les résultats de notre enquête que, pour la période récente, cet accroissement est beaucoup plus le fait des naissances à Mayotte des enfants nés de parents étrangers (résidant pour la plupart depuis des années sur l'île) que d'une augmentation de l'installation de nouveaux immigrants.

11 Estimation la plus régulièrement citée, mais l'INSEE ne recense pas la situation de séjour des étrangers.

les autres en ont 5)[12]. Avec 7000 naissances annuelles en 2002, la maternité de Mamoudzou serait « la première maternité de France » et ce rang est constamment évoqué, comme un leitmotiv, dès qu'il s'agit de colliger les rares données sanitaires disponibles…

En dehors de ces quelques données parcellaires sur les accouchements, on ne dispose d'aucune photographie d'ensemble de la fréquentation des structures de soins par les enfants et les adultes non français, qui plus est dans un contexte où les droits sociaux des étrangers sont différents de ceux appliqués en métropole[13]. **Comme on pouvait s'y attendre dans ce contexte, les demandes officielles de séjour pour soins sont extrêmement marginales et ne constituent pas un indicateur pertinent**[14]. Il n'existe actuellement aucun système de surveillance en santé publique structuré à Mayotte et de nombreux indicateurs sociaux et sanitaires de base restent fragmentaires ou indisponibles.

[12] Source INSEE 2002 (http://www.INSEE.fr/fr/INSEE_regions/reunion/publi/d_mayotte_sommaire.htm)

[13] L'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, a introduit un nouvel article L. 6416-5 dans le code de la santé publique, prévoyant que « les frais d'hospitalisation, de consultation et d'actes externes sont acquittés (...) directement par les personnes qui ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie - maternité de Mayotte ». Un arrêté du 9 août 2005 du directeur de l'ARH de La Réunion et de Mayotte a fixé les tarifs appliqués, à Mayotte, aux étrangers non affiliés.

[14] La DDASS de Mayotte en a recensé 434 en 2004…

CONTEXTE

1. Géographie

Située dans l'hémisphère sud, entre l'équateur et le tropique du Capricorne, l'île de Mayotte fait partie de l'archipel des Comores. Elle est située à 8000 Km de Paris, 450 Km de l'Afrique et 250 Km de Madagascar et à 70 Km d'Anjouan l'île la plus proche de l'archipel.

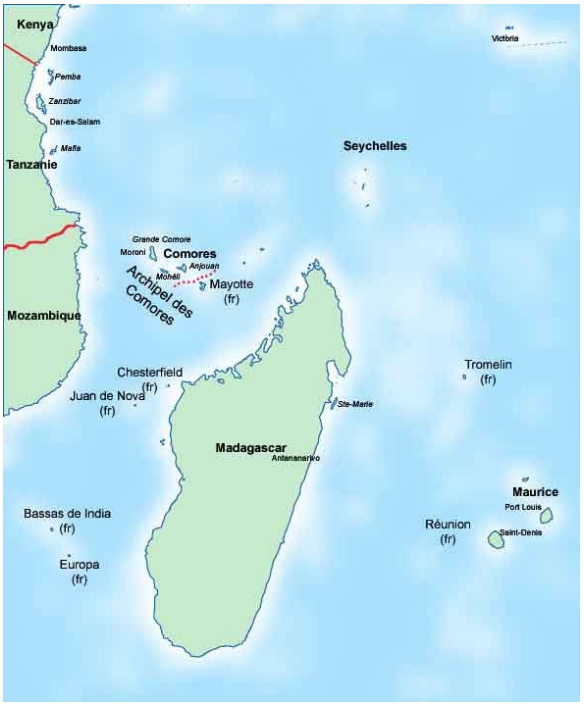
D'une superficie de 374 Km^2, elle comprend deux îles principales (et une trentaine d'îlots épars) :

- Petite-Terre, de 18 Km^2 avec deux communes Pamandzi et Dzaoudzi, la capitale historique de la période coloniale,
- Grande-Terre, à la forme d'hippocampe, avec le chef lieu de l'île, Mamoudzou.

71 villages, 17 communes et 19 cantons sont répartis sur le territoire.

Mayotte est une île au climat « tropical humide » avec une saison des pluies d'octobre à mars. En raison d'une intense activité volcanique, le relief de Mayotte est très accidenté et offre peu de place aux activités humaines. La population est donc concentrée dans les rares espaces plats, le plus souvent dans la mince bande littorale de l'île.

Figure 1 : Situation géographique de Mayotte



2. Histoire

Par sa situation géographique, Mayotte est un carrefour de civilisations et de brassages des populations. La société mahoraise est qualifiée de «microcosme de l'Océan Indien occidental»[16].

Une approche archéologique a daté les premières populations au 9ème siècle[17]. Jusqu'au 13ème siècle, le commerce se développe avec les autres îles du canal du Mozambique, Madagascar et l'Afrique. La

[16] Allibert C. *Mayotte : plaque tournante et microcosme de l'Océan Indien ; son histoire avant 1841*. Paris, Anthropos, 1984.

civilisation Swahili et l'islam venu de Perse et de la péninsule arabique, influence profondément Mayotte. Les premiers européens, à la recherche de nouvelles routes vers l'Inde, découvriront, vers le 15ème siècle, l'archipel qui leur servira de point de ravitaillement et, plus tardivement, de " dépôt à esclaves ".

Mayotte devient un territoire français en 1841 contre une somme dérisoire, le sultan malgache régnant alors sur l'île recherchant une puissance protectrice et la France, ayant perdu l'île de France (Maurice), un abri maritime sûr. Lors de l'abolition de l'esclavage, les seigneurs anjouanais et grand comoriens retournent dans leur îles contribuant à associer à la France l'image de liberté. Le développement de plantations entraîne une grande vague d'immigration. En 1886, les trois îles de l'archipel des Comores sont placées sous l'autorité du gouverneur de Mayotte. L'ensemble comorien obtient en 1946 le statut de TOM. Lors de la consultation des populations des Comores sur l'indépendance en 1974, Mayotte refuse l'indépendance à 63,8 %. A nouveau en 1976, quand les Comores proclameront leur indépendance, Mayotte se prononcera à une écrasante majorité pour le maintien de l'île au sein de la République Française. L'île est érigée en collectivité territoriale à statut particulier[18] jusqu'en 2001 où, suite à un nouveau référendum, **Mayotte devient une collectivité départementale française**[19] avec transfert progressif du pouvoir exécutif vers le président du Conseil Général et des dispositions en faveur du développement économique, social et sanitaire. La République des Comores, constituée des trois autres îles de l'archipel, se caractérise par une instabilité politique (plus de vingt coups d'état en 25 ans) qui ruinera son économie.

3. Population, langues et religion

Au recensement de population de 2002[20], la population a été estimée à 160 000 habitants, dont 53 % âgés de moins de 20 ans. La densité moyenne s'élève à 428 habitants au km^2. Cette population se concentre de plus en plus autour d'un pôle urbain, Mamoudzou, qui absorbe plus de 45 000 habitants, soit 28 % de la population totale.

La population a un taux d'accroissement de 4,1% (multipliée par 4 en 30 ans), **avec une forte natalité** (taux de natalité en 2002 de 38,7 naissances pour 1000 personnes et un indice synthétique de fécondité de 4,5 enfants par femme contre 1,7 en métropole).

Mayotte est une zone de multilinguisme, elle le doit aux nombreuses migrations qui l'ont traversée. Deux langues dominent : le shimaore, langue bantoue, et le shibushi, langue malgache. **Selon l'INSEE, parmi les plus de 15 ans, 38 000 personnes ne parlent pas le français. Parmi celles-ci, 56% sont de nationalité comorienne et 42% sont françaises**. L'arabe est également parlée par 10% de la population (présence de l'école coranique). Même si sa pratique est en progression depuis 10 ans, le français est considéré comme la seconde langue, la langue « pour réussir ». Selon le vice-rectorat, une proportion non négligeable d'enfants en classe de 6e (au moins 40% d'une classe d'âge) ne peut suivre avec profit l'enseignement qui leur est dispensé à cause de leur maîtrise insuffisante de la langue française. Les taux d'alphabétisation ne sont pas connus mais de nombreux élèves ont des retards et le taux de réussite au baccalauréat est le plus faible de France.

La religion majoritaire est l'islam à 95% de rite sunnite « teinté » d'animisme.

4. Solde migratoire

La population mahoraise est issue d'un métissage entre les populations d'origine bantoue et les différentes vagues d'immigration, principalement malgache. Parmi les minorités présentes sur l'île, la communauté indienne occupe une place importante, particulièrement dans le secteur du commerce.

---

17 Allibert C. L'interdépendance de l'archéologie et de l'anthropologie culturelle dans l'Océan Indien occidental. L'exemple de Mayotte. *Etudes Océan Indien* 2002, n°33-34.

18 Beringer H. Mayotte : une collectivité territoriale de l'outre mer français à statut particulier. *Revue juridique et politique* 1995, n° 10-12.

19 Articles 74 et 72.3 de la Constitution Française

20 INSEE recensement 2002 http://www.INSEE.fr/fr/INSEE_regions/reunion/zoom/mayotte/Publications/tableau.htm

Depuis les vingt dernières années, les arrivées sur le territoire ont plus que doublé (passant d'une moyenne annuelle de 2 000 personnes entre 1985 et 1991 à plus de 4 300 entre 1997 et 2002) mais les départs ont augmenté plus rapidement encore.

L'immigration

L'accession à l'indépendance d'une partie de l'archipel n'a pas interrompu les mouvements traditionnels de population entre ses îles. Cette immigration a longtemps répondu aux besoins de travail saisonnier et d'échanges commerciaux et culturels, mais elle se développe à présent que les différences économiques se creusent entre les îles.

En 1995, un visa d'entrée est imposé pour tout déplacement vers Mayotte, ce qui contribue à augmenter l'immigration clandestine en fixant sur l'île les comoriens qui, auparavant, circulaient librement entre les îles de l'archipel (et en provoquant des arrivées clandestines en bateaux de fortune quand, auparavant, ces transports avaient lieu librement au sus de tous). La main d'œuvre qui en résulte est bon marché, et favorise le maintien et le développement de pans entiers de l'économie mahoraise (pêche, agriculture, bâtiment, services à domicile).

Les immigrés comoriens s'installent, fondent leur famille, scolarisent leur enfants. **L'attractivité de Mayotte est importante en termes d'emploi, de situation sanitaire et de scolarisation**. De surcroît, entre 1997 et 2001, les habitants des Comores, particulièrement ceux d'Anjouan, ont souffert d'une crise politique et institutionnelle sans précédent et d'une épidémie de choléra.

Mayotte enregistre aussi, dans une moindre proportion, un mouvement de réfugiés en provenance de l'Afrique et notamment de la région des grands lacs.

L'émigration

Alors que les départs compensaient un quart des arrivées entre 1985 et 1991, ils en compensent plus des quatre cinquièmes entre 1997 et 2002. Selon le vice rectorat de Mayotte, il y avait à peine 3 500 élèves et étudiants boursiers hors de Mayotte en 2002. Les départs de Mayotte concernent donc une autre population que les élèves et les étudiants, sans doute à l'image de la population mahoraise recensée en 1999 à La Réunion. Elle comptait beaucoup de jeunes et des femmes, avec un faible niveau scolaire et très peu de diplômes. Presque 86 % des actifs étaient au chômage. Loin de l'entraide qui a cours à Mayotte entre membres de la même famille, ces Mahorais de La Réunion vivent principalement des aides sociales.

Les conséquences des flux migratoires

La première conséquence de ces flux migratoires est la stagnation de la population française à Mayotte. Au recensement de 2002 les étrangers (réguliers et irréguliers) sont ainsi au nombre de 55 000 (dont 52 000 comoriens) soit le tiers de la population totale. Cette situation exceptionnelle où le tiers de la population est « étrangère », majoritairement en situation irrégulière est à l'origine de tensions dans l'île. La commission des lois a mis en place une mission parlementaire sur la question de l'immigration clandestine[21]. Ce rapport fait un état des lieux de la situation et souligne le climat xénophobe dans lequel vivent, à Mayotte, les comoriens et à la Réunion, les mahorais.

Les politiques récentes de reconduites à la frontière avec objectifs chiffrés ont fait de **Mayotte le territoire français record – et de loin - pour le nombre d'expulsions**. Les méthodes policières de lutte contre l'immigration clandestine volontiers qualifiée de « fléau » ont renforcé ce climat.

[21] Assemblée nationale. *Rapport d'information sur la situation de l'immigration à Mayotte*. Paris, 2006.

5. Organisation administrative et statut juridique

Mayotte est représentée par un sénateur et un député au Parlement et dotée d'un Conseil Général (CG) composé de 19 membres élus au suffrage universel direct.

La loi de droit commun ne s'applique pas à Mayotte, au nom de la « spécialité législative » (article 72 de la Constitution) ; des textes particuliers, le droit coranique et la coutume locale font office de loi. Néanmoins, en vue de la départementalisation, le statut de l'île s'est progressivement rapproché du droit commun[22].

La Collectivité Départementale de Mayotte a été créée par la loi du 11 juillet 2001[23], l'exécutif transféré au Président du Conseil Général en 2004 (ses actes ont le même régime juridique que ceux des départements métropolitains depuis 2007).

La spécialité législative est levée dans de nombreux domaines : droit civil, droit pénal, droit électoral, droit des collectivités locales, postes et télécommunication…. En revanche, **la spécialité législative est maintenue en ce qui concerne les conditions d'entrée et de séjours des étrangers, le droit foncier, la protection sociale, la fiscalité.**

Différentes dispositions parlementaires actualisent et modernisent de nombreux secteurs de la vie économique et sociale et dotent Mayotte d'instruments de développement. On citera par exemple la réalisation d'un plan d'aménagement de développement durable, la création des trois chambres consulaires, la possibilité pour le Conseil Général d'accorder des aides économiques, la création d'un fonds de coopération régionale (où les actions de santé sont particulièrement développées avec les Comores), la création d'une fonction publique de droit commun, une modernisation des rapports entre le droit local et le droit civil, avec notamment la suppression de la polygamie et de l'inégalité des enfants face à l'héritage (loi de programme pour l'Outre-mer du 21 juillet 2003), l'adaptation du droit de la santé publique et de la Sécurité sociale à Mayotte avec la création de l'Assurance maladie maternité, une extension complète du code du travail, une réforme du régime foncier, du droit de l'urbanisme, du droit à l'environnement…

En matière de fiscalité

Les caractéristiques du système fiscal sont :

- l'absence d'impôts versés à l'Etat,
- les objectifs de la fiscalité : rendement au profit de la Collectivité Territoriale de Mayotte et protection de l'activité locale,
- la structure fiscale où prédomine la taxation indirecte (75 % du produit fiscal) : cette structure est caractéristique d'une économie peu tournée vers la production et d'une distribution inégale des revenus, les agents économiques disposant d'une capacité contributive étant peu nombreux,
- la faible diversité des outils d'imposition.

Il existe quatre impôts directs : impôt sur le revenu prélevé à la source, impôt sur les sociétés, impôt foncier sur les terrains et patente. On compte également une douzaine d'impôts indirects, parmi lesquels les droits de douane et la taxe de consommation.

Le principe de la TVA n'existe pas à Mayotte et l'absence de taxe d'habitation (les budgets communaux ne sont abondés que par les dotations de l'Etat) font défaut aux budgets des collectivités. Ces spécificités conduisent souvent les collectivités locales à se décharger sur les services de l'Etat et les contraignent à des choix en matière d'action sociale.

---

[22] Bonnelle F. *Réflexion sur l'avenir institutionnel de Mayotte : Rapport au Secrétaire d'Etat à l'Outre-mer*. Paris, La Documentation française, 1998.

[23] Journal Officiel du 13 juillet 2001.

La situation des collectivités

Dans ce contexte, la situation des communes et des établissements de coopération intercommunale reste préoccupante. En effet, les dépenses de fonctionnement des communes augmentent mécaniquement du fait de l'augmentation des charges de personnel (évolution globale des salaires à Mayotte et de dispositif d'intégration dans la fonction publique territoriale), de l'évolution des prix et enfin de la prise en charge de nouveaux services (collecte des ordures ménagères, maisons des jeunes, voirie, éclairage, écoles, services municipaux organisés…) générés par la mise en œuvre des dispositifs de rattrapage engagés depuis 2002. Or, en l'absence de fiscalité locale, ces communes ne disposent d'aucune marge de manœuvre sur leurs recettes de fonctionnement constituées exclusivement de dotations.

6. Contexte économique

Ces quinze dernières années les conditions de vie sur l'île de Mayotte se sont considérablement améliorées : électrisation, desserte en eau, routes bitumées, maisons en dur, antennes paraboliques, téléphonie, augmentation des salaires mais aussi amélioration dans le domaine de la santé et de l'éducation…

L'économie mahoraise est en période de transition avec un mode de fonctionnement à la fois traditionnel et moderne. Le mode traditionnel est encore basé sur l'agriculture de subsistance. Une grande partie de la population (60 % des ménages) vivent d'activités autour de la pêche, l'agriculture ou le petit commerce. Les principales cultures vivrières sont la banane et le manioc. Les deux principales cultures d'exportation sont la vanille et surtout l'ylang-ylang, mais leurs productions tendent à décliner.

Bien que Mayotte ne soit pas encore une destination privilégiée, le tourisme commence à se développer. Il constitue l'un des secteurs essentiels de développement en terme d'emplois, bien qu'il reste lié à la capacité de l'aéroport et à la réduction des coûts de transport aérien dans cette zone géographique.

L'économie demeure cependant très dépendante de la métropole : la croissance du pouvoir d'achat de la population est due en grande partie aux transferts d'argent public. Les exportations, limitées aux cultures de rente, couvrent seulement 1,9% de la valeur des importations.

7. Contexte social

À la fois française et comorienne, **la société traditionnelle de Mayotte, en mutation rapide**, est l'objet de changements sociaux fondamentaux[24] : affaiblissement des structures familiales, rupture entre les modes de vie d'une génération à l'autre, urbanisation massive avec l'exode rural des Mahorais et l'afflux urbain des immigrés en situation irrégulière.

Avec un taux de chômage avoisinant les 26%, une quasi-absence d'indemnités de chômage, l'absence de certains minima sociaux (RMI, API,…) et un SMIG horaire dont le montant est fixé (depuis juillet 2007) à 69% du montant métropolitain, **une proportion importante de la population vit dans des conditions précaires**.

L'emploi

En 2003, le nombre d'emplois s'élevait à 26300, la population active étant évaluée à 44 558 personnes. Le taux de chômage a été estimé à 25,4% en 2005 (en baisse sur les dernières années). Le secteur public est le premier employeur de l'île ; il cumule à lui seul 60% du total des emplois. Le salaire annuel moyen

[24] Blanchy S. Changement social à Mayotte : transformations, tensions, ruptures. *Etudes Océan Indien* 2002, n°33-34.

net des employés ayant travaillé plus de trois mois, tous secteurs confondus, s'élève à 11900 €. Il progresse annuellement de 1,5% (en euros constants). Le salaire moyen du secteur public est supérieur de 20% à celui du secteur privé. Seulement un emploi sur trois est occupé par une femme.

La Caisse d'Assurance Chômage de Mayotte (CACM) est opérationnelle depuis le 1er janvier 2006. Les critères d'attribution sont pour l'instant très restreints et il n'y a eu que 34 demandes d'allocation et 13 allocataires admis en 2006. Il est toutefois prévu que la CACM élargisse ses critères d'attribution.

Les revenus

Bien qu'encore très faible ; le niveau de vie des personnes qui résident à Mayotte a fortement augmenté entre 1995 et 2005[25] : de 1989 euros annuel en 1995, il est passé à 3728 euros en 2005, soit une hausse de 87 % (corrigé de l'évolution des prix pendant la période). Les importantes disparités de revenus (les individus les plus modestes ont ainsi des revenus 9,7 fois inférieurs à ceux des individus les plus aisés) ont tendance à se réduire. Un cinquième de la population vit sous le seuil de pauvreté « local », contre presque un quart en 1995, mais il faut noter que 92% de la population est sous ce seuil si on considère la référence métropolitaine.

En 2005, le revenu annuel moyen d'un ménage mahorais atteignait 9337 euros. Entre 1995 et 2005, les revenus des ménages ont augmenté de 74 % hors inflation, soit une progression annuelle de 5,7 %. Plus d'un ménage sur deux (58%) a des revenus inférieurs au SMIG annuel local. Les revenus d'activité représentent 87 % des ressources des ménages, ils comprennent les salaires, les revenus d'activité non salariale et les « petits boulots ». Les prestations sociales constituent 6,7 % des revenus globaux. L'entraide (« musada ») apporte 1,8 % des ressources de l'ensemble des ménages.

Majoritairement représentés dans les premiers déciles de revenus[26], les étrangers cèdent la place aux Français dans les déciles les plus élevés. Ainsi, les Français ont un niveau de vie annuel moyen de 4480 euros quand celui des étrangers est deux fois moindre (2280 euros).

Il convient de mentionner également ici, à la fois, l'éventail restreint des prestations sociales mais également la faiblesse du niveau des minima sociaux existants.

La consommation

En 2005, 84% des revenus étaient consacrés à la consommation[16]. En dix ans, la consommation des ménages a qualitativement beaucoup changé. Les ménages résidant à Mayotte consomment désormais plus de services que de produits alimentaires. Le budget alloué au logement a très fortement augmenté (+10 points, cf. chapitre suivant) ainsi que celui du transport (+3 points). Les dépenses d'hygiène et santé sont restées stables. L'autoconsommation est très largement répandue. La grande distribution a pris la tête en termes de parts de marché.

La catégorie socio professionnelles influe fortement sur le volume et la nature des achats ainsi que la localisation géographique et l'origine du chef de ménage (les 6% des ménages venant de métropole ou des DOM représentent 25% de la consommation totale).

L'habitat

L'habitat mahorais subit une évolution rapide avec à la fois des problèmes symptomatiques des pays en développement et de graves déséquilibres sociaux et urbains propres aux agglomérations métropolitaines[27]. L'île reste essentiellement rurale, même si les espaces urbanisés s'étendent. En dix ans, le rythme de la construction de logements a dépassé celui de l'accroissement de la population, pourtant élevé. Le taux de croissance annuel moyen du parc de logements est de 5,4 % depuis 1997, soit 1700

[25] INSEE infos n°29 et 30., 2007.
[26] Un décile représente 10% de la population
[27] Ritcher M. *Quel habitat pour Mayotte ? Architecture et mode de vie*. Paris, l'Harmattan, 2005.

logements de plus par an. Cette augmentation annuelle est supérieure à celle de la population qui est de 4,1 %. Par conséquent, **le nombre moyen de personnes par logement diminue. Il est passé de 4,6 en 1997 à 4,3 personnes par logement en 2002**. Le nombre de personnes par ménage reste toutefois important par rapport à la Réunion et à la France métropolitaine où il est respectivement de 3,3 et 2,4.

L'évolution de la population à Mayotte reste très contrastée selon les communes : le développement le plus important de la population s'est concentré sur les communes situées au centre est et au nord est de l'île, autour du pôle de Mamoudzou. Viennent ensuite les communes du centre ouest et nord-ouest. Le sud et l'extrême nord de Mayotte connaissent un essor moins important, inférieur à la moyenne de l'île.

La tertiairisation de l'économie a fait de la capitale administrative un véritable pôle d'attraction professionnelle. La ville de Mamoudzou concentre donc une grande partie de la population de l'île : les Mahorais, les immigrés et les Métropolitains sont nombreux à y avoir élu domicile, dans des conditions de logement qui restent fortement contrastées : des ensembles de villas, équipées du confort occidental, volontiers sécurisées, sont construits à proximité de quartiers déshérités de type bidonville[28].

Traditionnellement fait de terre et de matériaux végétaux, l'habitat laisse de plus en plus place à des constructions en ciment avec un toit en tôle (78 % en 1997 contre 40 % en 1985). Cependant, Mayotte connaît une importante pénurie de logements sociaux et plus de 40 % de l'ensemble du parc de logement reste en situation précaire tandis que **35 % des résidences principales sont situées dans des quartiers insalubres**.

En 2002, près de 75 % de la population avait accès à l'eau potable (prise d'eau dans la maison, dans l'enclos, chez les voisins ou à une borne fontaine monétique), 75% à l'électricité et 60% avaient la télévision. Seuls 63 % des ménages possédaient des latrines dont seulement 25 % étaient équipées de fosses septiques. Encore à ce jour, le réseau de collecte des eaux vannes est très limité.

La scolarisation

L'histoire de la scolarisation publique de masse à Mayotte est relativement récente. On est passé ainsi de quelque 2 900 élèves en 1973 (7 % de la population de l'époque) à plus de 56 500 en 2002 (35 %), accueillis dans un système d'enseignement unifié, ce qui correspond à un **taux de scolarisation en 2002 de 92%**. En 2006, le système scolaire[29] actuel dénombrait 193 écoles du premier degré (68 maternelles, 116 écoles élémentaires et 9 classes pré professionnelles), 17 collèges et 8 lycées.

L'enseignement élémentaire est confronté à tout un ensemble de difficultés : faible prise en charge préélémentaire, carence en équipements scolaires, barrière culturelle et linguistique (les instituteurs sont généralement métropolitains), forte disparité entre zone urbaine et rurale. Cet état de fait se traduit par un grave retard scolaire chez les enfants qui finissent souvent par être exclus du système éducatif. En 2002, **15% d'une génération ont obtenu leur baccalauréat** (62% en métropole).

Malgré les nombreux progrès réalisés en matière d'éducation ces vingt dernières années, ce problème reste essentiel à Mayotte puisqu'il conduit directement à exclure du monde professionnel et des sphères décisionnelles de nombreux mahorais. Par ailleurs, on notait en 1997 que 4000 enfants recensés n'étaient pas décomptés parmi les enfants scolarisés[17] ; cet écart a été imputé aux difficultés d'accès à l'école des enfants de parents étrangers.

---

28 Couderc P. *La politique de la ville à Mayotte, bilan et perspectives.* Saint-Denis, Délégation interministérielle à la Ville, septembre 1999.

29 Anonyme. *Les grands chiffres de la rentrée 2006*. Mayotte, Vice-rectorat / DPM stat, décembre 2006.

8. Développement régional

Les Comores

En 2001, la République des Comores devient l'Union des Comores. Cette nouvelle entité fédérale est composée d'îles autonomes. Elle revendique l'appartenance de Mayotte au sein de l'Union.

Etendu sur 1 870 km2, peuplées de 630 000 habitants, l'Union des Comores est un des pays les plus pauvres du monde. Son indice de développement humain (2003) est de 0,547 au 132èmè rang sur 175 pays. La situation économique est caractérisée par un secteur agricole peu productif (40% du PNB) et un secteur tertiaire hypertrophié (50% du PNB).

Au total, 150 000 comoriens vivent hors du pays dont 60 à 100 000 en France[30], la majorité ayant conservé la nationalité française (à l'accession à l'indépendance en 1975, les Comoriens de France avaient deux ans pour choisir leur nationalité et, la grande majorité a choisi la nationalité française). Selon le recensement de Mayotte en 1991, 12 359 personnes nées aux Comores et vivaient à Mayotte, 77 % avec la nationalité comorienne. Les liens avec le pays d'origine sont excessivement étroits et nécessaires pour les Comores au point que, dans le contexte actuel de développement, « les Comores ne sont pas viables sans leur diaspora[31] ».

Les études[32] portant sur le système de soins des Comores ont conclu à **des structures sanitaires sous équipées et sous fréquentées**[33]. La crise politique (les retards de paiements des salariés entraînent une paralysie du système public) et la paupérisation entraîne le développement de stratégie de débrouille. Les formations sanitaires de Mayotte constituent une ressource potentielle et exploitée[34].

La Réunion

L'île de la Réunion a pris le statut de Département d'Outre-Mer en 1946 et fait figure de « métropole » pour les territoires de la République de l'Océan indien. Elle est d'ailleurs la plus grande des îles françaises de la région avec une superficie de 2 512 km2, et la plus peuplée avec une population de l'ordre de 800 000 habitants. C'est aussi la plus riche et la plus développée, portée par une croissance de 5 % depuis plus de 10 ans (soit deux fois plus que la Métropole). Le tourisme est en effet la première source économique devant les produits dérivés issus de la production de canne à sucre. La Réunion est en soi un centre politique, économique et social. Plusieurs indicateurs tendent à se rapprocher de ceux de la métropole : l'espérance de vie à la naissance (72 ans pour les hommes et de 80 ans pour les femmes à la Réunion contre 76 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes en métropole) ou le nombre de médecin par habitants (2,39 à la Réunion contre 3,37 en métropole).

Ce contexte économique attire forcément de nombreuses populations de la région à la recherche d'un meilleur niveau de vie. C'est le cas de nombreux Mahorais qui espèrent ainsi envoyer de l'argent à leurs proches mais beaucoup vivent dans des conditions précaires et dépendent des aides sociales. **Les Comoriens et les Malgaches constituent aussi une immigration économique conséquente**, contribuant à des tensions sociales dans une île qui compte déjà 30 % de chômage.

Les subventions de l'Etat français permettent de soutenir une forte croissance en dépit du taux de chômage élevé. Cette économie de subvention ne permet pas la mise en place d'une économie de production solvable, le PIB Réunionnais reste d'ailleurs 2,5 fois inférieur à celui de la métropole.

---

30 AFD, Direction de la stratégie, Département des politiques générales. *Migrations et phénomènes migratoires*. Paris, AFD, novembre 2003.

31 Blanchy S. Les comoriens de France. *Hommes et Migration* 1998, n° 1215.

32 On peut citer l'Enquête Démographique Santé réalisée aux Comores en 1996, une étude approfondie du système de santé comorien réalisée par Alter Santé pour l'AFD et le gouvernement comorien.

33 Ministère de la Santé Publique et de la condition Féminine de la RFIC. *Évaluation de la reforme du système de santé*. Moroni, 2001.

34 Viollet K. *Mots pour maux : Etudes anthropologique des itinéraires thérapeutiques et du recours aux soins à Anjouan en 2001*. Paris, Alter Santé, 2001.

Madagascar

Indépendante de la France depuis 1960, l'île de Madagascar est isolée du reste du monde, si ce n'est vis-à-vis de l'aide internationale. Considéré comme l'un des pays les plus pauvres au monde, on estime à plus de 50 % la proportion de Malgaches vivant avec moins d'un dollar par jour. Son économie reste principalement tournée vers l'agriculture (seuls 26,8 % de la population vit en ville) dont quasiment toute la production est autoconsommée. Par ailleurs, les investissements étrangers sont encore trop peu nombreux, malgré le faible coût de sa main d'œuvre, principalement en raison du manque d'infrastructures.

Avec un PIB/habitant d'à peine de 900 US$, l'Etat n'a pas les moyens d'une politique de développement. Selon le PNUD, l'Indice de Développement Humain de Madagascar était au 146ème rang (sur 177) en 2006. Ses caractéristiques sont ceux des PMA : une espérance de vie de moins de 60 ans, un taux de natalité élevé (41,66 ‰), un environnement sanitaire médiocre (le nombre de médecin pour 1 000 habitants est de 0,29). Avec un taux d'accroissement naturel de 3,03 %, la croissance ne suffit plus pour permettre le développement du pays.

9. Le système de santé de Mayotte

Le système sanitaire de Mayotte a connu récemment une profonde restructuration. Le système de santé repose essentiellement sur le secteur public avec trois entités complémentaires[35] :

- **le CHM (Centre Hospitalier de Mayotte)** : c'est un établissement public de santé doté d'une autonomie administrative et financière depuis 1996. Situé à Mamoudzou, il possède une antenne sur Petite-Terre (hôpital de Dzaoudzi). L'hôpital comprend 250 lits, il regroupe l'essentiel du plateau technique et assure les consultations spécialisées, les hospitalisations, les actes chirurgicaux et plus de la moitié des accouchements dans l'île. Le CHM a aujourd'hui la responsabilité de l'activité de soins dans presque tout le secteur public.

- **3 (4 en 2008) « hôpitaux intercommunaux » ou « dispensaires de proximité »** (accueil des urgences, médecine, maternité) : Ils sont situés à Dzaoudzi (antenne du CHM à Petite Terre), à Chirongui (l'hôpital Sud) depuis 2005, à Kahani (l'hôpital Centre) ouvert en 2006. L'hôpital Nord (Dzoumogné) ouvert en 2007. Ces sites intercommunaux, de niveau intermédiaire, assurent une permanence médicale pour traiter les premières urgences, fournissent des consultations avancées de médecine générale et spécialisée et disposent d'une «maison de naissance». Ces sites intercommunaux posent la question du devenir des dispensaires ruraux, dont les moyens doivent être mutualisés avec ceux des sites intercommunaux, voire à terme redéployés.

- un réseau de **16 dispensaires médicaux ou centre de soins primaires** : Ils assurent des soins primaires de proximité. Leur répartition, initialement basée sur la densité de la population, devait permettre leur accès à moins d'une heure de marche. L'équipe d'un dispensaire se compose d'un médecin, d'infirmiers, d'agents de santé et de sages-femmes si la structure comporte une maternité.

Les maternités rurales ont été rattachées au CHM en 2000 tandis que la gestion des dispensaires ruraux relève depuis le 1er janvier 2004 du CHM. Les agents des centres de soins ruraux sont ainsi passés progressivement de la tutelle de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) à celle du CHM.

Malgré l'augmentation du budget pour rattraper le niveau national et l'ouverture de postes de praticiens hospitaliers, **l'offre de soins reste très insuffisante à Mayotte** et l'hôpital manque de personnel médical, une forte rotation du personnel soignant nuit à la qualité des soins. Le manque de personnel paramédical tend à disparaître avec la création en 2003 de l'IFSI et les promotions de 15 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE).

[35] Schéma d'organisation sanitaire de Mayotte, projet 2006-2010. Saint-Denis de la Réunion, ARH La Réunion Mayotte.

Le secteur libéral est très peu développé mais va probablement s'étendre avec la Sécurité sociale (il y a actuellement seulement une mutuelle sur l'île). La petite vingtaine de médecins dont une douzaine de généralistes sont installés très majoritairement sur le « grand Mamoudzou ». Ils sont pour le moment surchargés par le travail et confrontés à de nombreux problèmes pour l'accès aux soins (notamment les examens complémentaires) de leurs patients non affiliés. Les pharmacies, au nombre de 9, sont également situées sur cette zone. Une seule se trouve zone sud (à Chirongui).

Il n'existe pas de structures médico-sociales. Cependant les lois du 2/01/2002 et du 11/02/2005 devraient dans les prochaines années être applicables à Mayotte et la DASS pilote l'élaboration d'un schéma d'organisation médico-sociale (volet personnes handicapées).

Il n'existe pas de Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ni de centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). La DASS subventionne une vingtaine d'associations dans le champ social, médico-social ou de la santé.

Les actions de prévention reviennent à la Direction de Solidarité et du Développement Social (DSDS) qui est une direction du Conseil Général de Mayotte. Elle a en charge :

- Le service de **Protection Maternelle et Infantile** (PMI) avec 25 centres auparavant géré par la DASS. En plus de ses cinq circonscriptions, la PMI dispose de deux centres d'éducation et de planification familiale. L'accès est gratuit néanmoins seule 70% de la population cible consulte (dont 60 à 65% d'étrangers en situation irrégulière). Le service de la PMI comptait, en 2006, 8 médecins, 12 sages-femmes, 17 infirmiers et un puériculteur.

- **Le service «Actions de Santé»** qui s'occupe de la lutte contre le sida, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles et la détermination de la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce service comprend un médecin et 4 infirmiers présents sur 7 sites.

- **Un Service mobile d'éducation pour la santé** avec 9 éducateurs et 20 agents sanitaires de proximité.

- **Le COFAMIL**, «Conseil et Orientation Familiale», spécialisé dans le domaine de l'éducation sur la planification familiale, compte 25 animateurs relais.

Le **Comité local d'éducation à la santé** (COTES) est une association loi 1901 située au dispensaire de M'tsapere qui organise une permanence et des campagnes ponctuelles de prévention. Il est subventionné, entre autres, par le Conseil Général.

En dehors du champ de la PMI gratuite, la non affiliation à la Sécurité sociale exclut des actions de prévention comme la vaccination. La récente épidémie de rougeole a montré que 80% des cas avaient plus de 6 ans et présentaient des formes cliniques de rougeole atténuée, rougeole après une dose vaccinale. Ce constat nécessite une réflexion urgente autour d'un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.

Les effectifs des professionnels de santé du CHM ont quadruplé depuis 1995. Si l'on ajoute le personnel relevant de la DSDS, Mayotte compte environ 1 150 agents de la santé publique, mais l'écart reste important entre Mayotte et les autres départements français. A partir de l'estimation de la population de l'INSEE en 2006, **la densité médicale dans l'île est d'environ 63 médecins pour 100 000 habitants**. A la Réunion, ce ratio était de 239 en 2005, soit quatre fois supérieur.

Mayotte connaît également une situation de pluralisme médical. Les itinéraires thérapeutiques des patients reposent souvent sur la co-thérapeutique, c'est-à-dire sur le recours conjoint aux deux champs médicaux en présence : biomédical et traditionnel. En effet, l'automédication et surtout **la médecine**

traditionnelle[36] (herboristes, astrologie, divination, rites magiques ou religieux, cérémonies de possession, sorcellerie) sont également très présentes (environ un quart des patients consultant dans un dispensaire ont eu recours à des plantes pour la pathologie qui les a amené à consulter[37]). **Dans la société mahoraise, toute maladie fonctionnelle ou somatique reste souvent considérée, avant tout, comme une dérégulation de l'univers peuplé d'esprits, de déités, d'ancêtres défunts, ou de sorciers.**

Le secteur hospitalier a enregistré 122 812 consultations en 2006, soit une progression de 4,6 % en un an. C'est en chirurgie et en psychiatrie que les évolutions ont été les plus marquées (respectivement + 21 % et + 19 %). Le service des urgences représente plus du tiers des consultations hospitalières. Les services de maternité de Mamoudzou et de Dzaoudzi ont enregistré plus de 21 300 consultations, soit une progression de 16,5 %. Les consultations en maternité représentent 17 % du total des consultations hospitalières. Le Centre de Santé Mentale a reçu près de 5 200 consultations psychiatriques. Concernant les équipements sanitaires, Mayotte dispose de 245 lits.

Bien qu'elle se soit améliorée, la capacité d'accueil des établissements hospitaliers de l'île reste encore largement insuffisante au regard des besoins de la population. Le taux d'équipement en lits de médecine pour 1 000 habitants est près de sept fois inférieur à celui de la métropole (0,27 à Mayotte en 2005 contre 1,88 en métropole en 2004). La réalisation du Plan Directeur du CHM devrait porter la capacité d'accueil à 401 lits à l'horizon 2010 mais l'offre hospitalière restera quand même la plus faible de France en densité. Par ailleurs, selon l'INSEE, la durée moyenne d'hospitalisation à Mayotte est très courte pour l'ensemble des services (3,5 jours en 2005 contre 6 jours en 2003 à La Réunion) et en particulier pour les services de maternité et de chirurgie, et ce en raison du manque de places.

10. Le système de protection sociale

A Mayotte, quatre organismes publics versent des prestations sociales :

- la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM),
- la Caisse d'Allocations Familiales, créée en mars 2002 et gérée par la CAF de La Réunion,
- la Direction de la Solidarité et du Développement Social (DSDS),
- la Caisse d'Assurance Chômage de Mayotte (CACM), opérationnelle depuis 2006.

La Sécurité sociale de Mayotte

Jusqu'à fin 2004, l'accès aux soins ainsi que les médicaments distribués dans le secteur public étaient gratuits pour tous. Ce système de protection sociale a évolué en 2005 vers un système d'assurance maladie maternité comparable au système métropolitain[38]. La Caisse de prévoyance sociale (CPS) est devenue la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM).

Pour pouvoir être affiliés les mahorais doivent disposer d'une adresse, d'un compte en banque, d'un nom patronymique obtenu après passage à la Commission de révision de l'état civil (CREC). Cette dernière condition est la plus difficile à remplir car les preuves de l'état civil ne sont pas faciles à fournir (modification récente des prérogatives juridiques avec passage de 3 à 2 générations) et le passage en commission peut prendre plusieurs années !

Au 31 Décembre 2005, le fichier des bénéficiaires de l'assurance maladie à Mayotte contenait 137 805 personnes (enfants compris) pour 60 829 assurés et près de 82% des assurés disposeraient d'une attestation d'affiliation[39].

---

36 InVS. Chikungunya dans l'Océan Indien, le point au 19 avril 2007. Saint-Maurice, 2007.
37 Lartigau-Roussin C. Médecine traditionnelle à Mayotte. *Bull. Naturalistes, Historiens & Géographes de Mayotte* 2002, n°6.
38 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
39 Rapport de l'Institut d'Emission des Départements d'Outre-Mer (IEDOM).

De l'avis de tous, la mise en place de la Sécurité sociale n'a pas été suffisamment accompagnée d'information de la population qui, dans sa grande majorité, reste peu au fait des changements apportés et de leurs conséquences.

Elle met fin à la gratuité des soins, le coût de la santé étant désormais supporté par les cotisations des affiliés. Les consultations chez le médecin généraliste sont remboursées à hauteur de 70 % à condition que ce dernier adhère à la convention nationale. De même, lorsque le pharmacien adhère à la convention de dispenses d'avance des frais, l'assuré règle auprès du pharmacien la part qui lui revient, comme en métropole. Elle permettra ainsi aux Mahorais d'avoir une protection sociale à la Réunion et en métropole et de toucher des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail.

L'accès aux soins est maintenant théoriquement payant dans les dispensaires pour les personnes non affiliées au régime de Mayotte, de métropole ou des DOM (avec, en pratique, des variabilités selon l'accueil, le médecin, le dispensaire…). Elles doivent déposer une provision financière pour bénéficier des soins des établissements publics de santé sauf pour les Affections Graves et Dangereuses (AGD) établies sur liste. Le forfait varie selon l'acte et les tarifs ont été fixés après accord entre le CHM, la DASS et l'ARH (cf. grille des tarifs). Se pose dès lors le problème de l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière car il n'y a pas de Couverture Maladie Universelle (CMU), ni d'Aide Médicale d'Etat.

En 2006, la CSSM a versé 7,5 millions d'euros au titre de l'Allocation Spéciale pour Personne Âgée (ASPA), qui a bénéficié à 3 495 personnes âgées de plus de 61 ans, 1,9 millions d'euros pour la pension retraite (646 bénéficiaires), 138 000 euros pour l'allocation veuvage (39 bénéficiaires) et 82 000 euros au titre de la pension de réversion (57 bénéficiaires). Mais **ce sont les prestations d'Assurance maladie maternité qui représentent les montants les plus importants, avec plus de 40,1 millions d'euros versés**. Les cotisations perçues par la CSSM se sont élevées à 16,5 millions d'euros (71 % de cotisations patronales et 29 % de cotisations salariales).

Les autres prestations de protection sociales

La DSDS a en charge les prestations qui étaient auparavant gérées par la DASS[40] :

- L'Allocation simple vieillesse (ASV), destinée aux personnes âgées de 56 à 61 ans, est le poste de dépenses le plus important (62 % du total).
- Les allocations «tierce personne», ces prestations complètant les allocations Enfant Handicapé (AEH), Adulte Handicapé (AAH) et l'Allocation Spéciale pour Personne Âgée gérées par d'autres organismes.

La Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de Mayotte[41] est gérée temporairement par la CAF de la Réunion. Sa mission concerne les prestations familiales versées à toutes les personnes résidant de façon effective et permanente à Mayotte :

- Les Allocations Familiales : le montant (en 2006) était de 41,02 € pour un enfant, 65,66 € pour 2, 78,76 € pour 3, puis 17,32 € par enfant supplémentaire ;
- L'Allocation de Rentrée Scolaire : en 2006, les montants versés à la famille était de 50,25 € dans le primaire et 84,74 € dans le secondaire, 5 045 familles ont bénéficié de cette allocation ;
- L'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ;
- L'Allocation Logement.

La Caisse d'Assurance Chômage de Mayotte (CACM) est opérationnelle depuis le 1er janvier 2006. Les droits à l'assurance chômage ne sont ouverts qu'aux licenciés économiques et aux personnes ayant terminé

[40] IEDOM. *Mayotte en 2006*. Mayotte, Institut d'Emission des Département d'Outre-Mer, 2007.

[41] créée suite à l'adoption de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la CDM

un Contrat Nouvel Embauche (CNE). Les critères d'attribution sont pour l'instant très restreints et il n'y a eu que 34 demandes d'allocation et 13 allocataires admis en 2006. Le montant total versé par la CACM en 2006 au titre de l'Assurance chômage est de 4 826 euros…

11. Etat de santé de la population

L'état de santé de la population reste mal connu. Les multiples priorités pour combler le retard de Mayotte en matière d'offre de soins ont retardé la mise en place de dispositifs d'information efficaces.

Associée à la réforme de l'état civil en 2000, la démarche de déclaration de décès s'est généralisée, mais l'obligation des certificats médicaux de décès ne s'est véritablement mise en place qu'en 2002 suite aux actions de sensibilisation menées en direction des mairies et des professions médicales. Toutefois, l'analyse des données recueillies reste entravé par la qualité inégale des informations transmises.

La notification des Maladies à Déclaration Obligatoire est l'un des instruments de surveillance des maladies transmissibles dans les départements français. En 2006, elle n'est toujours pas applicable à Mayotte exception faite de la lèpre et du paludisme qui bénéficient d'une procédure de déclaration spécifique. Afin de pallier l'insuffisance de données sur les indicateurs sanitaires de base, le Schéma Territorial d'Organisation Sanitaire 2000-2005 avait préconisé la mise en place d'un SIS, système d'information sanitaire, soutenu par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et l'Institut national de Veille Sanitaire, ce qui a été partiellement mis en œuvre en 2006. Sont en cours d'installation au CHM un Département d'Information Médicale, une cellule épidémiologique, et, dans les locaux de la DASS, une antenne permanente de la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE Réunion-Mayotte).

En pleine phase de transition démographique et épidémiologique, la population de Mayotte est exposée tant à des risques infectieux élevés et à des problèmes nutritionnels de carence, qu'à des pathologies chroniques liées à l'excès alimentaire.

L'accroissement des maladies chroniques

En ce qui concerne les motifs de recours aux soins, les données d'activité du centre hospitalier de Mayotte (2004) enregistrent une progression de l'activité de cancérologie (+16,8%) ainsi qu'une augmentation notable des consultations spécialisées (+28 %) en cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie mais aussi endocrinologie, néphrologie, neurologie ou rhumatologie.

Les pathologies chroniques restent, de l'avis des médecins, le motif de recours aux soins le plus fréquent. Elles constituent la première cause d'hospitalisation en médecine. Selon des statistiques remontant à 1999, les motifs d'hospitalisation recensés ont concerné essentiellement :

- l'hypertension artérielle (10% des hospitalisations),
- le diabète (8%),
- l'asthme (5%),
- les accidents cérébraux-vasculaires (3,50%),
- les dysthyroïdies (2,9%),
- l'insuffisance rénale chronique (1,4%),
- l'épilepsie (1,9%).

L'enquête Nutrimay[42], réalisée par la CIRE (Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie), retrouvait en 2006 une prévalence de l'HTA de 15,6% chez les femmes de plus de 15 ans et 18,8% chez les hommes de plus de 15 ans.

[42] Vernay M, N'Tab B, Gandin P, Deschamps V, Sissoko D, Castetbon K. *La situation nutritionnelle dans l'Île de Mayotte : l'enquête Nutrimay*. Journées de veille sanitaire de l'Institut de veille sanitaire, Paris, 29 et 30 novembre 2006.

La connaissance épidémiologique de l'insuffisance rénale reste à développer. En 2004, 5% des motifs d'hospitalisation en réanimation ont concerné des problèmes néphrologiques. Le nombre de patients ayant bénéficié d'une dialyse aiguë dans ce service a connu un accroissement important ces dernières années.

