

Intervenants :

- Mme WADEL Sabrina directrice adjointe au CHU.
- M Bruno BOURGEON néphrologue.
- M Benjamin DUSANG du conseil de l'ordre des médecins.
- Mme Céline KUHN qui sera la juriste qui nous fera une présentation de la situation de l'immigration sanitaire.

Introduction par Professeur M. DELFRAISSY.

Merci d'être avec nous ce soir pour ce débat qui rentre dans le cadre des états généraux de la bioéthique. Définition : c'est une 1^{er} étape qui rassemble les citoyens autour d'une réflexion sur les grands problèmes de la bioéthique qui a débuter depuis fin janvier et qui se poursuit jusqu'à début mai, qui va permettre d'éclairer avec un certain nombre d'articulation qui sont issus de ses états généraux qui vont faire que des politiques qui vont construire la révision de la loi bioéthique à partir de l'automne 2018 et jusqu'à début 2019.

Il y a bien 2 temps : les états généraux puis ensuite la construction de la loi....

Passage d'un film qui s'intitule le trailer des enfants.(Soins des enfants dialysés à Mayotte)

Présentation de Mme Céline KUNH.

Je ne vais pas entrer véritablement dans les détails de la réglementation car mon rôle est plutôt de vous rappeler les principes fondamentaux.

Depuis quelques années on assiste à un retour en force de la question migratoire en Europe. Dans la zone de l'Océan Indien il existe des phénomènes migratoires conséquents qui présentent une certaine spécificité, car justement ces phénomènes migratoires sont à but sanitaire. Une originalité par rapport à ce qui peut arriver en ce moment en Europe. Une conséquence de leur entrée sur notre territoire national.

Par rapport à cette présentation je vais insister sur 2 points.

Existe-t-il un droit la protection de la santé ?
Existe-t-il un droit à une assistance gratuite ?

Concernant le droit à la protection de la santé. Le système juridique français retranscrit le droit à la santé. On retrouve cette expression dans plusieurs grands textes que ce soit en droit internationaux dans des textes de l'OMS, mais aussi dans le préambule de la constitution 1946 référence à la protection à la santé.

Cela se décline par le droit à se faire soigner, l'article L 110-1 de la santé pour le soignant correspond à une interdiction de refus de soin illégitime.

C'est-à-dire que l'article L 110-3 explique que le praticien est tenu d'apporter les soins à un patient et qu'il ne peut pas commettre un refus de soin illégitime (Il existe des cas où le refus peut être légitime). Le refus de soigner un patient est une raison illégitime qui est légiférée: L'article L 110 - 3 et L 110 -1 spécifique à Mayotte.

On reprend la même formulation que l'article L 110 – 3 cet article explique qu'un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour un motif qui serait illégitime. C'est exactement le même texte qui existe pour les autres territoires et à Mayotte il existe une déclinaison spéciale pour ce territoire.

L'article 225-1-1 du code pénal est un texte qui vient sanctionner des discriminations. Référence directe à la dignité humaine au principe d'égalité à l'être humain et de lutte contre les discriminations. Le principe pour un soignant est de soigner tout être humain qui se présente à lui. Il n'a pas à faire de distinctions.

La question santé et d'immigration dans la zone océan indien, appelle un traitement éthique.

Le comité consultatif national d'éthique ne s'est pas trompé puisque il a rendu le 16 octobre dernier un avis concernant la santé des migrants et exigence éthique qui concerne précisément la crise migratoire en Europe et notamment le problème de la gestion des aspects sanitaires concernant les migrants à Calais.

Par rapport à cet avis il y a un certain nombre d'exigences éthiques qui sont formulées, que j'ai adapté à notre thématique de ce jour.

D'après l'avis du CCNE, les principales questions éthiques qui se posent lorsque l'on rapproche santé et immigration sont :

1) Comment obtenir la **confiance** : comment établir des liens de confiance entre le soigné et le soignant dans ce contexte-là, de migration et de migrant en situation irrégulière en particulier ?

2) Comment assurer un **dialogue** entre le soigné et le soignant sur les problématiques de barrière linguistique, voire de barrière culturelle..... ?

3) Comment assurer **l'égalité de traitement** dans l'accès au soin et dans l'accès du bien-être physique et mental et social ?

La dernière piste de réflexion est sur la thématique de la solidarité.

4) Comment faire vivre les valeurs de **solidarité** ? Tel que la **fraternité** et l'**hospitalité**.

Nous pouvons nous interroger sur le droit à une assistance médicale gratuite ?

Cette question le législateur français se la pose depuis un moment car l'une des 1^{ères} lois qui s'intéresse à l'assistance médicale gratuite est une loi qui date de 18^{ème} siècle du 15/07/1893. Depuis il y a eu beaucoup d'évolution. La dernière en date sur cette thématique de prise en charge des soins pour des personnes en situation irrégulières et bien ça va être l'aide médicale de l'état (un outil juridique qui a été mis en place). Certains textes sont applicables à la Réunion et non applicable à Mayotte.

Pour terminer il y a la procédure des soins d'urgences qui existe, la possibilité pour des personnes qui ne relèvent pas de l'aide médicale de l'état ou qui n'ont pas obtenu cette aide car leurs dossiers sont en cours, ils relèvent principe des soins urgents à savoir la possibilité d'être soignés et d'avoir une prise en charge de leurs soins et traitements.

Présentation de M Benjamin DUSANG (Membre du conseil de l'ordre des médecins).

Je travaille au CHU de Saint Pierre en réanimation Pédiatrique. Ce soir je parlerai de la déontologie, de l'accès aux soins, des obligations de soins.

On parle d'une population française très bien assurée, qui a accès à tous les soins.

Une population au revenu modeste qui a la certitude d'avoir l'accès aux soins pour les pathologies de longue durée, c'est une population qui ne peut avoir une mutuelle de bonne qualité. Il y a donc une population défavorisée sur le territoire qui devrait avoir un accès aux soins vitaux, aux soins urgent, Est-ce un devoir collectif ? Personnel ?

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a été interpellé par la HALDE au sujet de litiges qui lui sont remontés très régulièrement de la part des plus défavorisés de la tierce population, c'est-à-dire les personnes n'ayant aucune couverture de santé ou qui ont la CMU ou qui ont l'aide médicale d'état ou qui sont en situation irrégulière ou ne bénéficient de rien. Dans les litiges qui sont remontés à la HALDE il y a des refus de soins. Il y a des médecins qui refuseraient de prendre en charge des patients avec le tiers payant, qui sont titulaire et bénéficiaire de la CMU, d'autres qui sont titulaires de l'aide médicale d'état. Il existe aussi des plaintes sur les délais d'attentes pour les prises en charge dans un cabinet, des attentes qui paraissent longues à ces patients. Il y a aussi des propos racistes de la part des soignants, de la part de la population présente dans la salle d'attente. Les attitudes de mépris de soignants. Le respect du parcours de soins parfois totalement inadapté, puisqu'il prévoit en France que chacun bénéficie d'un médecin traitant.

Le Conseil National a organisé un observatoire pour recueillir l'expérience des médecins qui globalement étaient mis en cause.

Des difficultés qui semblent apparaître : pour les populations les plus précaires, il est difficile de respecter les horaires de rendez-vous, ce qui génère du désordre dans l'organisation d'un cabinet notamment d'un cabinet libéral. Il y a aussi l'obstacle linguistique. Il y a des contextes d'alcoolisations et de toxicomanies parmi les populations les plus précaires qui sont en demande de soins.

Des incivilités, des violences, la difficulté pour les praticiens de recouvrer les honoraires compris quand ils sont censés être reversés par la solidarité nationale. Les contraintes financières des cabinets libéraux qui ont des réalités économiques à assurer.

La vérification des droits qui semble être imputée au médecin, celui-ci doit vérifier que la carte vitale (maintenant dotée d'une photo) n'est pas une carte vitale qui circule parmi toute une communauté. Comment refuser une demande injustifiée ? Une demande de certificat, une demande de soutien ?

Le Conseil National a proposé pour régler certaines de ses difficultés organisationnelles d'orienter vers un dispensaire qui disposerait d'un guichet social monté par une ONG (médecin du monde ou autre) ou alors dans les établissements publics de santé, les PASS qui accueillent également avec un guichet social, qui donne des soins aux patients les plus démunis.

Pour débattre sur le sujet de l'éthique, de la morale, de la politique, de la sensibilité individuelle, de la philosophie, il me semble que je dois vous parler de doctrine.

Saint Jean de Dieu était un portugais qui est devenu le Saint patron de l'hospitalier, de l'hospitalité et du soin.

La doctrine ordinale, la doctrine du Conseil National de l'ordre des Médecins est centrée sur l'humanisme et la charité.

De façon très rapide je vais passer sur quelques textes législatifs. On dispose du serment d'hypocrate qui nous donne un cadre du côté de déontologie qui est un élément du code de la santé publique, ainsi que du code pénal.

Le serment d'hypocrate, : *« je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et la probité .*

Mon 1^{er} souci sera d'établir de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques ou mentaux, individuels et sociaux.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. .

J'interviendrais pour les protéger si elles sont affaibli, vulnérable ou menacé dans leur intégrité ou leur dignité. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque ».

Le code de déontologie nous donne à réflexion quelques articles que je vais citer :

Un article sur la non-discrimination : l'article 7 : le médecin doit écouter, examiner, conseiller et soigner avec la même conscience toutes les personnes quelques qu'elles soient, leurs origines, leurs mœurs, leurs situations de familles, leurs appartenances ou pas à une ethnie, à une nation, à une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

La non-assistance à personne en danger, puisque tout médecin qui se trouve en présence d'une personne malade, ou informé un blessé qui est en péril doit leur porter assistance et s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. Il existe un corolaire dans le code pénal qui est l'article 223-7.

Les honoraires sont une problématique à la fois du côté des populations précaires et du côté des médecins, bien que la médecine ne soit pas un commerce on le plein droit d'exercer et de vivre de leur profession.

Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec mesure. En tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés et des circonstances particulières. On peut adapter hors convention en fonction de sa propre notoriété (l'estime de soi) et de la qualité de son travail, du temps passé et de la complexité de l'acte, des capacités financières du patient, de ses exigences, de l'existence du tiers payant ou qu'il soit bénéficiaire de la CMU,

L'article 50 (le secret partagé) dit que le médecin sans céder à aucune demande abusive, doit faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels sont états lui donne droit. Les commentaires d'une mission du Conseil National était que : « il est un devoir pour les médecins de ne pas céder au demande abusives ». Dans le cadre de la médecine à des populations extrêmement précaires, exemple : la médecine de camps de réfugiés, il y a eu de fortes pressions, bien naturelles, pour que les médecins produisent des certificats pour faire valoir des droits, on a constaté que les soignants favorisaient l'accès au droit des malades. Le soignant doit également sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes nécessaires à la qualité, à la sécurité à l'efficacité des soins. Le médecin a la liberté et l'obligation déontologique d'opposer un refus ou demande injustifiée.

Une clause de conscience : l'article 47 : quelques soient les circonstances, la continuité des soins au malade doit être assurée, hormis le cas de l'urgence dont on parlera beaucoup se soir je pense

Un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons personnelles ou professionnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci ou à un autre médecin ayant des informations utiles à la poursuite des soins. C'est l'une des façons légitimes qui permet à un médecin de refuser des soins pour des raisons qui lui sont personnelles.

Les commentaires du Conseil National notamment de la section éthique permettent de se faire une idée de la marge de manœuvre, tout en gardant son bon sens, sa sensibilité, sa responsabilité politique, sa responsabilité individuelle et humaine.

Le débat éthique ce soir prend du sens, mais cette doctrine d'humanisme et de charité se heurte nécessairement à des réalités culturelles, infiniment politiques, réglementaires (sur le continent ou Comores, Mayotte et la Réunion), et des contraintes économiques qui nous impactent très directement.

Présentation de M Bruno BOURGEON néphrologue.

Ma raison de parler ce soir est au nom de l'éthique d'abord car je suis créateur de l'espace éthique de la Réunion, initialement Comité Régional d'éthique.

En tant que Néphrologue j'ai été amené à soigner des Comoriens insuffisant rénaux à l'île de la Réunion, sans retour possible.

Il y a 10 ans j'ai écrit dans la revue qui s'intitule « Ethique et santé » sur les enjeux sanitaires de l'immigration Comorienne à Mayotte. Cela date de 10 ans ce qui montre que les problèmes migratoires ne sont pas récents.

L'immigration sanitaire de l'archipel des Comores à Mayotte n'est pas majoritairement sanitaire, mais économique. Il existe une étude réalisée par une Doctorante qui a recherché des rapports de gendarmerie. Il ressort que dans les kwassa kwassa il y a 8% d'évacuation sanitaire de l'archipel des Comores. Dans ses 8% il y a quelques insuffisants rénaux et surtout beaucoup de femmes enceintes. Voilà les principales raisons de l'évacuation des réfugiés économiques de l'archipel des Comores vers Mayotte.

Mayotte est une île relais entre l'Europe représenté par la Réunion et aussi bien que la cote Italienne. Le continent africain est représenté par la Lybie dans le Nord et dans le sud par l'archipel des Comores dans le canal du Mozambique. C'est une île qui ne produit quasiment rien. L'immense majorité de sa population est au chômage, elle vit des prestations versées par la France. 60% des habitants de parlent que du swahili, ou le malgache. Les musulmans polygames sont majoritaires sur les 256 000 habitants (chiffre de L'INSEE 2017), on ne compte pas loin de 60 000 clandestins Comoriens.

La maternité de Mamoudzou met au monde 8 000 jeunes compatriotes dont 60% sont nés de Mère Comoriennes.