Une enquête de prévalence du diabète en population générale est prévue (enquête de faisabilité réalisée par la CIRE Réunion Mayotte en juin 2005).

Dans le domaine de la santé mentale, **le centre de santé mentale a été créé à Mamoudzou en 2001** (autrefois la prise en charge relevait essentiellement de la médecine traditionnelle[43]). La file active est en constante augmentation. Les pathologies rencontrées dans le cadre des consultations de liaison (réseau intégrant soins modernes et traditionnels[44]) sont majoritairement les états psychotiques aigus avec bouffés délirantes, puis les troubles anxio-dépressifs. Le nombre de tentatives de suicide est en régression (36 en 2004, 86 en 2002) ; elles touchent majoritairement les femmes dans la population adulte. La tendance ces dernières années se caractérise par une plus forte représentation des adolescents.

Les troubles nutritionnels

L'étude NutriMay précédemment citée, a permis de dresser un état des lieux récent sur l'état nutritionnel et l'activité physique dans l'île de Mayotte pour laquelle peu de données étaient disponibles. La situation nutritionnelle de Mayotte apparaît typique d'une **transition nutritionnelle** avec coexistence de malnutrition par carence chez les enfants et de malnutrition par excès chez les sujets âgés de 15 ans et plus.

Les maladies transmissibles

- *Paludisme* : En dépit de l'intensification des actions de lutte anti-vectorielle, le paludisme persiste sur un mode endémique. En 2006, 565 cas de paludisme ont été recensés. Le non remboursement par la Sécurité sociale des tests de dépistage et des médicaments anti-paludéens pénalise la lutte anti-vectorielle.
- *Lèpre* : Alors qu'elle a quasiment disparu de l'ensemble des DOM-TOM, cette maladie est toujours endémique à Mayotte. Le nombre de nouveaux cas déclaré en 2004 était de 35 soit une incidence annuelle de 2,17 pour 10 000 habitants. Toutefois, cette incidence fluctue selon les années en fonction des méthodes de surveillance épidémiologiques mises en œuvre (dépistage passif ou actif).
- *Tuberculose* : L'incidence annuelle était de 23 pour 100 000 habitants en 2001 et la prévalence 30/100 000 habitants, Mayotte est le territoire français le plus touché.
- *IST* : importante transmission des IST en général, sauf en ce qui concerne le Sida.
- *Choléra* : depuis les deux campagnes de vaccination de masse qui avaient dû être menées, courant 2000 et fin 2001 suite à des pics épidémiques, aucun cas nouveau n'a été enregistré.
- Les *diarrhées infectieuses* sont aussi présentes à l'état endémique sur l'île. L'accès inégal à l'eau potable (20 % des foyers ne sont pas raccordés à un réseau) a un fort retentissement sur la morbidité liée aux gastro-entérites, surtout chez les enfants).
- *L'épidémie de chikungunya* a particulièrement marqué l'année 2006. Ce virus, transmis par des moustiques a fait son apparition à Mayotte en 2005 (comme à La Réunion). L'épidémie a explosé au premier semestre 2006 où **7090 cas ont été enregistrés par les professionnels de santé**. Toutes les classes d'âge ont été touchées mais les adultes entre 30 et 60 ans l'ont été plus particulièrement. De février à juillet, 316 patients avec signes cliniques ont été hospitalisés au CHM, mais la plupart des victimes du chikungunya n'ont pas consulté de médecin. Suite à une enquête de séroprévalence menée

[43] Enjolras F. La « folie » à Mayotte, initiation d'un psychiatre au-delà des mers. *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés* 2006 ; 7 : 267-282.

[44] Airault R. Mayotte terre d'asile sans asile. *Études Océan Indien* 2002, n°33-34.

par la CIRE auprès de la population mahoraise fin 2006, **la maladie aurait touché 38 % de la population**[45].

- Autres : épidémies « saisonnières » : bronchiolites, gales…

La santé de la mère et de l'enfant

Du fait de l'évolution démographique, la santé de la mère et de l'enfant doit faire l'objet d'une attention particulière.

En 2004, une **épidémie de béribéri** a été à l'origine du décès de 20 nourrissons. La stratégie de prévention adoptée avec l'appui technique et financier de l'Institut national de Veille Sanitaire et de la Direction Générale de la Santé a conduit à la mise en place de trois campagnes successives de supplémentations vitaminiques qui se poursuivent à destination des enfants et des femmes enceintes.

Le Comité Local d'Education à la Santé, en partenariat avec la PMI, ont mené des campagnes de prévention axées sur l'alimentation.

L'interruption volontaire de grossesse est légale depuis 1990. Entre 1995 et 2002, le nombre d'IVG a été multiplié par 3,5. En 2006, 1 648 IVG ont été pratiqués à Mayotte, ce qui représente 17,4 IVG pour 100 conceptions, taux relativement faible par rapport au reste de la France.

Les risques environnementaux

Les problèmes d'habitat (avec l'importance des logements insalubres) et d'accès à l'eau potable sont bien sûr générateurs de nombreux risques pour la population.

L'émergence, à Mayotte, d'une société de consommation provoque l'augmentation des ordures. Celles-ci sont traitées dans quatre décharges à ciel ouvert. Mais ces ordures sont régulièrement emportées vers le lagon par les pluies tropicales torrentielles. Outre les déchets, du fait de l'absence de réseau séparatif, le réseau de collecte de l'eau pluviale draine une partie importante des rejets d'eaux usées. L'ensemble s'écoule dans des caniveaux à ciel ouvert souvent obstrués ou dans des rivières le long desquelles des captages sont effectués par une partie de la population.

Les évacuations sanitaires

Jusqu'en avril 2005, les décisions d'évacuations sanitaires (EVASAN) étaient prises par une commission officieuse de médecins, présidée par le médecin inspecteur de la DASS. Mais, depuis cette date, en vertu du décret du 3 septembre 2004, ces décisions sont prises par une commission médicale réglementaire, qui se réunit deux fois par semaine. Participent à cette commission, le Médecin inspecteur de la DASS, des médecins des services de pédiatrie, de chirurgie, de médecine et d'anesthésie réanimation, l'infirmière cadre du CHM en charge des évacuations sanitaires, le Directeur du CHM ou son représentant. Les dossiers des assurés sociaux sont présentés par le médecin de l'assurance maladie à la commission, qui décide collégialement de la recevabilité de la demande. Pour les non assurés sociaux (clandestins), c'est le Médecin inspecteur de la DASS qui présente les dossiers de demande d'EVASAN, et la décision est prise à l'unanimité des voix.

Le nombre des évacuations sanitaires vers la Réunion, en nette augmentation depuis 2000 s'est stabilisé autour de 600 cas (531 en 2006 et 595 en 2005).

Selon le bilan d'activité de 2004, les évacuations sanitaires sont principalement adressées par les services de médecine (28%) pour la cancérologie essentiellement, de pédiatrie (19,43 % dont grande prématurité et malformations plus les transferts néonataux à hauteur de 5 %) de réanimation (12,74 % liés à la

[45] Sissoko D. *SERO-CHIKMAY : Enquête de séroprévalence du chikungunya et de la dengue en population générale à Mayotte*. Saint Denis de la Réunion, CIRE Réunion Mayotte, DASS Mayotte et CHM, 2006.

néphrologie, aux brûlés, à la cardiologie) et de chirurgie (9,8 % pour la neurochirurgie infantile, la chirurgie urologique). Les principaux établissements de santé de destination sont les hôpitaux de St Denis, de St Pierre et la clinique Ste Clotilde à La Réunion ainsi que les établissements spécialisés métropolitains pour le traitement du cancer.

Suite au renforcement de moyens du secteur de la santé mentale, les évacuations sanitaires psychiatriques sont en diminution.

Les dépenses de santé

Le niveau des dépenses de santé reste relativement faible bien qu'en augmentation depuis 2004 : 600 € / habitant/an (au lieu de 244 € antérieurement). Cet indicateur est calculé à partir des coûts de fonctionnement des différentes structures participant à la prévention et à la prise en charge des soins de santé et des chiffres d'affaires déclarés et/ ou estimés des pharmacies privées (ceux des professions médicales et paramédicales ne sont toujours pas connus). Les dépenses de fonctionnement de l'hôpital et des dispensaires, représentant plus de 90 % des dépenses totales de santé, s'établissent en 2005 à 88 millions d'euros, soit une progression de 21 % entre 2004 et 2005. Jusqu'en 1997, le CHM était un service annexe de la Collectivité. Le financement, placé sous la tutelle du Préfet, était en partie assuré grâce à une subvention du Ministère de la Santé.

En 1996, la réforme du régime de protection sociale[46] à Mayotte a fixé un nouveau mode de financement de l'hôpital au travers d'une cotisation de 1 % à 2 % prélevée sur l'ensemble des revenus perçus dans l'île. Le CHM est ainsi devenu un établissement public territorial de santé doté d'une autonomie administrative et financière[47].

Les obstacles à l'accès aux soins

L'épidémie de chikungunya a montré une relativement bonne réactivité du système de soins en matière de déclaration des cas mais a surtout mis en évidence l'absence de fréquentation du système de soins de la part de nombreux malades (environ 60%)[48]**,** pour une pathologie – il est vrai – vis-à-vis de laquelle la médecine moderne et les traitements symptomatiques sont relativement inefficaces.

En 2006, le Collectif inter associatif de l'Outre mer a exposé les difficultés d'accès aux soins dans certains territoires notamment à Mayotte[49] ; au sein de ce collectif, Médecins du Monde a été alerté par des médecins installés à Mayotte sur certaines difficultés d'accès aux soins. L'association différenciait 3 types de population concernée : la population mahoraise pauvre (8 à 10% de la population), les réfugiés politiques (environ 400 personnes, originaires du continent africain) et les immigrés sans papiers originaires des îles voisines des Comores. Début 2007, un programme à destination des personnes exclues des soins était mis en place ainsi qu'une enquête dont l'objectif était de recenser les obstacles à l'accès aux soins.

---

46 Loi n° 96-1075 du 11 décembre 1996 et ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996.

47 Loi n° 98-144 du 6 mars 1998, qui a ratifié l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 après l'avoir modifiée.

48 Assemblée nationale. *Rapport d'information sur l'épidémie à virus chikungunya à La Réunion et à Mayotte*. Paris, juillet 2006.

49 Collectif Outre Mer. *Mayotte : alerte sur une situation d'exception*. CCFD, Cimade, Comede, Médecins du Monde, Secours catholique, avril 2006.

ENQUETE QUALITATIVE EXPLORATOIRE

Nous présentons ici une synthèse des résultats de l'enquête qualitative exploratoire menée du 11 août au 21 septembre 2007 avant l'enquête statistique.

En dehors de ses aspects exploratoires pour la mise au point du questionnaire statistique – qui ne seront pas détaillés ici – cette enquête a permis de mettre l'accent sur certains éléments du contexte ou certaines situations qui ne sont pas obligatoirement retrouvées dans les résultats statistiques qui suivront et qui méritent d'être rappelés ici.

Sans entrer dans le détail sur les avantages et limites respectives des approches qualitatives et statistiques, ni sur les raisons des contradictions (qui ne sont souvent qu'apparentes) entre les enseignements retirés de l'une ou l'autre, signalons que l'échantillon interrogé dans cette phase exploratoire n'est évidemment pas représentatif et ne cherchait pas à l'être. A l'inverse, les situations rares ou les processus complexes ne sont pas descriptibles dans une enquête statistique de la taille de celle réalisée par la suite.

Soulignons également que, dans cette partie, ce sont les opinions, les attitudes et les comportements des personnes qui ont été interrogées, analysées et synthétisées. Notre objectif est, ici, d'en rapporter les caractéristiques saillantes, dans leur dimension subjective. Savoir si ces opinions correspondent ou non à la « réalité » - et en particulier aux droits théoriques qui découlent de la législation ou de la réglementation locale dont on a souligné, dans le chapitre précédent, la complexité – n'est pas en soi l'objet de ce chapitre.

Des entretiens réalisés ont été réalisés auprès d'informateurs clés (voir la liste en annexe) et auprès de particuliers, habitants de Mayotte. Concernant ces derniers, 3 types d'entretiens ont été réalisés avec l'aide d'une traductrice : individuels réalisés au domicile, en petit groupe (2 à 4 personnes) au domicile, en groupe (dizaine de personnes) dans un bâtiment associatif. Au total, 66 personnes ont ainsi été interrogées[50], classées en fonction de leur sexe, nationalité et de la possession de papiers d'identité puisque c'est ce critère qui différencie en premier l'accès aux structures de santé.

L'enjeu majeur qui a émergé dans l'accès à la santé est l'affiliation à la Sécurité sociale. En effet, c'est cette affiliation qui donne accès à la gratuité des soins. Aussi s'est-on interroger particulièrement sur qui y a droit ? Comment est-il possible de l'obtenir ? Que se passe-t-il lorsque quelqu'un n'est pas affilié ?

1. L'affiliation ou non à la Sécurité sociale et ses conséquences

Un parcours administratif et légal complexe

Le déterminant fondamental qui différencie l'utilisation des services de soins à Mayotte est le statut légal des habitants. En effet, les personnes qui n'ont aucun document régularisé n'ont pas accès à la Sécurité sociale. Elles ne peuvent prétendre à aucun droit (en particulier ne peuvent exercer aucun emploi déclaré[51]) et peuvent être reconduites à n'importe quel moment à Anjouan (quelle que soit leur île d'origine). Il en est de même pour les enfants nés à Mayotte de parents étrangers qui ont accès à l'école mais ne peuvent prétendre à aucun document de régularisation avant l'âge de 18 ans, ni leurs parents à aucune allocation ou assurance maladie pour ces enfants.

[50] 13 femmes comoriennes non régularisées, 4 hommes comoriens non régularisés, 2 femmes comoriennes régularisées, 1 homme comorien régularisé, 39 femmes mahoraises, 6 hommes mahorais, 1 homme d'origine comorienne, de nationalité française, vivant en métropole et souhaitant revenir à Mayotte. Les entretiens ont été réalisés à Mamoudzou dans les quartiers de Mgombani, Mtsapere, Kaweni, Cavani, et dans les villages de Majicavo, Nyambadao, Tsingoni, Boueni, Labattoir à Petite Terre et Mtsamboro.

[51] Signalons que l'emploi clandestin d'étrangers en situation irrégulière par les Français est largement pratiqué sur l'île, à des niveaux de salaires souvent très faibles (entre 100 et 150 euros par mois), sans assurance maladie, ni même aucune prise en charge des accidents de travail.

A sa majorité, si l'enfant est né à Mayotte et que ses parents sont en situation régulière, il peut aller au Tribunal de Première Instance pour déclarer sa volonté d'être français et la décision dépendra du Tribunal. Il devra s'y rendre à 13 ans avec un parent ou seul à partir de 18 ans.

Si l'enfant est né à l'étranger comme ses parents, il peut déposer une demande de titre de séjour pour liens personnels et familiaux. Si ses parents ne sont pas en situation régulière, il doit justifier de 10 ans de présence en continue (carnet de santé, certificat de scolarité, par exemple), en présentant le passeport du pays d'origine et son certificat de naissance authentifié. Beaucoup de jeunes de 18 ans se voient opposés un refus de séjour.

Concernant les liens familiaux, la situation est particulièrement complexe car nombre de familles sont constituées d'un parent français et d'un autre sans papier régulier. Ils sont généralement mariés sous une forme qui n'est pas reconnue comme légale : le mariage cadial. Le mariage civil quant à lui, s'il est choisi, implique un examen des dossiers par le Procureur de la République et de pouvoir justifier de 4 années de vie commune. Le PACS n'est pas applicable à Mayotte. Lorsque le père est français et qu'il a reconnu son enfant, il peut prétendre à la demande d'accès à la Sécurité sociale pour son enfant, ce qui semble ne pas être fait systématiquement (dans nos entretiens certaines familles ne l'avaient pas fait).

Pour ces personnes en situation irrégulière, différentes situations en lien avec la santé peuvent donner (en théorie du moins) la possibilité de séjourner sur l'île. Une personne en possession d'un certificat médical, peut le présenter afin de ne pas être reconduite à Anjouan, même si légalement ce n'est qu'une tolérance ; et /ou demander un titre de séjour pour raison familiale et de santé (Autorisation provisoire de séjour APS d'une durée de 6 mois à 1 an). La DASS examine le dossier suite à ce certificat médical réalisé par un médecin hospitalier, donne un avis qui est soumis ensuite à la préfecture pour la décision finale. Avec un tel titre de séjour pour raison personnelle et de santé (APS), une personne peut rester sur le territoire durant 6 mois renouvelable (sans autorisation de le quitter, ni autorisation d'exercer une activité professionnelle, ni autorisation de demander un titre d'identité républicain pour ses enfants). Elle peut ensuite demander une carte de séjour d'un an à la fin de la validité de l'APS. Après un renouvellement de 6 mois, si la maladie est encore confirmée, les malades peuvent aussi bénéficier d'une carte de séjour d'un an renouvelable après examen du dossier.

Une personne en possession d'un titre de séjour peut rester sur le territoire durant une année et demander le renouvellement de la carte chaque année, exercer une activité professionnelle si aucun français n'est qualifié ou n'a accepté d'exercer cette activité et si ce titre de séjour est spécifié « LPF » (Liens personnels et familiaux : un enfant majeur venu chez ses parents en situation régulière, peut, après examen de son dossier bénéficier éventuellement d'une carte de séjour pour liens personnels et familiaux) ou « carte salariée ». Elle peut demander une carte de résident au bout de 5 ans (qui n'est en aucun cas donnée systématiquement). Elle peut, enfin, bénéficier de la Sécurité sociale durant la durée de validité de sa carte de séjour.

Une personne en possession d'une carte de résident peut rester sur le territoire durant 10 ans et demander son renouvellement, réaliser une activité professionnelle si aucun mahorais n'est qualifié ou n'a accepté d'exercer cette activité, bénéficier d'un « titre d'identité républicain » pour leur enfant avant 18 ans, et bénéficier de la Sécurité sociale durant la durée de validité de la carte de séjour

…qui rend difficile l'accès à l'affiliation à la Sécurité sociale

L'ensemble des Mahorais interrogés était en possession de papiers d'identité et d'une affiliation à la Sécurité sociale.[52] Ils avaient cependant dû faire (ou refaire) établir leur titre d'identité dans le cadre de la Commission de révision de l'état civil (CREC). Chaque habitant a dû choisir un nom et un prénom et signaler une date de naissance. Il a fallu à certains rassembler les fiches d'état civil de leurs parents et grands-parents. Un certain nombre de titre d'identité français qui avaient été attribués dans la fin des années 1990 ont été remis en cause en raison d'un manque de précision des attributions de l'époque. En

[52] Sakoyan J. Les effets sanitaires d'une réforme administrative. La mise en place de la Sécurité sociale à Mayotte. *Bulletin de l'AMADES* 2006, n°67.

fonction de certains critères (enquête de moralité, renouvellement de la carte d'identité au bout de 10 ans, inscription à la liste électorale, etc) ces titres ont tout de même été régularisés.

Par défaut les habitants de Mayotte ne sont pas français, il faut donc prouver par un certain nombre de documents, dont des extraits de naissances à Mayotte remontant jusqu'à à 2 générations[53], qu'on est français. Et plus que les papiers d'identité, c'est le Certificat de Nationalité Française qui a valeur légale sur la nationalité. Si tous les Mahorais ne sont pas encore en possession de leurs papiers d'identité, ils devront déposer leur dossier avant 2010 ou 2011. Il semble que nombre des personnes âgées aient réalisé ces démarches afin de faciliter la procédure pour les générations suivantes.

Nombre des femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenues n'étaient pas mariées civilement et n'arrivaient à réunir les documents demandés. Dans certains cas, leurs enfants ne sont pas affiliés à la Sécurité sociale, malgré la reconnaissance par les pères français. Les démarches administratives ne peuvent être réalisées par les mères qui ne sont pas régularisées et un certain nombre de pères expriment ne pas vouloir faire les démarches face à la perte de temps que cela impose et le peu d'indemnisations reçues (en terme de prise en charge des soins et d'allocations).

Pour les mineurs de parents en situation irrégulière, comme pour toutes personnes en situation irrégulière, les informations concernant leurs droits et les possibilités de régularisation semblent très peu diffusées par les autorités. Parmi les éducateurs sociaux rencontrés (Protection Judiciaire de la Jeunesse, conseillers conjugaux et familiaux, chargés de l'orientation en milieu scolaire), aucun n'avait pu avoir accès à ces informations malgré de nombreuses requêtes auprès de la Préfecture.

2. Des obstacles aux soins communs aux affiliés et aux non affiliés à la Sécurité sociale

Des insuffisances qui concernent toute la population

- Les infrastructures de soins

Le nombre de professionnels de santé reste à ce jour encore bien inférieur à celui qui œuvre par nombre d'habitants en Métropole. De plus les horaires d'ouverture de certains dispensaires ont été réduits (de 7h à 14h). En dehors de ces heures d'ouverture, les patients doivent se rendre dans un autre dispensaire, plus éloigné.

L'accès aux dispensaires n'est pas toujours aisé pour les habitants qui ont peu de véhicules motorisés et se déplacent en taxi ou à pied. Or les taxis ne circulent plus une fois la nuit tombée, vers 18h. Il est alors compliqué pour les habitants de se rendre sur place. Un système d'ambulances existe, mais il ne semble pas optimisé sur tous les sites. Parmi les sites visités, l'un d'entre eux n'était pas équipé d'ambulance et le dispensaire de référence (ouvert 24 h sur 24) où était positionné l'ambulance était injoignable.

- Les structures pour personnes handicapées

Peu de structures existent pour prendre en charge les personnes handicapées. **Les adultes ne bénéficient d'aucune structure d'accueil**. Quant aux enfants il existe deux structures sur toute l'île : des structures d'accueil de jour pour les enfants handicapés gérées par l'association TOIOUSSI, mais le nombre de place est insuffisant par rapport à la demande, d'autant plus que ces enfants ont parfois besoin d'appareillage lourd dont la prise en charge financière reste insuffisante. Il existe aussi une école pour les « enfants de la lune » (enfants atteints de xeroderma pigmentosum) qui est gérée par une association proposant aussi un suivi médical et des mesures préventives adaptées.

[53] Pour accéder à la nationalité française, les conditions ne sont pas les mêmes pour les personnes nées à Mayotte avant 1975 et pour celles nées après 1975. Si l'intéressé est né à Mayotte avant 1975, il faut qu'un de ses parents prouve qu'il a été marié ou que l'enfant ait été reconnu légalement durant sa minorité et qu'un de ses grands-parents puisse prouver qu'il est né à Mayotte (Loi n°93-933 du 22/07/1993, réformant le droit à la nationalité en vigueur à Mayotte et instaurant le double droit du sol). Après 1975, il suffit qu'un des parents soit né à Mayotte.

- Des ruptures des stocks de médicaments

Le discours des personnes fait état de pénuries plus ou moins fréquentes de médicaments ; ce qui est confirmé par des aides-soignantes en charge de la pharmacie d'un dispensaire visité. Les explications n'ont pu être récoltées auprès de la pharmacie centrale par manque de temps, et nous retenons l'hypothèse que tous les dispensaires ne sont pas à la même enseigne puisqu'un autre dispensaire semblait ne pas être confronté à ces ruptures de stock.

- Les limites du nouveau système de délivrance des médicaments

Un certain nombre de médicaments ne sont plus stockés dans les pharmacies. Aussi, lorsqu'ils sont prescrits, doivent-ils être commandés par les responsables de la pharmacie du dispensaire et sont livrés dans l'après-midi. Or un grand nombre de ces commandes ne seraient alors jamais récupérées par les patients (plus de la moitié selon les aides-soignantes interrogées).

- Une sensibilisation à la santé et une information sur les droits qui font largement défaut

Si les campagnes préventives de la DASS dans les quartiers et les villages sont particulièrement appréciées, elles demeurent encore insuffisantes. Il apparaît clairement que les gens sont mal informés, en particulier sur les recours thérapeutiques, les médicaments et leurs effets, leurs droits sociaux. De ce fait, nombreuses sont les personnes qui ne font pas les démarches nécessaires pour obtenir certains de leurs droits et, à l'inverse, d'autres s'engagent dans des démarches qui n'ont aucune chance d'aboutir (c'est le cas, notamment, de certaines prestations de la CAF auxquelles les étrangers, même en situation régulière de séjour, n'ont pas droit).

Ce profond déficit d'information est la cause de nombres de témoignages – fondés ou non (mais dont, justement, la part des choses est difficile à faire) - sur l'arbitraire des décisions prises par les agents de l'Etat ou des institutions publiques.

Par ailleurs, nombre de personnes rencontrées pensent qu'un certificat médical provenant de l'hôpital est un document officiel qui protège d'une reconduite à la frontière. Dans la pratique il semble qu'effectivement sur présentation d'un original, les personnes puissent être relaxées. Ce type de certificats est également considéré comme « le » document qui va permettre de bénéficier d'une régularisation puisque tous les autres motifs ne régularisation sont, dans la pratique, désormais caduques. Ceci entraîne pour certains un effet pervers : la plupart des personnes concernées pensent que leur avenir est entre les mains des médecins de l'hôpital. En cas de refus, le médecin est alors jugé (co)responsable de la politique migratoire appliquée à Mayotte. Force est de constater que, de fait, certains médecins se sentent effectivement responsables de cette politique (et pas seulement, ou pas toujours, dans le sens de la déontologie médicale), avec toutes les tensions et les dérives que peut comporter cette confusion des genres[54]…

Des perceptions du système de santé et des stratégies communes

- Un recours fréquent aux plantes thérapeutiques

Le parcours thérapeutique relaté à plusieurs reprises est particulièrement intéressant : dès qu'un symptôme apparaît, certaines personnes se rendent dans une structure de soin. Une fois rentrés à la maison, ces patients mettent de côté les comprimés prescrits et utilisent des plantes. A la question de l'intérêt de consulter une structure de soin dans ces conditions, il est répondu que cela leur garantit une bonne prise en charge par la suite si jamais la maladie s'aggravait puisque, dans le cas contraire, lorsqu'ils consultent avec un état de maladie avancé, il leur est fortement reproché par le corps médical d'avoir procédé à de l'automédication. Avec cette consultation initiale, ils se « protègent » de ce genre de reproches.

[54] Pour l'attitude des médecins face aux politiques d'immigration en France, voir plus généralement : Mbaye EM. *Entre le marteau et l'enclume : le travail de médecins face aux étrangers malades en France*. Communication au Congrès de l'association belge de sciences politiques, Bruxelles, juin 2008.

Effectivement, **les personnes interrogées utilisent majoritairement la phytothérapie, que ce soit parallèlement aux prescriptions médicales, ou à la place des consultations**. Elles connaissent parfaitement les plantes qui les entourent et leurs vertus thérapeutiques. Que ce soit pour accompagner la grossesse, améliorer la qualité du lait, soigner les diarrhées, rhume et fièvre infantiles, comme pour les maux d'adultes, un véritable savoir est développé parmi les personnes. Certains médecins libéraux intègrent l'utilisation de la phytothérapie dans leur pratique et sont particulièrement appréciés et respectés.

- Une stratégie thérapeutique qui perdure : les cérémonies des *Djinns* (esprits)

Un système traditionnel de prise en charge collective perdure pour ce que nous qualifierions de troubles psychologiques ou mentaux : les cérémonies des djinns[55]. Malgré un discours général qui remet en question la persistance de ces pratiques, **les représentations de maladies liées à des interventions ou des prises de possession par des génies sont toujours présentes** et ont été abordées dans tous les entretiens. Le Centre de Santé Mentale intègre d'ailleurs ces représentations dans le cadre des consultations qu'il effectue. Ce serait lorsqu'une prise en charge hospitalière échoue que serait mis en place le rituel traditionnel par de telles cérémonies. La reconnaissance des génies donne lieu à une première cérémonie dont le coût est excessivement élevé (de 10 000 euros à 25 000 euros). Dans certains cas, les crises de possession sont observées par le corps enseignant auprès de leurs élèves, qui font alors appel à la famille qui les prend en charge. Certaines personnes cohabitant avec leurs génies peuvent devenir elles-mêmes des Fundi Djinns qui consultent pour aider les gens à se protéger ou à se soigner. Le coût de la consultation est alors tout à fait variable. Certains préfèrent plutôt consulter le fundi coranique qui traite les symptômes par des versets coraniques. Le coût du traitement est alors variable en fonction de chacun. L'un d'entre eux nous disait ne rien exiger et laisser libre choix aux patients.

- Une bonne perception du secteur libéral

Lorsqu'elles en ont les moyens - et/ou dans le cas de symptômes inquiétants – certaines personnes se rendent chez certains médecins libéraux qu'elles considèrent comme « leur donnant de vrais traitements » et en lesquels elles ont une confiance absolue. Cinq médecins qui pratiquent depuis des dizaines d'années à Mayotte et qui intègrent la phytothérapie à leur pratique semblent être particulièrement consultés.

L'enjeu de la traduction

La présence d'un traducteur dans les consultations médicales est quasiment systématique, les médecins ne parlant généralement pas les langues locales. Or cette présence de l'aide soignante qui fait office de traductrice soulève certaines questions.

- Une absence de formation à la traduction

La complexité du travail de traduction, particulièrement en ce qui concerne la santé et la maladie, est un point qui soulève toujours l'attention des sciences sociales. Or concernant la pratique de soin, cette complexité semble rarement être envisagée. Dans les structures de soins visitées à Mayotte, ce sont les aides-soignantes qui font office de traducteur en fonction de leur disponibilité et sans aucune formation préalable. Pourtant **le rôle d'interprète dépasse largement le seul rôle de la traduction spontanée**. Toutes les expériences de consultation transculturelles ont apporté le témoignage de la nécessité de formations complexes des traducteurs (en métropole, ces traducteurs peuvent avoir une formation en anthropologie, en psychologie et en linguistique). Aussi assiste-t-on ici à une traduction tout à fait approximative qui peut difficilement aboutir à un descriptif symptomatologique approfondi.

- Une représentation des symptômes mal comprise par les professionnels de santé

Un discours semble assez répandu parmi les professionnels de santé sur l'absence d'intérêt des Mahorais et des Comoriens pour leurs pathologies et la compréhension de leurs symptômes. Or il est étonnant de

[55] Bouffart S. *Djinns et possession à Mayotte, Comores. Le rite du Patrosi : perennité et changements*. Nanterre, Université Paris X, mémoire de maîtrise, 1999.

récolter des descriptions et des observations d'une grande précision et un vocabulaire d'une grande richesse sur les pathologies infantiles qui ont fait l'objet de nos interrogations. Par exemple, que ce soit en shimahoré ou en kibushi, il existe au moins 5 termes différents pour décrire les maux de tête. Chaque terme précise par exemple le lieu et l'intensité précis de la douleur. Pour les enfants, une observation minutieuse des battements veineux, de l'arrondi du ventre, etc. est réalisée afin de préciser les symptômes de l'enfant et d'adopter les plantes adéquates. Interrogés sur l'imprécision des descriptifs des symptômes pendant les consultations médicales, certains de nos interlocuteurs ont alors expliqué qu'ils préféraient ne pas donner de descriptif précis des symptômes afin de ne pas révéler ce dont ils souffraient devant le traducteur, craignant que celui-ci ne respecte pas le secret professionnel. D'autre part, **même pour ceux qui parlent français, les complexités de traduction demeurent, faute d'équivalents exacts entre les deux langues**.

- La crainte du non respect de la confidentialité de la part des traductrices et l'impact sur la consultation.

La plupart des entretiens réalisés avec les particuliers ont mis en avant la crainte du non respect de la confidentialité de la part des aides soignantes qui réalisent les traductions. Si la confiance existe envers les médecins, elle ne semble pas acquise dans les mêmes termes avec les traducteurs. Aussi lorsque les patients parlent français, même si c'est de manière approximative, ils exigent parfois la sortie du traducteur (ce qui n'est pas toujours bien accepté par ces derniers).

3. La fracture sanitaire

La prégnance d'un contexte particulièrement répressif pour les étrangers en situation irrégulière

Au cours des mois précédent notre enquête, les expulsions des personnes en situation irrégulière ont beaucoup augmenté. Ainsi, sur les 24000 expulsions décomptées sur le territoire français par le Ministère de l'immigration en 2007, plus de la moitié (16147 exactement) ont été réalisées sur la seule île de Mayotte. Les reconduites à la frontière sont devenues quotidiennes dans l'ensemble de l'île. Cette situation engendre un sentiment dominant de stress et de peur qui a été clairement exprimé lors des entretiens et confirmé par non nombre des informateurs clés rencontrés et limite les déplacements (y compris les plus quotidiens, en particulier vers les structures de soins) des personnes en situation irrégulière, même des enfants mineurs.

Les dysfonctionnements relevés auprès des assurés sociaux

Pour les Français, l'affiliation à la Sécurité sociale garantit un accès gratuit à l'offre de soins publique, très largement majoritaire sur l'île. Pour autant, certains obstacles ont été relevés dans nos entretiens

- Un remboursement encore aléatoire

Concernant les frais de soins avancés en médecine libérale, un certain nombre des personnes interrogées ont mentionné ne jamais avoir été remboursées par la Sécurité sociale (des retards de paiement ont aussi été formulés concernant les prestations de la CAF). Le directeur de la Caisse nationale de Sécurité sociale a confirmé un retard de traitement des dossiers lié à l'absence d'organisation de ces traitements lors de l'ouverture de l'accès aux droits. Cette organisation étant établie, les dossiers sont en cours de mise à jour.

- Une qualité d'accueil remise en cause

Plusieurs personnes interrogées font état d'une mauvaise qualité d'accueil dans les structures de soins. des patients en général : l'accueil y est, comme dans toutes les institutions publiques en général, souvent « brusque », ce que nous avons pu vérifier effectivement très souvent dans nos observations. Pour le moins, une certaine « distance sociale » est, consciemment ou non, signifiée aux patients…

L'ENQUETE « DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE ET DU RECOURS AUX SOINS A MAYOTTE »

1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de décrire et d'analyser les interrelations entre migration, santé et soins médicaux à Mayotte.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Estimer la part d'étrangers en situation irrégulière de séjour et leur ancienneté d'installation dans l'île,
- Décrire la part de la santé et du recours aux soins dans les motivations de migration de la population étrangère à Mayotte,
- Comparer les types de recours aux soins et leurs déterminants sociaux et économiques entre la population française et la population étrangère.

2. Méthodes

2.1. Schéma de l'étude

L'enquête réalisée est une étude observationnelle transversale, anonyme, représentative conduite auprès d'un échantillon aléatoire de la population générale vivant à Mayotte. Les participants étaient interviewés à leur domicile par des enquêteurs formés. L'enquête s'est déroulée sur une période de six mois.

2.2. Population et échantillonnage

Population cible

La population cible était constituée de la population résidente, c'est-à-dire installée à Mayotte depuis ou pour une durée d'au moins 6 mois[56].

Périmètre de l'étude

Initialement prévue à Mamoudzou, la variabilité tant des populations que des structures de soins en fonction des localisations géographiques nous a conduit à agrandir le périmètre de l'étude.

Cette enquête a été réalisée sur l'ensemble du territoire de l'île :

- 50% dans les communes de Mamoudzou, Koungou et de Petite Terre qui comptaient en 2002 environ 45 % de la population de l'île. C'est le pôle économique de l'île (où se concentre aussi l'activité médicale libérale et où est situé le centre hospitalier), mais y résident également de nombreuses personnes en situation difficile concernant l'accès aux soins. Plus de 40% de la population y est étrangère, notamment dans les quartiers d'habitat précaire de Kaweni et Tsoundzou ;

- 50% répartie sur le reste de l'île afin d'inclure les populations rurales pour lesquelles l'accès aux soins est plus orienté vers les structures sanitaires périphériques (la région Nord n'est d'ailleurs pas encore pourvue d'un hôpital de niveau intermédiaire).

Cette séparation rural / urbain reste assez théorique, les communes de Mamoudzou et Koungou et la Petite-Terre comptant des espaces non urbanisés.

[56] Les personnes séjournant moins de 6 mois étaient considérées « visiteurs » et ont été comptabilisées (cf. infra).

Base de sondage

La base de sondage disponible est la base des districts géographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), qui contient, par district, le nombre de logements et la population.

Un district, au sens de l'INSEE, désigne une aire géographique correspondant à la zone d'enquête d'un recenseur durant 1 mois. Les districts sont régulièrement actualisés. Le recensement de la population est organisé obligatoirement tous les 5 ans dans les COM et a eu lieu entre le 30 juillet et le 31 août. Pour le recensement 2007 le nombre de districts a augmenté de 434 à 780 car tout le territoire a été pris en compte avec de nombreux districts vides.

La base utilisée correspond à la base la plus récente disponible le jour de l'échantillonnage, c'est-à-dire une liste de la distribution estimée de la population et du nombre de logements par commune et districts.

Les données « îlot 12 » du recensement de 2002 étant obsolètes, le choix original de réaliser au préalable une typologie statistique socio-économique des îlots afin de stratifier leur tirage au sort et de s'assurer d'une bonne représentativité de l'échantillon n'a pas été réalisé a priori mais a posteriori sur les données du dernier recensement 2007.

Les districts ayant un nombre de logements très variables, nous avons décidé de les regrouper en 356 « îlots » de 100 à 200 logements en fonction de critères d'homogénéité tels que le nombre de logement et la localisation géographique. Les districts ont toujours été regroupés au sein d'une même commune et en très grande majorité au sein d'un même village. Cette étape de création des îlots par commune a été réalisée dans les locaux de l'INSEE avec une carte des districts avec le nombre de logements par district (Mapinfo©).

À chaque îlot, est ainsi associée une carte géographique représentant graphiquement la localisation des logements (à Mayotte, les rues n'ont pas forcément de nom et les adresses précises sont rares). Les cartes des districts ont été actualisées pour le recensement de 2007. Compte tenu de l'évolution rapide de l'occupation des sols, disparition de certains quartiers (due à la réhabilitation d'habitats insalubres ou à la déclaration de terrains dangereux), création et la croissance rapide de certains quartiers « champignons », ce fond cartographique nous a permis de ne pas réactualiser la base de sondage. Nous avons néanmoins prévu des listes complémentaires aléatoires de logements.

Échantillonnage et inclusion

L'échantillon aléatoire de 2 400 individus tirés au sort a été stratifié sur deux classes d'âge (mineur et majeur) pour s'assurer de la représentativité de la population infantile et de la population adulte, et sur deux zones géographiques.

L'échantillon était constitué aléatoirement à trois niveaux : îlots (à partir de la base des îlots de l'INSEE), logements dans l'îlot, individus dans le logement.

- Concernant le tirage au sort d'îlots (regroupements de districts contigus comptant au minimum 90 logements), il s'agissait d'un échantillonnage systématique aléatoire avec probabilité proportionnelle à la taille de la population des îlots (auto pondération) de 40 îlots (20 par zone géographique) à l'aide d'une probabilité de tirage de chaque îlot communiquée par l'INSEE.

Figure 2 : Carte des îlots enquêtés.



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

- Concernant le tirage au sort des logements, il s'agissait d'un échantillonnage systématique aléatoire simple de 35 logements par îlot. Le nombre de 35 logements correspond à 30 + 16% (prévision des logements vides et des refus d'après les études précédentes de l'INSEE et de la CIRE). Il y a eu un tirage de 2 listes supplémentaires de 10 logements pour le cas où l'objectif initial de 30 logements n'aurait pu être atteint. Une cartographie post recensement était utilisable en changeant les numéros des logements après un travail de mise à jour (ce travail a été fait à l'INSEE sous couvert du secret professionnel). Après le tirage, une tournée de reconnaissance a été effectuée par les enquêteurs.

- Concernant le tirage au sort des individus dans le logement, l'enquêteur a recensé les habitants qui y résidaient, puis le répondant au « questionnaire ménage » a tiré au sort (sous son contrôle) une personne de plus de 15 ans et (éventuellement) un enfant de moins de 15 ans à interroger.

Afin d'atteindre l'objectif de 2400 individus interrogés, il a été tiré au sort 1400 foyers (35 foyers par îlot) pour tenir compte des taux de logements vacants et des taux de refus anticipés.

Nous avons pondéré a posteriori chaque individu pour corriger les effets du plan de sondage utilisé. En effet, la probabilité d'inclusion finale d'un individu Pij est :

$$Pij=(m*Mi/M)*(k/Mi)*1/Rij$$

où:
Pij = probabilité de l'individu d'être tiré au sort
m = nombre de districts choisis
Mi = nombre d'habitants dans le district i
M = nombre total d'habitants
k = nombre d'habitants constant par district
Ni = Mi
Rij = nombre de répondants du ménage

2.3. Informations recueillies et modalités de recueil

Elaboration des questionnaires

Les questionnaires ont été constitués à partir des modules d'enquêtes sociales et sanitaires classiques (notamment ceux développés par le passé par l'équipe porteuse du projet, en métropole et en contexte africain), des modules utilisés par l'INSEE et la CIRE lors de leurs précédentes enquêtes épidémiologiques à Mayotte, et des enseignements de l'enquête exploratoire qualitative.

Un questionnaire pilote a été testé auprès d'un échantillon raisonné, diversifié et réduit de la population (une cinquantaine d'individus).

Questionnaire ménage

Outre les données d'identification du foyer, les informations suivantes ont été collectées :

- type et équipement du logement,
- ressources financière du ménage,
- nombre de personnes constituant le ménage,
- caractéristiques des personnes du ménage : statut de résidence, âge, sexe, lien avec la personne de référence du ménage[57], niveau d'étude et occupation,

Afin de permettre des comparaisons entre la population d'étude et la population générale de Mayotte, l'ensemble de ces données a été majoritairement repris des questionnaires de recensement de l'INSEE.

Les questions étaient posées en priorité à un « chef de ménage » désigné par les membres du foyer. Si ce dernier était absent ou n'était pas en mesure de répondre, les questions pouvaient être posées à un autre adulte du foyer. L'identification de la personne répondant au questionnaire ménage était notée sur le questionnaire.

Questionnaire individuel

Les données recueillies dans le questionnaire individuel portaient sur :

- Les caractéristiques sociodémographiques :
- Age, sexe, position au sein du ménage ;
- Formation : langues parlées et écrites, niveau d'étude, moyens d'information ;
- Couple et famille : situation familiale avec le nombre d'enfants ;
- Situation et expérience professionnelle : profession, secteur d'activité, statut professionnel et qualifications (ego et chef de famille), activité annexe ;
- Relations sociales: insertion, soutien.
- Les caractéristiques migratoires :
- Nationalité ;
- Lieu de naissance de la personne ;
- Lieu de naissance des parents ;
- Histoire migratoire ;

[57] Un ménage, au sens statistique, est défini comme l'ensemble des occupants d'une résidence principale, qu'ils aient ou non des liens de parenté. Un ménage peut ne comprendre qu'une seule personne. La personne de référence est la personne la plus âgée en activité.

- Documents d'identité et de séjour disponibles ;
- Statut de résidence (pour les étrangers).

- Les caractéristiques sanitaires :
- Santé ressentie, maladies chroniques (déclarées), conditions de vie nuisant à la santé ;
- Représentations de santé ;
- Couverture maladie ;
- Possession d'un carnet de santé ;
- Description du dernier épisode de recours aux soins : structure fréquentée, date, coût, satisfaction, observance des prescriptions, compréhension des informations ;
- Ancienneté de la dernière consultation dentaire ;
- Nombre et type des consultations médicales, paramédicales, traditionnelles au cours de l'année écoulée ;
- Suivi de la dernière grossesse (chez les femmes) ;
- Sui en PMI (chez les enfants de moins de 6 ans) ;
- Épisodes de renoncement aux soins et motifs
- Consommation médicamenteuse et automédication ;
- Obstacles à l'accès aux soins ;, obstacles à l'accès aux soins ;

Modalités de recueil

Les questionnaires ont été administrés en face à face au domicile des personnes. La passation durait en moyenne 1h par ménage.

Langue du questionnaire

L'expérience locale de l'INSEE et de la CIRE, qui utilisaient, pour leurs enquêtes, des questionnaires en français et formaient ensuite les enquêteurs à les traduire en shimaore ou en kibushi au moment de l'administration, nous a incité à ne pas traduire le questionnaire à l'écrit. Néanmoins nous avons accordé une part importante de la formation des enquêteurs à la traduction des questionnaires dans les deux langues locales le shimaore et le kibushi. Cette session de travail était dirigée par deux formateurs en langue afin de bien cerner les questions et de s'accorder sur leur sens.

Contact des foyers par les enquêteurs

Le contact des foyers se faisait à leur adresse physique par les enquêteurs suivant un planning mis au point par le coordonnateur. Les enquêteurs travaillaient seul ou en binôme. Dans chaque logement, l'ensemble des membres du ménage était identifié à partir de la partie « ménage» du questionnaire. Les enquêteurs justifiaient l'importance de la participation du ménage à l'étude en présentant une lettre d'information (Annexe 2).

Au cours de la première visite, les enquêteurs recueillaient le consentement oral et enquêtaient la personne de référence et les membres du foyer tirés au sort (interrogés directement pour les adultes et par l'intermédiaire d'une personne exerçant l'autorité parentale de fait pour les moins de 15 ans).

Nous avons choisi d'accorder une part importante à la présentation de l'enquête et à la mise en confiance des personnes enquêtées, du fait notamment de la position critique des immigrés en situation irrégulière. Nos enquêteurs pouvaient être accompagnés d'éducatrices de santé relevant du service santé du Conseil

Général. De plus le recrutement des enquêteurs a tenu compte de la diversité de la population de l'île, nous avons ainsi constitué un panel diversifié d'enquêteurs en terme de sexe, de langue et d'origine.

2.4. Mise en œuvre de l'étude

Information et communication

Plusieurs vagues d'informations concernant l'étude ont été diffusées auprès de la population et des autorités municipales par les médias (radios et journaux locaux). Cette information était diffusée à la fois en français, en shimaore et en kibushi..

Calendrier

- Juin 2007 : Mission exploratoire : Réunion et Mayotte

Contacts avec les partenaires et interlocuteurs locaux : présentation de l'étude et de ses objectifs, étude des données de cadrage avec l'INSEE, définition de la méthodologie d'échantillonnage appropriée.

- Juillet à Septembre : Mise en place

Mise en place du comité de pilotage, rédaction du protocole de recherche, préparation de la méthodologie et du plan de sondage ; enquête préliminaire qualitative ; conception, traduction et pilote du questionnaire ; mobilisation communautaire ; recrutement des enquêteurs.

- Octobre et Novembre : Enquête de terrain

Formation des enquêteurs. Enquête de terrain du 14 octobre au 25 novembre 2007. Saisie des données à l'aide du logiciel Datascan© et contrôle qualité des données.

- Décembre 20007 et Janvier 2008 : Analyses et restitution

Constitution de la base de données, redressement, calage, analyses statistiques, rapport final.

2.5. Organisation et gestion de l'enquête

Comité de pilotage

Le comité de pilotage était l'instance décisionnelle pour tout ce qui avait trait à l'organisation méthodologique de l'enquête et à la production scientifique. Compte tenu de l'éloignement géographique de nombreux experts, le comité de pilotage était relativement restreint. Il s'est réuni par conférence téléphonique principalement, en moyenne toutes les 6 semaines pour évaluer l'état d'avancement de l'enquête et solutionner les obstacles éventuels.

Experts associés

Les experts associés ont été consultés et donnent leur avis sur la méthodologie et d'autres aspects scientifiques et techniques de l'étude.

Gestion de l'étude

La gestion de l'étude était réalisée par l'interne de santé publique chargé de la coordination du projet appuyé par le médecin responsable de la région Mayotte à la CIRE Réunion Mayotte. La supervision était assurée conjointement par l'Inserm et par l'InVS.