Cette triste réalité devrait inciter nos confrères épidémiologistes à la circonspection sur les risques sanitaires liés à une telle inflation démographiques. La France en 2018 est toujours considérée à Mayotte, au regard de ces populations comme la puissance colonisatrice. Elle est allée contre-courant de la décolonisation. Les réfugiés et les Mahorais jouent sur les 2 registres. Ils sont sur le sol Français pour des raisons économiques et sanitaires mais pour prendre leur revanche sur l'histoire et sur les colonisateurs, d'où une certaine tension que vous imaginez à Mayotte.

Le droit à la santé doit inspirer notre mission de santé publique. La réflexion éthique souscrit au principe de l'universalité des droits de l'homme tout en poursuivant des ambitions humanitaires.

Peut-elle se tenir à l'écart de ses réalités historiques, administratives et politiques ?

Il ne sera jamais éthique de reconduire une femme et son enfant à la frontière pas plus de refuser de soigner un enfant malade. Mais l'éthique peut-elle régler les problèmes humains dans son ensemble ?

La situation mahoraise est extrêmement compliquée construite sur des maux entendus historique aboutissant à des problèmes inextricables, paradoxaux et grotesques.

Les exemples tirés des expertises médicales sur les ressortissant Comoriens présumés Mahorais sont éloquentes. Nous savons tous que les lois de la république, le droit du sol, le regroupement familial, la continuité territoriale sont détournés de leur vocation première au profit d'une situation qualifiée d'immigration clandestine. Aujourd'hui la plus grande communauté de clandestins Comoriens est dans la cité phocéenne. La Réunion échappe peu, à l'effet pervers et déstabilisateur de cette immigration. Nous devons donc nous interroger sur la légitimité et même sur la légalité de la consultation référendaire de 1975 ayant abouti en 2000 à la départementalisation de Mayotte.

Les raisons stratégiques sont évidentes.

La France venait de perdre la base militaire de Diego Suarez qui avait été éjectée par Didier RAZIRAKA. L'imposture des politiques irresponsables a organisé un simulacre de référendum concernant les seuls habitants des Comores délestés des autonomistes Mahorais, priés d'aller voter dans les autres îles et surtout pas à Mayotte et à l'exclusion des français métropolitains. Le tout pour garder une base stratégique dans le canal du Mozambique que constitue la petite île de Mayotte. Les français métropolitains non pas été consultés en effet tout simplement car il n'était pas nécessaire de le faire, car considérés a priori d'accord avec cette intégration en référence au 3^{ème} terme la fraternité. Ils ont donc été présumés consentants.

Ces dispositions débouchent sur un arbitraire qui ne dit pas son nom. C'est au nom de cette même fraternité que certains légitiment l'accueil d'enfants réfugiés au sein de notre institution.

Référence au droit de l'homme : Rappelons que les sociétés traditionnelles ne reconnaissent ni la définition ni l'esprit de la déclaration universelle des droit de l'homme. La raison est simple, pour les sociétés holistes, la morale collective prime sur la morale individuelle et l'intérêt du groupe l'emporte toujours sur les intérêts particuliers. En conséquence les droit de l'homme nous enferment

nous-mêmes, accueillant dans nos seuls devoirs les populations migrantes. L'étape ultime serait de fournir à nos voisins un argument supplémentaire l'éthique. Quelqu'un a dit que l'éthique était un luxe et que seuls les pays riches et développés pourraient se l'offrir.

Bien en amont de ce postulat, la réflexion éthique doit se nourrir en faveur d'un consensus et d'une prise en compte des réalités du moment.

Pourquoi ?

Parce que l'éthique est contingente, elle ne se trouve pas là où certain la situe, c'est à dire dans la hauteur des idées et de la pure réflexion. Sans relâche elle s'applique dans la réalité ou elle doit s'inscrire. Que ce soit l'éthique de la discussion ou l'éthique basée sur la responsabilité envers autrui. Pour être efficace et porter ses fruits, la réflexion éthique requiert au préalable un climat propice associant transparence, tolérance et sincérité, conditions nécessaires pour que s'exprime solidarité et empathie. Cela passe donc par le solde de tous les différents politiques et l'amendement préalable de ses malentendus historiques.

Mais cela est-il encore possible ?

Ne perdons pas de vue que l'éthique envers les clandestins en provenance des Comores ou d'ailleurs ne doit pas occulter ce qui nous engage à l'égard des Réunionnais.

Pour ce qui concerne la situation à Mayotte, nous sommes loin du compte. Les événements récurrents et le climat quasi insurrectionnel observé à Mayotte ses derniers temps sont là pour nous rappeler que le gouvernement français bien que totalement responsable de la situation est une fois de plus impuissant et dépassé face à la départementalisation de Mayotte. La seule alternative est d'acheter la paix sociale en cédant aux exigences Mahoraises. Le plus incroyable juridiquement il n'existe aucun moyen de retour en arrière c'est-à-dire au statut antérieur.

Je conclurais sur un mode politique : l'étalon maître de la civilisation est le respect des valeurs humanistes qui sont les nôtres, comme le disait Claude GUEANT, un milliard et demi de Chinois, un milliard d'Indiens, des centaines de millions de Japonais, d'Indonésiens, soit 90% des habitants de la planète vivent en effet comme des barbares ou des sauvages puisqu'ils ne sont pas dans cette vision humaniste civilisatrice.

Je vous rappelle tout de même que ce sont les héritiers du Confucius, des bâtisseurs de palais à Mohamed ou du Grand MOGOL. Ses marques immenses du progrès humain qui prônent l'individu contre la communauté afin que soit brisée les solidarités. La prosternation devant le veau d'or afin d'acheter les âmes. La féminisation des esprits contre la virilité, afin de désarmer les peuples et les déviances contre l'ordre naturel afin de leur faire perdre leurs repères.

La gauche à l'époque est montée au créneau pour dénoncer ses propos qui pourtant étaient d'une exacte ligne tenu jadis par Jules FERRY, Victor HUGO, Léon Blum Pour ses derniers en effet il existait une hiérarchie entre d'une part les peuples civilisés, c'est-à-dire qui se rattachent au siècle des lumières et à 1789 et d'autre part et ceux que vivaient encore dans les ténèbres de l'obscurantisme. Face à cette arrogance et à cet aveuglement de la pensée unique, il est la notion de différence, qui implique le respect et l'acceptation de l'autre. C'est cette notion de différence que refusent tous les universalistes de droite au nom des droits de l'homme ceux de gauche au nom du cosmopolitisme du village Terre.

Présentation de Mme WADEL Sabrina (directrice adjointe au CHU).

Je vais faire une présentation, sur un niveau plus opérationnel de la réalité que connaît le CHU, en particulier l'ensemble des établissements hospitaliers de la Réunion face à l'immigration sanitaire à la fois de Mayotte et des Comores, mais également des autres pays de la zone, car il y a cette réalité. Au niveau des chiffres il y a une prépondérance de l'accueil des patients de Mayotte via le dispositif des EVASAN¹.

¹ évacuation sanitaire ou médicale

J'articulerai ma présentation autour de 4 grandes thématiques.

De quelles réalités parlons-nous ou de ceux que nous abordons la question de l'immigration sanitaire ici à la Réunion ?

Les grandes caractéristiques de l'accueil de ces patients ?

Les solutions que le CHU met en œuvre pour s'organiser autour de l'accueil de ces patients ?

Quels sont les questions que peut soulever d'un point de vue éthique qui reste des questions ouverte aux débats ?

Je ferais à chaque fois une distinction entre le dispositif EVASAN avec le Centre Hospitalier de Mayotte et les patients étrangers de manière générale.

Dans un 1^{er} temps de quelles réalités parlons-nous lorsque l'on parle de l'immigration sanitaire ici à la Réunion ?

L'accueil des personnes et des patients étrangers sont au total 1% du total des patients reçus chaque année soit 355 patients au total étranger au sens hors dispositif EVASAN.

Soit 57% des patients sont des Comores dont 200 patients qui sont inscrit dans le flux des patients EVASAN.

Il y a 21% de patient de Maurice soit 75 patients par an. On analyse 40 patients de Madagascar donc 11% du total. Et 5% des patients arrivant des Iles Seychelles. Le reste des patients provenant d'Europe qui sont en transit dont non représentatifs.

Il y a 2 grands types de dispositif concernant l'accueil et l'arrivés des patients de la zone, ici à la Réunion et en particulier au CHU. C'est le dispositif des EVASAN de manière général, dont 970 patients arrivent par an, avec une augmentation régulière, d'à peu près 10% par an du volume total. Il 9 patients sur 10 sont évacués du CHM² de Mayotte vers la Réunion. Une toute petite partie part directement en métropole. 80 % des patients évacués vers la Réunion arrivent sur les sites du CHU.

Le motif est classique :

Le CHM est un établissement de proximité qui ne dispose pas de l'ensemble de l'offre de soins spécialisés de recours et de référence. Ce sont des évacuations concernant l'insuffisance rénale chronique dues un manque de place sur le territoire de Mayotte et également des EVASAN sur les motifs de natalité (Mayotte à frôlé les 10 000 naissances l'an dernier). Les autres accueils de patients de la zone se font via les actions et les conventions de coopération que le CHU liées via ses actions coopérations internationale. Vis-à-vis de Maurice et des Seychelles et de Madagascar. Avec une particularité pour Maurice et Seychelles :les protocoles d'accueil des patients sont prévus dans les conventions de coopération. Elles ont pour 1^{er} objectif des actions de transfert de compétence de la part des équipes médicales et soignantes du CHU à destinations de ces pays. On ne peut nier la réalité des transferts pour des avis spécialisés ou des prises en charges des patients ou il est nécessaire de travailler certains protocoles d'admissions.

Pour Maurice c'est à peu près 2/3 de patients adultes et 1/3 d'enfants, avec une augmentation assez régulière d'admissions directes de patients qui désormais ne passent plus via les protocoles mis en place avec le gouvernement et les hôpitaux de Maurice, vue la proximité géographique, ils prennent des billets d'avion et se présentent aux services des Urgences ici à la Réunion et en particulier en maternité.

Les Seychelles ont le même cadre avec une convention internationale, avec un peu moins de difficultés au niveau des protocoles d'accueils car les Seychelles prennent en charge les frais de leurs ressortissants qui représentent un petit volume.

L'accueil des patients de Madagascar est particulier, c'est dans une prise en charge humanitaire, qui se fait beaucoup via des associations (Médecin du Monde, la Ribambelle, La chaîne de l'Espoir), en particulier des mineurs qui viennent en transferts sanitaires de Madagascar. Pour les adultes ce sont souvent des transferts provenant des assurances privées.

² Centre Hospitalier de Mayotte

Les caractéristiques de l'accueil de ces patients ?

Un mode d'arrivée particulier nécessite la gestion d'un protocole particulier. Le dispositif EVASAN est rodé avec une réunion hebdomadaire à Mayotte d'un comité qui est présidé par le médecin conseil de la Sécurité Sociale, sa décision s'appuie uniquement sur des critères médicaux et non pas sur des critères de couverture sociale, ainsi que de la nécessité d'évacuer ou non des patients et mesure ensuite le degré d'urgence.

D'autres patients de la zone hors dispositif EVASAN sont soumis à des protocoles.

Maurice est plus compliqué, car la prise en charge de l'état Mauricien est de 20 000€ par patient, ce qui correspond à la prise en charge d'examen diagnostiques, et couvre une dizaine de jours d'hospitalisation au CHU. Un patient arrivant de Maurice avec une leucémie est diagnostiquée ne peut repartir. Les créances restent à la charge du CHU, nous devons renégocier avec Maurice l'ensemble de ces protocoles.

Autre caractéristique de cette population étrangère ou non (Les patients de Mayotte). C'est un écart au niveau de la durée moyenne de séjour (4 fois plus longtemps dans les lits d'hospitalisation) par rapport aux autres patients dans les autres établissements de la Réunion. Ce sont des patients qui arrivent dans un état de santé beaucoup plus dégradé et ensuite du fait d'absence de relais sociaux familiaux et autres, ils sont souvent hébergés dans le secteur de soin pour des durées assez longues. Dans le cadre du plan de retour à l'équilibre de l'établissement le Médecin DIM avait calculé l'ensemble de ces journées en suppléments uniquement pour les patients arrivant de Mayotte ; cela représente un service de 28 lits occupés à 90% toute l'année. Un surcout assez important comprenant des problèmes sociaux et prise en charge des patients.

Autre caractéristique la question d'accueil de ces patients :

Leurs conditions de vie, leur religion, leur culture différente.

Les questions de déracinement ?

Les moyens de subsistance une fois qu'ils arrivent à la Réunion ?

La barrière de la langue ?

L'isolement social ?

Les questions relatives au droit du séjour ?

Certains patients ont des autorisations provisoires de soins qui les domicilient au CHU, alors qu'il y a des possibilités de les accueillir à l'extérieur !

Est-ce nos missions de se préoccuper des patients qui sont des « Clandestins », qui ont été envoyés sous ce statut de manière dérogatoire pour une prise en charge de santé sur l'Ile ?

Le rôle et l'intervention sociale au niveau de la prise en charge de ces patients avec des situations très complexes, nécessitent de former un plan de formation des interventions de la SIMA sur le droit de séjour des étrangers, des autorisations provisoires de soins.

Comment renouveler ce type d'autorisation ? Il a été nécessaire de formaliser des parcours patients avec Mayotte, ainsi qu'avec la cellule gestion des lits pour organiser le parcours depuis l'arrivée jusqu'au retour.

Sur l'aspect ouverture de droits sociaux une cellule en lien avec la caisse de Sécurité Sociale de Mayotte a été créée. Nous avons en permanence 2 agents au CHU de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte depuis 2015 qui s'occupent de l'affiliation et de la vérification des droits de ces patients.