L'équipe de terrain était complétée d'un anthropologue et d'un traducteur pour la réalisation de l' enquête qualitative.

Lors de la réalisation de l'enquête, 2 superviseurs, dont un spécialiste de la coordination des enquêtes de terrain venu de la métropole, et 14 enquêteurs accompagnés éventuellement des éducatrices de santé complétaient l'équipe.

L'équipe de coordination a réalisé la rédaction du protocole et celle du cahier des charges des aspects réglementaires, établit la procédure de l'échantillonnage, assuré la gestion des bases de données et procédé aux analyses statistiques.

Les données, une fois recueillies sur papier par les enquêteurs, étaient remises au superviseur, qui en vérifiait la qualité (l'ensemble des questionnaires a été relu). Le travail des enquêteurs était résumé et contrôlé à l'aide des fiches « suivi logement » et « suivi îlot ». D'éventuelles demandes de compléments étaient formulées aux enquêteurs. La qualité des données a donc été vérifiée au fur et à mesure du recueil.

Formation des enquêteurs

Un livret de formation a été remis aux enquêteurs avant le début de la formation afin de leur expliquer le but et les enjeux de l'étude et de leur présenter le questionnaire avec une version commentée de celui-ci. La formation débutait par 3 jours de travail dédiés à la présentation de l'étude et à la traduction à l'oral du questionnaire afin de bien s'accorder sur le sens des questions. La supervision de ces séances de travail était assurée par 2 professeurs des écoles, nommés comme personnes ressources par le vice rectorat pour la mise en place d'un dispositif d'introduction des langues locales à Mayotte, et assistés par notre traductrice recrutée pour la partie qualitative. Cette collaboration a été possible grâce au partenariat avec l'association SHIME[58].

En parallèle, les enquêteurs ont reçu une formation sur les différents aspects de l'enquête :

- Présentation : lettre d'information, insister sur la confidentialité des données, l'absence de lien avec l'employeur, les autorités de police ou l'administration en général ,
- Conduite d'entretien : neutralité bienveillante, relation d'échange et de confiance
- Utilisation des cartes d'îlots, sélection des foyers et des individus
- Remplissage des questionnaires et des carnets de route

L'ensemble de la formation était assuré par le coordonnateur de l'étude assisté d'un responsable « formation ». Une demi-journée de la formation était consacrée au repérage des logements sur les cartes. Cette demi-journée était assurée par un ingénieur d'étude de l'INSEE spécialiste des enquêtes de terrain. La fin de la semaine de formation était dédiée au test du questionnaire en population générale réalisé par binôme et suivi debriefing à la suite de ces entretiens. L'ensemble de la semaine de formation a eu lieu dans les locaux du CNAM.

Aspects éthiques et réglementaires

L'ensemble des données était saisi (à l'aide du logiciel Datascan©), analysé et archivé sur support informatique de façon strictement anonyme. Les documents papiers nécessaires à la réalisation de l'enquête (comportant les numéros d'îlots et de foyers dans l'îlot) et les carnets de route des enquêteurs (éventuellement nominatifs) ont été détruit à l'issue de la phase de recueil des données sur le terrain. L'enquêteur expliquait aux membres du foyer en quoi consistait l'étude ; il recueillait ensuite oralement le consentement à participer auprès du chef de famille ; pour les enfants, le consentement était recueilli auprès du parent ou de la personne qui avait normalement la garde de l'enfant. Si les personnes ne parlaient pas français, l'information était donnée en shimaore ou en kibushi par l'enquêteur ; une fiche d'information, disponible dans les trois langues, était remise au chef de famille.

[58] SHIME (SHImaore MEthodique) est une association loi 1901 dont le but est d'encourager la connaissance et la pratique des langues locales à Mayotte (shimaore et shibushi)

3. Description de la population

Au total, 1246 ménages ont été enquêtés. Au sein du ménage, étaient considérés comme « individus résidants » les personnes signalant au moins 6 mois consécutifs à cette adresse et « visiteurs » ceux y séjournant depuis moins de 6 mois.

59 visiteurs et 5142 individus résidants ont été recensés. Parmi ces derniers, 2105 ont été inclus dans notre étude, 1243 de 15 ans et plus et 862 de moins de 15 ans.

Caractéristiques sociodémographiques

La population est composée de 50,1% d'hommes et de 49,9% de femmes, âgés de 0 à 93 ans. **L'âge médian était de 18 ans**. L'âge moyen était de 21,7 ans (21 pour les femmes, 22,3 pour les hommes).

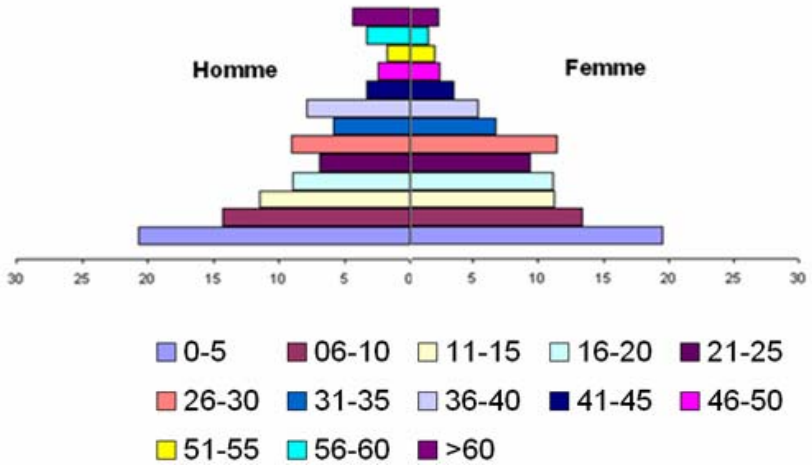
Tableau 1 : Principales variables sociodémographiques de la population

	%
Sexe	
Masculin	50,1
Féminin	49,9
Age	
0-15 ans	45,3
16-30 ans	28,3
31-45 ans	16,3
46-60 ans	6,7
Plus de 60 ans	3,4
Région	
Urbain	47,1
Rural	53,0
Maîtrise du français	
Pas du tout, très peu	48,6
Sans ou avec quelques	51,4
Activité	
Travail ou fait des études	47,9
Retraité, Chômeur, au foyer,	52,1
Ressources du mois dernier	
Moins de 142 euros / UC	48,5
Plus de 142 euros / UC	51,5
Etat de santé ressentie	
Bon ou très bon	83,0
Moyen, mauvais ou très	17,0
Déclaration de maladie	
Oui	20,8
Non	79,2

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

La pyramide des âges est typique des populations jeunes. **Les individus de moins de 16 ans représentent 45,3% de la population** et moins et ceux de plus de 60 ans seulement 3,7%.

Figure 2 : Distributions par âge et sexe de la population (Source RP-2002 INSEE)



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Logement

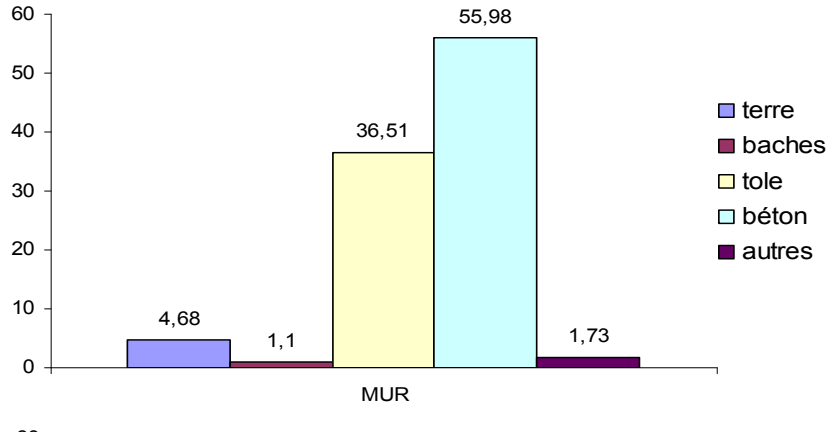
Neuf personnes interrogées sur dix vivaient dans une maison, 6,7% dans une chambre, le reste dans d'autres types de logement (moins de 1% en appartement).

Six personnes interrogées sur 10 vivaient dans un ménage propriétaire du logement ; dans 20% des cas le ménage était locataire et 12% étaient logé gratuitement.

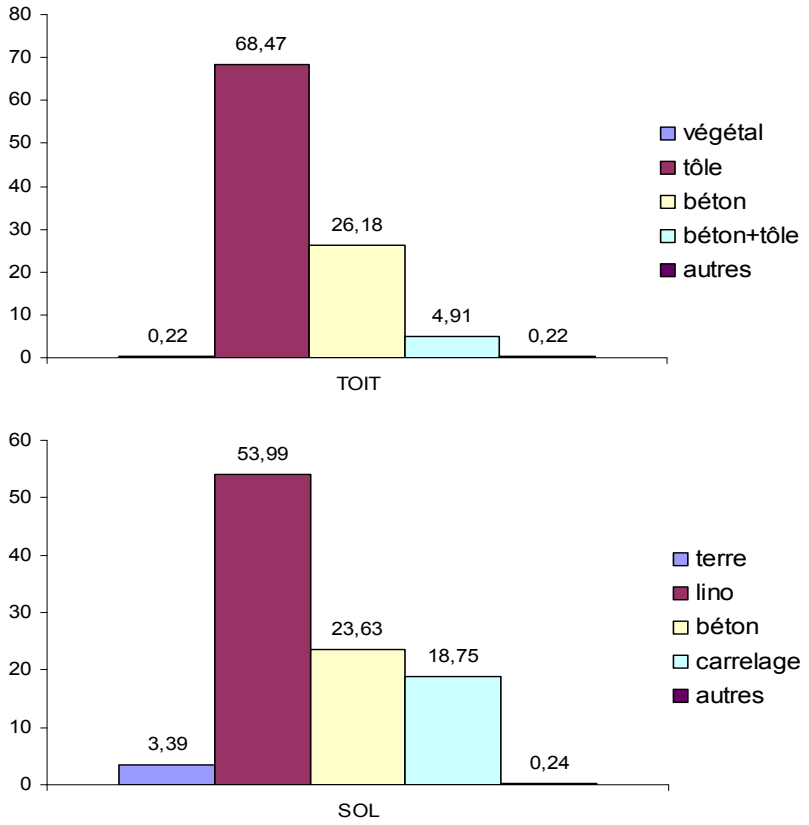
Le taux d'occupation moyen des logements était de 2,15 individus par pièces (écart type=1,4).

Par ailleurs, 12% des individus interrogés vivaient dans un logement comprenant au moins un banga[59] à distance.

Figure 3 : Matériaux des logements de la population
NB : Distribution des individus en fonction des matériaux de leur logement



[59] Pièce supplémentaire utilisée pour dormir par les adolescents ou les personnes âgées



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Tableau 2 : Equipement des ménages de la population
NB : Distribution des individus en fonction de l'équipement de leur ménage

	%		%
Arrivée d'eau		**Téléphone**	85,1
Maison	31,7	**Radio**	72,9
Enclos	42,6	**Télévision**	88,6
Publique, puits	8,4	**Satellite**	25,5
Voisin	13,6	**Climatisation**	6,2
Type de toilettes		**Ordinateur**	14,5
Avec chasse d'eau	32,6	**Véhicule**	
Bétonnées	35,4	Voiture personnelle	18,4
Rudimentaires	29,5	Voiture disponible	0,5
Pas d'installation	2,5	Deux roues motorisées	5,2
Electricité	96,7	Vélo	2,2
Réfrigérateur ou	81,3	Aucun	73,7

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Ménages

Seulement 6% des personnes interrogées vivaient seules dans leur logement tandis que **80,8% vivent au sein d'un ménage nucléaire** (élargi pour 20% d'entre eux), 9,3% dans un ménage monoparental (élargi pour 4% d'entre eux) et 3,9% dans un ménage d'«isolé» (dont 1,9 % non apparenté). La taille des ménages étaient en moyenne de 5 individus (écart-type = 2,6). Ces données sont cohérentes avec celles du recensement de 2002 l'INSEE.

Ressources

Le revenu moyen mensuel par unité de consommation[60] était de 263,8 euros (écart-type = 346,8) avec une médiane à 143 euros. Ces montants représentent le revenu des ménages le mois précédent l'enquête (septembre ou octobre 2007).

Les deux tiers des personnes interrogées (68,4%) vivaient dans un ménage percevant des ressources du travail, 5,6% d'une retraite, **40,2% des aides sociales**, 12,8% d'autres formes d'aides et 5,2% d'autres sources de revenu.

Ces revenus sont inférieurs aux revenus de l'enquête INSEE « Budget des familles » de 2005[61] qui recueille des revenus sur l'année avec une méthodologie plus rigoureuse (des dépenses en particulier). Dans notre enquête, les revenus ont pu être sous déclarés, notamment parce que les personnes interrogées ne connaissaient pas forcément l'ensemble des revenus de ménages.

Niveau d'étude

Parmi les adultes de plus de 18 ans, 38,5% n'avaient jamais été scolarisés, 22,5% avaient arrêté leur scolarité en primaire, 15,7% avaient un niveau correspondant au premier cycle (collège), 12,8% au deuxième cycle et 10,3% avaient fait de études supérieures.

Maîtrise du français

Parmi les individus de 15 ans et plus, un cinquième parlait le français dans la vie de tous les jours. La moitié de cette population (52,4%) parlait le français parfois avec quelques difficultés.

Ce pourcentage varie avec l'âge, les sexe et la nationalité. En analyse multivariée, les femmes ont 1,8 fois plus de risque de ne pas parler le français que les hommes. Les personnes âgées de plus de 30 ans et plus ont 5,4 fois plus de risque de ne pas parler le français que les 15-30 ans et les étrangers 5,4 fois plus de risque que les français.

La grande majorité de la population de 15 ans et plus (80,8%) écoute la radio et/ou regarde la télévision quotidiennement.

Activité

Parmi les personnes interrogées de plus de 15 ans, moins du tiers (27,9%) déclaraient travailler au moment de l'étude (21,9% d'entre eux déclaraient une activité complémentaire) ; 18,2% déclaraient être étudiant ou stagiaire ; 1,7% déclaraient être à la retraite, 14,8% au chômage[62], 32,2% au foyer et 5,1% étaient des autres inactifs.

Parmi les personnes au chômage, au foyer ou se déclarant inactif pour une autre raison, 27,7% avaient déjà travaillé et 30,5% avaient une autre activité. 32,6% exerçaient un travail « informel » (travail non déclaré ou petits boulots).

[60] Calcul des unités de consommation du ménage : le premier adulte vaut 1, les autres membres du ménage de 14 ans et plus valent 0,5 chacun, les moins de 14 ans 0,3.

[61] INSEE Info. Enquête Budget des familles à Mayotte. Résultats N°8, février 2008.

[62] La notion de chômage est difficile à appréhender (il n'y a pas de traduction évidente en langue locale, ni d'allocation chômage répandue). Sa définition ici est « ne pas travailler et chercher du travail », bien éloignée des définitions métropolitaines ou internationales…

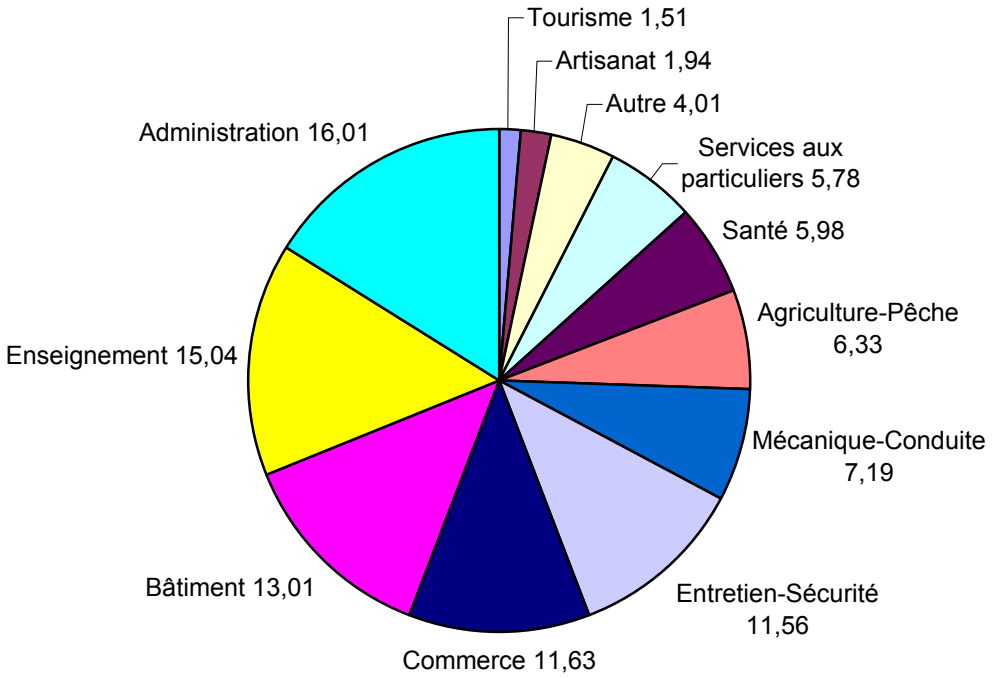
Catégories socioprofessionnelles et secteur d'emploi

Concernant l'emploi actuel ou le travail précédemment exercé, la répartition, selon les catégories de l'INSEE, était la suivante :

- Agriculteurs : 1,9%,
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise : 2,2%,
- Cadres, professions intellectuelles supérieures : 4,4%,
- Professions intermédiaires : 0,5%,
- Employés : 23,7%,
- Ouvriers : 2,3%,
- Chômeurs : 15,0%,
- Retraités : 1,7%,
- Etudiants, femmes au foyer, inactifs n'ayant jamais travaillé : 48,3%.

Il s'est révélé en fait difficile pour les enquêteurs de cerner la catégorie socioprofessionnelle des individus. La répartition ci-dessus ne prend pas en compte les activités secondaires éventuelles, activités majoritairement agricoles. L'administration, l'enseignement, le bâtiment et le commerce représentent, tous ensembles, la majorité des activités déclarées ; agriculture et pêche sont très probablement sous estimées.

Figure 4 : Pourcentage des principaux secteurs d'activité des individus actifs



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Situation sociale et insertion sociale

Parmi les personnes de plus de 15 ans, 62,0% vivaient en couple sous le même toit et 66,1% avaient des enfants.

Par ailleurs, une personne sur cinq (21,6%) se sentait seule ou très seule et 17,5% déclaraient avoir été victimes de discriminations durant l'année écoulée (dont 5,9% dans un lieu de soin).

Trajectoire migratoire, nationalité

Dans l'ensemble de la population, 59,8% des personnes interrogées étaient de nationalité française. Les personnes de nationalité étrangère étaient à 97,4% de nationalité comorienne et 2,2% malgaches ; **17,8% des étrangers étaient en situation régulière de séjour et 82,2% en situation irrégulière**.

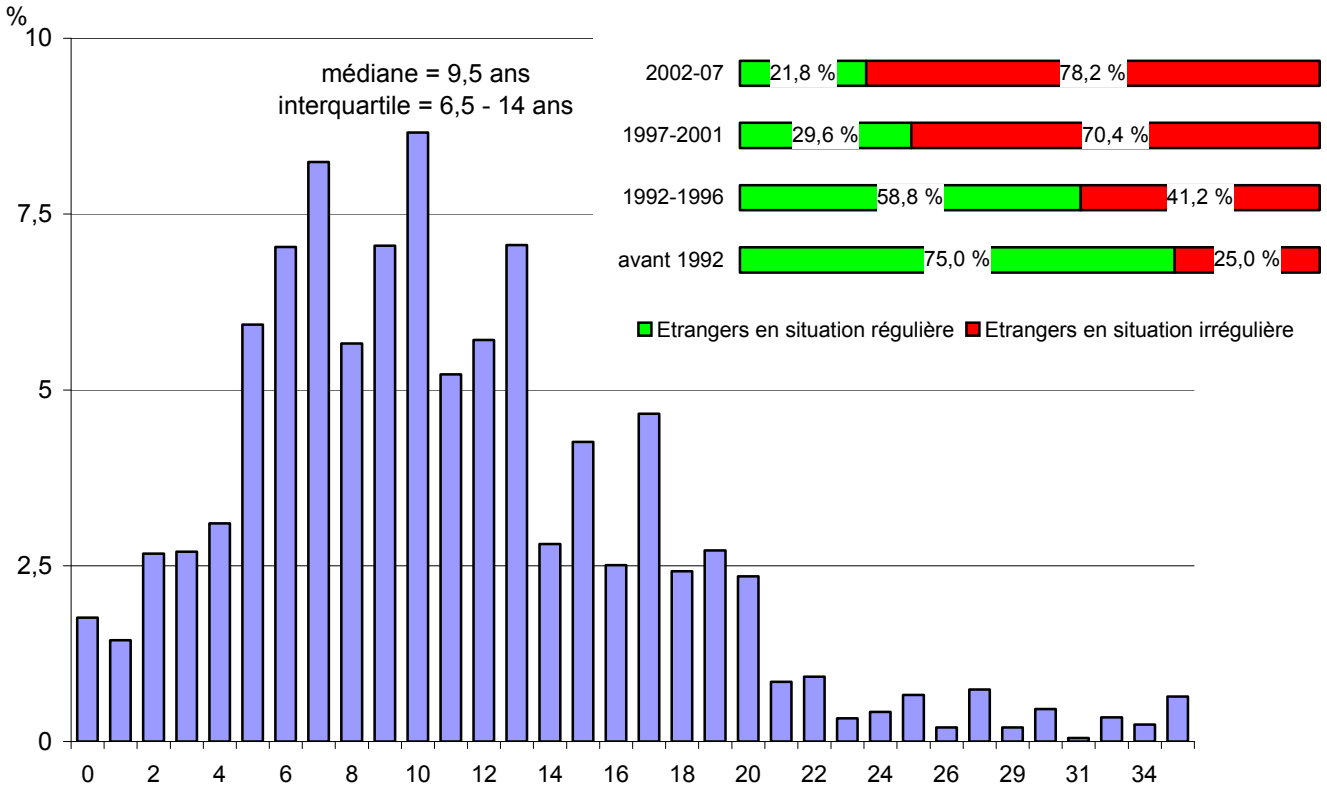
Notons que la moitié (49,6%) de la population de plus de 14 ans, prise dans son ensemble, n'est jamais sortie de l'île.

Au sein de la population française de Mayotte, 64,8% des personnes avaient leur état civil à jour à la Commission de Révision de l'Etat Civil.

Parmi la population migrante, la distribution de l'ancienneté de migration montre que **la moitié des étrangers immigrés à Mayotte se sont installés depuis plus de 10 ans** (ancienneté médiane d'installation = 9,5 ans). **On observe une nette diminution des installations au cours des 5 dernières années**.

Plus la migration est ancienne, plus la part d'étrangers en situation régulière est importante. Les étrangers installés depuis plus de 10 ans ont ainsi 7 fois plus de chance d'avoir obtenu un titre de séjour que ceux installés depuis moins longtemps (OR = 6,91 ; IC95% = [4,24 ; 11,3]). Ceci s'explique sans doute par les restrictions au droit de séjour des étrangers intervenues depuis la fin des années 1990.

Figure 5 : Distribution de l'ancienneté de migration des étrangers résidant à Mayotte et comparaison selon leur situation : irrégulière ou régulière de séjour



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Les 3/4 des individus nés hors de Mayotte sont nés aux Comores et les 2/3 sur l'île d'Anjouan, la plus proche de Mayotte ; tandis que 6% sont nés en métropole, 6% à Madagascar et seulement 2% à la Réunion (voir Figure 6).

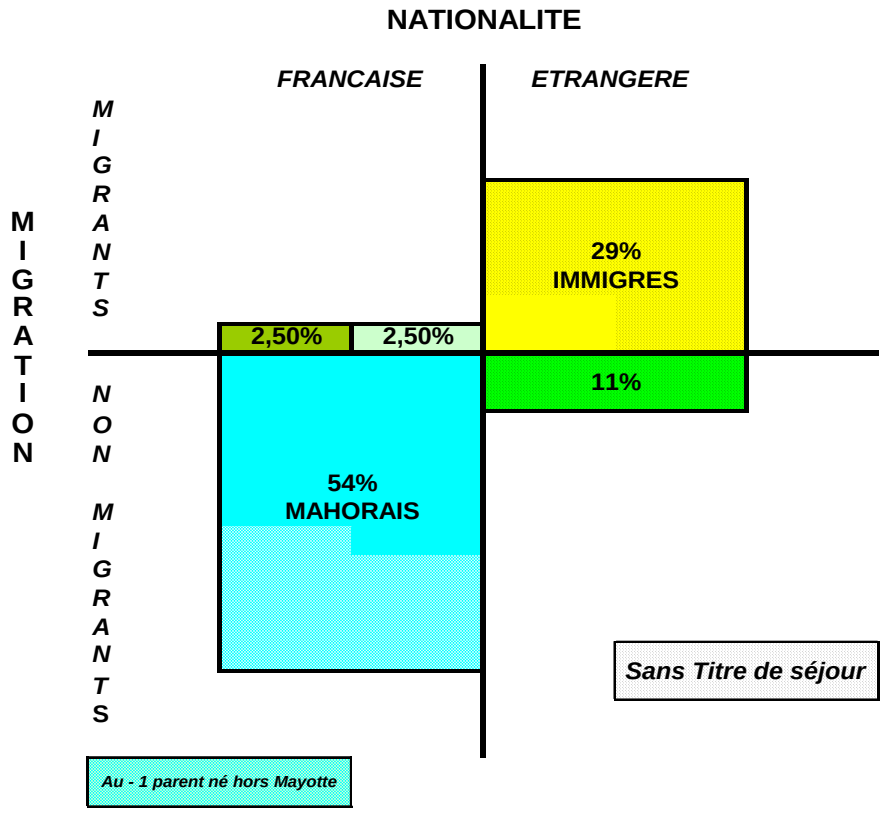
On distingue 4 sous-groupes de population :

- **la population française non migrante qui représente les « mahorais » (53,8%) et les enfants des métropolitains et réunionnais nés à Mayotte (0,2%). Soulignons que 40% de cette population a au moins un parent né hors Mayotte) ;**
- **la population étrangère ayant migré à Mayotte (29%) ;**
- **la population étrangère née à Mayotte constituée en très grande majorité des enfants des étrangers ayant migré (11%) ;**
- **la population française migrante qui est constituée de la population métropolitaine et réunionnaise de Mayotte (2,5%) et de la population d'origine étrangère ayant acquis la nationalité française (2,5%).**

Ce croisement nous permet de distinguer, pour les analyses qui vont suivre, 2 groupes de population plus homogènes selon la nationalité que selon le statut de migration. Le statut « migrant » regroupe en effet 3 populations différentes : les métropolitains et réunionnais, les étrangers ayant acquis la nationalité française et les étrangers non français.

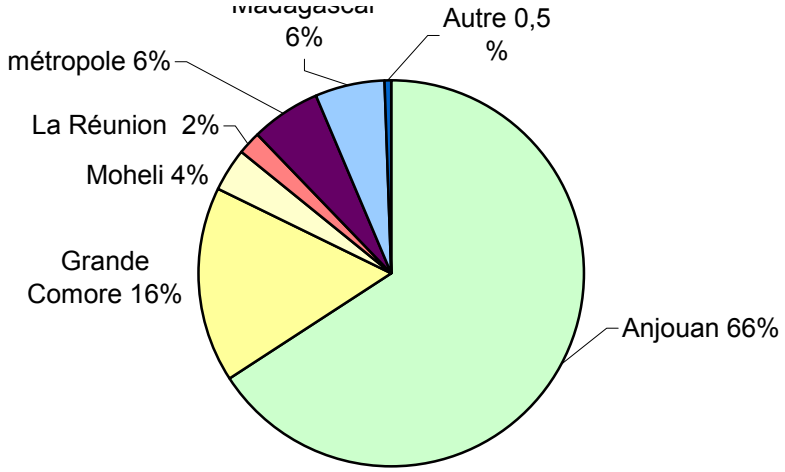
Lors des analyses ultérieures, les migrants d'origine étrangère ont été étudiés spécifiquement afin d'exclure les métropolitains et réunionnais.

Figure 6 : Répartition de la population résidente en fonction de la nationalité et du statut migratoire.



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Figure 7 : Répartition des lieux de naissances chez les individus nés hors de Mayotte



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

4. Caractéristiques sanitaires

Affiliation à la Sécurité sociale

61 % des personnes interrogées déclaraient être affiliés (cotisants ou ayants droit) à la CSSM. Ce pourcentage est tout à fait cohérent avec les données de la CSSM.

Un affilié sur dix est pris en charge à 100%. Un affilié sur dix à une couverture santé complémentaire, une mutuelle pour le tiers de ceux-ci , une assurance privée pour les autres.

Seuls 6% des personnes affiliés ayant sollicité un remboursement ont eu des problèmes de paiement.

La principale raison de non affiliation était l'absence de papiers (77% des non affiliés). Un non affilié sur dix était en cours de d'affiliation.

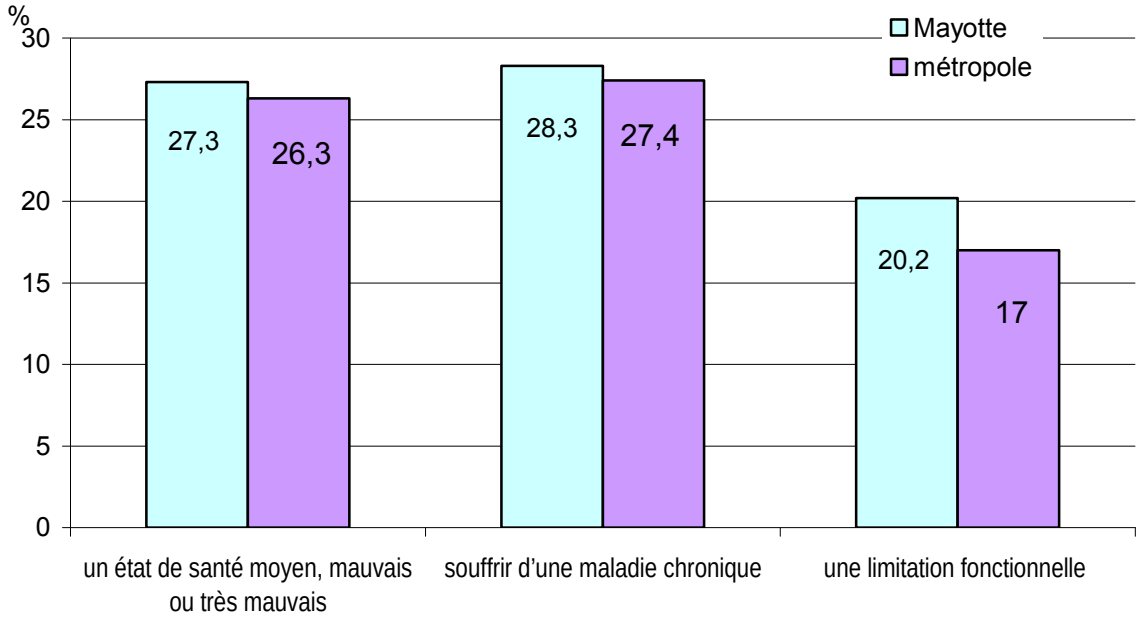
Etat de santé

L'état de santé était jugé bon ou très bon dans 70,8% des cas, 13,8% souffraient d'un handicap et 20,6 % déclaraient avoir une maladie chronique.

Nous avons effectué une comparaison de ces pourcentages, entre Mayotte et la métropole[63] chez les individus de 16 ans et plus. **Pour tous ces indicateurs, la situation à Mayotte est moins favorable qu'en métropole alors même que la population y est beaucoup plus jeune.**

[63] Source : Enquête Santé, soins et protection sociale, IRDES 2004.

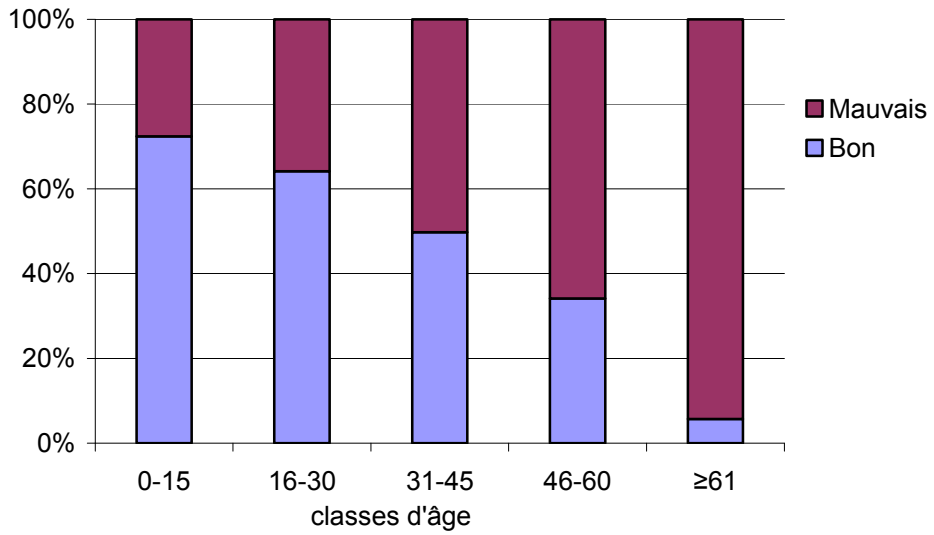
Figure 8 : Comparaison de l'état de santé entre Mayotte et la métropole



Sources : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte ; Santé soins et protection sociale en 2004 IRDES

Pour l'analyse de l'état de santé en fonction de l'âge,un état de santé « moyen », « mauvais » ou « très mauvais », et/ou la présence d'un handicap léger ou important et/ou la déclaration d'au moins une maladie chronique, ont été regroupées. On observe une décroissance de l'état de santé avec l'âge. Au-delà de 60 ans, près de 95% des individus ont un état de santé dégradé, mais aussi plus de 20% des enfants de moins de 15 ans.

Figure 9 : Etat de santé en fonction de l'âge

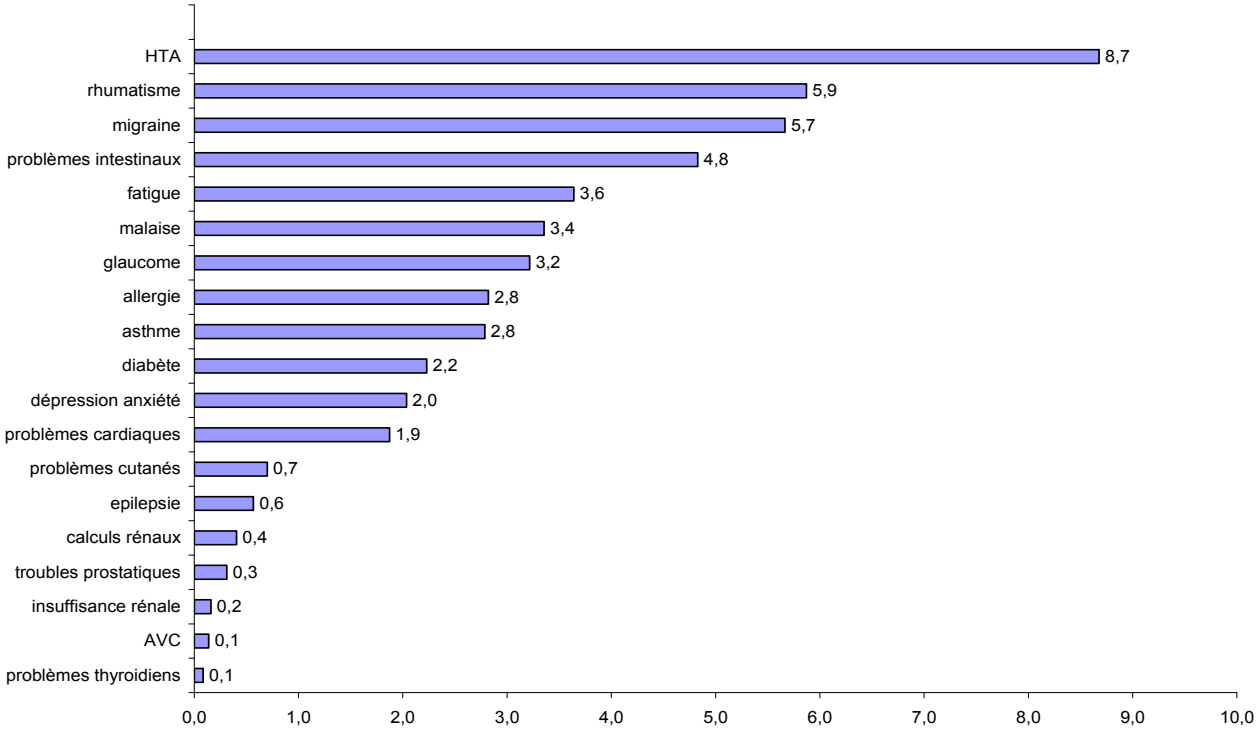


Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Les personnes étaient interrogées sur leurs conditions de vie nuisant à leur santé. Par ordre décroissant, les réponses citées comprennent. Les trois quarts des personnes ont cité au moins une condition (23,6% ont déclaré que rien ne nuisait à leur santé physique ou psychologique). Par ordre décroissant, les conditions citées comprennent : les problèmes financiers (39,6%), leur propre état de santé (17,9%), la peur d'être arrêté (13,3%), le stress (9,4%), les conditions de travail (8,8%), les problèmes familiaux (8,4%) et les conditions de logement (6,1%). Enfin,.

La figure suivante montre les principales pathologies ou symptômes chroniques déclarées. Comme dans les enquêtes en population générale métropolitaine, les douleurs articulaires, céphalées et douleurs abdominales arrivent dans le groupe de tête des symptômes cités. En revanche, l'hypertension artérielle et les altérations de l'état général peu spécifiques (fatigue et malaise) sont beaucoup plus fréquemment citées à Mayotte. Cette juxtaposition de symptômes peu spécifiques et de diagnostic (déclaré) d'hypertension artérielle est couramment observé dans des enquêtes en Afrique.

Figure 10 : Principale maladie chronique déclarée par les individus de 15 ans et plus



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Parmi les personnes déclarant au moins une maladie chronique, 16% déclaraient en au moins une autre et 12% au moins deux autres.

En moyenne **41% des personnes déclarant au moins une maladie chronique se déclaraient également bien suivis, 28,6% partiellement suivis seulement et 30% pas suivis du tout**. Ces pourcentages sont très variables selon les pathologies : de 100% des pathologies thyroïdiennes, des cancers ou des problèmes prostatiques (diagnostiqués) à seulement 8,6% des pathologies anxio-dépressives.

Recours aux soins

Concernant le recours au soins dans l'année précédant l'étude, **10,7% de la population interrogée avaient été hospitalisés au cours des 12 derniers mois** : 30,8% pour un accouchement, 11,9% pour une opération chirurgicale et 57,3% pour une autre raison. Les deux tiers des motifs d'hospitalisation chez les femmes de plus de 15 ans concernaient un accouchement.

Si l'on veut comparer ce taux avec la métropole, on peut considérer le taux d'hospitalisés chez les plus de 17 ans : il est de 13,5% en métropole (en 2003)[64] et de 13,1% à Mayotte.

[64] Collectif. *Enquête décennale santé 2003*. Paris, DREES Etudes et résultats, n°436, octobre 2005.

Près des trois quarts (73,0%) de la population totale avaient consulté au moins une fois un médecin au cours des 12 derniers mois et 71,6% des adultes. Pour mémoire, en métropole, ce taux chez les adultes est de 91% en 2003[64].

Par ailleurs, 23,7% ont consulté au moins une fois un soignant paramédical et **29,5% au moins une fois un soignant traditionnel** au cours des 12 derniers mois. La moitié de la population (51,1%) s'était procurée des médicaments au cours de l'année précédente et près d'une personne sur 5 (18,0%) des traitements traditionnels.

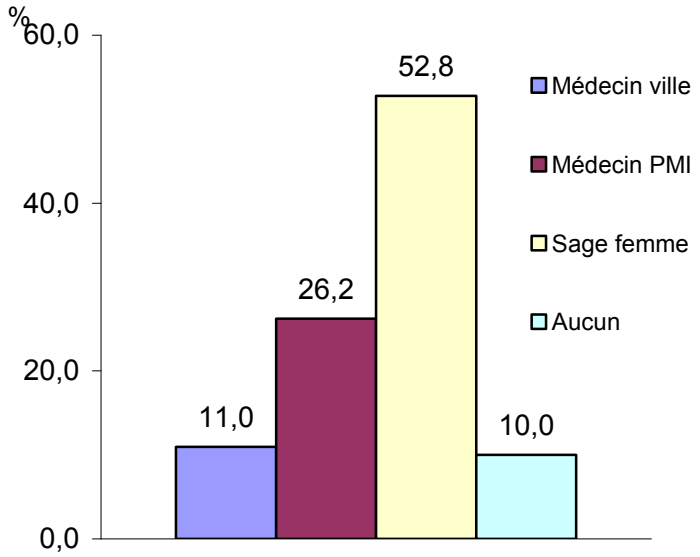
Presque toutes les personnes interrogées (96,6%) déclaraient posséder un carnet de santé.

Seuls 22,5% des individus de plus de 15 ans déclaraient avoir eu au moins une fois au cours de leur vie un test de dépistage du VIH. On ne retrouve étonnamment pas de différence selon le sexe. Sachant que 79% des femmes ont déjà été enceintes, cette absence d'écart dans la prévalence du dépistage au cours de la vie entière (qui est habituellement observé en faveur des femmes dans toutes les enquêtes en France) pose question. Correspond-il à un authentique déficit de dépistage pendant la grossesse (ce dont on peut douter fortement puisque les accouchements ont lieu en milieu médicalisé) ou est-il le signe – ce qui est plus probable – d'un déficit de compréhension et d'information concernant cet examen ?

Une grande majorité des enfants de moins de 6 ans (86,3%) sont suivi en PMI (mais, à l'inverse, 16,7% ne le sont pas !).

Près de 90% des femmes ayant eu des enfants étaient suivies de façon satisfaisante[65] (86%) ou partiellement (3,3%) par un médecin ou une sage femme lors de leur dernière grossesse. A contrario, 10% n'ont pas du tout été suivies dans le système de soins moderne. La moitié des femmes avait également été suivie par un soignant traditionnel, le plus souvent une masseuse ou un herboriste.

Figure 11 : Suivi de la dernière grossesse chez les femmes ayant au moins un enfant ou enceinte

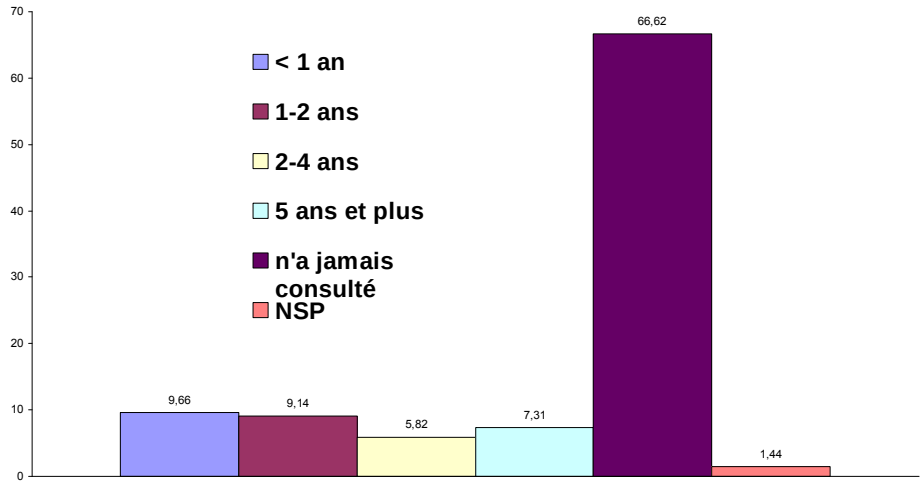


Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Concernant les soins dentaires, on observe un déficit criant de soins : les deux tiers de la population n'ont jamais consulté de dentiste et seuls 10% de la population ont consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois. Ce constat est souligné par les dentistes que nous avons rencontré qui ont tous rapporté une santé dentaire très détériorée et des pathologies à un stade avancées dans leur patientèle.

[65] Au moins une consultation par trimestre.

Figure 12 : Ancienneté de la dernière consultation dentaire dans la population de Mayotte 2007



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Renoncements aux soins

Près de la moitié de la population (45,5%) jugeaient plutôt difficile de consulter un médecin

Interrogés spécifiquement sur le renoncement aux soins, **18,6% des individus déclaraient avoir renoncé à des soins au moins une fois au cours de l'année écoulée et 11,2% des parents avaient dû renoncer à des soins pour leurs enfants** sur la même période de temps.

Près de 70% des personnes déclaraient rencontrer des obstacles dans l'accès aux soins. Dans l'ensemble de la population[66], les principaux obstacles mentionnés étaient les problèmes financiers (38,4%), l'attente en consultation (31,3%), la peur d'être arrêté (16%) et le fait de ne pas avoir de papiers (9,8%), la distance à parcourir (6%).

Attitudes et opinions vis-à-vis du système de santé

Neuf personnes sur dix (90,1%) étaient d'accord avec la déclaration « ce sont les médecins qui savent le mieux ce qui est bon pour un malade » (respectivement 93,5% des femmes et 86,1% des hommes, p<0,0001). Huit sur dix (80,7%) estimaient qu'il faut de l'argent pour être bien soigné et **un tiers trouvaient le discours des médecins difficile à comprendre**. On ne retrouve pas de différence significative entre les sexes pour ces deux dimensions.

Parmi les individus présents à Mayotte depuis plus de 2 ans, 30,6% considéraient que leur prise en charge médicale s'était améliorée, 29,1% qu'elle s'était dégradée et 40,3% qu'elle était restée stable.

Circonstances de la dernière consultation

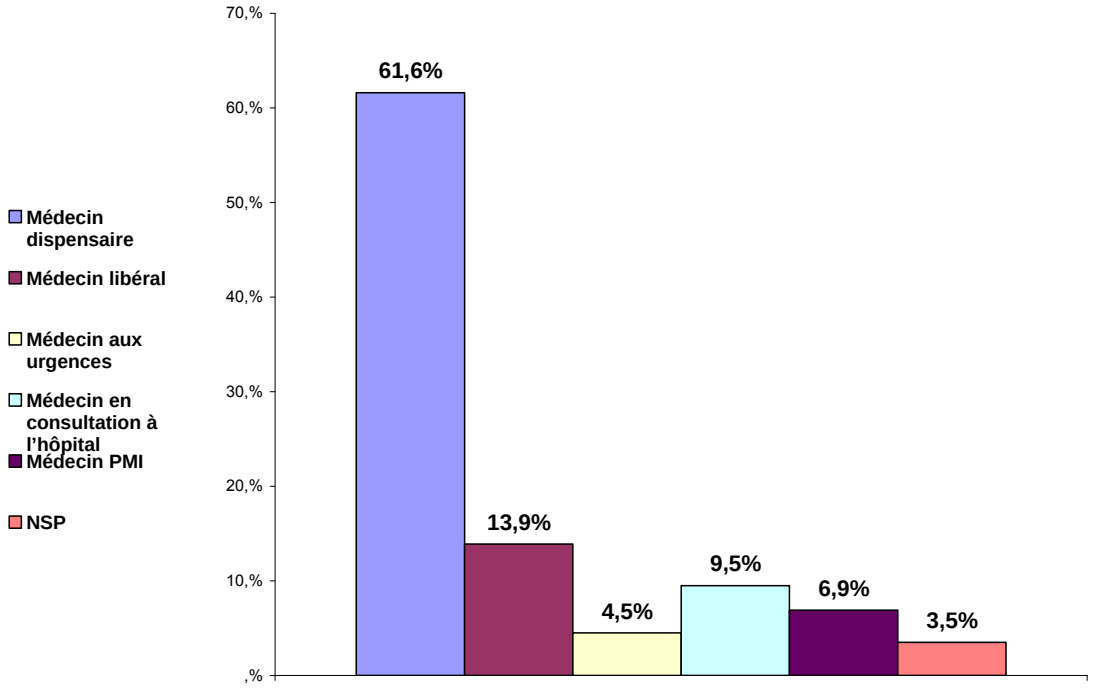
Seuls 1,2% de l'échantillon déclaraient n'avoir jamais consulté de médecin. Lors de sa dernière consultation, la majorité de la population avait consulté un médecin au dispensaire (61,6%), contre 13,9% un médecin libéral, 9,5% un médecin en consultation hospitalière, 6,9% à la PMI et 4,5% aux urgences (3,5% ne se souvenaient plus).