Pour les autres patients de la zone l'élaboration de protocoles d'accueil en lien avec les pays reste compliquée en fonction des situations politiques de ces pays, il est nécessaire de générer des rencontres avec les nouveaux ministres de la santé (tous les 6 mois) où l'on reprend depuis le début le sujet des protocoles de l'accueil.....

La traduction et l'interprétariat : l'avis du Conseil National d'Ethique paru en octobre, montre que la France ne respecte la dimension éthique dans l'accueil des migrants, du fait de l'absence d'interprète

dans la prise en charge et donc de la non compréhension par les patients du traitement qui va leur être prodigué. Nous avons déployé un traducteur à temps plein sur le CHU Nord depuis plus d'un an. Pour le CHU Sud, nous proposons une solution professionnalisée (Bénévoles et personnels qui aident dans cette mission). Nous avons décidé de respecter un cadre légal et donner accès à des données médicales, ceci 4 fois par semaine, avec la permanence d'un interprète.

Les mineurs isolés sont accueillis, chaque année 350 mineurs de Mayotte dont la moitié arrive sans accompagnement parental. Les parents de ces enfants sont soit en situation irrégulière à Mayotte, soit ils ne peuvent quitter Mayotte (travail et enfants...). Un certain nombre d'enfants vivaient à l'hôpital, sans école avec des répercussions évidentes sur leur développement psychologique. Nous avons travaillé en lien avec différents partenaires dont les Conseils départementaux, l'ARS et la CGSS. On a monté un service d'accueil familial et thérapeutique en aout 2016. Le bilan de ce dispositif : 7 familles d'accueils thérapeutiques agréés, salariées avec le CHU directement avec une cible à 10 (reste encore 3 à recruter) ces familles ont accueilli 12 enfants, avec 3 retours au domicile des parents dont 3 enfants sont repartis à Mayotte, un enfant est parti en Métropole pour une poursuite de soin il aura un projet de vie à bâtir en Métropole. Une durée moyenne de placement de 7 mois et demi. Des enfants sont retournés à l'école et ont pu avoir un accompagnement autre que le lit d'hôpital avec une équipe dédiée, nous avons mis en place, un temps psychologue, une infirmière, un cadre, un pédiatre, une assistante sociale.

Au-delà de cette réponse que le CHU apporte autour de l'accueil du mineur, il y a la question du cadre de référence légale des mineurs isolés qui restent posée, nous allons y travailler prochainement avec le département, l'aide sociale à l'enfance, le parquet, les juges concernés. Nous avons interrogé le défenseur des droits, la question est assez particulière et différente de celle des migrants en Métropole ou on a des mineurs isolés au sens propre du terme ou comme des mineurs isolés à Mayotte (des enfants des rues, plus de 3000 à Mayotte). Ici, à La Réunion on est dans un accueil d'un dispositif EVASAN d'enfants seuls mais qui ont des parents.

Quel cadre légal doit-on mettre œuvre par rapport à la justice, pour garantir leur protection ?

Nous avons travaillé sur un protocole pour permettre la sortie de ces patients (exemple : sortie ludique le weekend end, car n'ayant pas de parent donc n'ayant pas d'autorité parentale), les associations qui proposent les activités le weekend end ne peuvent prendre que ces enfants en charge. Ce protocole avec l'appui de notre assureur de l'établissement couvre aujourd'hui totalement les établissements accueillant des enfants pour des sorties ludiques le week end.

Question de l'ouverture des droits et de la couverture sociale : La problématique actuelle est la réception de 40% de non affiliés sociaux, au moins jusqu'à 3 mois. Après 3 mois sur le sol français, le patient a le droit à l'AME³. En amont il n'existe aucune couverture. Même question pour les patients de Maurice car il n'est maintenant plus exigé de visa. La particularité d'arriver en situation régulière ne donne pas la possibilité d'avoir l'AME donc aucune prise en charge par l'assurance maladie. Nous avons travaillé avec la CNAM (outil de la protection de l'enfance) qui accepte désormais quasiment systématiquement d'ouvrir des droits pour les mineurs dès le 1^{er} jour d'hospitalisation.

Du fait de la récente départementalisation de Mayotte et de la décision qui a été faite à l'époque par le précédent gouvernement de mettre en place très progressivement l'ensemble des prestations sociales à Mayotte (ni CMU ni AME). Le CHM est encore un établissement qui fonctionne en dotation globale et la médecine de ville est déficitaire à Mayotte. Plusieurs avis ont été rendus: le Comité National des Droits de l'homme qui a émis un avis, il y a le Conseil National de l'ordre des Médecins qui est venu en mission ici à la Réunion et à Mayotte qui nous a auditionnés. De la même manière la Commission nationale du Sénat a produit l'an dernier, il préconise l'accélération de l'AME et de la CMU sur le territoire Mahorais.

³ Assistance Médicale d'Etat

Sur le volet des adultes, nous avons retenu une expérimentation nationale pour tester les hébergements extra hospitaliers, la prise en charge des hébergements dans les lits d'hôpitaux car ces patients n'ont aucun relais social à l'extérieur et sont dans la précarité de manière générale. Un guichet a mis en place depuis août 2017 avec 5 prestataires différents afin de prendre en charge des nuitées à l'extérieur soit pour les patients qui sont dans l'attente du retour à Mayotte soit pour les patients qui ont des soins en ambulatoire et qui ne nécessitent pas une hospitalisation complète. A ce jour 140 personnes hébergées à l'extérieur, 35 % non affiliés (le CHU règle les factures d'hôtel). Des économies réalisées par l'assurance maladie mais nous souhaitons revoir ce volet avec eux pour démontrer l'intérêt de réserver les lits d'hospitalisations à leur vocation première et non de faire de l'hébergement social. D'ici le 15 juillet prochain une structure en partenariat avec la clinique Sainte Clotilde sera dédié à l'accueil des patients Océan Indien (Mayotte et pourquoi pas pour les patients de Maurice). Se pose la question de la prise en charge de ces nuitées, car il y aura des charges directes de location d'exploitation.

Nous pouvons souligner l'importance du rôle des associations dans la prise en charge de ces patients et de leurs accueils. Nous travaillons avec beaucoup d'associations (Médecin du monde qui fait du parrainage pour les enfants hospitalisés, Familles Espoirs, l'Association des Amis de Maurice...) un réseau dense qui nous appuie au quotidien dans l'accompagnement de ces patients qui arrivent souvent très démunis.

Pour ouvrir les débats :

Quel est l'impact sur l'offre de soins de l'accueil de ses patients ?

Bien que nous sommes sur une activité de référence et de recours nous sommes à peine sur 1% du volume total des patients accueillis au CHU Réunion.

Le dimensionnement de l'offre de soins à la Réunion a été calculé pour les besoins des populations de la Réunion et pas forcément pour la prise en charge d'une population plus large (Les Comores qui arrivent à Mayotte, Maurice et Seychelles)?