Six personnes sur dix avaient consulté durant les six derniers mois, 85% durant les 2 dernières années. La distribution de l'ancienneté de la dernière consultation ne variait pas en fonction du lieu de celle-ci, excepté pour la PMI où les consultations étaient plus récentes.

[66] Voir plus bas les comparaisons par groupe de migration.

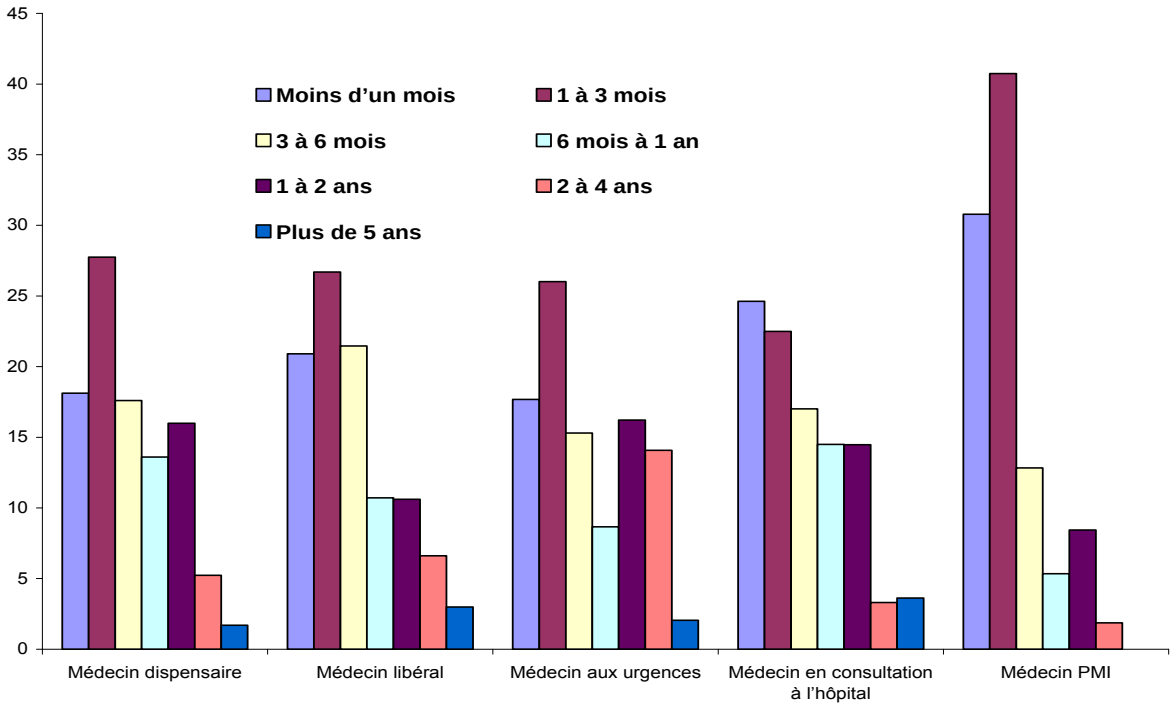
Lorsqu'un traitement avait été prescrit, 91% des personnes ont déclaré l'avoir suivi totalement, 6% en partie seulement et 3% ne l'ont pas pris du tout. Les raisons avancées à l'absence de prise ou à la prise partielle relevaient surtout de choix personnels (54%) et peu de problèmes financiers (5,5%) ou de compréhension (4%). Il est à noter qu'aucune des personnes interrogées ne mentionnait de problèmes d'approvisionnement et que 8,7% déclaraient ne pas pouvoir identifier les raisons de l'absence de prise des traitements prescrits.

Figure 13 : Lieu de la dernière consultation médicale des résidents



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

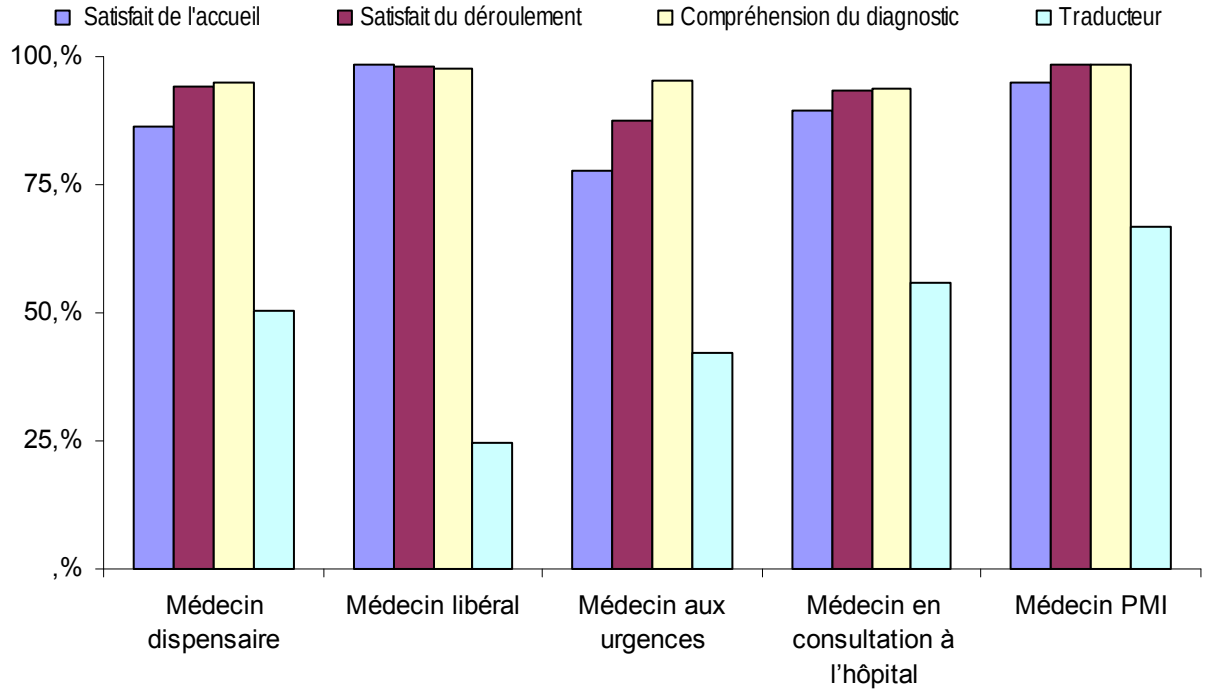
Figure 14 : Ancienneté de la dernière consultation médicale en fonction du lieu de soins



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

La grande majorité des patients étaient satisfaits de cette consultation : 87,5% étaient satisfaits de l'accueil à la consultation, 93,5% du déroulement de la consultation et 94,6% avaient compris le diagnostic. Près de la moitié (47,6%) avaient bénéficié de la présence d'un traducteur et, parmi eux, 80% en étaient satisfaits.

Figure 15 : Satisfaction et compréhension lors de la dernière consultation médicale en fonction du lieu de la consultation



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Au cours de la dernière consultation toujours, 70,3% de la population n'avaient pas payé la consultation : parmi ceux-ci, 70% avaient montré leur attestation de CSSM, un quart leur carnet de santé, 2,6% une pièce d'identité et 0,3% avaient bénéficié d'une procédure AGD (0,5% l'avaient déjà payée précédemment).

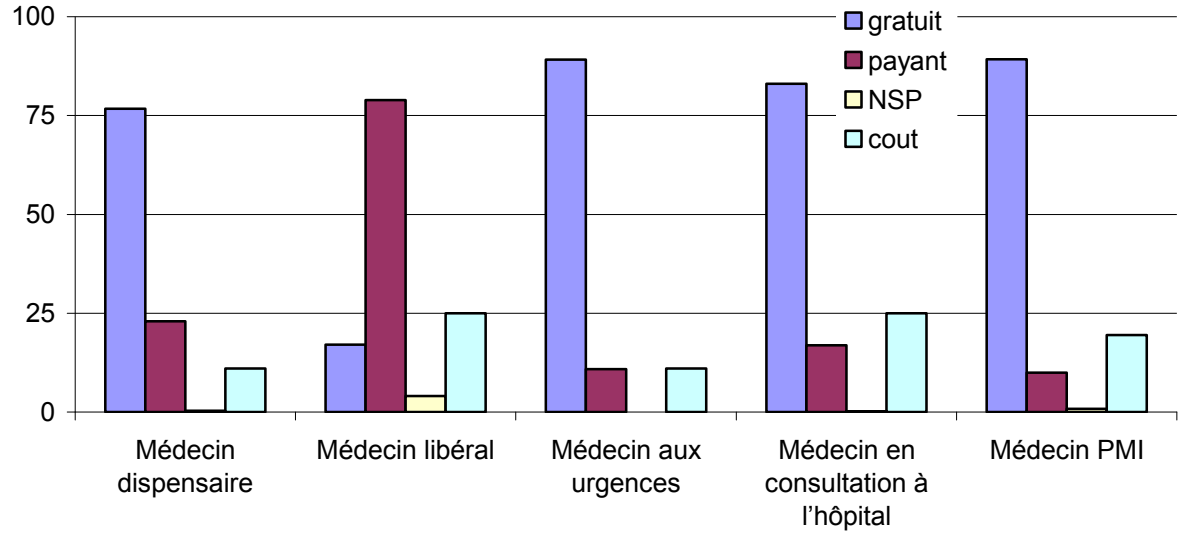
- **Quand elle avait été payée, le coût moyen de cette dernière consultation s'élevait à 17,7 (± 24,3) euros** : 11 (±8,3) € au dispensaire, 25,5 (± 30,5) € chez un médecin libéral et 25,7 (± 44,2) € en consultation hospitalière.

- **La moitié de la population avait payé le transport pour se rendre à la consultation**, pour un coût moyen de 3,1 (± 3) euros. L'autre moitié s'y était déplacée à pied (50%), avait été véhiculée (25%), avait bénéficié d'un transport gratuit (17%) ou était rendue en ambulance (3%).

- **Seules 9% des personnes avait payé un traitement**, pour un coût moyen de 27,6 (± 29,6) euros ; pour les autres, il avait été délivré gratuitement.

Au total, en considérant l'ensemble des consultations (gratuites et payantes), le montant total de la consultation était en moyenne de 9,1 euros ± 22, sachant que la majorité des patients n'avaient rien déboursé et 90% avait dépensé moins de 25 euros.

Figure 16 : Taux de gratuité lors de la dernière consultation (%) et coût moyen des consultations (€) en fonction du type de structure ou de professionnels de santé consultés

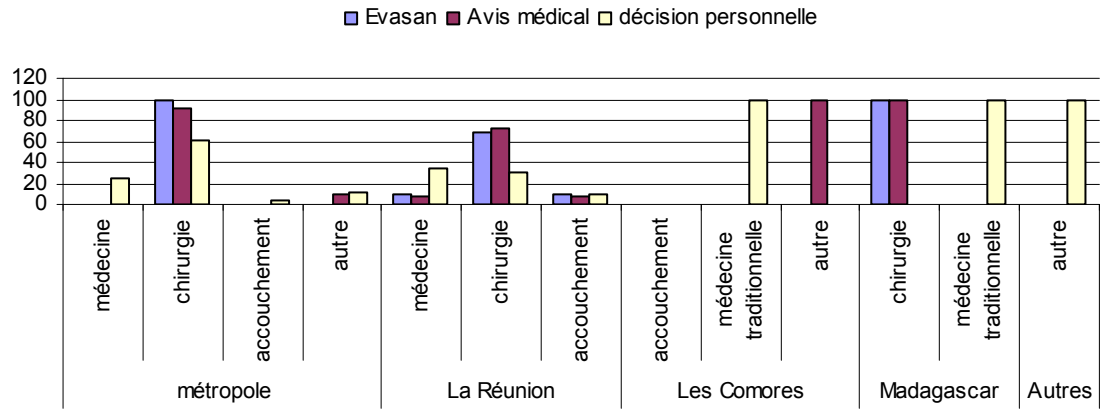


Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Déplacements pour soins en dehors de Mayotte

Les sorties de Mayotte pour raisons de santé concernent 3,6% de la population de plus de 15 ans , 3% vers la Réunion ou la métropole et 0.6% vers les Comores, Madagascar ou autres. Les motifs de sortie en fonction des lieux et types de soins sont mentionnées dans la figure qui suit.

Figure 17 : Causes de déplacement pour soins hors de Mayotte en fonction du lieu et du type de soins (dernier déplacement)



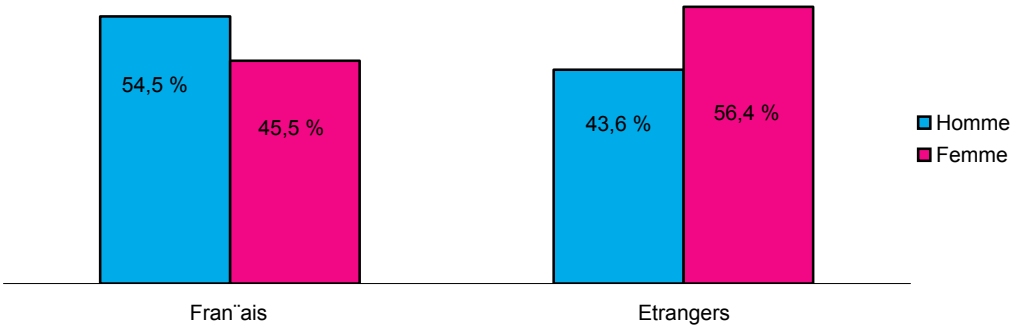
Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

5. Comparaison selon la nationalité

5.1. Comparaison des caractéristiques démographiques

Parmi la population de nationalité française, 54,5% étaient des hommes contre 43,6% dans la population de nationalité étrangère. **Les femmes étrangères sont majoritaires sur l'île** ; elles sont plus nombreuses que les hommes à avoir immigré et à s'être installées (notamment à s'y être mariées) et, par ailleurs, les femmes sont également plus nombreuses, parmi les Mahorais, à avoir émigré vers la Réunion.

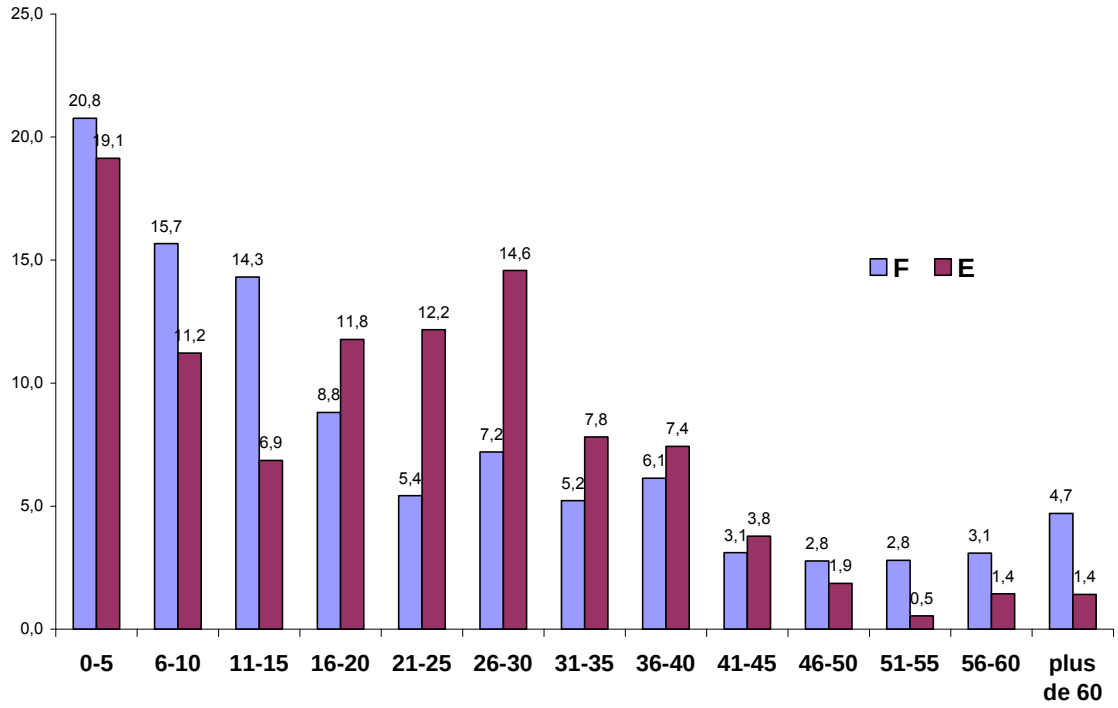
Figure 18 : Distribution par sexe et nationalité des résidents à Mayotte en 2007



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

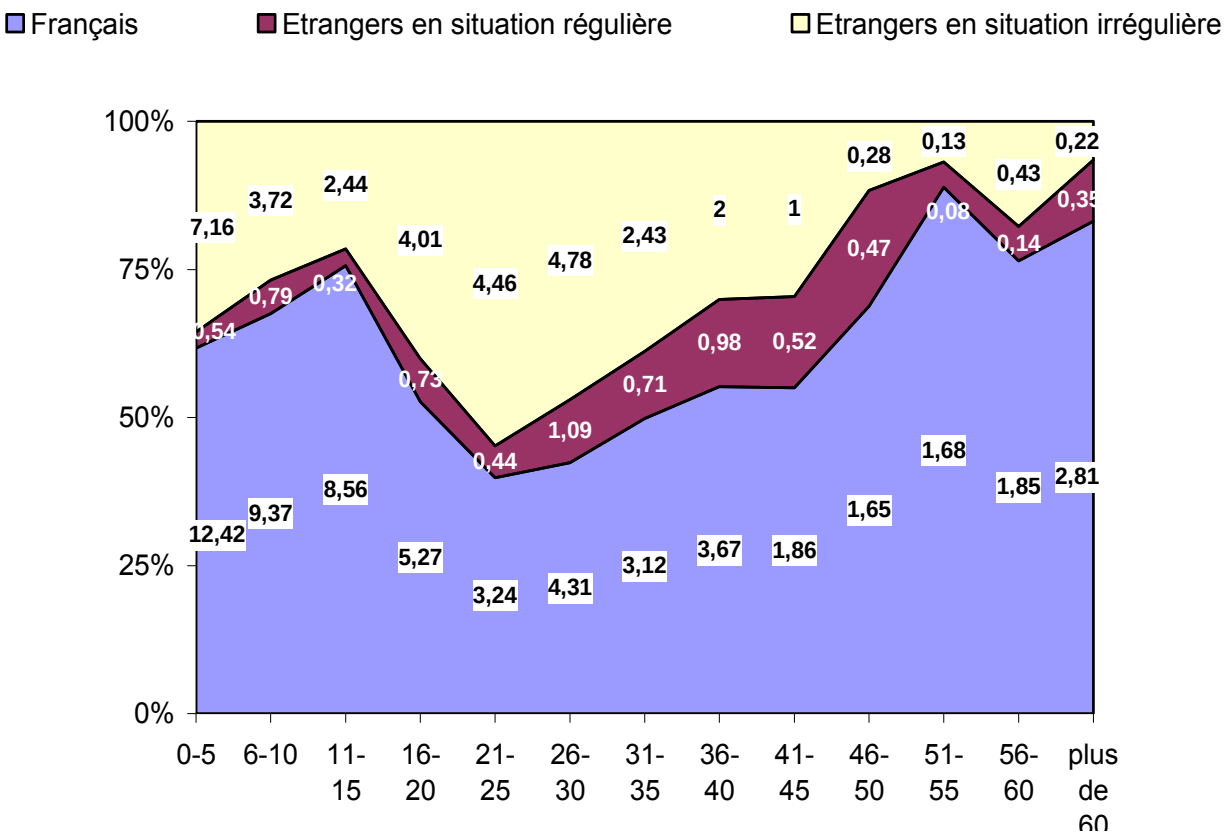
Bien que les moyennes d'âge ne différaient pas significativement entre les 2 populations (21,8±19,7 ans dans la population française versus 21,4±14,4 ans dans la population de nationalité étrangère), les distributions étaient très différentes. **Les moins de 15 ans et les plus de 45 ans prédominent dans la population française et les 15-45 dans la population étrangère**.

Figure 19 : Répartition de la population en fonction de l'âge et de la nationalité



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

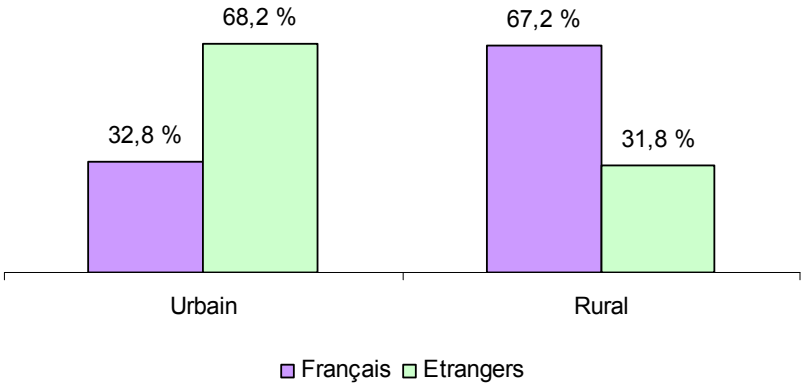
Figure 20: **Répartition de la population en fonction de l'âge, de la nationalité et du statut de résidence**



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Les étrangers sont particulièrement nombreux dans les pôles urbains de l'île : un tiers de la population de nationalité française résidait dans les zones urbaines contre les deux tiers de la population étrangère. **Au total, 58,3% de la population des zones urbaines était constituée d'étrangers contre 24,2% de la population rurale**. Cette nette concentration des étrangers à Mamoudzou – la ville où se concentrent également les administrations, les autorités de police, le centre hospitalier et la population métropolitaine - est sans doute à l'origine d'une vision quelque peu biaisée de leur importance numérique dans la population (qui est certes notable) par les différents responsables et leaders d'opinion rencontrés.

Figure 21 : Nationalité des résidents de Mayotte en 2007 en fonction de la localisation



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

La population étrangère est donc majoritaire dans la population féminine et dans la population âgée de 15 à 45 ans, c'est-à-dire dans la population en âge de procréer. Cette distribution permet d'expliquer le nombre d'accouchements important de femmes de nationalité étrangère à Mayotte.

5.2. Comparaison des caractéristiques sociales

La maîtrise du français, l'activité et les revenus différaient aussi significativement en fonction de la nationalité. Un tiers (34,1%) de la population de nationalité française maîtrisait peu ou pas du tout le français contre deux tiers (65,9%) dans la population étrangère (p<0,0001).

Activité

Six personnes sur dix (61,6%) au sein de la population française travaillaient ou étudiaient pour seulement 28,1% dans la population de nationalité étrangère. Ceux-ci n'ont en grande majorité pas le droit de travailler. Une personne de nationalité française sur cinq (21,6%) exerçait une activité informelle contre un tiers (36,5%) des étrangers en situation régulière et la moitié des étrangers en situation irrégulière (48,2%).

Revenus

40,6% des individus de nationalité française vivaient dans des ménages disposant, le mois précédent l'enquête, de moins de 142 euros mensuels par unité de consommation alors qu'ils étaient 67% à être dans cette situation dans la population étrangère.

Logement

On constate, en comparant les caractéristiques financières selon la nationalité et le statut de résidence, pour l'ensemble des variables décrivant le logement un gradient entre les étrangers en situation irrégulière, plus précaires, et les français plus aisés.

Tableau 3 : Principales variables sociodémographiques selon la nationalité

	Français	Etrangers	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
Activité			
Travail ou fait des études	61,6%	28,1%	<0,0001

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques financières selon la nationalité et le statut de résidence

	Français	Etrangers en situation régulière	Etrangers en situation irrégulière	p
Ressources par unité de consommation le mois dernier				
<142 euros / UC	38,8%	36,7%	66,8%	<0,0001
Situation financière ressentie				
Pas assez d'argent pour vivre	27,5%	66,2%	35,4%	<0,0001
Equipement du logement				
Electricité	99,3%	97,5%	86,9%	<0,0001
Eau dans le logement ou dans la cour	80,8%	78,5%	45,8%	<0,0001
Toilette avec chasses d'eau ou améliorées	94,4%	53,9%	90,5%	<0,0001
Radio	79,8%	72,9%	62,4%	<0,0001

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Reconduites « à la frontière »

20% de la population de nationalité étrangère en situation irrégulière âgée de plus de 14 ans a déjà été reconduite à la frontière, dont 40% plus d'une fois.

En majorité, il s'agissait d'hommes de moins de 30 ans, vivant en couple et exerçant une activité informelle.

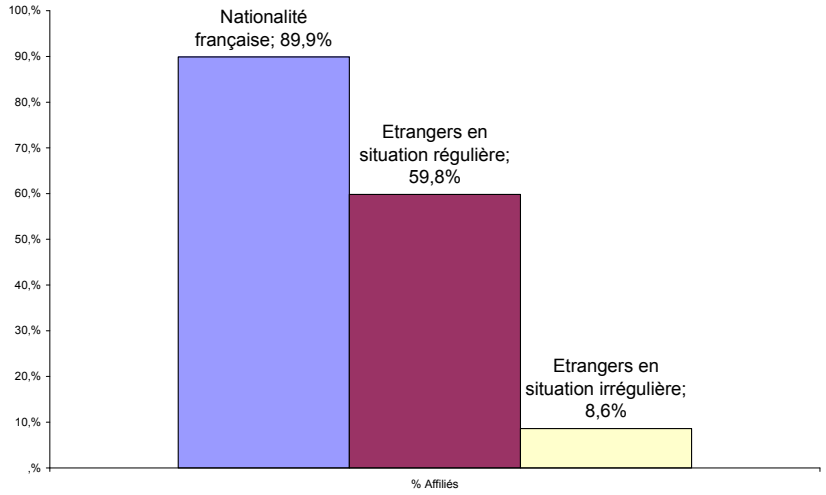
Rappelons qu'en fait de reconduite « à la frontière », les personnes sont reconduites à Anjouan, quelque soit leur île d'origine aux Comores.

5.3. Comparaison des caractéristiques sanitaires et des recours aux soins

Affiliation à la Sécurité sociale

Les étrangers en situation irrégulière n'ayant théoriquement pas droit à la Sécurité sociale, la différence d'affiliation est très importante selon la nationalité. **Neuf personnes sur dix (89,9%) de la population de nationalité française étaient affiliées contre seulement 17,7% de la population étrangère** (p<0,0001). On constate que 8,6% de la population étrangère en situation irrégulière déclaraient être affilié. Il s'agit, en fait, pour les deux tiers d'enfant de moins de 15 ans dont la moitié (47,1% est née à Mayotte).

Figure 22 : Taux d'affiliation à la Sécurité sociale selon la nationalité et le statut de résidence

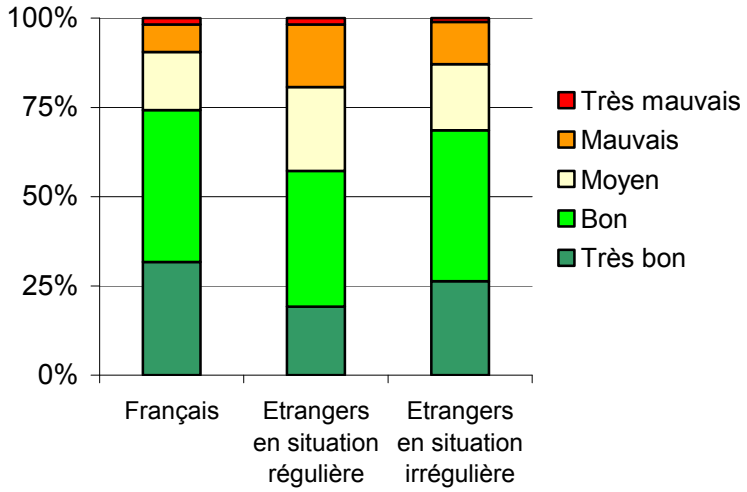


Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Etat de santé

L'état de santé perçu était différent selon la nationalité : les trois quarts (74,7%) de la population de nationalité étrangère se disaient en bon ou très bon état de santé, ce pourcentage étant de 89,1% dans la population française (p<0,0001).

Figure 23 : Etat de santé perçu en fonction du statut de résidence (français, étrangers en situation régulière ESR, étrangers en situation irrégulière ESI)



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Une personne de nationalité française sur 5 déclarait avoir une maladie chronique, contre 31,4% pour les étrangers en situation régulière et 22,6% pour les étrangers en situation irrégulière. **On n'a pas observé de différence selon la nationalité pour le type de pathologies déclarées**, sauf une fatigue plus importante dans la population de nationalité française et les troubles intestinaux et cutanés plus présents chez les étrangers.

Les effectifs étaient souvent trop faible pour trouver une différence significative en terme de suivi mais de manière générale, à l'image du suivi de l'hypertension artérielle, **les français bénéficiaient d'un suivi plus régulier, les étrangers étant davantage suivis « partiellement » ou « pas du tout ».**

Tableau 5 : Prise en charge et suivi de l'hypertension artérielle

	Français (%)	Etrangers (%)	p
Suivi régulier	60,9	32,8	
Suivi partiel	13,0	37,0	<0,0001
Pas de suivi	26,2	30,2	

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Concernant les conditions de vie nuisant à la santé, les 2 types de populations différaient également :

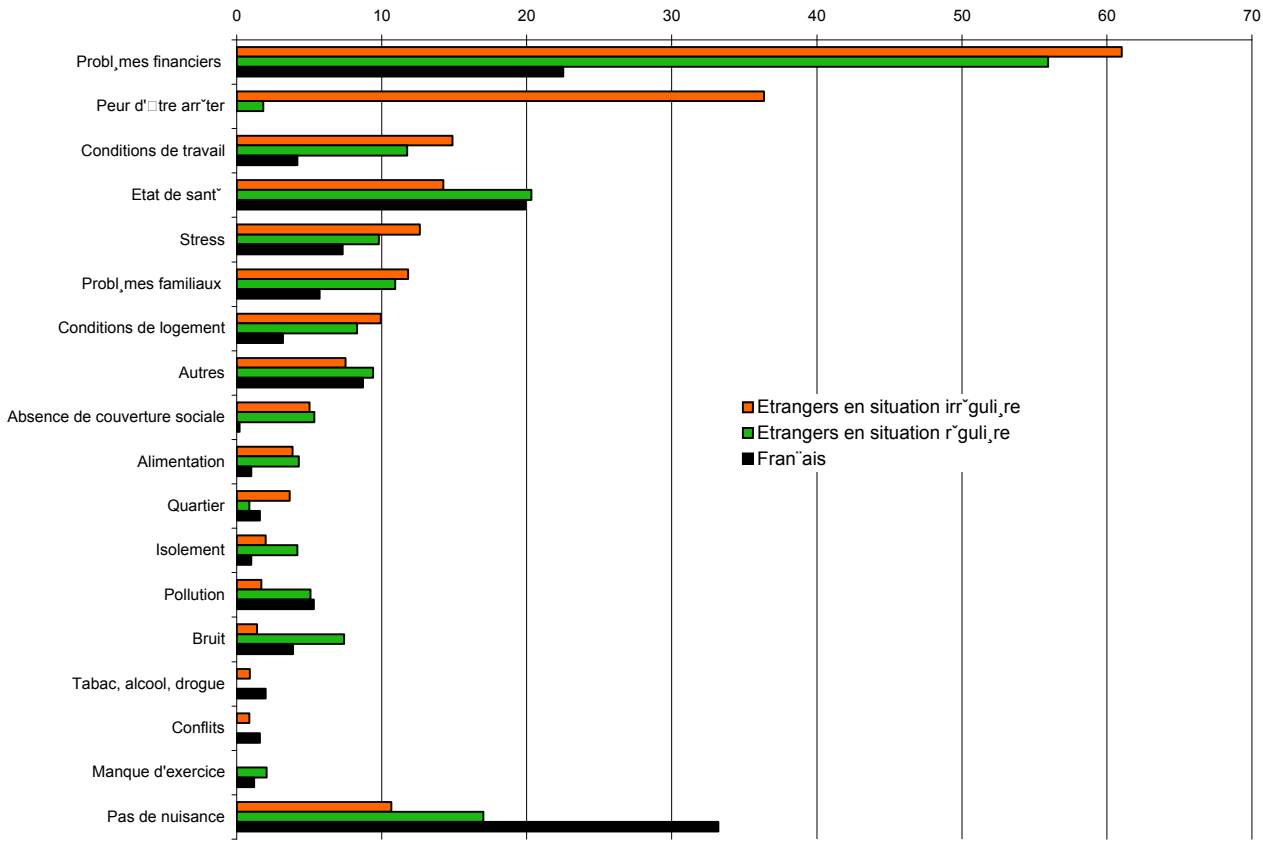
- parmi la population de nationalité étrangère étaient mentionnés les problèmes financiers (60%), la peur d'être arrêté (29,1%), leur propre état de santé (15,5%), les conditions de travail (14,2%), le stress (12%) et les problèmes familiaux (11,6%) ;

- parmi la population de nationalité française, si les problèmes financiers restaient cités le plus souvent (22,5%), leur propre état de santé était cité presque aussi souvent (19,9%) et un tiers de cette population déclarait n'identifier aucune nuisance à la santé ;

- **les items sur lesquels ces deux populations divergeaient le plus radicalement étaient la peur d'être arrêté (29,1% vs. 0,0%), l'absence de couverture sociale (5,1% vs. 0,2%), l'alimentation (4,0% vs. 1,0%), les conditions de travail (4,2% vs. 14,2%) et les conditions de logement (3,2% vs. 9,2%)**.

Un étranger sur trois considérait la peur d'être arrêté comme nocive pour sa santé, ce taux important est à mettre en regard du nombre d'expulsions hors de Mayotte depuis 2005.

Figure 24 : Conditions de vie pouvant nuire à la santé en fonction de la nationalité et du statut de résidence



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Recours aux soins

Malgré le fait que l'accès aux soins soit différent selon le statut légal de résidence, les deuxulations ne différaient pas significativement en terme de taux d'hospitalisation ou de fréquence de consultations médicales au cours de l'année écoulée.

Notons qu'il est rare, dans des enquêtes représentatives françaises, de mettre en évidence des différences numériquement importantes des taux « bruts » de recours aux soins en fonction des groupes sociaux (y compris entre les « exclus » et les plus favorisés). Pour mettre en évidence les inégalités sociales de recours aux soins, des indicateurs plus fins doivent être utilisés : le type, les modalités et les motifs de ces recours. On retrouve cette situation à Mayotte, et ceci pour deux raisons. D'une part, comme en métropole, les soins urgents et vitaux sont – d'une façon ou d'une autre – globalement assurés quelque soit la situation des personnes (et la question discriminante est alors le délai ou le retard aux soins). D'autre part, dans un contexte comme celui de Mayotte, le recours aux soins de la population reste globalement parcimonieux (quand bien même sont-ils assurés sociaux, la consommation médicale des Mahorais reste modeste, sans commune mesure avec celle de la population métropolitaine), ce qui ne contribue évidemment pas à mettre en évidence des écarts « bruts », même entre assurés sociaux et personnes en situation irrégulière.

Tableau 6 : Recours aux soins au cours des 1é derniers mois en fonction de la nationalité des résidents à Mayotte

	Français %	Etrangers %	p
Hospitalisation	10,3	11,3	NS (0,5)
Consultation médicale	73,6	72,8	NS (0,7)
Dispensaire	56,2	56,2	NS (1)
Libéral	22,2	13,8	<0,0001
Urgences	10,1	12,5	NS (0,08)
Consultation hospitalière	16,5	16,7	NS (0,93)
PMI	17,9	21,5	0,04
Consultation paramédicale	25,5	21,1	0,02
Infirmier	13,1	9,6	0,004
Kinésithérapeute	2,6	1,2	0,03
Pharmacien	6,6	6,4	NS (0,8)
Dentiste	8,7	7,2	NS (0,19)
Consultations de thérapeutes traditionnels	24,9	36,5	<0,0001
Mualimu	1,7	1,7	NS (0,9)
Fundi	12,0	14,7	NS (0,07)
Masseuse	12,3	23,7	<0,0001
Herboriste	8,0	19,4	<0,0001
Membres de la famille	2,6	1,9	NS (0,26)
Prise de traitements traditionnels	14,8	21,8	< 0,01

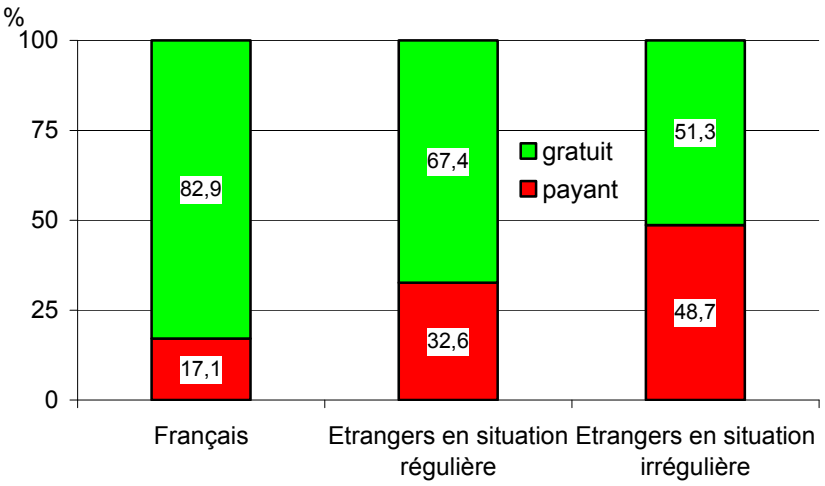
Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Ainsi, on retrouve en analyse multivariée, certaines différences selon le type de professionnel ou de structure de soins fréquentés :

- **Un résident de nationalité française avait 1,79 (IC95% =[1,40 ; 2,29]) fois plus de chance d'avoir consulté un médecin libéral au cours des 12 derniers mois ;**
- Globalement, un résident de nationalité étrangère avait 1,23 (IC95% = [1,03 ; 1,47]) fois plus de chance d'avoir consulté un médecin en PMI mais cette différence n'est due qu'à la structure d'âge différente des deux populations. En effet, lorsque l'on restreint cette analyse à la population des femmes et des enfants de moins de 6 ans, on ne retrouve plus de différence significative ;
- Si l'on s'intéresse au fait d'avoir consulté au moins un paramédical, on retrouve une différence significative entre les 2 populations. **Un résident de nationalité française avait 1,53 (IC95% = [1,13 ; 1,88]) fois plus de chance d'avoir consulté un personnel paramédical**. Cette différence est significative notamment pour les consultations d'infirmiers et de kinésithérapeutes. En revanche il n'y a pas de différence significative concernant la consultation d'un pharmacien ou d'un dentiste durant l'année précédente ;
- Concernant les soins dentaires, **un résident de nationalité française avait 2 fois plus de chance (IC95% = [1,56 ; 2,57]) d'avoir consulté un dentiste au cours des 2 dernières années ;**
- A contrario, **la population de nationalité étrangère avait 1,27 (IC95% = [1,01; 1,58]) fois plus de chance d'avoir consulté un praticien traditionnel** : la différence est significative quant à la consultation d'un masseur ou d'un herboriste, mais ne l'est pas pour les mwalimus et les fundis ;
- On ne retrouve pas de différence concernant la prise de médicaments « conventionnels » mais les prises de traitement traditionnelles diffèrent significativement, **la population de nationalité étrangère avait 1,61 (IC95% = [1,19 ; 2,18]) fois plus de chance d'avoir pris un traitement traditionnel**.

Nous avons comparé le taux de consultation gratuite lors de la dernière consultation en fonction du statut de résidence. Comme on pouvait s'y attendre, les étrangers en situation irrégulière sont les plus nombreux à avoir payer leur dernière consultation (dans la moitié des cas).

Figure 25 : Comparaison du paiement lors de la dernière consultation médicale en fonction du statut de résidence



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Accouchements et suivis de grossesse

Dans l'ensemble de la population, parmi les 16,4% de femmes ayant été hospitalisée durant l'année précédente, les deux tiers (65%) l'ont été pour un accouchement, soit 10,6% (on retrouve le nombre de 8000 naissances annuelles sur l'île rapporté par ailleurs).

En analyse univariée, ce taux d'accouchement augmente selon l'âge (<30 ans), la région (urbaine), la nationalité (étrangère), le statut de résidence (situation irrégulière), l'affiliation à la Sécurité sociale (non affilié) et le fait d'être en couple. En revanche, ce taux ne varie pas avec les principales variables économiques comme les ressources du ménage par unité de consommation, la situation financière ressentie.

En analyse multivariée, après avoir ajusté sur l'âge, le fait d'être en couple, la zone d'habitation et le statut socio-économique du ménage, on n'observe plus de différence significative en fonction de la nationalité et du statut de résidence. **Les femmes en situation irrégulière n'accouchent donc pas (et ne viennent pas accoucher) plus souvent que les autres du fait de leur situation : les différences observées s'expliquent essentiellement par leurs caractéristiques démographiques (âge, statut conjugal).**

Concernant le suivi de grossesse, en analyse univariée, les femmes de nationalité étrangère avaient 2,95 (IC95% = [1,50 ; 5,88]) fois plus de chance d'avoir été suivi au moins une fois par un médecin ou une sage femme pendant leur grossesse. Cette différence persiste après ajustement sur l'âge, la zone géographique et le statut socio-économique du ménage. En revanche, il n'y a pas de différence significative en analyse multivariée concernant le suivi régulier (OR = 1,73 ; IC95% = [0,94 ; 3,19]). De plus la tendance s'inverse plutôt (mais n'est pas significative non plus) si on ne considère que le suivi régulier par un médecin : les femmes de nationalité étrangère ont 1,45 (IC95% = [0,91 ; 2,32]) moins de chance d'avoir été suivi par un médecin. Le suivi en médecine libérale concerne préférentiellement les femmes françaises : elles ont 3,03 (IC95% = [1,59 ; 5,80]) fois plus de chance d'avoir eu ce type de suivi que les étrangères.

Au total, les étrangères ont souvent au moins un contact avec les structures de soins pour le suivi de leur grossesse, mais ce suivi n'est pas forcément ni complet, ni réalisé par un médecin.

Notons que le suivi par un médecin peut être surestimé sur ces données déclaratives, notamment chez les femmes de faible niveau d'éducation, les patientes n'étant pas forcément très au fait de la qualification de la personne qui les examine.

Parallèlement, le suivi par un soignant traditionnel était plus élevé chez les femmes de nationalité étrangère (54,2% vs. 35,1% ; p<0,0001).

Dépistage du VIH/sida

Les Français avaient 1,76 (IC95% = [1,32 ; 2,35]) fois plus de chance d'avoir eu au moins une fois un test de dépistage du VIH. On ne retrouve pas plus chez les étrangers que dans l'ensemble de la population (voir précédemment) de différence significative en fonction du sexe : une femme sur cinq (19,2%) déclarent avoir eu un test de dépistage contre 15,5% des hommes.

Renoncements aux soins

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 : OR = 3,47 ; IC95% = [2,74 ; 4,41].

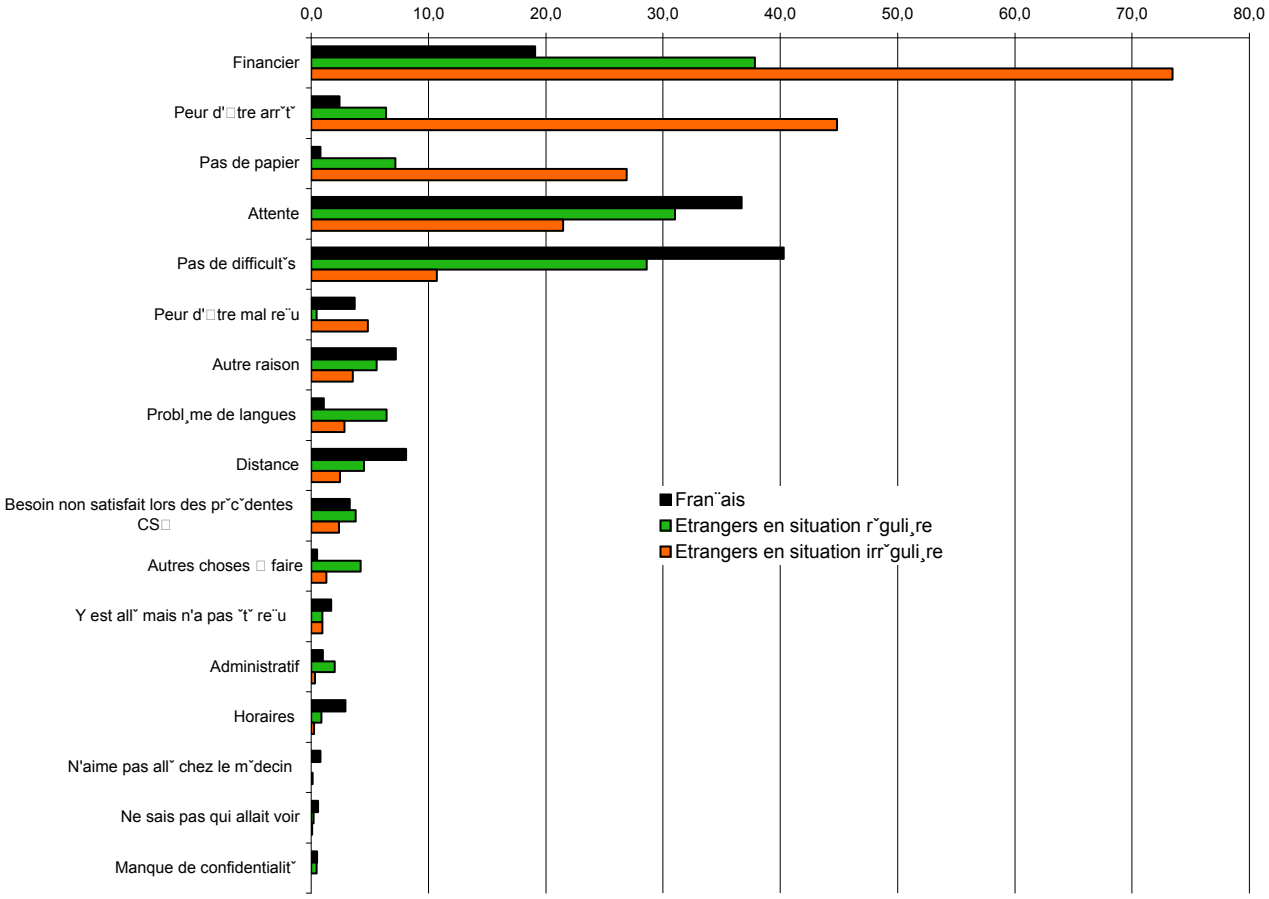
De la même façon, 18,8% de la population de nationalité étrangère avec des enfants avait au moins une fois renoncé à des soins pour leurs enfants contre 3,39% dans la population de nationalité française : OR = 6,77 ; IC95% = [3,58 ; 10,07].

57,3% de la population de nationalité étrangère trouvaient plutôt difficile de consulter un médecin contre 35,7% dans la population française. En corollaire, 13,9% de la population étrangère déclaraient ne pas avoir d'obstacles pour consulter contre 40,3% de la population de nationalité française. Les principaux obstacles à consulter différaient selon la nationalité :

- **dans la population de nationalité étrangère, étaient cités en premier les problèmes financiers, la peur d'être arrêté et l'absence de papiers** ;

- dans la population de nationalité française, il s'agissait d'abord de l'attente en consultation (36,7%) puis les problèmes financiers (19,1%). Il est à noter que ces derniers étaient mentionnés par un résident français sur cinq en dépit de la gratuité théorique des soins.

Figure 26 : Obstacles aux soins en fonction de la nationalité et du statut de résidence



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Attitudes et opinions vis-à-vis du système de soins

On retrouve des différences significatives selon la nationalité pour les 3 questions suivantes :

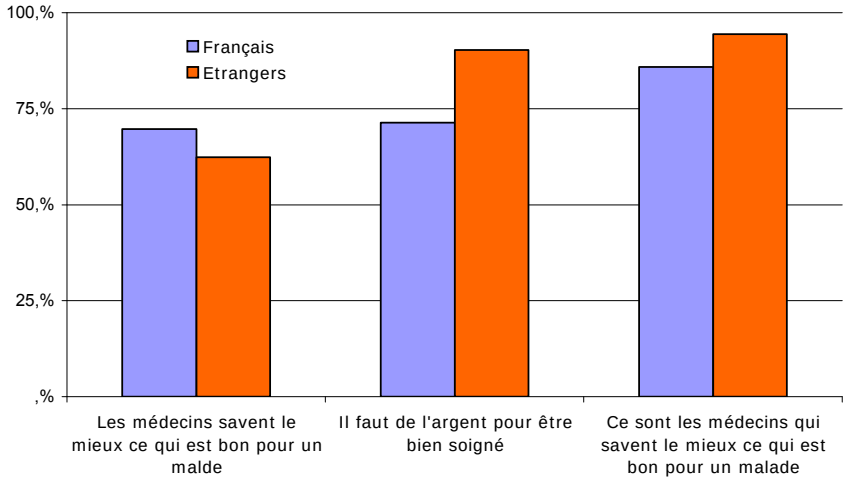
- *« Pensez-vous que ce sont les médecins qui savent le mieux ce qui est bon pour un malade ? »* : 94,4% de la population étrangères sont tout à fait ou plutôt d'accord versus 85,8% de la population de nationalité française (p<0,0001) ;

- *« Pensez-vous qu'il faut de l'argent pour être bien soigné ? »* : 90,3% de la population de nationalité étrangère le pensent contre 71,4% de la population de nationalité française (p<0,0001) ;

- *« Pensez-vous que ce que disent les médecins est facile à comprendre ? »* : 62,3% de la population de nationalité étrangère le pensent contre 69,7% de la population de nationalité française (p<0,0001).

Dans la population de nationalité étrangère, 39,5% pensent que leur prise en charge s'est dégradée depuis 2 ans alors que ce pourcentage n'est que de 14,6% dans la population française (p<0,0001).

Figure 27 : Représentations de santé en fonction de la nationalité chez les résidents



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Déterminants du recours aux médecins

Nous avons étudié les déterminants du fait d'avoir consulté au moins une fois un médecin durant l'année précédente. Rappelons que, dans l'ensemble de la population, 73,0% des personnes déclaraient avoir consulté au moins une fois un médecin.

En première analyse, les hommes, les personnes vivant dans un ménage ayant des revenus par unité de consommation inférieurs au revenu médian de notre échantillon, les personnes âgées entre 46 et 60 ans, les personnes vivant seules ou appartenant à un ménage de plus de 5 membres, les personnes n'écoutant pas la radio ou la télévision quotidiennement, les personnes ne vivant pas en couple, les personnes sans enfant et les personnes sans maladie chronique ont moins de chance d'avoir consulté un médecin durant l'année précédente. On ne trouve pas de différence significative selon la nationalité, le statut administratif, la localisation géographique, la compréhension du français, l'isolement, le fait de déclarer des difficulté pour consulter, d'avoir été discriminer ou l'affiliation à la Sécurité sociale.

A l'issue de l'analyse multivariée **les déterminants au fait d'avoir consulté durant l'année précédente sont le sexe, la localisation géographique, la déclaration d'une maladie chronique et le fait d'avoir l'électricité dans le logement** (un *proxy* de la situation socioéconomique du ménage). Ainsi les personnes atteintes de maladies chroniques, les femmes, les personnes habitants plutôt la zone rurale de l'île et dont le ménage possède l'électricité ont plus de chances d'avoir vu un médecin durant l'année.

Tableau 7 : Analyse descriptive du fait d'avoir consulté un médecin durant l'année

		% dans la population	Taux de consultation	p
Sexe	Homme	49,9	71,7	0,03
	Femme	50,1	75,8	
Age	0-15	45,3	76,7	0,003
	16-30	28,3	70,3	
	31-45	16,3	73,0	
	46-60	6,7	65,2	
	>60	3,4	82,1	
Nationalité	Française	59,8	73,9	NS
	Etrangère	42,2	73,4	
Situation administrative	Régulière	33,0	74,4	NS
	Irrégulière	67,0	72,3	
Revenus mensuels (€/U	<142	50,0	70,5	0,005
	>142	50,0	76,3	
Localisation	Urbaine	47,1	72,5	NS
	Rurale	52,9	74,8	
Type de ménage	Personne seule	3,3	64,6	NS
	Monoparentale	62,6	74,5	
	Mononucléaire	20,8	71,7	
	Elargie	11,4	71,0	
	Autres	1,9	58,7	
Taille du ménage	1	3,3	64,4	0,01
	2-5	53,5	74,1	
	6 et +	43,2	66,8	
Electricité	Oui	94,6	72,6	<0,0001
	Non	5,4	42,0	
Langue française	Parlée	51,4	72,9	NS
	Non parlée	48,6	69,0	
TV ou Radio	Quotidiennement	80,8	72,4	0,02
	Moins souvent	19,2	64,9	
Vie en couple	Oui	62,0	73,8	0,009
	Non	38,0	66,9	
A des enfants	Oui	66,1	73,4	0,02
	Non	33,9	66,8	
Isolement	Entouré	78,6	71,2	NS
	Seul	21,4	70,2	
Expérience de discrimination	Oui	17,4	69,4	NS
	Non	82,6	71,6	
Couverture sociale	Oui	60,9	74,5	NS
	Non	39,1	72,5	
Maladie chronique (au moins une déclarée)	Oui	20,8	85,4	<0,0001
	Non	79,2	70,7	
Difficultés pour consulter	Oui	56,9	71,5	NS
	Non	43,1	70,7	

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Tableau 8 : Analyse multivariée du fait d'avoir consulté un médecin durant l'année en fonction des variables sociodémographiques et de santé

	% dans la population	% chez les cas	OR	IC95%
Déclaration d'une maladie chronique				
Non			réf.	
Oui	24,5	29,2	3,13	[2,06-4,75]
Sexe				
Masculin			réf.	
Féminin	50,2	54,3	1,80	[1,28 -2,53]
Localisation				
Urbaine			réf.	
Rurale	57,7	55,0	1,73	[1,23 -2,42]
Electricité dans le logement				
Non			réf.	
Oui	96,8	94,8	3,71	[2,03- 6,75]

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Déterminants du recours à la médecine libérale

En analyse multivariée, le déterminant principal du recours à la médecine libérale est, comme on pouvait s'y attendre, le niveau de revenus du ménage (et l'état de santé). On observe que, toutes choses égales par ailleurs, le statut de résidence est à la limite de la signification statistique : à ressources identiques, les étrangers en situation irrégulière consultent près de 2 fois moins souvent un médecin libéral.

Tableau 9 : Analyse multivariée du fait d'avoir consulté un médecin libéral durant l'année en fonction des variables sociodémographiques et de santé

	OR	IC95%
Sexe		
Masculin	ref.	
Féminin	1,21	[0,84-1,73]
Age		
Moins de 30ans	ref.	
30ans et plus	1,16	[0,78-1,74]
Localisation		
Rurale	ref.	
Urbaine	0,72	[0,95-2,28]
Avoir une maladie chronique		
Non	ref.	
Oui	1,57	[1,03-2,39]
Statut de résidence		
Régulière	ref.	
Irrégulière	0,68	[0,44-1,05]
Ressources par unité de consommation		
< médiane	ref.	
≥ médiane	2,55	[1,71-3,79]

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Déterminants du renoncement aux soins

Nous avons étudié les facteurs de risques de renoncer à des soins au cours de l'année précédente. En analyse univariée, **10,9% de la population française ont renoncer à des soins contre 29,9% dans la population de nationalité étrangère**.

En analyse multivariée, le fait d'être étranger en situation irrégulière et le fait d'être malade se sont avérés être des facteurs de confusion vis-à-vis du fait de renoncer à des soins. Nous avons donc étudié séparément les principaux déterminants au fait de renoncer dans chaque catégorie.

Les tableaux suivants montrent les odds ratio des principaux déterminants associés au renoncement avec leurs intervalles de confiance à 95%.

Les personnes étrangères en situation irrégulière qui n'ont pas d'affiliation à la Sécurité sociale ont 4 fois plus de risque de renoncer à des soins, celles ont un poste de radio ont 3 fois moins de risque de renoncer à des soins.

La possession d'un poste de radio apparaît corrélée au renoncement aux soins (dans un sens « protecteur ») dans la population en situation régulière de séjour comme dans la population en situation irrégulière. Cet indicateur est non seulement un *proxy* de la situation socio-économique du ménage (le quart des ménages de l'île qui n'en possède pas sont parmi les plus pauvres) mais également une source d'informations (générales et de santé) précieuse. Rappelons qu'il n'y a pas de presse écrite quotidienne à Mayotte et que la radio est un des vecteurs les plus importants d'informations et de messages de santé.

Les personnes étrangères en situation irrégulière qui ont des ressources autres - en plus ou à la place - du travail, de la retraite, des allocations, de l'aide familiale ont 4,5 fois plus de risques de renoncer aux soins. Ici intervient sans doute la dimension subjective du renoncement aux soins : ce serait alors la « fraction la plus riches des pauvres » qui aurait le plus conscience d'un écart entre les soins qu'ils jugent nécessaires pour eux-mêmes et ceux auquel sis ont pu effectivement accéder. Ceci est d'ailleurs confirmé par le fait que **ce sont les personnes dont la situation financière subjective est la plus critique qui déclarent le moins avoir dû renoncer à des soins** (à Mayotte comme dans d'autres enquêtes en métropole[67]).

Cette double dimension – à la fois objective et subjective - du renoncement aux soins se retrouve dans l'interprétation de deux résultats concernant les étrangers en situation irrégulière :

- **les étrangers en situation irrégulière ont 2,8 fois plus de risque de renoncer à des soins lorsqu'ils déclarent par ailleurs au moins une maladie chronique** ;

- **alors que chez les non malades, les étrangers en situation irrégulière déclarent 2,5 fois moins souvent un tel renoncement** que les personnes en situation régulière de séjour (Français compris).

Chez les Français et les étrangers en situation régulière, les deux principaux facteurs déterminants le fait de renoncer à des soins sont l'affiliation à la Sécurité sociale et l'état de santé. Les personnes qui n'ont pas d'affiliation à la Sécurité sociale ont 5,1 fois plus de risque de renoncer à des soins et ceux en mauvais état de santé 4 fois plus de risque.

Chez les personnes déclarant avoir une maladie chronique, les personnes les plus pauvres (revenu inférieur à la médiane) ont 4.6 fois plus de risque de renoncer à des soins, les personnes dont le ménage possède un poste de radio ont 4 fois moins de risque de renoncer et celles qui ont été victimes de discriminations ont 6,8 fois plus de risques de renoncer.

Chez les personnes qui ne déclarent pas de maladies chroniques, les personnes sans couverture sociale renoncent 7 fois plus, celles dont le ménage percevait des revenus « autres » 4 fois plus et celles qui avaient des dettes 2 fois plus.

---

[67] 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: 361-7.
Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001. *Sci Soc Santé* 2006; 24: 11-31.

Tableau 10 : Facteurs associés au renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois chez les français et les étrangers en situation régulière

	OR	IC95%
Absence de Sécurité sociale	5,05	[2,43-10,50]
Mauvaise santé ressentie	4,02	[1,97-8,21

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Tableau 11 : Facteurs associés au renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois chez les étrangers en situation irrégulière.

	OR	IC95%
Absence de Sécurité sociale	4,12	[2,45-6,92]
Avoir un poste de radio	0,35	[0,21-0,59]
Avoir des sources de revenus « autres »	4,55	[1,82-11,11]
Situation financière perçue		
> = moyenne	ref.	
pauvre	0,72	[0,32-1,63]
très pauvre	0,35	[0,15-0,82]
Au moins une maladie chronique	2,80	[1,65-4,77]

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Tableau 12 : Facteurs associés au renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois chez les malades chroniques.

	OR	IC95%
Revenus du ménage < médiane	4,65	[1,56-13,85]
Avoir un poste de radio	0,25	[0,10-0,65]
Avoir été victime de discrimination*	6,84	[1,72-27,24]

* dans l'année précédente

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Tableau 13 : Facteurs associés au renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois chez les non malades.

	OR	IC95%
Etranger en situation irrégulière	0,40	[0,17-0,95]
Absence de Sécurité sociale	6,98	[2,90-16,77]
Avoir des sources de revenus « autres »	4,08	[1,45-11,49]
Avoir des dettes	1,99	[1,05-3,74]

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Déterminants de la difficulté à consulter un médecin

La question de la difficulté à consulter un médecin comporte également une dimension subjective mais a une interprétation moins équivoque. Les réponses restent bien entendu très dépendantes de l'état de santé des personnes (et donc du besoin ressenti à consulter). Après ajustement sur le sexe, l'âge et l'éta de sanré ressenti, **les personnes en situation irrégulière déclarent 2 fois plus souvent des difficultés pour consulter un médecin et les personnes isolées également**.

Tableau 14 : Facteurs associés avec le fait d'avoir des difficultés pour consulter un médecin

	% dans la population	% chez les cas	OR	IC95%
Bonne santé perçue				
Oui	21,6	0,0	ref.	
Non	78,4	100,0	+++	
Sexe				
Féminin	49,8	51,6	ref.	
Masculin	50,2	48,4	1.06	[0,7 -1,6]
Situation de résidence				
Régulière	36,0	25,2	ref.	
Irrégulière	64,0	74,8	2,10	[1.4-3,3]
Isolement				
Entouré	21,4	15,8	ref.	
Seul	78,6	84,2	1,89	[1,1-3,3]

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

6. Motifs de migration

Les causes ou les motivations de migration vers Mayotte ont été interrogées de 3 façons :

- Les raisons d'immigrer,
- Les raisons de l'installation,
- Chez les patients atteints de maladies chroniques, la part du traitement ou du suivi médical comme motif d'installation.

La migration pour raison de santé est citée en 3ème position par ordre de fréquence décroissant (9,1% [6,2 ; 11,3]) parmi les motifs de migration.

L'installation pour raison de santé est citée en 5ème position par ordre de fréquence décroissant (4,0% [2,4 ; 5,7]) parmi les motifs d'installation , au même rang que les études.

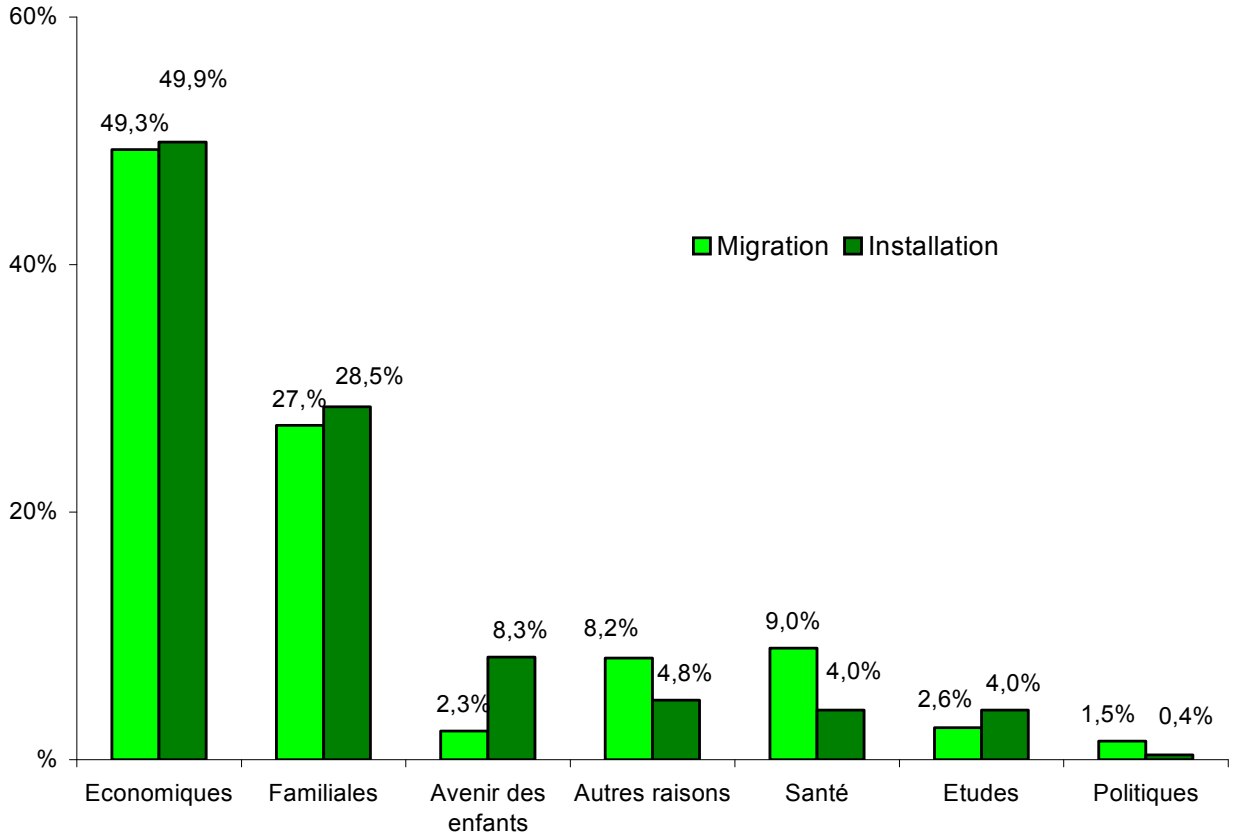
On constate que les raisons principales de migration ou d'installation sur l'île de Mayotte sont d'abord économiques puis motivées par le rapprochement familial.

La question sur les motifs de migration interrogeait la raison principale (question à réponse unique). Celle sur les motifs d'installation était une question à réponse multiple. Il est intéressant de noter que l'ensemble de l'échantillon n'a donné qu'une seule réponse à cette dernière question ; ce qui, d'une part, suggère qu'un motif dominant est effectivement spontanément déclaré et, d'autre part, simplifie en quelque sorte les analyses et les résultats : il n'y a pas de motifs secondaires (notamment de santé) à prendre en compte.

Le fait de venir pour accoucher à Mayotte ne semble pas être un facteur de migration, seule 1 personne dans l'enquête (0,08%) a déclaré avoir migré pour accoucher (cette variable a été regroupée pour l'analyse avec « raisons de santé »). C'est plus souvent un meilleur avenir pour les enfants qui est cité comme raison d'installation (8,3% des immigrés étrangers).

Nous nous sommes intéressés aux motifs de migration en fonction de l'ancienneté de l'installation. On constate que les raisons familiales qui venaient en première position chez les immigrés avant 1992 passent derrière les raisons économiques depuis cette date.

Figure 28 : Motivations de migration et d'installation des migrants nés à l' étranger



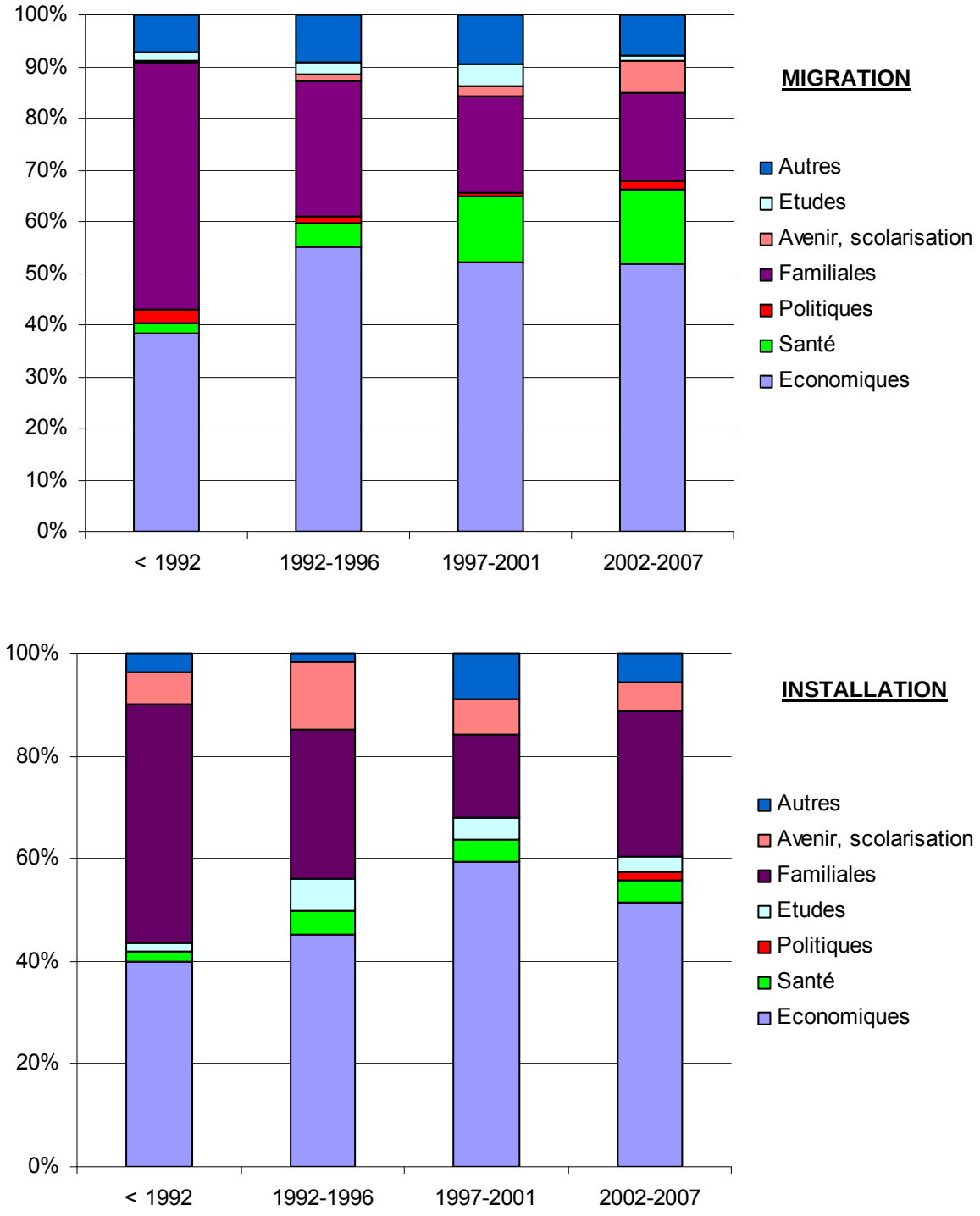
Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Aussi rares soient-elles, les migrations puis les installations pour raisons de santé ont été un peu plus fréquentes au cours des 10 dernières années qu'antérieurement. Ceci peut s'expliquer de 2 façons :

- d'une part l'offre de soins s'est considérablement améliorée à Mayotte au cours de la période (alors que ça n'a pas été le cas aux Comores, bien au contraire) ;

- d'autre part, 1997 est l'année de la mise en place du visa d'entrée à Mayotte et de l'arrêt de la libre circulation des personnes. Celles qui, auparavant, se rendaient à Mayotte librement (quasiment dans la journée) pour consulter le système de santé entre autres activités (visites familiales, approvisionnement, etc.) sont dorénavant des migrants et plus de simples visiteurs et se déclarent comme tels dans l'enquête.

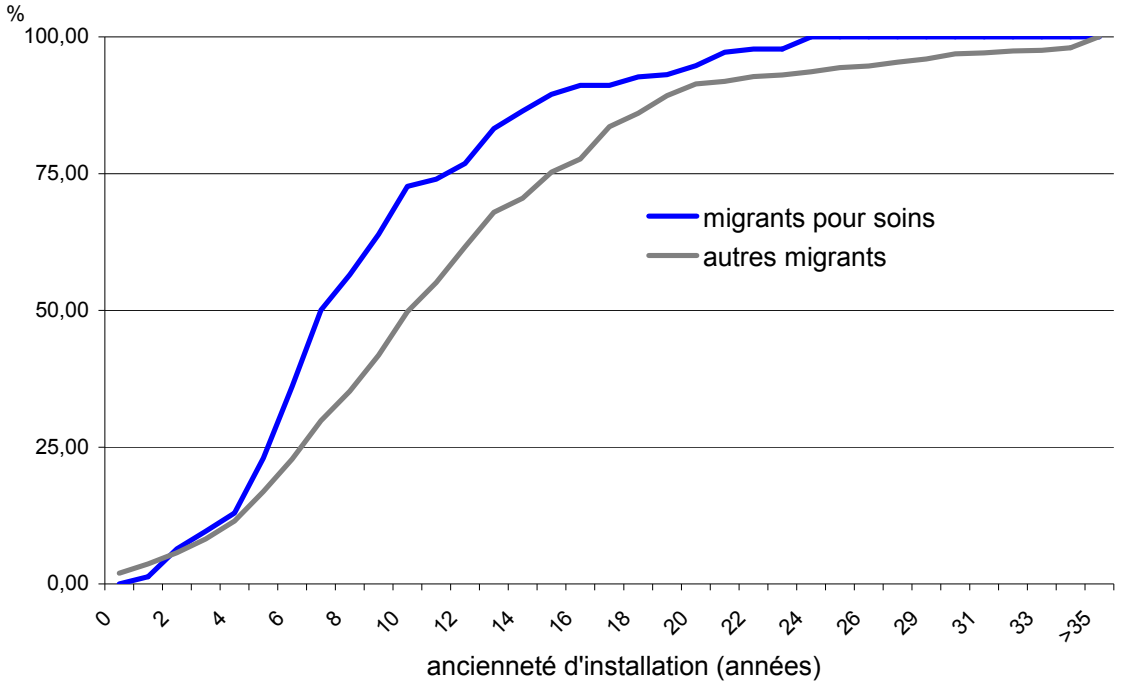
Figure 29 : Raisons de migration et d'installation des migrants nés à l'étranger en fonction de l'ancienneté d'installation



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Si on considère une période encore plus récente (depuis 2 ans), non seulement les migrations et les installations diminuent (voir Figure 5) **mais la part des motifs de santé se sont effondrés** comme on peut le voir sur la figure suivante. Peut-être est-ce là un effet de la mise en place de la Sécurité sociale et de la fin de la gratuité des soins pour tous.

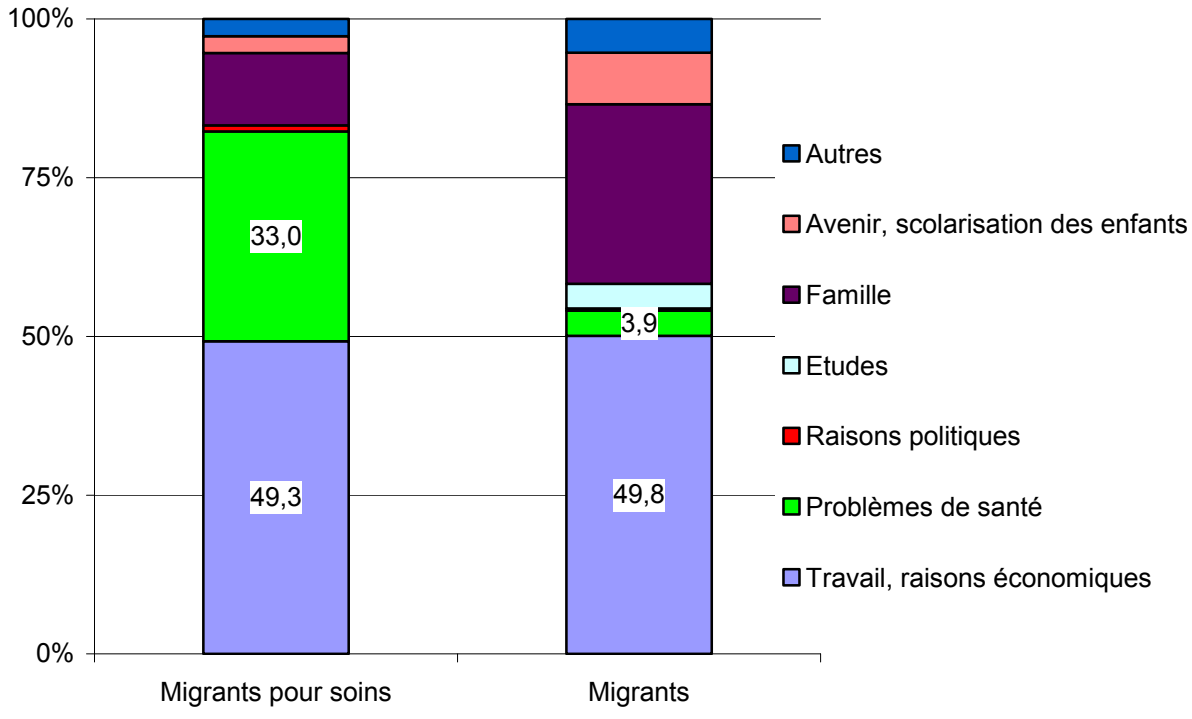
Figure 30 : Comparaison des ancienneté d'installation des migrants pour soins et des autres migrants : proportions cumulées par ancienneté d'installation.



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Nous avons comparé les motifs d'installation entre les individus ayant migré à Mayotte pour raisons de santé et l'ensemble des migrants. On voit que si les raisons de santé sont évidemment plus importantes chez les premiers, les raisons économiques restent la première raison d'installation dans les deux groupes.

Figure 31 : Comparaison des raisons d'installation des migrants pour soins pas rapport à l'ensemble des migrants.



Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

Concernant la troisième dimension interrogée (part des raisons de soins ou de suivi médical dans la décision d'installation chez les personnes atteintes de maladie chronique), **4,6% des migrants nés à l'étranger se sont installés pour traiter un problème de santé chronique**. On ne retrouve pas de type particulier de pathologie par rapport aux pathologies chroniques déclarées par l'ensemble de la population (asthme, migraine, troubles intestinaux).

Au total, toutes questions confondues (migration pour raisons de santé, installation pour raisons de santé, maladie chronique ayant nécessité de rester à Mayotte)**, 11,3% [8,7-11,3] de la population des immigrés étrangers ont migré pour une raison de santé.**

Lorsque l'on compare ces migrants « pour soins » avec les autres migrants, on ne retrouve pas de différence significative pour les principales caractéristiques sociodémographiques générales (sexe, age, accompagnement lors de la migration, activité, ressources, logement, maîtrise du français), sauf pour l'ancienneté de migration, le statut et la région de résidence. Les caractéristiques de santé, elles, diffèrent bien évidemment. **Notons que 2% des migrants pour soins ont acquis la nationalité française, un tiers est marié avec une personne de nationalité française et 62,5% exerce une activité, dont 80% de manière informelle.**

Tableau 15 : Comparaison entre l'ensemble des migrants nés à l'étranger et de ceux ayant migré pour soins

		Migrants	MPS	p
Sexe	Femme	57,99	56,99	NS
Age	15-30	55,72	50,27	
	>31	44,28	49,73	NS
Statut administratif	Irrégulière	72,61	80,31	0,17
Ancienneté de migration	<10 ans	43,29	64,69	0,001
Accompagnement lors de la migration	Non	56,59	63,68	NS
Revenu / UC du ménage	<142	57,85	59,72	NS
Localisation	Rural	30,94	52,6	0,0004
Type de ménage	Personne seule	4,45	4,75	
	Monoparentale	59,79	57,61	
	Mononucléaire	22,63	22,58	NS
	Elargie	9,29	11,91	
	Autres	3,85	3,16	
Taille du ménage	1	4,54	4,75	
	2-5	66,1	77,77	0,12
	6 et +	29,35	17,49	
Type de ménage	Français	3,97	0,81	
	Mixte	42,8	31,7	0,06
	Etrangers	53,23	67,49	
Vie en couple	Oui	68,02	63,12	NS
A des enfants	Oui	73,72	78,48	NS
Isolement	Seul ou plutôt seul	27,76	37,69	0,09
Niveau d'étude	≤ Primaire	66,65	71,86	NS
Maîtrise du français	Oui	35,04	31,2	NS
Travail ou études	Oui	29,98	27,44	NS
TV ou radio quotidiennement	Oui	80,81	67,39	0,01
Victime de discrimination	Oui	25,38	30,2	0,01
Etat de santé ressenti	Bon ou très bon	76,73	42,43	<0,0001
Maladie chronique	Oui	24,05	50,46	<0,0001
Handicap	Oui	13,15	30,81	0,0004
Affiliation à la CSSM	Non	76,49	85,54	0,09
A consulté dans l'année	Oui	69,44	79,55	0,08
A été hospitalisé	Oui	13,84	20,66	0,13

Source : Etude DSRM, Octobre 2007, Mayotte

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Avant tout, les résultats de cette étude montrent l'intérêt de conduire ce type d'enquête à Mayotte, étant données la faiblesse et la rareté (voire l'inexistence) de données sur l'accès aux soins de la population et en particulier de la population étrangère présente à Mayotte. Ils montrent aussi la faisabilité de ce type d'enquête ; son acceptation par la population sur un sujet qui lui importe ; la fiabilité de ses résultats concernant la population en situation irrégulière de séjour pour peut qu'elle soit réalisée dans les conditions qui ont prévalu ici.

Au-delà, plusieurs enseignements originaux peuvent être tirés de cette enquête. S'il ne fallait retenir que les points principaux de ces résultats, on citerait :

- La population étrangère immigrée est très présente dans l'île (40%) mais depuis longtemps : la moitié depuis plus de 10 ans. Elle prédomine dans la tranche 15-45 ans, chez les femmes et dans les zones les plus urbaines de l'île. Elle est dans son immense majorité en situation irrégulière et précaire.

- L'état de santé des étrangers est moins bon et leur accès aux soins est plus difficile que ceux des Français. Néanmoins aucune différence importante n'a été observée en terme de fréquence de recours aux soins. En revanche, les étrangers sont en général moins bien suivis pour leurs pathologies chroniques, les dépistages ou le suivi de la grossesse. Ils ont, plus encore que les Mahorais, recours aux tradipraticiens.

- La population dans son ensemble se déclare très satisfaite des soins médicaux reçus même si l'évolution de la prise en charge des soins de santé depuis 2 ans est diversifiée appréciée.

- Des obstacles aux soins sont cités par 70% de la population dans son ensemble. Un tiers de la population de nationalité étrangère déclare avoir au moins une fois renoncé à des soins au cours e l'année écoulée contre 11% dans la population française, y compris pour des soins pour leurs enfants (respectivement 19% et 3%).

- Les migrations sanitaires sont très minoritaires. Au total, 11% de la population migrante née à l'étranger ont migré et/ou se sont installés pour raisons de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue. La majorité de la population étrangère a migré pour des raisons économiques (50%) et familiales (26%).

- De nombreux témoignages, à défaut d'indicateurs statistiques, font état d'un déficit d'information en matière de santé des habitants de Mayotte, quelque soit d'ailleurs leur nationalité, statut de résidence ou ancienneté de résidence sur l'île. Beaucoup reste à faire, visiblement, en terme de promotion de la santé et d'éducation à la santé.

Ce type d'enquête mériterait bien entendu d'être renouvelée (au moins en partie) tant le contexte évolue rapidement à Mayotte, notamment en ce qui concerne le système de soins et de protection sociale. Il mériterait aussi d'être complété et mis en regard d'enquêtes dans les structures de soins pour pouvoir estimer, sur des critères médicaux en particulier, l'importance des retards aux soins et leurs conséquences sanitaires, sociales et économiques.

Enfin, ce type d'enquêtes ne peut évidemment pas se substituer à des systèmes d'information sanitaires qui font complètement défaut aujourd'hui à Mayotte alors même que l'organisation de l'offre de soins dans l'île s'y prête(rait) particulièrement bien.

ANNEXE I

Carte sanitaire

Forfait de paiement des personnes non affiliées

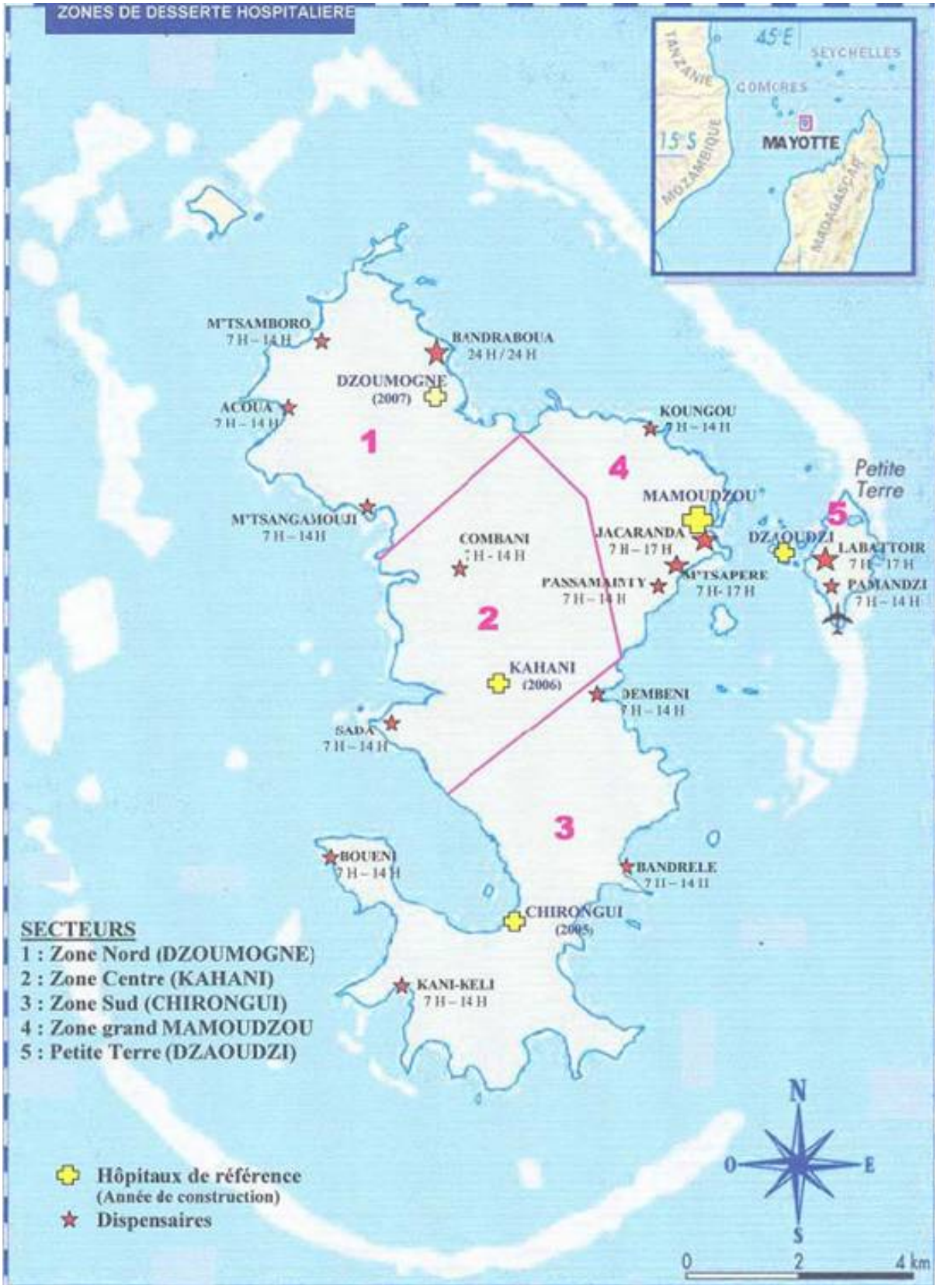
Population et migration Tableau Economique de Mayotte INSEE

Liste des personnes ressources

Lettre d'information

Guide de formation

Carte sanitaire de Mayotte



Forfaits de paiement des soins médicaux

Des forfaits relatifs aux paiements des soins ont été mis en place par l'arrêté d'août 2005*.

Prestations externes	Tarifs
Consultation plus médicaments prescrits (hors prestation plateau technique)	10 €/semaine
Consultation spécialisée	15 €
Consultation psychiatrique	10 €/semaine
Soins dentaires	15 €/soins
Kinésithérapie	10 €/semaine
Forfait Urgence	30 €
Examens laboratoire et Radiologie	10€/semaine
Scanner	30€
Traitement au long cours	15 €/mois

Hospitalisation (/jour)	Tarifs
Hôpital de jour Médecine	50€
Chirurgie ambulatoire	100€
Médecine y compris pédiatrie	70€
Chirurgie	120€
Gynécologie Obstétrique (forfait périnatal)	300€
Réanimation	200€

Parallèlement à ces forfaits, il a été prévu par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation la mise en place d'un dispositif qui doit permettre l'accès aux soins des personnes non affiliées présentant une affection grave et durable (AGD):
Sont considérés comme relevant de l'urgence ou pouvant le devenir les symptômes suivants :

- vomissements,
- diarrhées profuses,
- fièvre élevée avec ou sans frissons,
- convulsions
- trouble de la vigilance
- trouble respiratoire

*Arrêté n° 2/2005/ARH fixant la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie pour
bénéficier des soins dispensés par le CHM
« Art 2 : les personnes qui ne sont pas affiliées au régime de Mayotte ou à un régime d'assurance maladie de métropole ou des
départements d'outremer
sont tenues pour bénéficier des soins du centre hospitalier de Mayotte, de déposer une provision financière
dont le montant est à acquitter auprès de l'hôpital ou des dispensaires. »

Entre 1997 et 2002, environ 21 500 personnes sont arrivées à Mayotte. Parmi celles-ci, plus de la moitié sont des femmes. Depuis 1991, ce chiffre progresse régulièrement. Pour la période 1991-1997, en moyenne chaque année, 3 300 personnes sont venues s'installer sur l'île. Entre 1997 et 2002, leur nombre atteignait environ 4 300.

La majorité des arrivants (66 %) proviennent des Comores et 22 % de France métropolitaine.

Les nouveaux venus sont en moyenne plus âgés que les Mahorais. En effet, près de 44 % des résidents ont entre 0 et 14 ans, et la part des arrivants de même âge est largement inférieure : 34,6 % des Comoriens, 28 % d'autres nationalités et 25 % de Français. En revanche, la part des 25-39 ans est beaucoup plus importante chez les immigrants que chez les résidents : 28,3 % des arrivants pour 21,4 % des résidents.

Plus du tiers des immigrants ont un emploi à leur arrivée. Mais de très fortes disparités existent selon leur pays d'origine. Alors que plus de 70 % des Métropolitains ont déjà un emploi quand ils s'installent sur l'île, 22 % des Comoriens sont dans ce cas. Plus de la moitié des Métropolitains sont cadres ou occupent une profession intermédiaire, 0,5 % des personnes nées aux Comores ont ce statut.

La qualification des arrivants explique cette disparité : sur les 4 000 personnes possédant un diplôme supérieur au brevet, 200 proviennent des Comores alors qu'ils représentent les deux tiers de la population des immigrants.

Parallèlement, un important phénomène d'émigration s'est développé entre les deux derniers recensements. Les raisons d'émigrer sont à la fois économique (trouver ailleurs un emploi plus lucratif) mais aussi recherche de revenus de solidarité encore inexistants à Mayotte. Une bonne partie de jeunes s'expatrient également pendant la durée de leurs études universitaires.

Le solde migratoire a fortement évolué. Pour la période 1997-2002, il s'élève à 3 600 personnes. Depuis 1985, il était en constante augmentation et, entre 1991 et 1997, il a atteint le nombre de 12 000 personnes. Cet excédent des arrivées sur les départs s'est alors traduit par un accroissement de la population de 33 % ..

DÉFINITIONS

.. **Migrants** : les "migrants" sont les personnes dont le pays de résidence au 1er janvier 1997 était différent de Mayotte. Ils sont venus s'installer sur l'île entre 1997 et 2002, dates des derniers recensements.

.. **Solde migratoire** : différence entre le solde total de la population et le solde naturel entre deux recensements. Il est positif si le nombre d'immigrants est supérieur au nombre d'émigrants.

Pour en savoir plus

.. Recensements de la population : INSEE.

Nombre d'étrangers selon la nationalité

Nationalité	1997			2002		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
Étrangers	13 853	14 321	28 274	26 144	29 156	55 300
dont Malgaches	*664*	*881*	*1 545*	*925*	*1 342*	*2 267*
Comoriens	*12 989*	*13 190*	*26 180*	*26 133*	*27 718*	*53 851*

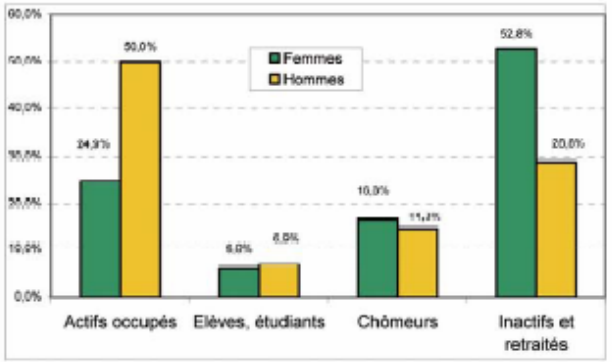
Source : INSEE - Recensements de la population

Population selon le lieu de naissance

Pays d'origine	1978	1985	1991	1997	2002	Évol. moy. ann. 97/02 (en %)
Mayotte	41 610	59 610	77 395	96 662	103 705	+ 1,4
France entière	343	810	1 885	4 391	6 323	+ 7,6
Comores	3 186	4 671	12 369	26 140	46 057	+ 11,6
Madagascar Maurice Seychelles	1 750	1 700	-	3 070	4 001	+ 4,0
Autres	76	138	(2 746)*	477	615	+ 5,2
TOTAL	46 965	66 929	94 395	131 268	160 301	+ 4,1

* *y compris Madagascar*
Source : INSEE - Recensements de la population

Répartition par activité des arrivants à Mayotte âgés de plus de 14 ans entre 1997 et 2002



Source : INSEE - Recensements de la population

Liste des personnes ressources rencontrées au cours de l'enquête qualitative

M. Daniel, directeur de l'hôpital de Mamouzou.

Dr Javaudin, président du Conseil de l'Ordre des Médecins. Point relais pour l'étude désigné par le Directeur de l'hôpital.

M. Mohamed Abdou, référent de la commission juridique et secrétaire général de l'association Coordination pour la Concorde, la Convivialité et la Paix (CCCP).

Dr Dominique Landreau, Médecin inspecteur de santé publique de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS)

M. Abdou Dahalarri, secrétaire général du SMIAM, vice président du Conseil Economique et social.

M. Mohamadi Toumbou Dani, administrateur à la Caisse nationale de la Sécurité sociale. Directeur RFO Mayotte

M. le sénateur Soibahaddine Ibrahim

Dr Henry Martial, médecin libéral

M. Jean-François Demontis, directeur d'Oussaïdi, Boutique de gestion, structure d'aide à la réalisation de projets

Mme. Marie-Odile Demontis, CIO en collèges

Dr.Stéphanie Dehaibe, faisant fonction de chef de service du Centre de Santé mentale, adjointe au Pôle Médecine-psychiatrie

Dr Mustapha Mekki, anésthésiste, Chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgie-Spécialités

Dr. Matthias Muszlack, pédiatre hôpital

Responsable animation pour les handicapés. jeunesse et sport au Conseil général

M. et Mme Dr Hebert, membres association les enfants de la lune, pédiatre à l'hôpital de Mamouzou et Gynécologue en PMI depuis 1995.