Le lien avec la diplomatie ?

Un sujet qui dépasse les missions strictes d'un établissement hospitalier ce sont des sujets qui ont attirés à la diplomatie. Rappelons le contexte particulier des relations entre Mayotte et les Comores. L'épisode récent où les Comores ont refusés des reconduites à la frontière. Quelles sont les ambitions de la politique de coopération internationale de CHU de la Réunion de manière générale ?

Doit-on se contenter du transfert de compétence comme on fait à destination des pays de la zone ?

Comment financer cette action ?

Ce jour les financements sont portés par les fonds européens, par la Région et par L'AFD dans certain cas. Mais la plupart du temps les soins restent en partie à la charge de l'établissement CHU Réunion.

Quelles conditions d'accueils des migrants et le respect de leur dignité ? Effectivement c'est l'avis du Conseil d'éthique National. Il appartient au système de soin de savoir inspirer la confiance de respecter la dignité des personnes, de faire en sorte, qu'ils ne craignent pas d'être dénoncés et expulsés et de ce fait de s'éloigner du système de santé ? Mettre à disposition des traducteurs lors des consultations ?

Le coût des dépenses de santé publique ? La France a-t-elle les moyens et cette ambition d'accueillir les patients de la zone océan Indien? Notamment sur le poids des charges que cela peut apporter à l'établissement.

L'AME au niveau national c'est 0,16 % de dépense de santé, un chiffre assez faible.

Quelle est l'évolution de la couverture sociale sur le territoire de Mayotte ? La mise en place de l'AME et de la CMU?

La question du projet de vie des patients, adultes ou enfants qui ne peuvent ou ne pourront pas repartir dans leur pays d'origine ?

Selon une estimation des enfants accueillis dans nos services 20 à 30 % sont en attente de greffes ou autre et ne pourront pas rentrer à Mayotte ? Passent-ils dans un cadre de droit commun ? Quel relais auprès des dispositifs sociaux et autres ?

Question également sur les adultes qui ont séjourné pendant des mois, consolidés et renvoyés à Mayotte dans des conditions de vie insalubre avec une quasi-certitude que les soins qui seront nécessaires et les traitements ne pourront pas être suivis par le patient, faute de ressource ou si le patient est en situation irrégulière et craindra d'aller au CHM.

Intervention de M le Dr KAUFFMAN :

Le débat à la salle est ouvert. Relevons cette opposition entre les moyens et les obligations.

Intervention de Mr DJAMAL BEY Karim médecin du CHU

Merci pour ces présentations des associations telles que les associations Maison des parents et les futurs projets des maisons de parents, si tout va bien dans le sud en même temps que dans le nord, que ce soient des enfants Réunionnais mais aussi des enfants Mahorais. Sur mon expérience personnelle, je pars en mission de coopération depuis 10 ans à Mayotte et Madagascar, sur de l'activité de réanimation et maintenant de Cardiopédiatrie ce qui évite des transferts des enfants jusqu'à l'île de la Réunion pour bénéficier des soins.

Ce qui me permet de dire que les Médecins de Mayotte sont extraordinaires. Ce que nous faisons ici, ils en font 10 fois plus là-bas. Ils travaillent énormément.

A Madagascar, on fait de la coopération, on emmène du matériel, mais les établissements qui doivent en bénéficier ne sont pas certains de recevoir cette coopération, beaucoup de matériel part en privé..

La différence entre Mayotte et Madagascar est qu'il n'y a rien à Madagascar. Mayotte a des structures qui permettraient de faire beaucoup de chose.

On se retrouve nous soignants dans une question politique : serment d'Hypocrate ? Hypocrite ? Sur le terrain on a un discours complètement différents de la réalité politique qui nous entoure. On se demande pourquoi les gens immigrer. C'est pour moi purement économique. On a dit 0.16% du budget global. Moi je pars dans un pays je suis métisse, Libanais moitié Français né à Barcelone, ce qui n'est pas un problème. Il y a une réalité et il faut mettre en commun pour se donner les moyens. Il faut faire intervenir les instances supérieures Médecins du Monde, MSF dans le secteur comme Mayotte.

Intervention de M Bruno BOURGEON néphrologue.

Je vous invite aller voir sur YouTube une vidéo de 6 min, tournée par l'équipe du Quotidien. Hugo le journaliste présente le magnifique plus grand bidonville de France qui est KAWANI, banlieue de Mamoudzou.

Sur le plan démographie 256 000 sur 374 km² ne paraît pas beaucoup, 700 habitants au km². Je compare avec les pays les plus densément peuplés au monde. Il y a des nuances d'un pays à l'autre. Le plus peuplé est Monaco (ne connaît pas d'immigration). Le 2nd est le Vatican. Le 3^{ème} pays est Gaza (un pays qui souffre du blocus Israélien). Le 4^{ème} pays est Singapour (+ de 1 000 habitants au km²). Malte le roi de l'évasion fiscale puis Maldives, Bahreïn (ils ont la richesse de l'exploitation gazière juste dans leur sous-sol Marin) et le Bangladesh le pays qui souffre le plus au monde de la promiscuité. Mayotte arrive juste derrière. Mayotte n'est pas riche, comme le Bangladesh et Gaza. Pourtant elle doit être riche car elle sous protectorat Français.

Plutôt que développer une basse géostratégie qui finalement ne la coûte pas grand-chose entre quelques avions et quelques troupes basé à Dzaoudzi, elle devrait s'intéresser au sous-sol du canal du Mozambique car il y a beaucoup gaz, certes plus profond qu'à Bahreïn, mais peut là des choses à faire. Une piste à explorer pour donner un peu de richesse à ce pays, quand bien même augmenterait

la potentialité attractive des îles voisinent vers Mayotte, mais si on a de l'argent pour les accueillir, ce qui n'est pas un vrai problème.

Ici encore une histoire politique. Que souhaite-t-on faire de Mayotte ?

Hors depuis qu'elle est Française depuis 40 ans, pas grand-chose n'a été réalisée. Si on regarde les courbes de croissance démographiques, il y a une accélération depuis la départementalisation, probablement liée à la clandestinité.

Intervention de Mme X

Je reviens sur le volet politique. Je ne vois pas qui pourrait refuser de soigner des enfants. Mayotte depuis la départementalisation ils sont des clandestins. Avant il y avait des lignes régulières entre les Comores et Mayotte et un bateau régulier qui si j'ai bien compris aux informations voulait ouvrir une nouvelle voie légale. Vous avez beaucoup parlé de la coopération dans la zone entre Madagascar, Seychelles, Maurice et la Réunion.

Il y va-t-il des plans d'actions au Comores pour améliorer la clandestinité ?

Ne doit-on pas améliorer la prévention de la santé au Comores et même à Mayotte ?

On est beaucoup dans les soins curatifs dans ce débat mais je pense qu'il y a aussi beaucoup à faire dans le préventif sur les IST, la vaccination, sur le dépistage des échographies du 1^{er} et du 2^{ème} trimestre, la contraception...

Intervention de Mme WADEL Sabrina directrice adjointe au CHU.

Sur le volet de coopération avec les Comores vous avez totalement raison, mais il y a des actions de coopération à destinations des Comores qui sont engagées. C'est principalement dans le secteur des urgences. Les missions sont la prise en charge du diabète également. Récemment nous avons fait le constat avec le CHM de la nécessité d'avoir une stratégie concertée et conjointe, car le CHM a également des actions de coopération avec les Comores (appelée des sas sanitaires, des sas sur l'orthopédie, les grands brûlés, la périnatalité, insuffisance rénale chronique) afin de reculer le flux des arrivés.

Il y a une vraie réflexion engagée afin de faire porter par la Région Réunion financièrement et directement conjointe avec les Comores. L'une des réponses est bien évidemment de développer le volet sanitaire. La réalité est complexe, ne pas avoir d'électricité dans certains établissements de santé aux Comores c'est compliqué.

Intervention de M Bruno BOURGEON néphrologue.

Le CHU a mandaté 2 missions à Moroni en Grande Comores, pour travailler avec le Centre de dialyse avec 2 groupes électrogènes. Ils ont des machines de bonnes qualités (des machines utilisées il y a 10 ans à l'île de la Réunion). Les infirmières savent piquer, mais qu'ils ne savent pas faire les fistules.

Ils ne savent pas combattre les hépatites, très fréquentes aux Comores et particulièrement chez les dialysés. Ils n'ont pas de traitement antihypertenseur. Ils n'ont pas les traitements indispensables de nos jours les hémodialysés.

Les Comoriens qui connaissent le centre de dialyse, ne souhaitent plus retourner au Comores car ils sont trop bien à l'île de la Réunion.

Deux hôpitaux ont été construits à Anjouan : l'un par les chinois sur la côte Sud-Ouest et l'autre au Nord dans le capital construit avec des fonds du Qatar et Américains. Ils se trouvent que se sont 2 coquilles vides. Aller faire tourner un scanner avec inscription chinoise avec des infirmières Comoriennes n'est pas facile. L'hôpital Américain tourne sur la pédiatrie et de l'obstétrique et d'ailleurs les missions de coopération voulues par l'ARS, c'est de soutenir l'activité obstétricale, pédiatrique et non l'activité d'hémodialyse à Anjouan. Ils sont à 3h de Ferryboat de Moroni et son à 4h de Kwassa Kwassa (dans l'imaginaire des Comoriens c'est le ferryboat local) de Mayotte. Ce phénomène a été accru depuis la départementalisation.

Intervention de Mme X

Les familles d'accueil sont salariées de l'hôpital ?

Intervention de Mme WADEL Sabrina directrice adjointe au CHU.

Dans la structuration du projet on a un règlement intérieur qui a été soumis à l'approbation du préfet. Ce sont des salariés de droit public mais qui ne peuvent devenir des agents de la fonction publique hospitalière, cadre particulier et qui sont soumis à une procédure d'agrément pour laquelle on exige en 1^{er} lieu un agrément par l'AZEU au titre de famille d'accueil social classique et ensuite une procédure d'agrément qu'on a mis en place au niveau du CHU après une évaluation d'une équipe pluridisciplinaire par la pédiatre, l'infirmière, l'assistante sociale, la psychologue.

Intervention de Mme X

Ceux-ci sont rattachés au service de pédiatrie ?

Intervention de Mme WADEL Sabrina directrice adjointe au CHU.

Non ceux-ci sont rattachés à ma Direction directement au niveau du portage
C'est une demande d'orientation qui est médicale c'est le Dr GEANNE qui a la responsabilité médicale sur l'opérationnalité du service. Le PFME Sud peut aussi envoyer ses demandes. Les enfants peuvent être prises en charge dans les familles d'accueil dans l'ensemble de l'île. Nous avons des familles dans le sud, l'est, l'ouest et le nord. L'équipe pluridisciplinaire du service d'accueil d'infirmière thérapeutique est localisée dans le nord mais selon les besoins l'équipe se déplace dans le service dans le sud. Il s'agit d'une localisation historiquement dans le Nord. Il ne faut pas confondre les familles d'accueils thérapeutiques en santé mentale. On s'est inspiré de leur dispositif et notamment au niveau de la prise en charge par l'assurance maladie pour construire le service du nord.

Intervention X

Concernant les interprètes dans le sud, ce sera la semaine prochaine ?

La nouvelle va se propager très rapidement.

Mme WADEL :

J'en ai informé le Professeur BOUKERROU, au PFME Sud. C'est une question qu'on avait commencé à étudier en fin de l'année dernière. Nous proposerons très prochainement une prestation qui est professionnalisée qui restera contingentée vue notre situation financière, mais il est nécessaire de mettre en place 4 permanences par semaine. On va rapidement vous informer sur le dispositif (numéro de téléphone et sur rdv).

Intervention X :

Un juriste peut-il nous éclairer sur le droit du sol ? Lors des derniers évènements à Mayotte, il était question qu'il ait une extra territorialité de la maternité

Intervention Mme Céline KUHN :

Le principe du droit du sol : tous enfants né sur le sol national à la nationalité Française. On acquière la nationalité Française à 18 ans, sous plusieurs conditions, pas seulement avoir vécu en France et d'y avoir grandi de ses 13 à 18 ans. Ils ne sont pas français à la naissance. Se sont de fausses idées qu'on véhicule. Ils sont Comoriens s'ils ont des parents Comoriens. A 18 ans ils sont de Français de manière anticipée. Un mineur n'est jamais en situation irrégulière. Il est nécessaire de lutter contre cette idée fausse que naître en France donne la nationalité Française à la naissance. Un message politique qui juridiquement qui n'est pas exacte.

Intervention Mme WADEL :

Par rapport à l'arrivée des patientes qui viennent de Comores qui viennent accoucher à Mayotte, on peut en débattre de cette proposition de statut d'extra territorialité, mais après constitutionnellement ce n'est a priori pas possible.

Intervention de M Bruno BOURGEON néphrologue.

Ravi de ce que vous venez de dire, car le 1er Ministre (le numéro 2 Français) dit exactement le contraire.

Intervention Mme Céline KUHN :

Je profite pour dire lorsqu'on est mineur on n'a pas besoin de titre de séjour, on est jamais en situation irrégulière et de même on a toujours le droit à une couverture sociale d'emblée. Il n'y a pas de carence de 3 mois. L'AME est immédiate.

Intervention X :

J'aborde la question des mineurs de Maurice, car ils sont en situation régulière, il n'y a pas de visa avec Maurice. On a travaillé avec la CGSS pour qu'ils aient une ouverture de droit au nom de la convention international des droits de l'enfant dès le 1er jour d'hospitalisation au titre de la PUMA (protection universel maladie).