Educatrice responsable école des enfants de la lune.

Marie-Rose Ludet, Educatrice de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

Rosario, conseillère conjugale et familiale

Responsable de l'animation pour les handicapés pour Jeunesse et Sport du Conseil Général

Mme Mahfoufhi Céline et Mme Famouati Ali, membres de l'association « Pour la Condition Féminine et Aide aux Victimes »

Membres de l'association SHIME, le SHImaorais Methodique

M. Thibaud Simonin, directeur de projet rénovation urbaine de Mamoudzou

1 pharmacienne et 1 aide soignante du dispensaire de Mzangamouji

3 aides soignantes et 1 sage-femme du dispensaire de M'tzamboro

M. Abdou Moustapha, responsable de la politique de la ville de Mtzamboro et son équipe

M. Michel Sastre, Juge pour enfants. Mamouzou

M. Philippe Lioret, président de l'association Tama

M. Denis Guillot, sociologue travaillant sur les jeunes et la délinquance à Mayotte

M. Perrier, directeur de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte.

Lettre d'information

Inserm
Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Groupe Agence Française de Développement

InVS
INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

12. Enquête DSRM : Enquête d'évaluation des déterminants sociaux du recours aux soins de la population à Mayotte

LETTRE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTS

Madame, Monsieur,

Depuis deux ans, le système de santé a évolué à Mayotte et l'épidémie de chikungunya a révélé que de nombreux habitants, bien que malades, n'ont pas consulté de médecins. Dans ce contexte, l'enquête DSRM a pour objectif de connaître quelles sont, actuellement, les modalités de recours aux soins de la population. Grâce aux données recueillies dans cette étude, nous pourrons décrire comment la population utilise le système de soins, repérer les principaux obstacles à l'accès aux soins et les groupes de populations les plus vulnérables.

Cette enquête est d'autant plus importante qu'il s'agit du premier recueil objectif en population générale des modalités d'accès aux soins. Les résultats permettront d'orienter les programmes de santé publique sur l'île. Cette enquête est réalisée par l'équipe de recherche sur les Déterminants Sociaux de la Santé et du recours aux Soins (DS3) de l'Unité mixte de recherche UMRS 707 « Epidémiologie, systèmes d'information, modélisation » (INSERM – Université Paris 6), en collaboration avec la Cellule interrégionale d'épidémiologie Réunion-Mayotte (CIRE).

2 400 personnes doivent participer à l'enquête. Le choix des personnes se fait par tirage au sort, au hasard. Votre logement a été tiré au sort parmi l'ensemble des logements de Mayotte. Nous vous serions très reconnaissants d'accepter de participer à cette enquête. Votre participation consiste à répondre à un questionnaire sur votre ménage puis 2 individus de votre foyer seront à leur tour interrogés (un de plus de 15 ans et un de moins de 15 ans par l'intermédiaire d'un de ses parents). Votre participation est très importante pour garantir de bons résultats à l'enquête et assurer une bonne représentativité de nos données. Le temps nécessaire est d'environ 1h00 pour les 3 questionnaires. Cette enquête est strictement anonyme et votre enquêteur est tenu de respecter le secret professionnel. Cela garantit qu'aucune information récoltée lors de son travail ne sera dévoilée et que tous les documents liés à cette étude nous seront restitués sous peine de poursuite. Tous les documents strictement confidentiels permettant de vous localiser seront détruits une fois l'étude terminée.

Vous avez le droit de refuser de participer à cette enquête ou de cesser de participer à tout moment.
Les résultats de l'enquête ne seront utilisés qu'à des fins scientifiques et seront portés à la connaissance des habitants de Mayotte par voie de presse.
Vous avez la possibilité de poser toutes les questions que vous souhaitez concernant l'étude, que ce soit avant ou en cours d'étude, à la personne suivante :
Dr FLORENCE Sophie
Inserm – bureau CNAM Mayotte Rond point ZI Nel Kaweni – 97600 Mamoudzou
Tel : 0639 09 55 71 Email : florence@u707.jussieu.fr

Nous vous remercions vivement de votre collaboration à cette enquête.

Guide de formation

Introduction **77**
Une enquête sur le recours aux soins à Mayotte : pourquoi et par qui? **77**
Qui devez-vous interroger? **78**
Procédure pour contacter les ménages **79**
Déroulement de l'interview :Qui faut-il interroger au sein du ménage? **80**
Aperçu général du contenu de l'enquête **82**
Attitudes de l'enquêteur **84**
Conseils pour les enquêteurs **86**
Planning de la semaine de formation des enquêteurs **88**
Paiement des enquêteurs **88**
Présentation détaillée du contenu du questionnaire **88**

Introduction

Ce manuel est destiné aux enquêteurs de l'étude DSRM 2007.
Il constitue un instrument primordial pour le bon déroulement de l'enquête.
Nous insistons sur une lecture attentive de ce manuel avant de commencer la formation et le travail de terrain. De cette manière, vous serez familiarisés avec ce que nous attendons de vous.

Une enquête sur le recours aux soins à Mayotte : pourquoi et par qui?

-Pourquoi ?

Avant d'expliquer en quoi consiste travail d'enquêteur : il est utile de présenter l'enquête et ses objectifs de cette enquête de santé.
Cette enquête épidémiologique, représentative, conduite en population générale,à pour objectif d'évaluer les différents recours aux soins de la population ainsi que de rechercher leur déterminants sociaux, économiques et/ou culturels.
En effet, notre santé est importante et l'accès aux soins est primordial.
Avec la mise en place de la caisse de sécurité sociale à Mayotte, le système sanitaire et l'accès aux soins ont connu de profondes restructurations. L'épidémie récente de chikungunya a montré que de nombreuses personnes malades n'ont pas consulté les services de santé. Les difficultés d'accès aux soins présentent des risques potentiels en terme de santé publique avec l'aggravation prévisible de pathologies initialement mineures (infectieuses mais aussi des pathologies chroniques) et un signalement plus tardif de phénomènes épidémiques émergents.
Afin de mieux comprendre les besoins de la population en matière de santé à Mayotte, nous avons besoin d'informations sur l'état de santé des gens, leurs comportements en matière de santé, leurs motifs de consultation chez un médecin, les éventuels problèmes d'accès aux services de santé rencontrés par certains sous-groupes de la population, etc.
Bien que des données provenant du Centre hospitalier de Mayotte (CHM) ou de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) existent, il est fondamental de s'adresser aussi directement à la population pour obtenir ces informations.
Cette enquête est aussi un outil particulièrement précieux pour identifier d'éventuels liens entre les conditions socio-économiques de différents groupes de population et leur santé.
Les informations ainsi obtenues permettront aux autorités en charge de la santé de connaître l'état actuel des différents types de recours aux soins de la population, leurs déterminants et de

vérifier la pertinence de leurs politiques de santé, et au besoin de les réorienter plus adéquatement.

-Par qui ?

L'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (DS3) de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), spécialisée dans ce type d'étude, assure la coordination de l'enquête DSRM 2007.

Un partenaire important dans l'organisation de ce type d'enquête est le Département International et Tropical de l'InVS (Institut national de veille sanitaire) et la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) Réunion Mayotte.

La cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) Réunion Mayotte dispose d'une grande expérience dans l'organisation pratique d'enquêtes à Mayotte (les enquêtes Nutrimay et Serochikmay) et souhaite mettre en place un système de surveillance épidémiologique à Mayotte. Son expérience est primordiale, particulièrement dans le domaine du travail de terrain qui vous concerne particulièrement en tant qu'enquêteurs.

L'Agence Française du Développement (AFD), qui dans le cadre de son ancrage historique dans les collectivités d'outre-mer, travaille à l'amélioration de leur situation sanitaire et médico-sociale en regard des normes métropolitaines et au renforcement de leur insertion régionale soutient ce projet.

Permettez-nous d'insister sur **l'importance de votre rôle, en tant qu'enquêteur**, dans ce projet. La qualité de votre travail déterminera la qualité des résultats finaux. Nous vous prions donc de mener ces enquêtes au mieux. Il est donc nécessaire de respecter les rendez-vous et les instructions que nous vous donnons dans ce manuel et lors des séances d'informations. Ceci est d'une importance capitale. Nous comptons sur vous.

Qui devez-vous interroger?

Il n'est bien sûr pas possible d'interroger l'ensemble des habitants de Mayotte.

C'est pourquoi on a procédé au **tirage au sort d'un échantillon** de la population. Les personnes qui seront interrogées ont été sélectionnées au hasard à partir de la base de sondage de l'INSEE.

En pratique, environ 1 200 ménages au total, seront interrogés, regroupant près de 2.400 personnes.

Pour réaliser ce travail, le concours d'environ 15 enquêteurs est nécessaire.

Chaque enquêteur aura en charge trois groupes de 35 ménages environ à enquêter. Les individus d'un même groupe habitent tous dans la même commune ou village. Les interviews seront réparties équitablement. En moyenne, **6 à 7 ménages devront être enquêtés par jour par enquêteurs.**

A l'aide d'une lettre d'information et de présentation de l'étude (voir Annexe), l'Inserm et la CIRE Réunion Mayotte inviteront les ménages sélectionnés à participer à l'enquête. Cette participation n'étant pas obligatoire, nous avons constitué deux **listes de 10 ménages de réserve** qui seront utilisées pour remplacer les ménages refusant de participer à l'enquête ou non joignables.

La liste des ménages à interroger, par groupe de logements, sera délivrée à l'enquêteur dès la formation.

Cette liste reprend pour chaque logement sélectionné les coordonnées suivantes:

- Le numéro d'identification de l'îlot, composé de 2 chiffres.
- Le numéro d'identification du logement, composé de 2 chiffres (visualisable sur la carte).
- L'adresse du logement (rue, numéro, code postal, localité)
- La localisation sur la carte géographique de la zone à enquêter

Procédure pour contacter les ménages

Les premières étapes de votre travail suivent une séquence identique :

1°) Vérifiez l'existence réelle des logements mentionnés sur la carte.
Bien que la composition de l'échantillon soit faite à partir des données (récentes) du recensement, il peut arriver que le logement mentionné n'existe pas (le nom de rue n'existe pas, le numéro de maison n'existe pas…). Dans le cas présent, indiquez sur la fiche « suivi logement », le constact au niveau de la case « Autre » avec le plus de précision possible.

2°) Vérifiez si un ménage habite effectivement dans le logement indiqué sur cette même liste et s'il est possible d'établir un contact avec un membre du ménage
Si la situation est moins claire, que le logement est vide, l'enquêteur doit alors rechercher auprès du voisinage si le logement est, ou non, habité et quand est-ce qu'il pourra y trouver les habitants. Une petite lettre (que l'on vous fournira) peut être laissée pour indiquer le moment où vous êtes passé et annoncer que vous réessayerez de passer voir le ménage.

Pour qu'un ménage soit considéré comme **non joignable**, l'enquêteur doit effectuer **au moins quatre visites à domicile** au cours de l'intervalle de trois semaines prévu. Ces tentatives de contact doivent **satisfaire aux exigences suivantes:**
• Au moins une visite à domicile doit avoir lieu durant le week-end.
• Au moins une visite à domicile doit avoir lieu en semaine en dehors des heures de bureau (après 18h).

Vous tâcherez d'obtenir un **premier contact** dans les quinze jours qui suivent la réception de la liste de logements. Dès lors, nous vous recommandons d'expliquer d'entrée de jeu au ménage à l'aide de la lettre d'information aux participants (Annexe) que vous prenez ce premier contact afin de fixer un rendez-vous pour effectuer l'interview. Ne risquez donc pas de démotiver les ménages à participer à l'enquête, en demandant d'abord au ménage s'il est d'accord de participer, il vous en fera part spontanément si c'était le cas.

Lorsque vous fixez un rendez-vous ultérieur avec le ménage pour réaliser les interviews, nous vous suggérons de donner votre nom et votre numéro de téléphone au ménage. Cela lui permettra de vous avertir si entre temps un empêchement imposait un changement de la date ou heure convenue.

Si le logement est habité par plusieurs ménages (complètement indépendant financièrement et sans lien familiaux), l'enquêteur devra lister le nombre de ménages résidant dans le logement et tirer au sort le ménage à enquêter *(ne pas oublier de noter le nombre de ménages dans le logement sur la* ***« Fiche suivi logement »****.)*

3°) Spécifiez si le ménage accepte ou non de participer à l'enquête sur la fiche « suivi logement ».
A chaque visite de logement, les conclusions doivent être notées sur la **« Fiche suivi logement ».** On en précisera à chaque fois la date et l'heure.
Si le ménage refuse de participer, il faut absolument le noter et en préciser la raison sur les fiches de suivi.

Transmission d'information avec l'Inserm

Une fois par semaine, le coordinateur ou le superviseur de l'enquête vous donnera un rendez-vous afin de faire le bilan des questionnaires réalisés et à réaliser.

Deux **fiches de suivi** ont été développées pour faciliter le travail des enquêteurs, ainsi que le suivi par le coordinateur de l'enquête. Elles ont un caractère officiel et doivent être impérativement et correctement complétés par l'enquêteur.

La première **fiche « suivi logement »** (Annexe 2) concerne l'avancement du travail pour un logement avec le statut du logement soit "rempli » avec le nombre de questionnaires, soit "refus", soit "non joignable", soit "autre", soit "en suspens" avec les dates prévues pour l'entretien. Cela afin de compléter la **fiche « suivi îlot »** (Annexe 3) qui synthétise l'avancement pour l'ensemble d'un groupe de logements et est à remplir avec le superviseur.

Elles permettent de suivre l'avancement du travail et de l'évolution des contacts avec les ménages. Les informations de ces 2 fiches sont importantes pour l'interprétation des résultats de l'enquête.

Notez que l'activité d'un enquêteur ne peut être considérée comme terminée tant qu'il n'a pas rendu ces fiches « suivi logement » à l'Inserm pour l'ensemble des logements (y compris ceux qui ont refusé de participer).

Remplacement des ménages non-participants

Lorsque les 35 logements de la liste n'ont pas permis d'interroger 30 ménages (avec au moins un individu répondant), une liste de logement de réserve (caractéristique géographique semblable aux logements précédents) est alors fourni à l'enquêteur qui doit enquêter l'ensemble des logements de cette liste.

Lorsqu'une liste de 10 nouveaux logements est utilisée, on suit la même procédure que pour les logements initiaux, avec un nouveau délai pour attribuer un statut définitif à ces logements.

Déroulement de l'interview : Qui faut-il interroger au sein du ménage?

Une fois que le rendez-vous a été pris avec un ménage, la totalité de l'interview se déroule à domicile (ou dans un lieu convenu de commun accord).

L'enquête comprend trois types de questionnaires à compléter :

- **Un questionnaire Ménage** (4 pages)**,**

A remplir avec la règle suivante :

1. Choisir en priorité la personne de référence du ménage (aussi appelée chef de ménage).
2. Le cas échéant, toujours choisir son ou sa partenaire.
3. Le cas échéant, choisir parmi les personnes présentes celles qui connaissent le mieux les autres membres du logement.

Il faut tout d'abord **lister la composition du ménage** à l'aide du questionnaire « Ménage », en remplissant **une fiche « Individu »** pour chaque personne du ménage ainsi qu'une **fiche « Visiteurs »** pour les personnes de passage.

Il faut distinguer les personnes du ménage qui ne sont pas joignables dans le mois qui suit, ce celles qui le sont. En effet, les questionnaires suivants ne sont pas destinés à tous les membres du ménage. Le tirage au sort ne pourra se faire que pour les individus présents dans le mois qui suit votre passage. Par ailleurs le tirage au sort s'effectue en deux étapes. La première concerne un tirage au sort uniquement entre les individus « Plus de 15 ans », et la deuxième concerne un tirage au sort uniquement les individus « Moins de 15 ans ».

Le tirage au sort
Il se fera soit à la courte paille. Le premier bâton tiré correspondant au premier individu et ainsi de suite jusqu'à tirer le bâton marqué, correspondant à l'individu interrogé. En d'autre terme, en tirant au 4ème coup le bâton marqué, cela signifiera que l'individu n°4 est sélectionné pour répondre aux question de notre enquête.

- **Un questionnaire « Individu plus de 15 ans »**

A remplir avec *le membre* du ménage *sélectionné* par tirage au sort (courte paille ou numéro). Si la personne tiré au sort est absente ce jour, il faut prévoir un rendez vous pour revenir **: Il n'est en aucun cas permis de remplacer la personne sélectionnée par un autre membre du ménage présent lors du passage de l'enquêteur.**
- Dans la situation particulière où l'individu tiré au sort se trouve dans l'impossibilité de répondre lui-même aux questions (par exemple des personnes qui souffrent de problèmes mentaux, de confusion liée à la vieillesse) il n'est pas non plus permis de remplacer la personne sélectionnée par un autre membre du ménage plus apte à répondre aux questionnaires. Pour ces cas, quelqu'un répondra à l'enquête au nom de ces personnes sélectionnées et non pas en son nom propre (comme avec le questionnaire de moins de 15 ans).

- **Un questionnaire « Individu moins de 15 ans »**

A remplir avec l'un des 2 parents ou un membre de la famille connaissant bien *le membre* du ménage *de moins de 15 ans sélectionné* par le second tirage au sort (courte paille ou numéro).

Les trois questionnaires sont remplis par l'enquêteur à partir des réponses des personnes interrogées. Il lit les questions et les propositions de réponses (sauf quand cela lui est contre-indiqué) et remplit le formulaire au fur et à mesure que la personne sélectionnée répond.

Lorsqu'une ou plusieurs personnes sélectionnées dans le ménage ne peuvent répondre directement aux questions à cause d'un problème de langue, **un interprète** pourra être utilisé. Il s'agira de préférence d'un membre du ménage qui maîtrise à la fois la langue des questionnaires de l'enquête et la langue des personnes sélectionnées. La seule tâche de l'interprète sera de traduire les questions posées et les réponses données. L'interprète ne répondra donc pas lui-même aux questions

Si aucune personne dans le ménage ne parle la langue que vous maîtrisez, contactez le coordonateur qui trouvera une solution.
A la fin de chacun des 3 questionnaires, 3 questions concernent le déroulement de l'entretien et sont à remplir par l'enquêteur lui-même.

Aperçu général du contenu de l'enquête

Le tableau qui suit donne une vue générale des différents thèmes du questionnaire.
Ces thèmes seront revus en détail plus loin dans ce manuel. Chaque thème est désigné par une combinaison de lettres identiques (ainsi la première question concernant le logement commence par **Log1.**, la deuxième **Log2.**, etc.).

Questionnaire Ménage		
LOGEMENT	Typologie du logement	Log1 – Log7
	Equipement du logement	Log8 – Log20
COMPOSITION MENAGE		
- Fiche « Personne de référence » (chef de famille)		A1- A10
- Fiche « Individu » (résidant du ménage)		A1- A10
- Fiche « Visiteur » (de passage)		A1- A14
	Composition générale du ménage	Men1 – Men 6
	Individus tirés au sort	Men5 – Men6
RESSOURCES	Revenus du ménage	Res1 – Res10
Questionnaire Plus de 15 ans		
Formation Langue		For1– For5
Couple famille		Cou1 – Cou9
Situation professionnelle		Act1– Act10
Etat de santé		San1–San10
Recours aux soins	*Couverture sociale*	CS1-CS5
	Hospitalisation	Rec1- Rec2
	Consultation médicale, paramédicale ou traditionnelle	Rec3 – Rec21
	Prise de traitements	Med1-Med12
	Suivi de la grossesse	Enc1-Enc3
	Carnet de santé	Uti1
	Dépistage du SIDA	Uti2
	Dernière consultation dentaire	Uti3
	Dernière consultation médicale	Der1-Der12
	Obstacles aux soins	Obs1 – Obs6
	Représentations en santé	Ras1 – Ras4
Trajectoire	*Provenance*	Tra1-Tra3
	Installation à Mayotte	Mig1-mig6
	Statut administratif	Ins1-Ins2
	Déplacement	Tra4-Tra9
	Déplacement pour raison médicale	Tra10-Tra12
Questionnaire Moins de 15 ans		
	Données Personnelles	Per1-Per4
	Scolarisation	Eco1-Eco4
	Suivi en PMI	Pmi1

Type de questions
Afin que l'interview soit rapide, la préférence à été donnée à des **"questions fermées"**, c'est-à-dire des questions avec un choix limité de réponse.

Exemple :

San1. Comment jugez-vous votre état de santé général en ce moment ?

☐ Très bon ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐ Très mauvais ☐ NSP ☐ NVPR

Il est indispensable que l'enquêteur lise bien chacune des propositions possibles avant que la personne ne donne sa réponse afin de cocher distinctement et sans erreur possible.
En général, la liste des propositions de réponse comprend les catégories NSP : «ne sait pas» et NVPR : «ne veut pas répondre». Il ne faut jamais les lire.
On coche la catégorie de réponse **«NSP : ne sais pas»** lorsque le répondant est **incapable** de répondre à la question, soit parce qu'il ne se souvient pas, soit parce qu'il ne comprend pas ou ne voit pas de quoi il s'agit. On coche la catégorie **«NVPR : pas de réponse»** lorsque le répondant **refuse** de répondre à la question, soit qu'il estime que le sujet est trop personnel, soit que cette question le dérange ou qu'il la trouve trop fastidieuse.

Pour les questions appelées **"semi-ouvertes"** (question suivies de plusieurs propositions mais vous ne devez pas citer), il est possible de préciser sa réponse au cas où les réponses proposées par le questionnaire ne conviendraient pas à la personne interrogée (en cochant la case Autre)
Votre rôle est de résumer de manière concise la réponse de la personne et de lui répéter ce résumé pour vous assurer que cela correspond bien à ce qu'elle voulait dire. Lorsque l'enquêteur doit écrire la réponse plutôt que de cocher une case (par exemple à la question San9 si autre) nous insistons pour qu'il écrive **lisiblement**.

Exemple :
San9. Selon vous, aujourd'hui, quelles choses dans votre vie nuisent à votre santé physique, psychologique ou à votre moral ?
(*Ne pas citer prendre les 5 premières réponses*)
☐ Des problèmes économiques ou financiers
☐ Absence de couverture sociale
☐ La peur d'être arrêté (ou sa famille)
☐ Son propre état de santé
☐ Ses conditions de logement
☐ Ses conditions de travail
☐ Des conditions de vie dans son quartier
☐ L'isolement
☐ Problèmes familiaux
☐ Des conflits avec d'autres personnes que ses proches (voisins…)
☐ Son alimentation
☐ Le bruit
☐ Sa consommation de tabac, d'alcool ou de drogues
☐ La pollution
☐ Le manque d'exercice physique
☐ Le stress, le rythme de vie en général

□ **Autre précisez :**_____
□ Aucune
□ NSP
□ NVPR

Il est très important de veiller à **répondre à toutes les questions**. Il faut donc toujours cocher une catégorie de réponse, sans quoi nous ne pouvons pas savoir si la question a été réellement posée (oubli).
Cette remarque s'applique aussi lorsqu'il faut inscrire des chiffres …soyez donc appliqué(e)
En effet la saisie se fera à l'aide d'un logiciel de reconnaissance d'écriture : il est très important que vos chiffres soient bien reconnus.

Lorsque **plusieurs réponses sont permises pour une question, cela est clairement indiqué dans le questionnaire.** Dans ce cas, il importe que l'enquêteur lise bien toutes les réponses proposées en cochant celles choisies par la personne interrogée. Il ne faut donc pas s'arrêter et passer à la question suivante dès que l'enquêté a approuvé une première réponse proposée. Dans le cas contraire, **si rien n'est indiqué il n'y a donc qu'une seule réponse possible**.

Filtres et sauts de question:
Un filtre signifie que la question s'adresse à seulement une partie de la population (les femmes, les migrants, …). Les filtres sont signalés dans le questionnaire par les questions ou série de questions commençant par « **Si …. »**
Un saut signifie que, selon la réponse donnée à cette question, la personne interrogée doit directement passer à une question qui se trouve plus loin dans le questionnaire, sans répondre aux questions qui se trouvent dans l'intervalle. Il s'agit en fait de "sauter" une série de questions en fonction de la réponse donnée à une question antérieure. Ils sont signalés par des flèches grisées renvoyant à la question suivante à poser dans les cases à cocher.

Exemple ***:***
San3. Souffrez-vous d'un problème de santé chronique connu (comme HTA, diabète, asthme, état dépressif ou autres) ?
□ **Oui** □ **Non** ➔*San9* □ **NSP** ➔*San9* □ **NVPR** ➔*San9*

L'enquêteur devra être très attentif aux filtres et aux sauts. Ceux-ci sont clairement indiqués dans le questionnaire à chaque fois qu'ils interviennent.

Attitudes de l'enquêteur

Il est primordial que l'enquêteur ait une attitude correcte et favorable au bon déroulement de l'enquête. Cela signifie qu'**il doit être ponctuel, rester poli et patient en toutes circonstances**. Il doit s'exprimer clairement et être précis dans ses explications sans pour autant être trop long.
L'enquêteur doit également toujours demeurer **attentif aux difficultés que pourrait rencontrer l'enquêté**, ainsi qu'à ses émotions et ses signes éventuels d'énervement. Si par exemple l'enquêteur constate que, pour une raison ou une autre, le répondant est perturbé et ne se trouve plus dans les meilleures conditions pour répondre à l'enquête, il peut s'avérer opportun de proposer un petit moment de pause, voire de remettre l'interview à plus tard.
L'attitude de l'enquêteur doit, en outre, être **totalement neutre** vis-à-vis des réponses de la personne interrogée. Il ne doit porter aucun jugement sur celles-ci. Il ne doit pas non plus les influencer d'une manière ou d'une autre. C'est pourquoi il est indispensable de suivre le texte qui se trouve dans le questionnaire, sans rien omettre ni rien ajouter.

Il ne faut jamais non plus interpréter les réponses. Il s'agit de les **noter telles qu'elles sont énoncées**. En cas de questions semi ouvertes, vous devez résumer le plus fidèlement possible en relisant ce que vous cochez afin que la personne répondante confirme l'exactitude.
Si en remplissant le questionnaire, vous constatez des incohérences entre des réponses à différentes questions, vous ne devez pas le signaler, mais simplement noter les réponses telles que la personne les formule.
Enfin, il ne faut pas laisser les personnes interrogées se répandre dans des discours ou des détails superflus pour l'enquête. Ceci augmente inutilement le temps de l'interview, et finit par provoquer fatigue et lassitude chez les deux partis! Il s'ensuit que les questions de la fin sont souvent bâclées. Il s'agit dès lors de bien gérer le temps de l'enquête. Lorsque vous avez affaire à des personnes très "dispersées" et volubiles, il convient de recadrer aimablement leurs propos vers les questions posées. Il faut tenter de les ramener à l'essentiel, tout en restant à l'écoute…!

Les entretiens sont individuels et confidentiels, la discrétion est donc requise. Elles méritent pour ce faire un cadre adéquat. Il n'est pas facile de révéler des informations sur sa propre santé et moins encore en présence d'autres membres du ménage. Il est donc conseillé – dans la mesure du possible – que l'enquêteur s'isole avec le répondant pour l'interview. Il faut éviter que quiconque présent donne son avis sans y être invité sur une question ne le concernant pas.

Pour les personnes qui vous semblent en désarroi suite à leurs problèmes de santé, vous disposerez du contact des éducatrices de santé de la division santé du Conseil Général qui pourront aller voir la personne.
Nous demandons aux enquêteurs de garder le secret professionnel concernant toute information récoltée dans le cadre de cette enquête.

Fin de l'interview
Lorsque tous les membres sélectionnés du ménage ont répondu aux deux questionnaires (« Plus de 15 ans » et « Moins de 15 ans ») et que vous avez terminé de compléter la feuille « Ménage » avec la personne de référence, vérifiez si tous les questionnaires ont été complétés jusqu'à la dernière page et qu'aucune page n'a été malencontreusement oubliée. Remerciez ensuite cordialement tous les membres du ménage pour leur aimable collaboration et le temps consacré à l'enquête. Annoncez également que les conclusions principales de l'enquête établies grâce à leur collaboration seront disponibles dans le courant de l'année 2008 et diffusées par voie de presse. Lorsque vous avez quitté le ménage, n'oubliez pas de remplir le formulaire de suivi du logement.

Contrôle de qualité
Le contrôle de qualité consiste à vérifier auprès des ménages la manière dont l'enquêteur a procédé pour réaliser son travail de terrain. Ce contrôle de qualité se fait à partir de l'ensemble de la liste de logements remise à l'enquêteur..
Lorsqu'on constate une inconsistance entre les informations du ménage contacté et les informations de l'enquêteur, TOUS les ménages seront contactés. Si on constate que l'enquêteur n'a pas travaillé selon les directives de ce manuel et si c'est jugé nécessaire, la coopération avec l'enquêteur cesse SANS paiement des entretiens déjà effectués (ceux-ci sont sans valeur et ne seront pas utilisées pour l'analyse).
Questionnaires mal remplis
Pour les ménages participants, tous les questionnaires doivent être complétés.
La fiche « suivi logement » doit toujours être rempli complètement ainsi que les fiches « individus ». Vu que ces fiches donnent, entre autre, une idée de la composition du ménage

(nombre de membres, âge et sexe des membres,…), il forme le « lien » entre tous les questionnaires.
SI LES FICHES INDIVIDUS NE SONT PAS CORRECTEMENT REMPLIES, L'ENQUÊTEUR N'EST PAS RÉTRIBUÉ.
De même, si le questionnaire face à face d'un membre sélectionné du ménage n'est pas correctement rempli, et SANS RAISON VALABLE, une amende sera retenue (voir tableau ci-dessous pour le montant).

Conseils pour les enquêteurs

La participation à l'enquête n'est pas obligatoire. Cependant, il vaut mieux tout mettre en oeuvre pour éviter les refus de participation de la part des ménages, car ils peuvent compromettre la validité de l'enquête. En effet, non seulement un refus perturbe la représentativité des résultats, mais encore, il augmente la charge de travail de l'enquêteur. Outre les moyens traditionnels pour faciliter le contact, tels que la précision dans votre présentation et la présentation de l'enquête, le respect des rendez-vous, la politesse, la discrétion et l'amabilité, etc., un minimum d'argumentation peut s'avérer utile pour obtenir une bonne coopération.
Si le ménage refuse d'emblée de participer à l'enquête demandez poliment et sans trop d'insistance si la personne de contact veut bien expliquer les raisons de ce refus, car vous devrez rapporter les raisons invoquées pour la non-participation. En fonction des réponses, vous trouverez ci-dessous des suggestions de répliques:

• «*Cela ne m'intéresse pas*»

- « Savez-vous vraiment de quoi il s'agit? » Brève explication de l'enquête (attention: il importe de ne pas être trop long dans les explications, en règle générale et plus encore avec les personnes récalcitrantes).
- « Ces informations seront très utiles pour améliorer la santé, le système de soins de santé et la qualité de vie de la population ».
- « Ce sont des enquêtes comme celles-ci qui ont permis par exemple, d'établir que le fait de fumer est dangereux pour la santé et peut provoquer le cancer, ou que le manque d'exercice physique favorise le développement de problèmes cardiaques et vasculaires ».

• «*Est-ce obligatoire?*»

- « Cette enquête n'est pas obligatoire, mais le succès du projet et la validité de l'enquête dépendent du taux de participation et donc de votre participation à vous ».

• «*Qu'ai-je à y gagner?*»

Voici quelques arguments concernant l'intérêt général de l'enquête :
- « Ce type d'enquête permet d'orienter les politiques de prévention et de promotion de la santé, d'orienter les investissements dans les différents services de soins, d'identifier des problèmes de santé dont les gens ne parlent pas à leur médecin, de développer des politiques de prévention mieux ciblés, de repérer si certains groupes sociaux ou certaines régions sont défavorisés en matière de santé, pouvoir comparer la santé à Mayotte avec d'autres régions ou pays ».
- « Il peut être intéressant pour vous aussi de faire le point sur cette question ».
- « C'est l'occasion de faire entendre votre situation ou votre avis, de permettre aux décideurs de savoir comment vit la population ».
- « En général, les gens sont contents de pouvoir s'exprimer, de formuler oralement la façon dont ils vivent leur santé, de faire le point… »

• «*Pourquoi moi?*»

-« C'est le hasard. Votre commune a été sélectionnée aléatoirement pour l'enquête et votre adresse a été tirée au sort parmi l'ensemble des logements. Par cette méthode de tirage au sort, on est sûr de tomber sur des personnes à la fois très diverses dans la population et représentatives des autres personnes du même groupe. On touche ainsi des personnes de tous les âges, de toutes les nationalités, de toutes les couches sociales vivant à Mayotte. Vous êtes représentatif d'une

série de personnes du même âge que vous et dont le ménage a la même taille que le vôtre. La sélection a été totalement aléatoire parmi l'ensemble des ménages de votre commune ».

• ***«Vous n'avez qu'à prendre quelqu'un d'autre»***

- « Ce n'est pas si facile… Lorsque quelqu'un refuse de participer, il faut, pour respecter une méthode scientifique, sélectionner un autre ménage de même taille que le vôtre, dans le même secteur statistique et dont la personne de référence a le même âge que vous… »

Il est en outre important de ne pas rencontrer trop de refus, car cela compromet la validité des résultats de l'enquête. En effet, si trop de gens refusent, on doit nécessairement se poser la question de savoir si la santé de ces personnes est comparable à la santé des personnes qui acceptent de participer, et on ne peut tirer des conclusions que sur la tranche de population qui a accepté de collaborer.

- « Remarquez que vous avez la chance de participer à un tel projet, la chance de pouvoir contribuer à l'amélioration de la santé et donc à la qualité de la vie de la population, la chance de pouvoir exprimer votre avis. II serait dommage de passer à côté d'une telle opportunité ».

• «Je n'ai pas le temps»

- « L'interview peut avoir lieu à un moment qui vous convient mieux: en semaine, le weekend, la journée ou en soirée; on peut aussi reporter l'interview de quelques semaines si vous le désirez… »

• «Une heure, c'est trop long»

- « La durée varie en fonction des personnes (de 20 minutes à une 1 heure 00): certaines personnes répondent plus vite que d'autres, certaines réponses entraînent d'autres questions ou au contraire le saut d'une série de question. En outre, pour la plupart des gens le temps de l'interview passe vite ».

- « Si jamais vraiment, vous trouvez l'entretien trop long, il vous est toujours loisible d'interrompre l'interview en cours de route. Mais cela ne vous coûte pas grand chose d'essayer ».

• «Peut-être, mais je n'ai vraiment pas le temps, je suis très occupé»

- « Je comprends mais c'est important que nous interrogions aussi les gens très occupés car si nous n'interviewons que les gens qui ont tout le temps, nous n'obtiendrions pas une image représentative de l'ensemble de la population. Il doit bien être possible de trouver un moment qui vous arrange. Ce n'est pas si long que ça ».

• «Ma santé ne vous regarde pas»

- « Nous vous garantissons le respect de votre vie privée (tel qu'il est prévu par la loi) et la confidentialité absolue des données personnelles recueillies au cours de cette enquête. L'INSERM, qui est responsable de la sélection par tirage au sort des personnes à interroger, ainsi que moi-même (et tous les enquêteurs), nous nous sommes engagés à garder le secret. C'est vrai que les questions qui touchent la santé sont très personnelles, mais c'est en ayant une connaissance globale de la santé d'une population que l'on peut agir au niveau du système de soins de santé mis en place dans un pays. C'est en interrogeant directement la population qu'on peut le mieux rencontrer ses besoins en matière de santé. Il ne s'agit pas de s'immiscer dans la vie privée des gens, mais il s'agit plutôt d'essayer de voir quels sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés dans une population, et pour cela, il faut aller vers eux, il faut interroger les gens sur leurs problèmes, et pas uniquement se fier à l'intuition du monde médical ou des décideurs politiques… »

• «Je ne veux pas avoir de problèmes avec la police »

-« Nous vous garantissons le respect de votre vie privée et la confidentialité absolue des données personnelles recueillies au cours de cette enquête. Les données recueillies sont totalement anonymes et après avoir interrogé votre logement l'ensemble des documents permettant de vous identifier seront détruits. L'Inserm, qui est responsable de la sélection par tirage au sort des personnes à interroger, ainsi que moi-même (et tous les enquêteurs), nous nous sommes engagés à garder le secret. Cette étude est complètement indépendante de l'administration, de la

préfecture ou des services de police. Par ailleurs si vous ne participez pas pour cette raison, nous ne pourrons pas faire état des contraintes que vous rencontrez en ce moment ».

Planning de la semaine de formation des enquêteurs

J-1 : 8 octobre
Présentation étude but et questionnaire
Planning de la semaine d information
Présentation des enquêteur 1/1 (âge étude langue parlée)
Séance de Traduction commune du questionnaire n°1
Le questionnaire sera distribué aux enquêteurs à leur embauche avec le « mode d emploi » en commentaire et sur une demi-page pour écrire leur commentaire
Superviseur N1-> Shimaore : Rastami Spelo, Kibushi : Anouoiri Chanfi
Superviseur N2 -> Enquêteurs ayant testé le questionnaire : Nadhuifa et Bacar
J-2 : 9 octobre
Séance de traduction n°2
J-3 : 10 octobre
Séance de traduction n°3
J-4 : 11 octobre
Comment se présenter à la famille
Lettre d'information
Temps pour mettre en confiance
Pas de relation de supériorité (enquêteur/enquêté) mais relation d'échange et de confiance
Insister sur l'importance de recueillir leur avis pour les conclusions de l'étude
Comment sélectionner les individus
Si personne dans le logement :
Si refus du chef de ménage ou de la personne à interroger : essai avec superviseur et si le refus persiste, tirage dans la liste complémentaire.
Comment parler communiquer avec le public
Ne pas porter de jugement sur les réponses
Comment mener l'entretien
Comment cocher et remplir le questionnaire
Voir commentaire sur la version donnée
Importance du travail des enquêteurs pour la validité des données
AM Test par groupe de 3 sur eux même (au moins 2 passation de questionnaire) avec notation des commentaires de chaque groupe et supervision durant leur passation
J-5 : 15 octobre
Matin : Débriefing du test blanc
AM : entretien sur le terrain par 2 avec remplissage double (au moins 2 foyers)
J-6 : 16 octobre
Matin : Débriefing après relecture des questionnaires

Paiement des enquêteurs

Le paiement des enquêteurs s'effectue toutes les 2 semaines, c'est-à-dire lorsque au moins tous les logements d'un îlot ont réellement été interrogés. Une fiche de paye sera rédigée et donnée à l'enquêteur.
Comme vous le savez déjà, le paiement des enquêteurs comprend la rétribution horaire sur la base de 6 entretiens complets par jour et l'indemnisation pour les déplacements.

Présentation détaillée du contenu du questionnaire

QUESTIONNAIRE MENAGE

LOGEMENT

- Objectif du module : Avoir un aperçu du logement occupé par le ménage en terme de taille et d'équipement
- Définition et concepts : L'attention est centrée sur le logement du ménage afin d'évaluer le niveau de vie de ce dernier à travers ce premier prisme. Nous allons donc dans un premier temps rechercher le statut d'occupation de leur logement ainsi que la nature de celui-ci et ses équipements.

COMPOSITION DU MENAGE

- Objectif du module : Avoir un aperçu de la composition du ménage en terme de nombre d'individu qui permettra de faire ensuite le lien entre les questionnaires
- Définition et concepts : L'attention est centrée sur le nombre de personnes résidant dans le logement, et leur lien de parentalité (d'une manière plus ou moins précise), distinguant les permanents des personnes de passages. On cherchera par ailleurs à identifier la personne répondant au questionnaire, ainsi que les deux personnes du ménage (une de plus de 15 ans et une de moins de 15 ans) tirées au sort et interrogées pour la suite de l'enquête.

FICHE « PERSONNE DE REFERENCE »

- Objectif du module : Avoir un aperçu de la personne de référence, communément appelée chef de famille et qui est désigné comme tel par les membres du ménage.
- Définition et concepts : L'attention est centrée sur le chef de famille concernant des informations générales sur son sexe, son âge, son niveau d'éducation son occupation, son statut administratif, et sa couverture sociale.

FICHE « INDIVIDU »

- Objectif du module : Avoir un aperçu de chaque individu résidant depuis 6 mois ou pour 6 mois au total dans logement.
- Définition et concepts : L'attention est centrée sur des informations générales concernant son sexe, son âge, son niveau d'éducation son occupation, son statut administratif, et sa couverture sociale.

FICHE « VISITEUR »

- Objectif du module : Avoir un aperçu de chaque individu hébergé dans le ménage pour une plus ou moins longue période (mais inférieure à 6 mois sinon le visiteur devient résidant).
- Définition et concepts : L'attention est centrée sur des informations générales concernant son sexe, son âge, sa nationalité ainsi que la durée et les motifs de son séjour dans le logement.

RESSOURCES

Objectif du module : Avoir un aperçu du total des ressources mensuelles dont dispose le ménage.

- Définition et concepts : il s'agit d'une part de la somme des revenus de *tous les membres* du ménage, d'autre part de la somme de *toutes les 'sortes'* de revenus (détaillées par classe de sources). Il doit s'agir de revenus en termes *financiers.* Chaque membre d'un ménage qui (par ex.) a un salaire ou reçoit une allocation de remplacement, contribue aux ressources. Dans la mesure du possible, on souhaite que le répondant donne une réponse à la question Res6, même s'il s'agit d'une approximation (de préférence la plus précise possible). *C'est seulement dans le cas où il est impossible au répondant de donner un montant que la question Res7 est posée.*
- Les questions relatives aux revenus sont sensibles, les personnes éprouvent souvent des réticences à les dévoiler. Il faut donc les poser avec toutes les précautions requises. On peut expliquer que ces informations ne servent qu'à établir une classification socio-économique globale des ménages ou des personnes, dans le but d'explorer les éventuelles

différences qu'il peut y avoir pour l'accès aux soins de santé. On peut aussi rappeler que ces informations restent strictement confidentielles et anonymes.

- **Qu'est-ce que les questions sur les revenus ont à voir avec la santé ?** Le répondant peu se demander ce que les informations sur les revenus peuvent à voir avec la santé. Ces questions visent à mettre en évidence d'éventuelles différences ou inégalités socio-économiques en matière de santé. C'est pourquoi à côté de ces questions, on interroge également les gens sur leur niveau d'étude et leur profession.

QUESTIONNAIRE « PLUS DE 15 ANS »

FORMATION

- Objectif du module : Avoir un aperçu des langues pratiquées par l'adulte sélectionné net de son niveau d'étude.

FAMILLE

- Objectif du module : Avoir un aperçu de la situation matrimonial de l'individu sélectionné
- Définition et concepts : L'attention est centrée sur la composition de sa famille proche et de la taille de celle-ci.

SITUATION PROFESSIONNELLE

- Objectif du module : Avoir un aperçu de la profession exercée par l'individu sélectionné

Définition et concepts : L'attention est centrée sur le type de travail exercé afin de connaître l'origine de ces revenus et d'avoir une idée de son niveau de vie.

Le travail en cours ou le plus longtemps exercé si a déjà travaillé est décrit très précisément par :

- la profession en clair,
- le secteur d'activité,
- la catégorie socio professionnelles (parmi les 6 catégories de l'INSEE)
- le secteur d'activité
- la sphère d'activité

ETAT DE SANTE

- Objectif du module : Avoir un aperçu de l'état de santé perçu de l'individu sélectionné, des maladies déclarées et de leur suivi
- Définition et concepts : La connaissance de l'état de santé des personnes interrogées est très importante car il est fortement lié au recours aux soins.

COUVERTURE SOCIALE

- Objectif du module : Avoir un aperçu de la couverture sociale dont bénéficie l'individu sélectionné
- Définition et concepts : L'attention est centrée sur la population qui ne profite pas de la sécurité sociale afin de voir les répercutions sur les recours au soin.

RECOURS AUX SOINS

- Objectif du module : Avoir un aperçu de la consommation de soins
- Définition et concepts : Il s'agit de faire un état des lieux pour chaque personne interrogée sur les consultations effectuées l'année précédente, les traitements consommés les 6 mois précédents, le suivi de la dernière grossesse, le dépistage du VIH, la dernière consultation dentaire.

DEROULEMENT DE LA DERNIERE CONSULTATION

- Objectif du module : Avoir un aperçu de la dernière consultation
- Définition et concepts : L'attention est centrée sur les différents éléments environnant la consultation : Ou, quand, comment, combien, ont-ils été satisfait ?

TRAJECTOIRE

- Objectif du module : Avoir un aperçu des déplacements dans l'espace et dans le temps des individus sélectionnés.
- Définition et concepts : L'attention est centrée sur les motivations de migration à Mayotte et sur le niveau d'intégration des individus dans le système de santé, notamment pour les individus originaires des îles voisines

ENQUETE

- Objectif du module : L'attention est centrée sur le déroulement des entretiens afin connaître l'évaluation de la qualité des données recueillies par l'enquêteur (si la qualité est douteuse ils seront séparés à l'analyse)
- Définition et concepts : Avoir un aperçu de l'entretien en termes de durée, de qualité des données et de langue pratiquée.

QUESTIONNAIRE « MOINS DE 15 ANS »
(Questions n'étant pas dans le questionnaire >15ans)

PARENTS

- Objectif du module : Avoir un aperçu de la vie familiale de l'enfant sélectionné.
- Définition et concepts : L'attention est centrée sur l'encadrement de l'enfant dans la cellule familiale.

ECOLE

- Objectif du module : Avoir un aperçu sur les activités de l'enfant sélectionné.
- Définition et concepts : L'attention est centrée sur la scolarisation de l'enfant et son encadrement de manière générale.

ANNEXE II

Questionnaire « ménage »

Fiche « individu »

Questionnaire « Plus de 15 ans »

Questionnaire « Moins de 15 ans »

Résultats complémentaires (tri à plat)

MENAGE

Ilot ☐☐ **Logement** ☐☐

LOGEMENT

Log1. Type de logement :

☐ 1Maison ☐ 2Appartement dans un immeuble ☐ 3Chambre dans un logement

Log2. Quel est votre « statut d'occupation » ?

☐ 1Propriétaire sol et logement ☐ 2 Propriétaire logement uniquement

☐ 3Locataire ou sous locataire ☐ 4Logé gratuitement ☐ 5NVPR

Log3. Combien y a-t-il de pièce(s) habitable(s) dans votre logement ?
(y compris : banga dans l'enclos / non compris : la cuisine, la salle d'eau, l'entrée, le couloir)

☐ 11 ☐ 22 ☐ 33 ☐ 44 ☐ 55 ☐ 66 ☐ 77 ☐ 8Plus de 7

Log4. Combien y a-t-il de banga(s) hors enclos ?

☐ 90 ☐ 11 ☐ 22 ☐ 33 ☐ 44 ☐ 55 ☐ 66 ☐ 77 ☐ 8Plus de 7

Log5. Nature des murs extérieurs

☐ 1Végétal/terre ☐ 2Contre plaqué, bâches ☐ 3Tôle ☐ 4Dur (béton, parpaing) ☐ 5Autre

Log6. Nature du toit

☐ 1Végétal ☐ 2Tôle ☐ 3Béton ☐ 4Béton+tôle ☐ 5Autre

Log7. Nature du sol (pièce principale)

☐ 1Terre ☐ 2Lino ☐ 3Béton ☐ 4Carrelage ☐ 5Autre

Log8. De quel type de toilettes disposez-vous ?

☐ 1WC avec chasse d'eau ☐ 2Latrines améliorées ☐ 3Latrines rudimentaires ☐ 4Rien

Log10. De quel type d'arrivée d'eau disposez-vous ?

☐ 1Prise d'eau dans la maison ☐ 2Prise d'eau dans l'enclos ☐ 3Prise d'eau publique (borne)

☐ 4Puits (public ou dans l'enclos) ☐ 5Prise d'eau chez un voisin ☐ 6Autre (rivière, ruisseau)

Votre logement est-il équipé en :	1Oui	2Non		1Oui	2Non
Log11. Éclairage électrique	☐	☐	**Log15. Satellite**	☐	☐
Log12. Radio	☐	☐	**Log16. Réfrigérateur ou congélateur**	☐	☐
Log13. Téléphone (fixe ou GSM)	☐	☐	**Log18. Climatiseur**	☐	☐
Log14. Téléviseur	☐	☐	**Log19. Ordinateur**	☐	☐

Log20. De quel moyen de locomotion disposez-vous *(plusieurs réponses possibles)* **?**

☐ 1Voiture personnelle ☐ 2Voiture appartenant à un proche ☐ 3Deux roues à moteur ☐ 4Bicyclette ☐ 5Aucun

MENAGE **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐

FICHE MENAGE

Men1. **Habituellement, combien de personnes <u>habitent dans votre logement</u>?** ☐☐

(Sortir le nombre de fiche individu)

Men2. **Combien y a-t-il d'autres personnes <u>hébergées</u> dans votre logement en ce moment et qui, normalement, habitent ailleurs ?**

(Sortir le nombre de fiche visiteur) ☐☐

Men3. *Numéro d'identification de la personne répondant au questionnaire ménage* : ☐☐

Men4. ***Type de ménage* :**

☐ 1Ménage d'une seule personne

☐ 2Ménage mononucléaire
(1 couple avec ou sans enfants)

☐ 3Ménage mononucléaire élargi
(1 couple avec ou sans enfants et d'autres membres de la famille « isolés »)

☐ 4Ménage pluri-nucléaire
(plusieurs couples avec ou sans enfants)

☐ 5Ménage pluri-nucléaire élargi
(plusieurs couples avec des membres de la famille « isolés »)

☐ 6Ménage monoparental
(1 parent vivant seul avec son ou ses enfants)

☐ 7Ménage monoparental élargi
(1 parent vivant seul avec son ou ses enfants avec d'autres membres de la famille « isolés »)

☐ 8Ménage d'« isolés »
(apparentés)

☐ 9Ménage d'« isolés »
(non apparentés)

☐ 10Autre

Tirage au sort :

Men5. *Complétez le Numéro individu sur la partie questionnaire ≥ 15 ans* ➔ ☐☐

Men6. *Complétez le Numéro individu sur la partie questionnaire moins de 15 ans* ➔ ☐☐

Men7. *Date finale de passation* ☐☐ ☐☐ 2007

MENAGE **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐

FICHE PERSONNE DE REFERENCE : Individu 01

A1. Quel est son sexe ? ☐ 1Masculin ☐ 2Féminin

A2. Pourra-t-il être contacté dans les 30 prochains jours afin d'être interrogé ?

☐ 1Oui ☐ 2Non

A3. Quel est son lien avec la personne de référence (PR) (« chef de famille ») ?

☒ 1Personne de référence
☐ 2Conjoint de PR
☐ 3Père / mère de PR ou du conjoint
☐ 4Enfant de PR ou du conjoint
☐ 5Autre membre de la famille
☐ 6Autre enfant de la famille
☐ 7Autre enfant non apparenté
☐ 8Non apparenté, ami
☐ 9Salarié logé, domestique
☐ 10NVPR

A4. Quel est son lieu de naissance ?

☐ 1Mayotte ☐ 2Anjouan ☐ 3Grande Comore ☐ 4Mohéli ☐ 5La Réunion ☐ 6Métropole
☐ 7Madagascar ☐ 8Pays africain ☐ 9Autre ☐ 10NSP ☐ 11NVPR

A5. Quel est son âge *(mettre l'âge approximatif si NSP)***?** ☐☐ **ans**

A6. Quel est son niveau d'étude le plus élevé ?

☐ 1Jamais scolarisé ☐ 2Maternelle ☐ 3Primaire (CP/CM2) ☐ 4Collège (6ème-3ème)
☐ 5Lycée (2nde-Terminale) ☐ 6Supérieur (après bac) ☐ 7NSP ☐ 8NVPR

A7. *Si plus de 15 ans,* quelle est son occupation actuelle ?

☐ 1Exerce un emploi ☐ 2Etudiant ☐ 3Retraité ☐ 4Chômeur
☐ 5Au foyer ☐ 6Autre inactif ☐ 7NSP ☐ 8NVPR

A8. Actuellement, est-il affilié à la Sécurité sociale ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3Démarches en cours ☐ 4NSP ☐ 5NVPR

A9. Quelle est sa nationalité (*plusieurs réponses possibles***) ?**

☐ 1Française ☐ 2Comorienne ☐ 3Malgache ☐ 4Pays africain
☐ 5Autre ☐ 6NSP ☐ 7NVPR

A10. *Si est de nationalité étrangère*, actuellement quelle est sa situation ?

☐ 1Régulière ☐ 2Irrégulière ☐ 3NSP ☐ 4NVPR

MENAGE

Ilot ☐☐ **Logement** ☐☐

RESSOURCES :

Le mois dernier, quels étaient <u>les revenus de l'ensemble des personnes vivant dans votre logement</u> (sans compter les personnes de passage)?

Votre ménage perçoit-il :	1Oui	2Non	3NSP	4NVPR	**Montant** en € *(Si NSP mettre 9999)*
Res1. **Des revenus du travail :** activité principale, petits boulots, stage, vente de production ?	☐	☐	☐	☐	☐☐☐☐ €
Res2. **La retraite**, préretraite ?	☐	☐	☐	☐	☐☐☐☐ €
Res3. **Des prestations sociales :** allocations familiales, aide à l'enfance, bourse scolaire, minimum vieillesse, AAH, aide logement, ….?	☐	☐	☐	☐	☐☐☐☐ €
Res4. **L'aide financière donnée par des proches :** des pensions alimentaires ? ou musada ?	☐	☐	☐	☐	☐☐☐☐ €
Res5. **Autres sources** : loyers, placements d'argent, etc.	☐	☐	☐	☐	☐☐☐☐ €

Res6. **Donc au total votre ménage a disposé le mois dernier de**: ☐☐☐☐☐ €

Enquêteur : faire la somme

Res7.

☐ 10-100 ☐ 2100-200 ☐ 3200-400 ☐ 4400-1000

☐ 51000-2000 ☐ 6Plus de 2000 ☐ 7NSP ☐ 8NVPR

Res8.**Est-ce pareil, plus ou moins que d'habitude ?**

☐ 1Pareil (montant régulier) ☐ 2Plus ☐ 3Moins ☐ 4Trop variable pour répondre ☐ 5NSP ☐ 6NVPR

Res9. **Votre ménage a-t-il des dettes à rembourser (y compris « chikowa »)?** ☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3NSP ☐ 4NVPR

Res10. **En conclusion, actuellement, pour le ménage diriez-vous que financièrement :**

Lire à haute voix et cocher ce qui correspond le mieux à la situation :

☐ 1On n'a pas assez d'argent pour vivre. On n'arrive pas à s'en sortir

☐ 2On a juste ce qu'il faut pour vivre, mais on se prive beaucoup

☐ 3On a suffisamment d'argent pour vivre en faisant attention

☐ 4On ne se prive de rien d'important

☐ 5On ne se prive pas du tout. On est très à l'aise

Enq1. Durée de l'entretien ☐☐☐ *minutes*

Enq2. Qualité des données recueillies :

☐ 1Très bonne ☐ 2Bonne ☐ 3Acceptable avec réserves ☐ 4Douteuse

Enq3. Langue de l'entretien

☐ 1Français ☐ 2Shimaore ☐ 3Kibushi ☐ 4Autre

INDIVIDU

Ilot ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

Quel est son moyen de reconnaissance ? _____

A1. Quel est son sexe ? ☐ 1Masculin ☐ 2Féminin

A2. Pourra-t-il être contacté dans les 30 prochains jours afin d'être interrogé ?

☐ 1Oui ☐ 2Non

A3. Quel est son lien avec la personne de référence (PR) (« chef de famille ») ?

☐ 2Conjoint de PR ☐ 3Père / mère de PR ou du conjoint
☐ 4Enfant de PR ou du conjoint ☐ 5Autre membre de la famille
☐ 6Autre enfant de la famille ☐ 7Autre enfant non apparenté
☐ 8Non apparenté, ami ☐ 9Salarié logé, domestique
☐ 10NVPR

A4. Quel est son lieu de naissance ?

☐ 1Mayotte ☐ 2Anjouan ☐ 3Grande Comore ☐ 4Mohéli ☐ 5La Réunion ☐ 6Métropole
☐ 7Madagascar ☐ 8Pays africain ☐ 9Autre ☐ 10NSP ☐ 11NVPR

A5. Quel est son âge *(mettre l'âge approximatif si NSP)***?** ☐☐ **ans**

A6. Quel est son niveau d'études le plus élevé ?

☐ 1Jamais scolarisé ☐ 2Maternelle ☐ 3Primaire (CP/CM2) ☐ 4Collège (6ème-3ème)
☐ 5Lycée (2nde-Terminale) ☐ 6Supérieur (après bac) ☐ 7NSP ☐ 8NVPR

A7. *Si a plus de 15 ans*, quelle est son occupation actuelle ?

☐ 1Exerce un emploi ☐ 2Etudiant ☐ 3Retraité ☐ 4Chômeur
☐ 5Au foyer ☐ 6Autre inactif ☐ 7NSP ☐ 8NVPR

A8. Actuellement, est-il affilié à la Sécurité sociale ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3Démarches en cours ☐ 4NSP ☐ 5NVPR

A9. Quelle est sa nationalité (*plusieurs réponses possibles***) ?**

☐ 1Française ☐ 2Comorienne ☐ 3Malgache ☐ 4Pays africain
☐ 5Autre ☐ 6NSP ☐ 7NVPR

A10. *Si est de nationalité étrangère*, actuellement quelle est sa situation ?

☐ 1Régulière ☐ 2Irrégulière ☐ 3NSP ☐ 4NVPR

PLUS DE 15 ans

Ilot ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

FORMATION

For1. Dans la vie courante, parlez-vous le français ?

☐ 1Pas du tout ***➔For3*** ☐ 2Avec beaucoup de difficultés ☐ 3Avec quelques difficultés ☐ 4Sans difficulté ☐ 5NVPR

For2. Dans la vie courante, lisez-vous le français ?

☐ 1Pas du tout ☐ 2Avec beaucoup de difficultés ☐ 3Avec quelques difficultés ☐ 4Sans difficulté ☐ 5NVPR

For3. Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison ou dans la vie de tous les jours ?
(*ne pas citer les réponses, plusieurs réponses possibles*)

☐ 1Shimaore ☐ 2Français ☐ 3Kibushi ☐ 4Malgache ☐ 5Créole ☐ 6Autre ☐ 7NVPR

For4. À quelle fréquence réalisez-vous ces activités (environ) ?

Écouter la radio	☐ 1Tous les jours	☐ 2Une fois par semaine	☐ 3Une fois par mois
	☐ 4Moins souvent	☐ 5Jamais	☐ 6NVPR

For5.

Regarder la télévision	☐ 1Tous les jours	☐ 2Une fois par semaine	☐ 3Une fois par mois
	☐ 4Moins souvent	☐ 5Jamais	☐ 6NVPR

FAMILLE

Cou1. Actuellement, êtes-vous en couple (que vous soyez marié ou pas) ? *(citer les réponses)*

☐ 1Oui, sous le même toit ***➔Cou3*** ☐ 2Oui mais pas sous le même toit ☐ 3Non ***➔Cou7*** ☐ 4NVPR ***➔Cou3***

Cou2. Où vit votre conjoint?

☐ 1Mayotte ☐ 2Anjouan ☐ 3Grande Comore ☐ 4Mohéli ☐ 5La Réunion ☐ 6Métropole
☐ 7Madagascar ☐ 8Pays africain ☐ 9Autre ☐ 10NSP ☐ 11NVPR

Cou3. Quel est votre situation matrimoniale ? *(Mettre une croix dans la case <u>situation juridique présente</u> du sujet)*

☐ 4Marié ▼

☐ 1Célibataire ***➔Cou7*** ☐ 2Pacsé(e) ***➔Cou7*** ☐ 3Divorcé(e) / Séparé(e) ***➔Cou7***
☐ 5Fiancé(e) ***➔Cou7*** ☐ 6Veuf (ve) ***➔Cou7*** ☐ 7NVPR ***➔Cou7***

Cou4. Sous quel régime ?

☐ 1Régime civil ☐ 2Régime cadial ☐ 3Fundi ☐ 4NVPR

Cou5. Est-ce un mariage : ☐ 1Monogame ***➔Cou7*** ☐ 2Polygame

Cou6. Nombre de foyers de l'homme à Mayotte: ☐ 1 1 ☐ 2 2 ☐ 3 3 ☐ 4 4 ☐ 5 >4 ☐ 6 NSP

Cou7. Avez-vous eu des enfants, qu'il s'agisse de vos enfants biologiques ou d'enfants adoptés (y compris décédé) **?** ☐ 1Oui ☐ 3Non mais vous en attendez un ***➔Act1*** ☐ 2Non ***➔Act1***

Cou8. Si oui, combien ? ☐ 1 1 ☐ 2 2 ☐ 3 3 ☐ 4 4 ☐ 5 5 ☐ 6 6 ☐ 7 7 ☐ 8 8 ☐ 9 9 ☐ 10 ≥10

Cou9. Combien habitent avec vous ?

☐ 1 0 ☐ 2 1 ☐ 3 2 ☐ 4 3 ☐ 5 4 ☐ 6 5 ☐ 7 6 ☐ 8 7 ☐ 9 8 ☐ 10 9 ☐ 11 10 ☐ 12 >10

PLUS DE 15 ans **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

SITUATION PROFESSIONNELLE

Act1.(A7). Quelle a été votre situation professionnelle au cours des 7 derniers jours *?*

☐ 1Travaille, a une activité professionnelle (même en congé) ➔ ***Act4***

☐ 2 Etudiant, stagiaire ☐ 3Retraité
☐ 4Chômeur ☐ 5Au foyer
☐ 6Autre inactif ☐ 7NVPR

Act2. Avez-vous déjà travaillé: ☐ 1Oui. ☐ 2Non ➔ ***Act10***

Act3. Depuis quand

ne travaillez-vous plus ☐☐ **ans** ☐☐
mois

Act4. Profession exercée (en cours ou le plus longtemps ou le plus fréquemment)
*(le plus précisément possible)**:***

Act5. code CSP420= ☐☐☐

…… *(ne pas remplir)*

Act6. CSP6:

☐ 1Agriculteurs
☐ 2Professions intermédiaires
☐ 3Artisans, commerçants et chefs d'entreprises
☐ 4Employés ☐ 5Ouvriers
☐ 6Cadres et professions intellectuelles supérieures
☐ 7NVPR

Act7. Quelle est (ou était) votre secteur d'activité principale ?

☐ 1Agriculture/Pêche/Élevage ☐ 2 Industrie ☐ 3Enseignement/Recherche ☐ 4Entretien/Sécurité
☐ 5 Construction/Bâtiment ☐ 6 Artisanat ☐ 7 Services aux particuliers ☐ 8Artistique
☐ 9 Mécanique/Conduite ☐ 10 Banque ☐ 11Hôtellerie/Tourisme ☐ 12Autre
☐ 13Commerce/Services ☐ 4Santé ☐ 15Administration/Défense ☐ 16NSP ☐ 17NVPR

Act8. Quel est (ou était) votre statut professionnel ?

☐ 1Employé ☐ 2Employeur ☐ 3Indépendante ☐ 4Aide Familiale ☐ 5Autre ☐ 6NSP ☐ 7NVPR

Act9. À quelle sphère appartient (ou appartenait) cette activité ?

☐ 1Publique ☐ 2Privée ☐ 3Informelle ☐ 4NSP ☐ 5NVPR

Act10. Exercez-vous une autre activité ?

☐ 1**Oui** ☐ 2**Non** ➔ ***San1*** ☐ 3**NSP** ➔ ***San1*** ☐ 4**NVPR** ➔ ***San1***

Act11. Si oui, laquelle ?

☐ 1**Chibaroua (petit boulot)**
☐ 2**Agriculture :**
  ☐ 1***Vente*** ☐ 2***Autoconsommation*** ☐ 3***Salariat***
☐ 3**Petits commerces de rue ou commerce à domicile**
☐ 4**Prestations liées à des activités touristiques**
☐ 5**Pêche :**
  ☐ 1***Vente*** ☐ 2***Autoconsommation*** ☐ 3***Salariat***
☐ 6**Autre**

PLUS DE 15 ans **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

ETAT DE SANTE

San1. Comment jugez-vous votre état de santé général en ce moment ?

☐ 1Très bon ☐ 2Bon ☐ 3Moyen ☐ 4Mauvais ☐ 5Très mauvais ☐ 6NSP ☐ 7NVPR

San2. Êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé (activités domestiques, travail) ?

☐ 1Oui, fortement limité ☐ 2Oui, limité ☐ 3Non ☐ 4NVPR

San3. Souffrez-vous d'un problème de santé chronique connu (comme HTA, diabète, asthme, état dépressif ou autres) ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔***San9*** ☐ 3NSP ➔***San9*** ☐ 4NVPR ➔***San9***

San4. *Si oui,* souffrez vous de (*Citer une par une les pathologies suivantes)*:**

	2 N	1 O	***Si oui*** **êtes-vous suivi** 1O	3+ /-	2N		2 N	1 O	***Si oui*, êtes-vous suivi** 1 O	3 +/-	2 N
Hypertension 1	☐	☐	☐	☐	☐	**Problèmes intestinaux 11**	☐	☐	☐	☐	☐
Asthme 2	☐	☐	☐	☐	☐	**Calculs rénaux 12**	☐	☐	☐	☐	☐
Diabèt 3	☐	☐	☐	☐	☐	**Insuffisance rénale 13**	☐	☐	☐	☐	☐
Fatigue 4	☐	☐	☐	☐	☐	**Si homme : troubles prostatiques 14**	☐	☐	☐	☐	☐
Malais 5	☐	☐	☐	☐	☐	**Tension oculaire glaucome 15**	☐	☐	☐	☐	☐
Epilepsie 6	☐	☐	☐	☐	☐	**Problèmes thyroïdiens 16**	☐	☐	☐	☐	☐
Migraine 7	☐	☐	☐	☐	☐	**Problèmes cutanés 17**	☐	☐	☐	☐	☐
Rhumatisme 8	☐	☐	☐	☐	☐	**Accidents vasculo cérébral 18**	☐	☐	☐	☐	☐
Problèmes cardiaques 9	☐	☐	☐	☐	☐	**Allergie 19**	☐	☐	☐	☐	☐
Dépression- anxiété 10	☐	☐	☐	☐	☐	**Cancer 20**	☐	☐	☐	☐	☐

San5. Souffrez- vous actuellement d'autres problèmes de santé chronique ? Lesquels ?

		1 Non	2 Oui	***Si oui*, êtes-vous suivi pour cela ?** 1 Oui	2 En partie	3 Non
☐ **21**	_____	☐	☐ ➔	☐	☐	☐
☐ **22**	_____	☐	☐ ➔	☐	☐	☐

San6. *Si migrant* : aviez-vous (et le saviez vous) un de ces problèmes avant de venir à Mayotte ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔***San9*** ☐ 3NVPR ➔***San9***

San7. *Si oui* : Le ou lesquels ? ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

San8. Vous êtes-vous installé à Mayotte pour traiter ce problème?

☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3En partie ☐ 4NVPR

PLUS DE 15 ans **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

San9. Selon vous, aujourd'hui, quelles choses dans votre vie nuisent à votre santé physique, psychologique ou à votre moral ? *(ne pas citer, prendre les 5 premières réponses)*

☐ 1Des problèmes économiques ou Financiers
☐ 2Absence de couverture sociale
☐ 3La peur d'être arrêté (ou sa famille)
☐ 4Son propre état de santé
☐ 5Ses conditions de logement
☐ 6Ses conditions de travail
☐ 7Des conditions de vie dans son quartier
☐ 8L'isolement
☐ 9Problèmes familiaux
☐ 10Des conflits avec d'autres personnes que ses proches (voisins…)
☐ 11Son alimentation
☐ 12Le bruit
☐ 13Sa consommation de tabac, d'alcool ou de drogues
☐ 14La pollution
☐ 15Le manque d'exercice physique
☐ 16Le stress, le rythme de vie en général
☐ 17Autre *préciser :*

☐ 18Aucune ☐ 19NSP ☐ 20NVPR

San10. D'une façon générale, diriez-vous que vous vous sentez :

☐ 1Très entouré ☐ 2Plutôt entouré ☐ 3Plutôt seul ☐ 4Très seul

RECOURS AUX SOINS : DROIT

CS1.(A8) Actuellement, avez-vous un numéro d'affiliation à la « sécurité sociale»

(si 3NSP ☐ ➔*Rec1*)

1**Oui** ☐ ➔*CS2*

2**Non** ☐ ➔*CS5*

CS2. Êtes-vous pris en charge à 100 % pour raison médicale quand vous consultez un médecin libéral? *ne concerne qu'une vingtaine de maladies chroniques et/ou graves (« ALD »)*

☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3NSP

CS3. Avez-vous une couverture maladie complémentaire ?

☐ 1Oui, par une mutuelle ☐ 2Oui, par une assurance
☐ 3Non, aucune ☐ 4NSP

CS4. Avez-vous eu des problèmes de remboursement ?

☐ 1Oui ☐ 2Non
☐ 3Non concerné ☐ 4NSP

CS5. Pour quelles raisons ? *(plusieurs réponses possibles, ne rien citer)*

☐ 1Les démarches sont en cours
☐ 2Vous n'y avez pas droit, pas de papiers
☐ 3Vous n'osez pas faire les démarches
☐ 4Vous n'avez pas de pièce d'identité (CREC)
☐ 5Vous n'avez pas de justificatif de domicile
☐ 6Vous n'avez pas de compte en banque
☐ 7Les démarches administratives sont difficiles
☐ 8Vous n'en avez pas besoin
☐ 9Vous avez d'autres préoccupations
☐ 10Autre
☐ 11NSP
☐ 12NVPR

PLUS DE 15 ans **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

AU COURS DES 12 MOIS QUI VIENNENT DE S'ECOULER (DEPUIS LA FIN DU RAMADAN 2006)

Rec1.. Avez-vous été <u>hospitalisé</u> ? ☐ 1Oui ☐ 2Non ➔ ***Rec3*** ☐ 3NVPR ➔ ***Rec3***

Rec2 Etait-ce au moins une fois pour ? ☐ 1Un accouchement ☐ 2Une opération chirurgicale ☐ 3Autre

Rec3. Toujours au cours de ces 12 derniers mois, avez-vous consulté <u>un médecin</u> ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔ ***Rec9*** ☐ 3NSP ➔ ***Rec9*** ☐ 4NVPR ➔ ***Rec9***

S'agissait-il d' :	2Non	1 Oui	Si oui, combien de fois				
Rec4. Un médecin au dispensaire	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec5. Un médecin libéral	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec6. Un médecin aux urgences	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec7. Un médecin à l'hôpital (en consultation)	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec8. Un médecin à la PMI	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP

Rec9. Toujours au cours de ces 12 derniers mois, avez-vous consulté <u>un soignant paramédical</u>?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔ ***Rec16*** ☐ 3NSP ➔ ***Rec16*** ☐ 4NVPR ➔ ***Rec16***

S'agissait-il d' :	2Non	1 Oui	Si oui, combien de fois				
Rec10. Un infirmier	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec11. Un kinésithérapeute	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec12. Une éducatrice de santé	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec13. Un pharmacien	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec14. Un dentiste	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec15. Autre	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP

Rec16. Toujours au cours de ces 12 derniers mois, avez-vous consulté <u>un thérapeute traditionnel</u> ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔ ***Med1*** ☐ 3NSP ➔ ***Med1*** ☐ 4NVPR ➔ ***Med1***

S'agissait-il d' :	2Non	1 Oui	Si oui, combien de fois				
Rec17. Un mwalimu	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec18. Un fundi	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec19. Une masseuse	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec20. Un herboriste	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec21. Un membre de la famille	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP
Rec22. Autre	☐	☐ ➔	☐ 1 1-2	☐ 2 3-5	☐ 3 6-12	☐ 4 >12	☐ 5 NSP

PLUS DE 15 ans **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

Med1. Au cours des six mois qui viennent de s'écouler, êtes-vous, au moins une fois, allé chercher <u>des médicaments</u> (sans compter les traitements traditionnels) ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔ ***Med8*** ☐ 3NSP ➔ ***Med8*** ☐ 4NVPR ➔ ***Med8***

Si oui, où ?	**Si oui, coût ? 1Don**	**2Achat**	**Prescription 1Oui**	**2Non**
Med2. A l'hôpital	☐	☐ ➔	☐	☐
Med3. Au dispensaire	☐	☐ ➔	☐	☐
Med4. En pharmacie	☐	☐ ➔	☐	☐
Med5. Chez des amis, voisins	☐	☐		
Med6. Au marché, dans une boutique	☐	☐		
Med7. Autre	☐	☐		

Med8. Au cours des six mois qui viennent de s'écouler êtes-vous, au moins une fois, allé <u>chercher des traitements traditionnels</u> ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔ ***Uti1*** ☐ 3NSP ➔ ***Uti1*** ☐ 4NVPR ➔ ***Uti1***

Si oui, qui vous les a procuré :	**2NON**	**1OUI**	**Si oui, coût ? 1Don**	**2Achat**
Med9. Un mwalimu ou un fundi	☐	☐ ➔	☐	☐
Med10. Des membres de la famille, amis, voisins	☐	☐ ➔	☐	☐
Med11. Au marché, dans une boutique	☐	☐ ➔	☐	☐
Med12. Autre	☐	☐ ➔	☐	☐

Uti1. Avez-vous un carnet de santé ? ☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3NSP ☐ 4NVPR

Uti2. Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH/sida ? ☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3NSP ☐ 4NVPR

Uti3. A quand remonte votre dernière visite chez un dentiste ?

☐ 1Il y a un an ou moins ☐ 2Entre 1 et 2 ans
☐ 3Entre 2 et 4 ans ☐ 4Il y a 5 ans ou plus
☐ 5Vous n'avez jamais consulté de dentiste ☐ 6NSP ☐ 7NVPR

Si homme : ➔*Der1* **FEMMES**

Enc1. Avez-vous été suivie médicalement lors de votre dernière grossesse
(au moins une consultation par trimestre)**?**

☐ 1Oui ☐ 2Oui, en partie ☐ 3Non ➔***Der1*** ☐ 4Non concernée ➔***Der1*** ☐ 5NVPR ➔***Der1***

Enc2. Par qui *(plusieurs réponses possibles)***?**

☐ 1Médecin libéral ☐ 2Médecin PMI ☐ 3Sage femme ☐ 4NVPR

Enc3. Lors de votre dernière grossesse, avez-vous été suivie par un thérapeute traditionnel ?
(plusieurs réponses possibles)

☐ 1Mwalimu ☐ 2Masseuse ☐ 3Herboriste ☐ 4Autre ☐ 5Aucun ☐ 6NVPR

PLUS DE 15 ans

Ilot ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

La dernière fois que vous avez consulté un médecin pour votre santé à Mayotte

Der1. Qui avez- vous consulté ?

- ☐ 1Médecin dispensaire
- ☐ 2Médecin libéral
- ☐ 3Médecin aux urgences
- ☐ 4Médecin en consultation à l'hôpital
- ☐ 5Médecin PMI ☐ 6NSP ☐ 7NVPR

Der2. Quand *(environ)***?**

- ☐ 1Moins d'un mois ☐ 21 à 3 mois
- ☐ 33 à 6 mois ☐ 46 mois à 1 an
- ☐ 51 à 2 ans ☐ 62 à 4 ans
- ☐ 7Plus de 5 ans ☐ 8N'a jamais consulté
- ☐ 9NSP ☐ 10NVPR

Der3. Si vous avez eu une prescription de médicaments, avez-vous pris le traitement ?

☐ 1Oui ☐ 2En partie▼ ☐ 3Non▼ ☐ 4Pas de prescription ☐ 5NSP ☐ 6NVPR

Der4. *Si non*, pourquoi ?

☐ 1Trop cher ☐ 2Remet en cause l'efficacité ☐ 3N'a pas compris la prescription ☐ 4N'a pas voulu

☐ 5N'a pas refait le déplacement pour les chercher ☐ 6Autre ☐ 7NSP ☐ 8NVPR

Cette dernière fois, combien avez-vous payé pour :

Der5. La consultation ? ☐☐☐ **Euros** (*Si NSP coder 999 Si n'a pas payé 000)*

Si ⓪⓪⓪ **motif ?** ☐ 1A montré son attestation ☐ 2A montré son carnet de santé ☐ 3A montré une pièce d'identité

☐ 4AGD ☐ 5A payé en nature ☐ 6Avait déjà payé ☐ 8Autre

Der6. Le transport ☐☐☐ **Euros** (*Si NSP coder 999 Si n'a pas payé 000)*

Si ⓪⓪⓪ **motif ?** ☐ 1Propre véhicule ☐ 2Transport ambulance ☐ 3Transport gratuit

☐ 4Taxi ☐ 5A pied ☐ 6Autre

Der7. Le traitement? ☐☐☐ **Euros** (*Si NSP coder 999 Si n'a pas payé 000)*

Si ⓪⓪⓪ **motif ?** ☐ 1Pas de traitement ☐ 2Traitement gratuit ☐ 3Autre

Lors de cette dernière consultation, avez-vous ?	1**Oui**	2**Non**	3**NSP**
Der8. Eté satisfait par l'accueil ?	☐	☐	☐
Der9. Eu la présence d'un traducteur ?	☐	☐	☐
Der10. *Si oui*, avez-vous été satisfait de sa présence ?	☐	☐	☐
Der11. Eté satisfait par le déroulement de la consultation	☐	☐	☐
Der12. Compris le diagnostic ?	☐	☐	☐

Obs1. Au cours de l'année écoulée (depuis la fin du ramadan 2006), avez-vous été personnellement victime de racisme : discrimination liée à votre couleur, origine géographique, nationalité,… 1Oui souvent ☐ 2Oui parfois ☐ 3Non ☐ ***➔Obs3***

Obs2. *Si oui*, était-ce au moins une fois en consultant :

pour votre santé (médecin, hôpital, système de soins)? ☐ 1Oui ☐ 2Non

PLUS DE 15 ans **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

Obs3. En général, si vous voulez consulter un médecin à Mayotte, cela vous semble ?

☐ 1Très facile ☐ 2Plutôt facile ☐ 3Plutôt compliqué ☐ 4Très compliqué

Obs4. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez pour vous soigner ?
Plusieurs réponses possibles, ne rien citer (relancer la question 2 fois)

☐ 1Des raisons financières (des questions d'argent)
☐ 2Difficultés administratives
☐ 3Absence de papiers
☐ 4Vous avez peur d'être arrêté
☐ 5Problème de langue
☐ 6Manque de confidentialité
☐ 7Vous y êtes allé mais on ne vous a pas reçu
☐ 8Vous avez peur d'être mal reçu
☐ 9Attente en consultation
☐ 10Trop loin, difficultés d'accès
☐ 11Vous ne savez pas à qui vous adresser
☐ 12Vous n'aimez pas aller chez le médecin
☐ 13Besoin non satisfait lors des précédentes consultations
☐ 14Vous avez d'autres choses à faire
☐ 15Les horaires ne vous conviennent pas
☐ 16Pour une autre raison
☐ 17N'a pas de difficultés
☐ 18NSP ☐ 19NVPR

Au cours de l'année écoulée (depuis la fin du ramadan 2006), est-ce que des difficultés vous ont conduit à renoncer à certains soins ?

Obs5. Pour vous-même ? ☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3NSP ☐ 4NVPR

Obs6. Pour l'un de vos enfants ? ☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3Sans enfant ☐ 4NSP ☐ 5NVPR

Pensez-vous que… ?	1Tout à fait	2Oui plutôt	3Plutôt pas	4Pas du tout	5NSP
Ras1. Ce sont les médecins qui savent le mieux ce qui est bon pour un malade ?	☐	☐	☐	☐	☐
Ras2. Il faut de l'argent pour être bien soigné ?	☐	☐	☐	☐	☐
Ras3. Ce que disent les médecins est difficile à comprendre ?	☐	☐	☐	☐	☐

OPINION

Ras4. Depuis 2 ans, pensez-vous que la prise en charge de votre santé à Mayotte ?

☐ 1S'est améliorée ☐ 2S'est dégradée ☐ 3Est restée stable
☐ 4Pas à Mayotte il y a 2 ans ☐ 5NSP ☐ 6NVPR

TRAJECTOIRE DE VIE

Tra1. Où avez-vous passé la majeure partie votre enfance (entre 0 et 16 ans) ?

☐ 1Mayotte ☐ 2Anjouan ☐ 3Grande Comore ☐ 4Mohéli ☐ 5La Réunion ☐ 6Métropole
☐ 7Madagascar ☐ 8Pays africain ☐ 9Autre ☐ 10NSP ☐ 11NVPR

PLUS DE 15 ans

Ilot ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

Où sont nés vos parents ?

Tra2. Votre père

- ☐ 1Mayotte
- ☐ 2Anjouan
- ☐ 3Grande Comore
- ☐ 4Mohéli
- ☐ 5La Réunion
- ☐ 6Métropole
- ☐ 7Madagascar
- ☐ 8Autre
- ☐ 9NSP
- ☐ 10NVPR

Tra3. Votre mère

- ☐ 1Mayotte
- ☐ 2Anjouan
- ☐ 3Grande Comore
- ☐ 4Mohéli
- ☐ 5La Réunion
- ☐ 6Métropole
- ☐ 7Madagascar
- ☐ 8Autre
- ☐ 9NSP
- ☐ 10NVPR

Si né à Mayotte : ➔ ***Ins1*** ***Si migrant (pas né à Mayotte) :***

Mig1. Quand êtes-vous arrivé à Mayotte pour la première fois pour vous installer: ☐☐☐☐

Mig2. Pour quelle raison principale avez-vous migré à Mayotte *(ne pas citer):*

☐ 1Travail, raisons économiques ☐ 2Problèmes de santé ☐ 3Accouchement ☐ 4Raisons politiques
☐ 5Famille ☐ 6Avenir, scolarisation des enfants ☐ 7Etudes ☐ 8Autre ☐ 9NVPR

Mig3. Pour quelles raisons êtes-vous resté à Mayotte *(ne pas citer) (plusieurs réponses possibles)* **:**

☐ 1Travail, raisons économiques ☐ 2Problèmes de santé ☐ 3Raisons politiques ☐ 4Etudes
☐ 5Famille ☐ 6Avenir, scolarisation des enfants ☐ 7Autres ☐ 8NVPR

Mig4. Etiez-vous venu *(plusieurs réponses possibles)* **:**

☐ 1Seul(e) ☐ 2Avec un ou plusieurs conjoints ☐ 3Avec d'autres membres de la famille
☐ 4Avec un ou plusieurs enfants ☐ 5Autre ☐ 6NVPR

Mig5. Avant de vous installer à Mayotte, étiez-vous déjà venu temporairement (en visite) pour vous faire soigner et/ ou pour accoucher ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔ ***Ins1*** ☐ 3NVPR ➔ ***Ins1***

Mig6. *Si oui* : Combien de fois ? ☐☐

Ins1. Actuellement, quels titres d'identité ou de séjour possédez-vous ? *(Plusieurs possibilités)*

☐ 1Un passeport ou une carte d'identité française valide ☐ 2Un passeport ou une cart d'identité française en cours de renouvellement ☐ 3Un passeport ou une carte d'identité française périmé
☐ 4Un certificat de nationalité française / Décret de naturalisation / déclaration d'acquisition de la nationalité française
☐ 5Passeport étranger valide ou périmé ☐ 6Extrait d'acte de naissance légalisé ☐ 7Extrait d'acte de naissance non légalisé
☐ 8Visa touriste en cours de validité ☐ 9Autorisation de séjour provisoire (APS) ☐ 10Titre de séjour valable 1an (CST)
☐ 11Titre de séjour valable 10ans (CR) ☐ 12Récépissé de titre de séjour ☐ 13Récépissé de demande d'asile
☐ 14RDV ou convocation préfecture ☐ 15Une attestation médicale de séjour pour soins ☐ 16Sans titre de séjour réguliers
☐ 17NVPR

Ins2. Si Français, actuellement, avez-vous « eu vos papiers » à la commission d'état civil (CREC) ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3En cours ☐ 4NSP ☐ 5NVPR

Tra4. Depuis que vous êtes à Mayotte, avez-vous déjà fait un déplacement hors de l'île ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔ ***Enq1*** ☐ 3NSP ➔ ***Enq1*** ☐ 4NVPR ➔ ***Enq1***

PLUS DE 15 ans

Ilot ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

Si oui, êtes-vous déjà allé à ?

Lieux	1**OUI**	2**NON**	3**NSP**	**Dans quelles circonstances ? Combien de fois ?** 1. Tourisme, visite familiale	2. Etudes, formation	3. Raisons de santé	4. Travail, raisons économiques	5. Reconduite à la frontière	6. Autres
Tra5. Métropole	☐	☐	☐	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4
Tra6. La Réunion	☐	☐	☐	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4
Tra7. Comores	☐	☐	☐	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4
Tra8. Madagascar	☐	☐	☐	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4
Tra9. Autres	☐	☐	☐	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4	☐ 1 1 ☐ 2 2 ou 3 ☐ 3 ≥4

En cas de déplacements pour raisons de santé, pouvez-vous préciser pour la dernière fois?

Tra10. Le lieu ☐ 1Métropole ☐ 2La Réunion ☐ 3Comores ☐ 4Madagascar ☐ 5Autre

Tra11. Les circonstances ☐ 1Evacuation sanitaire ☐ 2Avis médical ☐ 3Décision personnelle

Tra12. Le type de soin

☐ 1Médecine ☐ 2Chirurgie ☐ 3Accouchement
☐ 4Médecine Traditionnelle ☐ 5Dentiste ☐ 6Autre

Enq1. Durée de l'entretien ☐☐☐ *minutes*

Enq2. Qualité des données recueillies :

☐ 1Très bonne ☐ 2Bonne ☐ 3Acceptable avec réserves ☐ 4Douteuse

Enq3. Langue de l'entretien

☐ 1Français ☐ 2Shimaore ☐ 3Kibushi ☐ 4Autre

MOINS DE 15 ans **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

ENQUETEUR :

Men10. *Personne(s) ayant répondu au questionnaire*

☐ 1*Mère* ☐ 2*Père* ☐ 3*Tuteur* ☐ 4*Autre (Préciser) ……*

Men11. *Numéro d'identification de* ***la personne répondant au questionnaire <15 ans :*** ☐☐

DONNEES PERSONNELLES

Per1. Sa mère est-elle toujours en vie?

☐ 1Oui ➔ ***Per2*** ☐ 2Non

☐ 3NSP ☐ 4NVPR

Per2. *Si oui*, sa mère vit-elle habituellement dans ce logement?

☐ 1Oui, si oui n°d'identification ☐☐ ☐ 2Non

☐ 3NSP ☐ 4NVPR

Per3. Son père est-il toujours en vie?

☐ 1Oui ➔ ***Per4*** ☐ 2Non

☐ 3NSP ☐ 4NVPR

Per4. *Si oui*, son père vit-il habituellement dans ce logement?

☐ 1Oui, si oui n°d'identification ☐☐ ☐ 2Non

☐ 3NSP ☐ 4NVPR

For1. Dans la vie courante, parle-t-il le français ?

☐ 1Pas du tout ☐ 2Avec beaucoup de difficultés ☐ 3Avec quelques difficultés

☐ 4Sans difficulté ☐ 6NSP ☐ 7Ne parle pas encore

For2. Dans la vie courante, lit-il le français ?

☐ 1Pas du tout ☐ 2Avec beaucoup de difficultés ☐ 3Avec quelques difficultés

☐ 4Sans difficulté ☐ 6NSP ☐ 7N'a pas l'âge de lire

For3. Quelles langues parlez-vous avec lui, à la maison ou dans la vie de tous les jours?
(*Ne pas citer les réponses, plusieurs réponses possibles*)

☐ 1Shimaore ☐ 2Français ☐ 3Kibushi ☐ 4Malgache ☐ 5Créole ☐ 6Autre ☐ 7NVPR

Eco1. Va-t-il à l'école ? ☐ 1Oui, ➔ ***Eco3*** ☐ 2Non ☐ 3NSP ☐ 4NVPR

Eco2. *Si non*, pour quelle raison ? ☐ 1Pas encore ou jamais scolarisé ➔ ***Eco4*** ☐ 2N'est plus scolarisé ☐ 3Autre

Eco3. Si scolarisé, dans quelle classe est-il? Ou s'il a déjà été scolarisé, dernière classe fréquentée :

☐ 1Maternelle ☐ 2CP ☐ 3CE1 ☐ 4CE2 ☐ 5 CM1

☐ 6 CM2 ☐ 76ème ☐ 85ème ☐ 94ème ☐ 103ème

☐ 11Ecole coranique/Fundi uniquement ☐ 12Autre ☐ 13NSP ☐ 14 NVPR

Eco4. Où est-il pendant la journée (*plusieurs réponses possibles*)**?**

☐ 1Il reste à la maison ☐ 2Il est gardé en dehors de la maison

☐ 3Il travaille ☐ 4Autre

☐ 5NSP ☐ 6NVPR

HISTORIQUE

Mig1. *Si n'est pas né à Mayotte* : à quelle date est-il venu à Mayotte pour la première fois pour y vivre? :

☐☐ ☐☐☐☐ (mois/ année)

MOINS DE 15 ans **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

Tra2. Où est né **son père?**

☐ 1Mayotte ☐ 2Anjouan
☐ 3Grande Comore ☐ 4Mohéli
☐ 5La Réunion ☐ 6Métropole
☐ 7Madagascar ☐ 8Autre
☐ 9NSP ☐ 10NVPR

Tra3. Où est née s**a mère?**

☐ 1Mayotte ☐ 2Anjouan
☐ 3Grande Comore ☐ 4Mohéli
☐ 5La Réunion ☐ 6Métropole
☐ 7Madagascar ☐ 8Autre
☐ 9NSP ☐ 10NVPR

ETAT DE SANTE / RECOURS AUX SOINS

San1. Comment jugez-vous son état de santé général en ce moment?

☐ 1Très bon ☐ 2Bon ☐ 3Moyen ☐ 4Mauvais ☐ 5Très mauvais ☐ 6NSP ☐ 7NVPR

San2. Est-il limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé (activités quotidiennes)?

☐ 1 Oui, fortement limité ☐ 2 Oui, limité ☐ 3 Non ☐ 4 NVPR

San3. Souffre-t-il d'un problème de santé chronique connu?

☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3NSP ☐ 4NVPR

Uti1. A-t-il un carnet de santé? ☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3NSP ☐ 4NVPR

Si moins de 6 ans **Pmi1. Est il suivi en PMI?** ☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3NSP ☐ 4NVPR

Uti3. A quand remonte sa dernière visite chez un dentiste?

☐ 1Il y a un an ou moins ☐ 2Entre 1 et 2 ans ☐ 3Entre 2 et 4 ans
☐ 4Il y a 5 ans ou plus ☐ 5N'a jamais consulté ☐ 6NSP ☐ 7NVPR

Obs3. En général, si vous voulez lui faire consulter un médecin, cela vous semble?

☐ 1Très facile ☐ 2Plutôt facile ☐ 3Plutôt compliqué ☐ 4Très compliqué ☐ 5Pas eu besoin

Obs4. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez pour le soigner?

Ne rien citer (relancer la question 2 fois)

☐ 1Des raisons financières (des questions d'argent) ☐ 2Difficultés administratives
☐ 3Absence de papiers ☐ 4Vous avez peur d'être arrêté
☐ 5Problème de langue ☐ 6Manque de confidentialité
☐ 7Vous y êtes allé mais on ne vous a pas reçu ☐ 8Vous avez peur d'être mal reçu
☐ 9Attente en consultation ☐ 10Trop loin, difficultés d'accès
☐ 11Vous ne savez pas à qui vous adresser ☐ 12Vous n'aimez pas aller chez le médecin
☐ 13Besoin non satisfait lors des précédentes consultations ☐ 14Vous avez d'autres choses à faire
☐ 15Les horaires ne vous conviennent pas ☐ 16Pour une autre raison
☐ 17N'a pas de difficultés ☐ 18NSP ☐ 19NVPR

Obs5. Est-ce que des difficultés vous ont conduit à renoncer à certains soins pour sa santé au cours de l'année qui vient de s'écouler?

☐ 1Oui ☐ 2Non ☐ 3NSP ☐ 4NVPR

MOINS DE 15 ans **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

AU COURS DES 12 MOIS QUI VIENNENT DE S'ECOULER (DEPUIS LA FIN DU RAMADAN 2006)

Rec1.A-t-il été <u>hospitalisé</u> ? ☐ 1Oui ☐ 2Non ➔ ***Rec3*** ☐ 3NVPR ➔ ***Rec3***

Rec2 Etait-ce au moins une fois pour ? ☐ 1Un accouchement ☐ 2Une opération chirurgicale ☐ 3Autre

Rec3. Toujours au cours de ces 12 derniers mois, a-t-il <u>consulté un médecin</u> ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔ ***Rec9*** ☐ 3NSP ➔ ***Rec9*** ☐ 4NVPR ➔ ***Rec9***

S'agissait-il d' :	2**Non**	1 **Oui**	**Si oui, combien de fois**				
Rec4. Un médecin au dispensaire	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec5. Un médecin libéral	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec6. Un médecin aux urgences	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec7. Un médecin à l'hôpital (en consultation)	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec8. Un médecin à la PMI	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP

Rec9. Toujours au cours de ces 12 derniers mois, a-t-il <u>consulté un soignant paramédical</u>?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔ ***Rec16*** ☐ 3NSP ➔ ***Rec16*** ☐ 4NVPR ➔ ***Rec16***

S'agissait-il d' :	2**Non**	1 **Oui**	**Si oui, combien de fois**				
Rec10. Un infirmier	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec11. Un kinésithérapeute	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec12. Une éducatrice de santé	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec13. Un pharmacien	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec14. Un dentiste	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec15. Autre	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP

Rec16. Toujours au cours de ces 12 derniers mois, a-t-il consulté <u>un thérapeute traditionnel</u> ?

☐ 1Oui ☐ 2Non ➔***Der1*** ☐ 3NSP ➔ ***Der1*** ☐ 4NVPR ➔ ***Der1***

S'agissait-il d' :	2**Non**	1 **Oui**	**Si oui, combien de fois**				
Rec17. Un mwalimu	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec18. Un fundi	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec19. Une masseuse	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec20. Un herboriste	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec21. Un membre de la famille	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP
Rec22. Autre	☐	☐ ➔	☐ 11-2	☐ 23-5	☐ 36-12	☐ 4>12	☐ 5NSP

MOINS DE 15 ans **Ilot** ☐☐ **Logement** ☐☐ **Individu** ☐☐

La dernière fois qu'il a consulté un médecin à Mayotte :

Der1. Qui a-t-il consulté ?

☐ 1Médecin dispensaire
☐ 2Médecin libéral
☐ 3Médecin aux urgences
☐ 4Médecin en consultation à l'hôpital
☐ 5Médecin PMI ☐ 6NSP ☐ 7NVPR

Der2. Quand *(environ)***?**

☐ 1Moins d'un mois ☐ 21 à 3 mois
☐ 33 à 6 mois ☐ 46 mois à 1 an
☐ 51 à 2 ans ☐ 62 à 4 ans
☐ 7Plus de 5 ans ☐ 8N'a jamais consulté
☐ 9NSP ☐ 10NVPR

Der3. S'il a eu une prescription de médicaments, a-t-il pris le traitement ?

☐ 1Oui ☐ 2En partie▼ ☐ 3Non▼ ☐ 4Pas de prescription ☐ 5NSP ☐ 6NVPR

Der4. *Si non*, pourquoi ?

☐ 1Trop cher ☐ 2Remet en cause l'efficacité ☐ 3N'a pas compris la prescription ☐ 4N'a pas voulu
☐ 5N'a pas refait le déplacement pour les chercher ☐ 6Autre ☐ 7NSP ☐ 8NVPR

Cette dernière fois, combien avez-vous payé pour :

Der5. La consultation ? ☐☐☐ **Euros** (*Si NSP coder 999 Si n'a pas payé 000)*

Si ⓪⓪⓪ **motif ?** ☐ 1A montré son attestation ☐ 2A montré son carnet de santé ☐ 3Une pièce d'identité
☐ 4AGD ☐ 5A payé en nature ☐ 6Avait déjà payé ☐ 7Soins gratuits ☐ 8Autre

Der6. Le transport ☐☐☐ **Euros** (*Si NSP coder 999 Si n'a pas payé 000)*

Si ⓪⓪⓪ **motif ?** ☐ 1Propre véhicule ☐ 2Transport ambulance ☐ 3Transport gratuit
☐ 4Taxi ☐ 5A pied ☐ 6Autre

Der7. Le traitement? ☐☐☐ **Euros** (*Si NSP coder 999 Si n'a pas payé 000)*

Si ⓪⓪⓪ **motif ?** ☐ 1Pas de traitement ☐ 2Traitement gratuit ☐ 3Autre

Lors de cette dernière consultation, avez-vous ?	1**Oui**	2**Non**	3**NSP**
Der8. Eté satisfait par l'accueil ?	☐	☐	☐
Der9. Eu la présence d'un traducteur ?	☐	☐	☐
Der10 *Si oui*, avez-vous été satisfait de sa présence ?	☐	☐	☐
Der11. Eté satisfait par le déroulement de la consultation	☐	☐	☐
Der12. Compris le diagnostic ?	☐	☐	☐

Enq1. Durée de l'entretien ☐☐☐ *minutes*

Enq2. Qualité des données recueillies :

☐ 1Très bonne ☐ 2Bonne ☐ 3Acceptable avec réserves ☐ 4Douteuse

Enq3. Langue de l'entretien

☐ 1Français ☐ 2Shimaore ☐ 3Kibushi ☐ 4Autre

INDIVIDU				N	%
A1	sexe				
		H		1052,21	50,08
		F		1048,79	49,92
AGE		0-15		951,86	45,31
		16-30		594,72	28,31
		31-4		342,23	16,29
		46-6		141,18	6,72
		plus		71,00	3,38
ID1	Région				
		R		1112.42	52.95
		U		988.5803	47.05
A3	lien de parenté		m	11,69	
		PR	1	572,70	27,41
		C	2	348,87	16,70
		parent	3	6,08	0,29
		enfant	4	1053,45	50,42
		autre adulte	5	25,46	1,22
		autre enfant	6	66,37	3,18
		enfant non aparenté	7	3,00	0,14
		adulte non aparenté	8	13,39	0,64
A4	lieu de naissance		m	3,64	
		Mayotte	1	1377,38	65,67
		Anjouan	2	473,82	22,59
		GC	3	117,01	5,58
		Moheli	4	26,02	1,24
		La Réunion	5	14,27	0,68
		métropole	6	42,17	2,01
		Madagascar	7	42,83	2,04
		Pays africain	8	2,85	0,14
		Autre	9	0,67	0,03
		NVPR	10	0,34	0,02
A6	Si >15 ans : niveau d'étude		m	861,45	
		jamais scolarisé	1	418,77	33,80
		primaire	3	251,89	20,33
		college	4	266,52	21,51
		lycee	5	188,35	15,20
		superieur	6	104,81	8,46
		NSP	7	8,68	0,70
A7	Si >15 ans : Activité		m	861,45	
		travaille	1	346,43	27,95
		etudie	2	225,76	18,21
		retraite	3	21,31	1,72
		chomaur	4	183,72	14,82
		au foyer	5	398,87	32,18
		autre inactif	6	63,46	5,12
A8	Affiliation CSSM		m	4,81	
		SS	1	1278,98	61,01
		pas de SECU	2	767,40	36,61
		en cours	3	49,81	2,38
A9	Nationalité		m	1,87	
		française	1	1256,03	59,84
		comorienne	2	818,65	39,00
		malgache	3	18,29	0,87
		P africain	4	2,60	0,12
		autres	5	1,09	0,05
		NSP	6	2,47	0,12
A10	Si étranger : statut de résidence		m	1199,95	
		oui	1	212,96	23,63
		non	2	682,97	75,80
		NSP	3	5,11	0,57

MENAGE

LOGEMENT

Nom variable	label		N	% (hors manquant)
Log1	type de logement	m	1,45	
	maison	1	1149,02	92,70
	appartement	2	7,41	0,60
	chambre	3	83,12	6,71
Log2	statut	m	1,18	
	proprietaire	1	623,76	50,31
	proprietaire logement	2	216,43	17,46
	locataire	3	248,54	20,05
	gratuit	4	150,54	12,14
	NVPR	5	0,54	0,04
Log3	Nb de piece			
	1		262,49	21,15
	2		493,90	39,80
	3		228,49	18,41
	4		160,57	12,94
	5		52,65	4,24
	6		30,37	2,45
	7		6,88	0,55
	8		5,64	0,45
Log4	Nb de bangas	m	8,29	
	0		1093,52	88,71
	1		97,79	7,93
	2		29,63	2,40
	3		10,90	0,88
	5		0,86	0,07
Log5	mur	m	0,57	
	terre	1	58,05	4,68
	bache	2	13,64	1,10
	tole	3	452,94	36,51
	dur	4	694,35	55,98
	autres	5	21,44	1,73
Log6	toit			
	végétal	1	2,79	0,22
	tole	2	849,68	68,47
	beton	3	324,86	26,18
	beton+tole	4	60,99	4,91
	autres	5	2,68	0,22
Log7	sol	m	3,02	
	terre	1	41,96	3,39
	lino	2	668,33	53,99
	beton	3	292,53	23,63
	carrelage	4	232,13	18,75
	autres	5	3,03	0,24
Log8	WC	m	4,85	
	chasse d'eau	1	403,54	32,65
	beton	2	437,12	35,36

		rudimentaires	3	364,57	29,49
		rien	4	30,91	2,50
Log10	eau		m	6,14	
		maison	1	391,92	31,74
		enclos	2	525,94	42,59
		publique	3	71,94	5,83
		puit	4	31,92	2,58
		voisin	5	168,18	13,62
		autres	6	44,97	3,64
Log11	électricité				
		oui	1	1174,81	94,67
		non	2	66,19	5,33
Log12	radio		m	7,06	
		oui	1	899,82	72,92
		non	2	334,11	27,08
Log13	téléphone				
		oui	1	1055,64	85,06
		non	2	185,36	14,94
Log14	TV		m	8,20	
		oui	1	1091,96	88,58
		non	2	140,84	11,42
Log15	Satellite		m	15,51	
		oui	1	311,99	25,46
		non	2	913,49	74,54
Log16	Réfrigérateur ou Congéla		m	13,58	
		oui	1	997,92	81,30
		non	2	229,51	18,70
Log18	Climatiseur		m	14,92	
		oui	1	76,06	6,20
		non	2	1150,02	93,80
Log19	Ordinateur		m	11,55	
		oui	1	178,67	14,53
		non	2	1050,78	85,47
Log20	Véhicule		m	3,88	
		Voiture	1	227,81	18,41
		Voiture disponibles	2	6,11	0,49
		Scooter moto	3	64,23	5,19
		Vélo	4	27,69	2,24
		Rien	5	911,30	73,66

RESSOURCES DU MENAGE

				N	% (hors manquant)
Res1A	du travail		m	6,50	
		oui	1	771,64	62,51
		non	2	355,27	28,78
		NSP	3	89,76	7,27
		NVPR	4	17,83	1,44
Res2A	de la retraite		m	11,70	
		oui	1	68,13	5,54
		non	2	1153,02	93,79
		NSP	3	7,04	0,57
		NVPR	4	1,11	0,09
Res3A	des aides sociales		m	17,99	
		oui	1	480,54	39,29
		non	2	715,81	58,53
		NSP	3	25,62	2,10
		NVPR	4	1,04	0,08
Res4A	des aides financieres		m	16,74	
		oui	1	156,04	12,75
		non	2	1063,24	86,85
		NSP	3	4,99	0,41
Res5A	d'autres sources		m	33,78	
		oui	1	63,18	5,23
		non	2	1140,07	94,44
			3	3,98	0,33
Res7	tranche de revenu		m	5,50	
		0-100	1	220,37	17,84
		101-200	2	165,58	13,40
		201-400	3	171,26	13,86
		401-1000	4	320,18	25,91
		1001-2000	5	140,34	11,36
		Plus de 2000	6	70,83	5,73
		NSP	7	133,26	10,79
		NVPR	8	13,70	1,11
Res8	régularité		m	13,66	
		régulier	1	298,90	24,35
		Plus de 2000	2	97,38	7,93
		moins	3	248,29	20,23
		trop variable	4	433,19	35,29
		NSP	5	134,68	10,97
		NVPR	6	14,91	1,21
Res9	dettes		m	71,05	
		oui	1	285,14	24,37
		non	2	793,25	67,80
		NSP	3	86,93	7,43
		NVPR	4	4,63	0,40
Res10	ressenti financier		m	23,81	
	1On n'a pas assez d'argent pour vi		1	514,17	42,24

	2On a juste ce qu'il faut pour vivre	2	572,17	47,01
	3On a suffisamment d'argent pour	3	81,34	6,68
	4On ne se prive de rien d'importar	4	46,99	3,86
	5On ne se prive pas du tout. On es	5	2,52	0,21

TYPE DE MENAGE

Men4	Type de ménage	m	4,53	
	personne seule	1	73,96	5,98
	mononucléaire	2	7,21	0,58
	mononucléaire élargi	3	742,21	60,03
	pluri-nucléaire	5	256,59	20,75
	pluri-nucléaire élargi	6	0,27	0,02
	monoparental	7	66,00	5,34
	monoparental élargi	8	49,34	3,99
	« isolés » (apparentés)	9	21,86	1,77
	« isolés » (non apparentés)	10	19,03	1,54

m =manquant

VARIABLES FORMATION ACTIVITE VIE DE FAMILLE _ PLUS DE 15 ANS FORMATION			
Nom variable	**label**	**N**	**%(hors manquant)**
For1	**parle le français**		
1	pas du tout	464,16	37,40
2	avec beaucoup de difficultés	138,74	11,18
3	avec quelques difficultés	224,35	18,08
4	sans difficulté	413,75	33,34
For2	**lit le français**		
	m	195,85	
	pas du tout	279,01	26,70
	avec beaucoup de difficultés	84,01	8,04
	avec quelques difficultés	152,71	14,61
	sans difficulté	529,14	50,63
	NVPR	0,29	0,03
for3_1	**parle shimaore**	1044,50	84,17
for3_2	**parle français**	273,61	22,05
for3_3	**parle kibushi**		
for3_4	**parle malgache**	18,04	1,45
for3_5	**parle créole**	9,03	0,73
for3_6	**parle 1 autre langue**	164,90	13,29
For4	**Ecoute la radio**	1,92	
	Tous les jours	589,34	47,56
	une fois par semaine	85,57	6,91
	Une fois par mois	4,74	0,38
	Moins souvent	246,14	19,86
	Jamais	313,29	25,28
For5	**Regarde la télévision**	1,29	
	Tous les jours	929,61	74,99
	une fois par semaine	43,43	3,50
	Une fois par mois	4,19	0,34
	Moins souvent	138,91	11,20
	Jamais	123,05	9,93
	NVPR	0,51	0,04

VARIABLES FORMATION ACTIVITE VIE DE FAMILLE _ PLUS DE 15 ANS
FAMILLE

Nom variable	label	N	%(hors manquant)
Cou1	**Vit en couple**	3,06	
	Oui sous le meme toit	767,48	62,00
	Oui pas sous le meme toit	31,91	2,58
	Non	438,28	35,40
	NVPR	0,27	0,02
Cou3	**Situation matrimoniale**	392,59	
	Célibataire	51,25	6,04
	Pacsé	4,99	0,59
	Divorcée séparée	8,75	1,03
	Marié	779,07	91,83
	Fiancé	1,41	0,17
	Veuf	2,96	0,35
Cou4	**Régime de mariage**	462,39	
	civil	122,55	15,74
	cadial	323,59	41,56
	fundi	331,61	42,59
	NVPR	0,86	0,11
Cou5	**Type de mariage**	466,84	
	monogame	655,64	84,69
	polygame	118,52	15,31
Cou6	**Nombre de foyers**		
	m	1076,30	
	1	56,04	34,03
	2	93,60	56,83
	3	11,60	7,04
	4	1,68	1,02
	6	1,77	1,07
Cou7	**A des enfants**		
	m	36,72	
	oui	795,66	66,07
	non	369,44	30,68
	non mais en attend	39,18	3,25
Cou8	**Nombre d'enfants**		
	m	405,49	
	1	125,22	14,99
	2	149,21	17,86
	3	124,80	14,94
	4	107,93	12,92
	5	67,89	8,13
	6	49,77	5,96
	7	66,71	7,98
	8	38,84	4,65
	9	35,40	4,24
	>=10	69,74	8,35
Cou9	**Nombre d'enfants dans le ménage**		
	m	403,16	
	0	134,38	16,04

1	186,35	22,24
2	166,34	19,85
3	131,87	15,74
4	86,60	10,34
5	41,66	4,97
6	37,42	4,47
7	21,17	2,53
8	19,03	2,27
9	2,21	0,26
10	5,57	0,66
>10	5,24	0,63

VARIABLES FORMATION ACTIVITE VIE DE FAMILLE _ PLUS DE 15 ANS FAMILLE

Nom variable	label		N	%(hors manquant)
	Activité			
Act1		m	1,45	
		travaille	346,42	27,95
		etudiant	225,76	18,21
		retraité	21,31	1,72
		chomeur	183,72	14,82
		au foyer	398,87	32,18
		autre inactif	63,46	5,12
Act2	**Si non as déjà travaillé**		314,15	
		oui	225,53	24,33
	CSP		701,33	75,67
Act6		m	706,84	
		agriculteurs	28,50	5,34
		professions intermediaires	5,89	1,10
		artisan, commercants, chef d'entreprise	58,26	10,91
		employés	365,09	68,35
		ouvriers	47,17	8,83
		cadres	29,25	5,48
	SECTEUR			
Act7		m	703,87	
		agriculture	34,31	6,39
		industrie	4,30	0,80
		enseignemment	63,49	11,82
		entretien	81,34	15,14
		construction	89,72	16,70
		artisanat	20,39	3,80
		service aux particuliers	37,08	6,90
		artistique	1,44	0,27
		mécanique	31,92	5,94
		banque	3,74	0,70
		tourisme	7,09	1,32
		autre	16,60	3,09
		commerce	50,89	9,47
		santé	21,66	4,03
		administration	70,29	13,09
		nsp	2,87	0,53

	statut			
Act8		m	705,60	
		employés	458,97	85,73
		employeur	1,54	0,29
		indépendante	53,57	10,00
		aide familiale	5,59	1,04
		autre	14,80	2,76
		nsp	0,93	0,17
	sphére d'activité			
Act9		m	710,76	
		publique	227,69	42,94
		privé	203,04	38,29
		informelle	98,57	18,59
		nsp	0,93	0,18
	activité secondaire			
Act10	oui		348,45	28,08
	non		888,45	71,59
	nvpr		4,10	0,33
act11_1	**chibaroua**		126,26	10,17
act11_2	**agriculture**		174,69	14,08
act11_3	**commerce de rue**		29,50	2,38
act11_4	**prestations liés au tourisme**		0,00	0,00
act11_5	**peche**		15,06	1,21
act11_6	**autre**		15,41	1,24

ETAT DE SANTE

				N	%(hors manqua
San1	Etat de santé perçu				
		Tres bon	1	606,89	28,89
		Bon	2	880,10	41,89
		Moyen	3	366,74	17,46
		Mauvais	4	204,18	9,72
		tres mauvais	5	32,82	1,56
		NSP	6	10,27	0,49
San2	Handicap		m	17,02	
		Tres limité	1	68,25	3,27
		Limité	2	218,50	10,48
		Pas de handicap	3	1797,24	86,24
San3	Maladies chroniques				
			m	12,43	
		Oui	1	431,05	20,64
		Non	2	1641,48	78,59
		NSP	3	16,04	0,77

CONDITIONS DE VIE NUISANT A LA SANTE

	N	%
Problèmes financiers	491,031	39,57
Absence de couverture sociale	29,7526	2,4
Peur d'être arréter	164,3502	13,24
Etat de santé	222,4074	17,92
Condition de logement	75,64293	6,1
Conditions de travail	108,9263	8,78
Quartier	28,23295	2,28
Isolement	20,45916	1,65
Problèmes familiaux	104,6627	8,43
Conflits	14,271	1,15
Alimentation	29,24203	2,36
Bruit	41,48256	3,34
Tabac, alcool, drogue	17,17039	1,38
Pollution	49,33326	3,98
Manque d'exercice	10,47434	0,84
Stress	117,0835	9,43
Autres	103,5511	8,34
Pas de nuisance	293,0222974	23,6

CARNET DE SANTE

Uti1	Carnet de santé		m	42,95	
		oui	1	1987,66	96,58
		non	2	67,33	3,27
		nsp	3	3,07	0,15

DERNIERE CONSULTATION DENTISTE					
Uti3	derniere CS dentiste		m	3,31	
		<1	1	202,63	9,66
		1-2	2	191,67	9,14
		2-4	3	122,05	5,82
		5 et +	4	153,31	7,31
		jamais	5	1396,91	66,59
		nsp	6	30,22	1,44
		NVPR	7	0,90	0,04

VARIABLES SANTE ADULTE				
Nom	**label**		**N**	**% hors manquant**
Obs1	**Victime de discrimination**	m	3,56	
1		souvent	74,74	6,04
2		parfois	141,30	11,42
3		non	1021,40	82,54
Obs2	**en consultant**	m	1019,58	
		oui	68,08	30,75
		non	153,33	69,25
Obs6	**Renoncement à des soins des enfants**	m	4,31	
		oui	89,09	7,20
		non	708,20	57,27
		non concerné	419,49	33,92
		nsp	19,91	1,61
Ras1	**Ce sont les médecins qui savent le mieux ce qui est bon pour un malade**	m	4,25	
		tout a fait	924,24	74,73
		plutot	151,71	12,27
		plutot pas	63,43	5,13
		pas du tout	59,14	4,78
		nsp	38,23	3,09
Ras2	**Il faut de l'argent pour être bien soigné**	m	5,15	
		tout a fait	855,67	69,24
		plutot	102,99	8,33
		plutot pas	104,48	8,45
		pas du tout	128,32	10,38
		nsp	44,39	3,59
Ras3	**Ce que disent les médecins est difficile à comprendre**	m	4,03	
		tout a fait	171,04	13,83
		plutot	235,67	19,05
		plutot pas	312,77	25,29
		pas du tout	490,18	39,63
		nsp	27,31	2,21
Ras4	**prise en charge de votre santé à Mayotte**	m	1,89	
		améliorée	338,50	27,32
		dégradéé	322,44	26,02
		stable	445,44	35,95
		non concerné	33,56	2,71
		nsp	95,46	7,70
		nvpr	3,69	0,30
San10	**Soutien social**	m	11,98	
		très entouré	405,70	33,01
		entouré	560,04	45,57
		seul	196,18	15,96
		très seul	67,10	5,46
Tra1	**Lieu de l'enfance**	m	1,89	
		Mayotte	684,99	55,28
		Anjouan	344,8	27,83

		Grande Comore	104,42	8,43
		Moheli	22,19	1,79
		La Réunion	18,89	1,52
		métropole	27,13	2,19
		Madagascar	33,17	2,68
		Pays africain	0,84	0,07
		Autre	0,83	0,07
		NVPR	1,85	0,15
CS1	**Affiliation à la Sécurité sociale**	oui	705,41	56,84
		non	535,59	43,16
CS2	**100%**	m	537,69	
		oui	80,67	11,47
		non	546,83	77,75
		nsp	75,80	10,78
CS3	**Complémentaire**	m	535,43	
		mutuelle	19,39	2,75
		assurance	46,61	6,61
		aucune	605,80	85,86
		nsp	33,77	4,79
CS4	**Problèmes de remboursement**	m	537,14	
		oui	33,88	4,81
		non	519,23	73,77
		non concerné	101,24	14,38
		nsp	49,51	7,03
	Causes de non affiliation			
CS5_1		démarches en cours	54,79	4,42
CS5_2		pas de papiers	415,59	33,49
CS5_3		n'ose pas faire les demarches	20,93	1,69
CS5_4		pas de piéces d'identité (crec)	15,73	1,27
CS5_5		pas de justificatif de domicile	4,11	0,33
CS5_6		pas de compte bancaire	10,85	0,87
CS5_7		démarches administratves difficiles	15,22	1,23
CS5_8		pas de besoin	12,23	0,99
CS5_9		a d'autres préocupations	19,84	1,60
CS5_10		autres raisons	20,94	1,69
CS5_11		nsp	8,40	0,68
Ins2	**Si français, passage à la CREC**	m	568,48	
		oui	419,50	62,38
		non	115,28	17,14
		en cours	119,33	17,74
		nsp	18,41	2,74
Med1	**Traitements depuis 6 mois**	m	13,81	
		oui	627,52	51,14
		non	593,53	48,37
		nsp	6,13	0,50
Med2	**à l'hopital**	m	1110,98	
		don	113,81	87,53
		achat	16,21	12,47
Med2o	**sur prescription**	m	1111,04	

		oui	114,39	88,02
		non	15,57	11,98
Med3	au dispensaire	m	904,92	
		don	281,72	83,82
		achat	54,37	16,18
Med3o		m	906,64	
		oui	312,38	93,43
		non	21,98	6,57
Med4	en pharmacie	m	977,85	
		don	34,91	13,26
		achat	228,25	86,74
Med4o		m	987,61	
		oui	164,57	64,95
		non	88,82	35,05
Med5	chez des proches	m	1174,04	
		don	61,00	91,11
		achat	5,95	8,89
Med6	au marché, en boutique	m	1184,45	
		don	13,97	24,70
		achat	42,58	75,30
Med7	autre	m	1206,90	
		don	19,68	57,71
		achat	14,42	42,29
Med8	Traitements traditionnels depuis 6 mois	m	7,91	
		oui	221,67	17,98
		non	1008,96	81,82
		nsp	2,45	0,20
Med9	chez le mwalim ou le fundi	m	1030,98	
		oui	86,16	41,02
		non	123,86	58,98
Med9o		m	1157,45	
		don	22,33	26,72
		achat	61,22	73,28
Med10	chez des proches	m	1033,88	
		oui	66,16	31,94
		non	140,96	68,06
Med10o		m	1173,29	
		don	61,30	90,53
		achat	6,41	9,47
Med11	au marché, en boutique	m	1039,81	
		oui	77,22	38,38
		non	123,97	61,62
Med11o		m	1163,78	
		don	3,74	4,85
		achat	73,48	95,15
Med12	autre	m	1039,36	
		oui	36,91	18,31
		non	164,73	81,69
Med12o		m	1204,92	
		don	27,42	76,01

		achat	8,65	23,99
Uti2	**Dépistage du VIH**	m	4,27	
		oui	278,22	22,50
		non	925,76	74,86
		nsp	31,01	2,51
		nvpr	1,73	0,14
Enc1	**Suivi de la dernière grossesse**	m	629,35	
		oui	407,55	66,63
		oui en partie	15,59	2,55
		non	50,93	8,33
		non concernée	134,44	21,98
		nvpr	3,15	0,52
Enc2	**par qui**	m	814,74	
		libéral	51,36	12,05
		pmi	125,02	29,33
		sage femme	247,00	57,95
		nvpr	2,88	0,68
Enc3	**Suivi traditionnel de la dernière grossesse**	m	809,13	
		mwalim	0,84	0,19
		masseuse	181,10	41,93
		herboriste	17,31	4,01
		autre	1,72	0,40
		aucun	229,55	53,15
		nvpr	1,35	0,31

Recours aux soins durant l'année précédente

Nom variable	label			N	%(hors manquant)						
Rec1	Hospitalisation										
		manquant	m	0,81							
		oui	1	224,93	10,71						
		Non	2	1875,26	89,29						
Rec2	Motifs d'hospitalisation		m	1878,57							
		accouchement	1	68,51	30,80						
		chirurgie	2	26,48	11,91						
		autres	3	127,44	57,30						
Rec3	CS med										
			m	0,42							
		oui	1	1543,58	73,48						
		non	2	550,89	26,23						
		NSP	3	6,11	0,29						
	LIEU										
Rec4	dispensaire		m	563,73		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	1175,92	76,49	934,28	524,12	373,03	126,62	61,98	80,98
		non	2	361,35	23,51		44,92	31,97	10,85	5,31	6,94
Rec5	liberal		m	586,07		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	390,21	25,76	1718,65	239,08	92,62	26,82	10,52	13,32
		non	2	1124,72	74,24		62,53	24,22	7,01	2,75	3,48
Rec6	urgences		m	590,21		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	231,83	15,34	1870,89	168,06	37,58	9,08	7,43	7,97
		non	2	1278,96	84,66		73,03	16,33	3,95	3,23	3,46
Rec7	cs hop		m	588,70		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	348,82	23,07	1752,57	197,42	81,91	24,49	25,62	18,98
		non	2	1163,48	76,93		56,66	23,51	7,03	7,35	5,45
Rec8	pmi		m	603,45		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	404,69	27,02	1700,63	140,50	119,71	45,97	22,47	71,73
		non	2	1092,87	72,98		35,09	29,90	11,48	5,61	17,92
Rec9	CS paramedicale		m	3,16							
		oui	1	496,82	23,68						
		non	2	1596,96	76,12						
		NSP	3	4,06	0,19						
	LIEU										
Rec10	infirmier		m	1584,02		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	241,03	46,62	1865,84	84,84	82,37	24,69	9,33	33,93
		non	2	275,95	53,38		36,08	35,03	10,50	3,97	14,43
Rec11	kiné		m	1595,63		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	46,01	9,10	2055,66	18,34	11,01	7,38	8,12	0,51
		non	2	459,36	90,90		40,44	24,27	16,27	17,90	1,12
Rec12	educatrice		m	1594,70		freq	1-2	3-5	>12	NSP	
		oui	1	7,96	1,57	2093,71	0,96	3,74	1,69	0,90	
		non	2	498,34	98,43		13,18	51,27	23,14	12,41	
Rec13	pharmacien		m	1595,76		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	137,69	27,25	1962,73	74,48	41,30	12,82	7,64	2,02
		non	2	367,54	72,75		53,87	29,87	9,27	5,53	1,46
Rec14	dentiste		m	1597,09		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	169,44	33,62	1932,37	123,99	31,41	4,50	4,17	4,55
		non	2	334,47	66,38		73,53	18,63	2,67	2,47	2,70
Rec15	autres		m	1600,13		freq	1-2	3-5	>12		
		oui	1	15,23	3,04	2085,77	9,52	5,29	0,42		
		non	2	485,64	96,96		62,50	34,74	2,77		
Rec16	CS trad		m	4,41							
			1	618,28	29,49						
			2	1473,27	70,27						
			3	5,03	0,24						
	LIEU										
Rec17	mwalin		m	1459,12		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	40,77	6,35	2060,66	15,72	11,62	2,27	7,78	2,95
		non	2	601,11	93,65		38,98	28,80	5,63	19,29	7,31
Rec18	fundi		m	1463,90		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	272,73	42,81	1827,18	162,43	85,78	13,55	7,05	5,00
		non	2	364,37	57,19		59,32	31,33	4,95	2,57	1,83
Rec19	masseuse		m	1461,45		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	356,52	55,74	1745,86	177,49	109,53	18,33	20,96	28,84
		non	2	283,03	44,26		49,98	30,84	5,16	5,90	8,12
Rec20	herboriste		m	1465,62		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	263,51	41,47	1841,81	113,16	72,54	18,13	22,57	32,79
		non	2	371,88	58,53		43,66	27,99	7,00	8,71	12,65
Rec21	famille		m	1465,03		freq	1-2	3-5	6-12	>12	NSP
		oui	1	48,95	7,70	2052,72	23,68	10,84	6,11	3,11	4,54
		non	2	587,02	92,30		49,04	22,45	12,65	6,45	9,41
Rec22	autres		m	1467,27		freq	1-2	3-5			
		oui	1	34,82	5,49	2066,61	21,16	13,23			
		non	2	598,91	94,51		61,54	38,46			

DERNIERE CONSULTATION MEDICALE

				N	%(hors manquant)
Der1	**LIEU**		**m**	14,34	
		dispensaire	1	1286,48	61,65
		ville	2	289,86	13,89
		Urgences	3	93,12	4,46
		CS hopital	4	199,10	9,54
		PMI	5	144,56	6,93
		NSP	6	73,54	3,52
Der2	**DATE**		m	15,31	
		<1 mois	1	385,81	18,50
		1-3	2	535,92	25,69
		3-6	3	338,14	16,21
		6-1an	4	238,33	11,43
		1-2an	5	285,08	13,67
		2-4an	6	107,73	5,17
		5 et +	7	38,97	1,87
		jamais	8	24,32	1,17
		NSP	9	131,40	6,30
Der8	**Satisfaction de l'accueil**		m	15,22	
		oui	1	1825,81	87,54
		non	2	211,43	10,14
		nsp	3	48,54	2,33
Der9	**Présencde d'un traducteur**		m	23,80	
		oui	1	989,60	47,64
		non	2	1053,55	50,72
		nsp	3	34,05	1,64
Der10	**Satisfaction par rapport au traducteur**		m	937,75	
		oui	1	926,32	79,63
		non	2	206,92	17,79
		nsp	3	30,00	2,58
Der11	**Satisfaction de la consultation**		m	18,77	
		oui	1	1947,55	93,53
		non	2	88,93	4,27
		nsp	3	45,74	2,20
Der12	**Comprehension diagnostic**		m	20,88	
		oui	1	1967,05	94,56
		non	2	77,02	3,70
		nsp	3	36,05	1,73
Der5	**Consultation gratuite**		m	45,50	
		oui	1	1468,22	70,32
		non	2	586,27	28,08

Der5n	**Motifs de gratuité**		**N**	**%(hors manquant)**
		m	638,21	
	attestation	1	1051,50	71,88
	Carnet de santé	2	336,28	22,99
	piece d identité	3	31,48	2,15
	AGD	4	6,46	0,44
	en nature	5	2,55	0,17
	deja payé	6	9,90	0,68
	autres	8	24,63	1,68

Der6	**Transport gratuit**		m	19,81	
		oui	1	975,21	46,86
		non	2	1105,98	53,14

Der6n	**Motifs de gratuité**		**N**	**%(hors manquant)**
		m	1116,59	
	propre véhicule	1	257,28	26,14
	ambulance	2	25,10	2,55
	gratuit	3	150,86	15,32
	a pied	5	500,99	50,89
	autres	6	50,18	5,10

Der7	**Traitement gratuit**		m	14,71	
		oui	1	1807,87	86,65
		non	2	278,42	13,35

Der7n	**Motifs de gratuité**		**N**	**%(hors manquant)**
		m	302,26	
	pas de traitement	1	174,70	9,71
	gratuit	2	1574,38	87,53
	autres	3	49,66	2,76

		VARIABLE TRAJECTOIRE		
	label		N	% hors manquant
Tra1	**Lieu de l'enfance**	m	1,89	
		Mayotte	684,99	55,28
		Anjouan	344,8	27,83
		Grande Comore	104,42	8,43
		Moheli	22,19	1,79
		La Réunion	18,89	1,52
		métropole	27,13	2,19
		Madagascar	33,17	2,68
		Pays africain	0,84	0,07
		Autre	0,83	0,07
		NVPR	1,85	0,15
		m	676,14	
Tra1 DelmigT	**Ancienneté de migration**	avant 1992	110,28	19,53
		1992-1997	135,24	23,94
		1997-2002	198,72	35,18
		Depuis 2002	120,62	21,35
		med 10 ans		
		moy 10 ans		
		ET 6,3		
Tra4	**Sortie de l'île**	m	6,88	
		oui	622,04	50,4
		non	612,08	49,6
Mig2	**Raison de migration**	m	631,66	
		Economiques	301,14	49,42
		Santé	53,42	8,77
		Politiques	8,99	1,48
		Familiales	160,9	26,41
		Avenir, scolarisation	13,67	2,24
		Etudes	15,36	2,52
		Autres	52,15	8,56
		nvpr	3,7	0,61
Mig3	**Raison d'installation**	m	630,2	
		Economiques	303,87	49,75
		Santé	23,81	3,9
		Politiques	2,1	0,34
		Etudes	23,52	3,85
		Familiales	171,7	28,11
		Avenir, scolarisation	49,15	8,05
		Autres	32,14	5,26
		nvpr	4,51	0,74
Mig4	**Accompagnement**	m	640,77	
		seul	340,78	56,78

		conjoints	47,41	7,9
		autre membre de la famille	153,64	25,6
		enfants	39,84	6,64
		autre	16,11	2,68
		nvpr	2,45	0,41
Mig5	**Venue antèrieure pour des soins**			
		m	641,61	
		oui	48	8,01
		non	550,38	91,82
		nvpr	1,02	0,17
San6	**Problèmes de santé avant de migrer**			
		m	1076,5	
		oui	46,42	28,22
		non	116,47	70,8
		nvpr	1,61	0,98
San8	**installation pour les traiter**	m	1162,8	
		oui	17,77	22,73
		en partie	9,88	12,64
		non	50,54	64,64

Tra2	**Lieu de naissance du père**			
		m	0,90	
		Mayotte	968,19	46,10
		Anjouan	794,95	37,85
		Grande Comore	178,57	8,50
		Moheli	30,62	1,46
		La Réunion	3,21	0,15
		métropole	43,93	2,09
		Madagascar	72,54	3,45
		Autre	4,47	0,21
		nsp	3,19	0,15
		nvpr	0,42	0,02
Tra3	**Lieu de naissance de la mère**			
		m	0,90	
		Mayotte	858,04	40,86
		Anjouan	871,49	41,50
		Grande Comore	184,54	8,79
		Moheli	40,54	1,93
		La Réunion	4,96	0,24
		métropole	40,27	1,92
		Madagascar	93,94	4,47
		Autre	5,67	0,27
		nsp	0,65	0,03

Tra4	Sortie de l'île	m	6,88	
		oui	622,04	50,4%
		non	612,08	49,6%
Tra5	métropole	m	614,31	
		oui	204,45	32,62%
		non	422,24	67,38%
Tra5a	pour tourisme	m	1113,64	
		1	86,93	68,26%
		2-3	27,57	21,65%
		≥4	12,86	10,09%
Tra5b	etude formation	m	1165,77	
		1	58,87	78,25%
		2-3	11,30	15,02%
		≥4	5,06	6,72%
Tra5c	raisons de santé	m	1230,43	
		1	7,15	67,63%
		2-3	3,42	32,37%
Tra5d	raisons economiques	m	1224,50	
		1	9,27	56,21%
		2-3	6,20	37,61%
		≥4	1,02	6,18%
Tra5e	reconduite a la frontière	m	1241,00	
Tra5f	autres	m	1238,22	
		1	1,11	39,97%
		2-3	1,67	60,03%
Tra6	La reunion	m	613,09	
		oui	229,33	36,52%
		non	397,78	63,35%
		nsp	0,81	,13%
Tra6a	pour tourisme	m	1077,57	
		1	83,03	50,81%
		2-3	50,85	31,11%
		≥4	29,55	18,08%
Tra6b	etude formation	m	1214,50	
		1	6,84	25,8%
		2-3	9,24	34,85%
		≥4	10,43	39,35%
Tra6c	raisons de santé	m	1213,11	
		1	11,75	42,11%
		2-3	8,03	28,79%
	raisons economiques	≥4	8,12	29,1%
Tra6d		m	1226,43	
		1	7,63	52,37%
		2-3	5,90	40,52%
		≥4	1,04	7,11%
Tra6e	reconduite a la frontière	m	1241,00	
Tra6f	autres	m	1231,78	
		1	4,49	48,63%
		2-3	1,35	14,62%
		≥4	3,39	36,75%
Tra7	Comores	m	614,04	
		oui	374,92	59,8%
		non	250,19	39,91%
		nsp	1,85	,29%

Tra7a		pour tourisme	m	957,72	
			1	141,93	50,1%
			2-3	78,75	27,8%
			≥4	62,60	22,1%
Tra7b		etude formation	m	1238,15	
				2,31	81,06%
				0,54	18,94%
Tra7c		raisons de santé	m	1235,39	
			1	3,58	63,73%
			2-3	0,96	17,05%
			≥4	1,08	19,22%
Tra7d		raisons economiques	m	1230,23	
			1	7,23	67,1%
			2-3	1,34	12,42%
			≥4	2,21	20,48%
Tra7e		reconduite a la frontière	m	1152,46	
			1	51,47	58,14%
			2-3	30,58	34,54%
			≥4	6,48	7,32%
Tra7f		autres	m	1235,12	
			1	5,10	86,62%
			2-3	0,27	4,58%
			≥4	0,52	8,8%
Tra8	Madagascar		m	617,91	
			oui	151,63	24,33%
			non	471,47	75,67%
Tra8a		pour tourisme	m	1117,36	
			1	67,48	54,58%
			2-3	30,72	24,85%
			≥4	25,43	20,57%
Tra8b		etude formation	m	1236,64	
			1	2,42	55,54%
			≥4	1,94	44,46%
Tra8c		raisons de santé	m	1236,44	
			1	1,62	35,52%
			2-3	2,42	53,12%
			≥4	0,52	11,36%
Tra8d		raisons economiques	m	1233,65	
			1	4,29	58,29%
			2-3	1,02	13,86%
			≥4	2,05	27,84%
Tra8e		reconduite a la frontière	m	1241,00	
Tra8f		autres	m	1226,69	
			1	5,38	37,57%
			2-3	6,39	44,63%
			≥4	2,55	17,8%
Tra9		Autres	m	631,11	
			oui	120,94	19,83%
			non	488,95	80,17%
Tra9a		pour tourisme	m	1168,64	
			1	44,64	61,7%
			2-3	15,31	21,16%
			≥4	12,41	17,15%
Tra9b		etude formation	m	1228,47	
			1	11,56	92,27%
			2-3	0,97	7,73%

Tra9c	raisons de santé		m	1241,00	
Tra9d	raisons economiques		m	1239,06	
			≥4	1,94	100,%
Tra9e	reconduite a la frontière		m	1241,00	
Tra9f	autres		m	1213,28	
			1	16,68	60,19%
			2-3	6,41	23,11%
			≥4	4,63	16,7%
	dernier déplacements pour santé				
Tra10	lieu		m	1174,21	
			metropole	28,63	42,86%
			reunion	28,89	43,26%
			comores	3,43	5,14%
			madagascar	3,21	4,8%
			autre	2,63	3,93%
Tra11	circonstances		m	1170,90	
			evasan	14,57	20,79%
			avis médical	23,73	33,85%
			décision personnelle	31,80	45,36%
Tra12	type		m	1173,23	
			médecine	8,53	12,59%
			chirurgie	42,44	62,63%
			accouchement	3,51	5,18%
			médecine traditionnelle	1,92	2,83%
			autre	11,37	16,77%

MALADIES CHRONIQUES DECLAREES

				COUNT	PERCENT	%
San401	**HTA**		m	926,60		HTA
			oui	107,70	34,26	8,68
			non	206,70	65,74	
San401o		**suivi**	m	1130,39		
			oui	53,76	48,60	
			partiel	25,94	23,45	2
			non	30,91	27,95	3
San402	**Asthme**		m	927,94		Asthme
			oui	34,58	11,05	2,79
			non	278,47	88,95	2
San402o		**suivi**	m	1206,87		
			oui	11,02	32,29	1
			partiel	6,43	18,84	2
			non	16,68	48,87	3
San403	**Diabète**		m	927,94		Diabète
			oui	27,66	8,84	2,23
			non	285,39	91,16	2
San403o		**suivi**	m	1212,85		
			oui	19,81	70,38	1
			partiel	2,61	9,27	2
			non	5,73	20,35	3
San404	**fatigue**		m	928,91		fatigue
			oui	45,18	14,48	3,64
			non	266,91	85,52	2
San404o		**suivi**	m	1197,33		
			oui	11,77	26,95	1
			partiel	19,59	44,86	2
			non	12,31	28,19	3
San405	**malaise**		m	929,81		malaise
			oui	41,63	13,38	3,35
			non	269,56	86,62	2
San405o		**suivi**	m	1199,11		
			oui	11,42	27,25	1
			partiel	15,16	36,18	2
			non	15,32	36,57	3
San406	**epilepsie**		m	930,60		epilepsie
			oui	7,03	2,26	0,57
			non	303,37	97,74	2
San406o		**suivi**	m	1231,74		
			oui	6,01	64,97	1
			partiel	0,26	2,80	2
			non	2,98	32,23	3
San407	**migraine**		m	931,84		migraine
			oui	70,31	22,74	5,67
			non	238,85	77,26	2
San407o		**suivi**	m	1171,29		
			oui	12,47	17,89	1
			partiel	30,20	43,33	2
			non	27,03	38,78	3
San408	**rhumatisme**		m	933,10		rhumatisme
			oui	72,85	23,66	5,87
			non	235,05	76,34	2

San408o		**suivi**	m	1167,08			
			oui	23,17	31,34	1	
			partiel	30,13	40,77	2	
			non	20,62	27,89	3	
San409	**problèmes cardiaques**		m	931,12		problèmes cardiaques	
			oui	23,24	7,50	1,87	
			non	286,64	92,50	2	
San409o		**suivi**	m	1216,28			
			oui	6,48	26,22	1	
San410	**dépression anxiété**		partiel	7,85	31,76	2	
			non	10,39	42,03	3	
			m	934,02		dépression anxiété	
			oui	25,27	8,23	2,04	
			non	281,70	91,77	2	
San410o		**suivi**	m	1211,97			
			oui	2,49	8,59	1	
			partiel	21,51	74,08	2	
			non	5,03	17,34	3	
San411	**problèmes intestinaux**		m	935,02		problèmes intestinaux	
			oui	59,93	19,59	4,83	
			non	246,05	80,41	2	
San411o		**suivi**	m	1181,99			
			oui	9,73	16,49	1	
			partiel	26,95	45,67	2	
			non	22,33	37,84	3	
San412	**calculs rénaux**		m	934,24		calculs rénaux	
			oui	5,03	1,64	0,40	
			non	301,74	98,36	2	
San412o		**suivi**	m	1234,15			
			oui	1,87	27,22	1	
			partiel	2,10	30,69	2	
			non	2,88	42,09	3	
San413	**insuffisance rénale**		m	933,67		insuffisance rénale	
				1,97	0,64	0,16	
				305,36	99,36	2	
San413o		**suivi**	m	1237,65			
			oui	2,83	84,56	1	
			non	0,52	15,44	3	
San414	**troubles prostatiques**		m	964,80		troubles prostatiques	
			oui	1,94	0,70	0,31	% hommes
			non	274,27	99,30	2	
San414o		**suivi**	m	1237,68			
			oui	3,32	100,00	1	
San415	**glaucome**		m	933,67		glaucome	
			oui	39,92	12,99	3,22	
			non	267,41	87,01	2	
San415o		**suivi**	m	1198,35			
			oui	10,85	25,43	1	
			partiel	21,95	51,46	2	
			non	9,85	23,11	3	
San416	**problèmes thyroidiens**		m	934,78		problèmes thyroidiens	
			oui	1,06	0,34	0,09	
			non	305,16	99,66	2	
San416o		**suivi**	m	1238,56			
			oui	1,87	76,53	1	
			partiel	0,57	23,47	2	

San417	**problèmes cutanés**		m	935,04		problèmes cutanés
			oui	8,68	2,84	0,70
			non	297,28	97,16	2
San417o		**suivi**	m	1231,75		
			oui	1,92	20,77	1
			partiel	2,86	30,88	2
			non	4,47	48,35	3
San418	**AVC**		m	934,21		AVC
			oui	1,72	0,56	0,14
			non	305,07	99,44	2
San418o		**suivi**	m	1238,71		
			oui	0,57	24,94	1
			partiel	0,27	11,76	2
			non	1,45	63,30	3
San419	**allergie**		m	935,02		allergie
			oui	35,00	11,44	2,82
			non	270,98	88,56	2
San419o		**suivi**	m	1205,97		
			oui	4,87	13,90	1
			partiel	18,87	53,85	2
			non	11,30	32,25	3
San420	**cancer**		m	935,56		cancer
			oui	0,97	0,32	0,08
			non	304,48	99,68	2
San420o		**suivi**	m	1239,46		
			oui	1,54	100,00	1
San521	**autre 1**		m	994,26		autre 1
			oui	199,22	80,74	16,05
			non	47,52	19,26	2
San521o		**suivi**	m	1188,93		
			oui	13,17	25,30	1
			partiel	14,68	28,20	2
			non	24,21	46,50	3
San522	**autre2**		m	1090,49		autre2
			oui	147,59	98,06	11,89
			non	2,92	1,94	2
San522o		**suivi**	m	1238,08		
			oui	1,58	53,87	1
			partiel	1,08	36,90	2
			non	0,27	9,23	3

	%
HTA	8,68
Asthme	2,79
Diabète	2,23
fatigue	3,64
malaise	3,35
epilepsie	0,57
migraine	5,67
rhumatisme	5,87
problèmes cardiaques	1,87
dépression anxiété	2,04
problèmes intestinaux	4,83
calculs rénaux	0,40
insuffisance rénale	0,16
troubles prostatiques	0,31
glaucome	3,22
problèmes thyroidiens	0,09
problèmes cutanés	0,70
AVC	0,14
allergie	2,82
cancer	0,08
autre 1	16,05
autre2	11,89

VARIABLES OBSTACLES AUX SOINS			
Nom variabl	label	N	%(hors manquant)
	Principaux obstacles aux soins		
obs4_1	Financier	806,81	38,40
obs4_2	Administratif	17,37	0,83
obs4_3	Pas de papier	207,16	9,86
obs4_4	Peur d'être arrété	351,45	16,73
obs4_5	Problème de langues	43,51	2,07
obs4_6	Manque de confidentialité	6,73	0,32
obs4_7	Y est allé mais n'a pas été reçu	29,78	1,42
obs4_8	Peur d'être mal reçu	81,00	3,86
obs4_9	Attente	657,26	31,28
obs4_10	Distance	126,27	6,01
obs4_11	Ne sais pas qui allait voir	8,23	0,39
obs4_12	N'aime pas allé chez le médecin	11,09	0,53
obs4_13	Besoin non satisfait lors des précédentes CS°	63,67	3,03
obs4_14	Autres choses à faire	21,28	1,01
obs4_15	Horaires	39,16	1,86
obs4_16	Autre raison	123,49	5,88
obs4_17	Pas de difficultés	622,98	29,65
obs4_18	nsp	40,17	1,91
obs4_19	nvpr	1,30	0,06
Obs5	**Renoncement a des soins depuis 1 an**		
	m	23,33	
	oui	383,58	18,46
	non	1681,36	80,93
	nsp	12,73	0,61
Obs3	**Pour consulter un médecin**		
	m	34,35	
	très facile	487,53	23,59
	facile	685,65	33,18
	compliqué	525,01	25,40
	très compliqué	364,58	17,64
	non concerné	3,87	0,19