Intervention X :

Concrètement un Comorien qui est à Mayotte et doit avoir un EVASAN sur la Réunion, qu'elle est l'attitude du médecin ? J'ai entendu dire que parfois la personne a besoin d'un EVASAN mais elle

ne vient pas à la Réunion car elle est étrangère. Les patients qui sont dans l'illégalité à Mayotte peuvent rentrer en France, les médecins peuvent-ils autorisés de venir à la Réunion.

Intervention Mme WADEL :

Il faut enlever le mythe autour de ce sujet. On a les rapports de le CLEM qui organise auprès du SAMU les retours des patients à Mayotte. Soit 800 retours par an vers Mayotte, il y a 2 ou 3 fugues (des patients qui ne présentent pas au vol au moment du retour). Vous parlez dans l'autre sens. Les membres du comité Evasan se réunissent tous les mercredis à Mayotte ne regardent pas les critères de couverture sociale ou de nationalité, mais l'état de santé du patient pour décider ou non de la nécessité d'une EVASAN et ensuite les patients Comoriens qui sont en situation irrégulière à Mayotte avec autorisation provisoire de soins(APS avec une photo et le patients voyage avec ce document).

Intervention Emmanuelle infirmière :

Je suis chef de projet au niveau de la coopération avec les Comores en santé mentale. Je voulais revenir sur la coopération. Anjouan est l'île la plus peuplée des 3 îles soit 400 habitants au km². La problématique mis à part le manque de moyen (pas frigo dans le laboratoire), il y a du racisme très important entre les Anjouanais et les Mahorais. Nous n'avons pas réussi à travailler en collaboration avec Mayotte. On les a rencontrés, chef de service... la question éthique se pose quand il y a du racisme. Selon le code de la déontologie on respecte la personne dans ses différences etc.... Ici les patients Comoriens, Mahorais, Malgache sont victimes de racisme car il y a des incompréhensions, un problème culturel il y a la méconnaissance de la culture. Il y a le problème de traduction. Nous Français on arrive à travailler avec les Comores, mais on n'arrive pas à travailler avec Mayotte. Le problème du racisme est une question à se poser.

Intervention Edouard KAUFFMAN :

Je reviens sur la question posée précédemment : Est-ce que les patients irréguliers de Mayotte traversent bien jusqu'ici ou jusqu'à la Métropole pour être soignés ? Les patients Comoriens bénéficient-ils d'une Aide médicale d'état qui leur permet d'aller à Necker s'il le faut ?

Intervention X

Il n'y a pas d'AME à Mayotte ? Cela explique les EVASAN ici sur la Réunion.

Intervention Mme WADEL :

Les offres de soins du CHM expliquent les difficultés en termes d'attractivité médicale. L'absence d'AME ou de CMU à Mayotte ajoutée à la très faible densité de la médecine libérale fait que tout repose quasi exclusivement sur l'offre hospitalière, sur le CHM sur le centre de référence et sur les

dispensaires du CHM. Le centre Hospitalier de Mayotte est un établissement en dotation globale donc finalement pas de sujet de droit, de couverture sociale pour les patients accueilli au CHM et par extension pour les patients arrivant de KWASA KWASA des Comores. L'AME est un budget déconnecté de la Sécurité Sociale puisque l'AME est une prestation versée par l'assurance maladie pour le compte de l'Etat. Mais l'Etat ne paye pas ses factures à la Sécurité sociale. L'Etat a une forte dette envers l'assurance maladie pour les factures d'AME.

Intervention Educateur en pédiatrie :

On accueille souvent des enfants en longue durée en hospitalisation. Dans le service il y a des affiches sur la charte des enfants hospitalisés de l'UNESCO qui dit l'alinéa 2 : tout enfant a le droit d'avoir son parent à son coté pendant une hospitalisation.

Quel est que la valeur de ce document ? Le constat est que les Parents ne sont pas présents. Ce qui entraine des drames. Des enfants qui souffrent de l'hospitalisation, qui dépriment. Ils ne veulent plus parler avec leurs parents car cela est trop douloureux. Avec un devenir incertain, ils grandissent avec des blouses blanches. Une question éthique concernant ces enfants qui arrivent seuls. L'image qui vient du film de la bible « On met Moïse dans le panier et on le laisse dériver » et dans tous les témoignages, des parents qui abandonnent leurs enfants à la Mer pour être sauvés.

Intervention Mme WADEL :

Cette convention à inspiré la possibilité d'obtenir un titre d'accompagnant puisque d'un point de vue de titre de séjour, vous pouvez obtenir un titre d'accompagnant en tant que parent d'un mineur. J'avais vu cette possibilité de relais lorsque l'enfant est soigné à l'étranger. Le collège des Médecins l'office Français de l'immigration et de d'Intégration apporte un avis et le transmet au Préfet qui délivre ce titre de séjour.

Intervention d'un membre de la SIMAD : Association d'accompagnement des personnes étrangère dans l'accès au droit. :

Il existe bien un titre de séjour pour les parents d'enfant malade. La difficulté n'est pas de déposer une demande de titre de séjour en tant que Parents d'enfants malades, c'est d'arriver jusqu'à la Réunion pour pouvoir déposer cette demande. On constate de nombreux enfants qui arrivent seuls à la Réunion et on ne comprend pas quelles sont les blocages à leurs venues mis à part leur situation administrative irrégulière. Mais le drame est bien là. Des parents bloqués à Mayotte on essaie d'avoir des informations à la préfecture au niveau de la commission des Evasan. Qu'elle est la procédure à suivre pour les parents puissent accompagnés leur enfants ? car c'est contraire à l'intérêt de l'enfant de traverser cette épreuve la tout seul. On se retrouve confronté à un silence. Nous n'avons pas d'information sur la procédure à suivre.

Intervention Mme WADEL :

Concrètement sur le terrain par rapport à l'arrivée des parents, on constate tout de même un déblocage au niveau de Mayotte de parents qui arrivent avec les enfants mais complètement en décalage. Les enfants partent dans un 1er temps puis on finit quand même à voir les parents arriver. Nous avons le sentiment d'un travail effectué par le comité d'EVASAN mais il est bien évident que ce sont les services de la préfecture qui ont la solution sur la régularité du séjour, mais c'est un petit peu à leur bon vouloir et même étant complètement dans le dispositif on a du mal à avoir la visibilité. Ces enfants sans parents ne sont pas pris en charge par le service social du département.

Intervention de M Bruno BOURGEON néphrologue.

Pour revenir que la question initiale de l'accompagnement. Il y a des conventions nationales de l'ONU, l'UNESCO, droit international ou la France doit se soumettre. Ce pose le problème pour les migrants en Europe car il n'y a pas non plus le respect des conventions simplement internationales. Comment pourrait-il le respecter sur l'île de la Réunion.

Intervention M Nathan journaliste à l'actualité sociale hebdomadaire :

Quelle sont les critères médicaux aux accès à l'EVASAN? Qui surveille les décisions du comité D'EVASAN ?

Intervention Mme WADEL :

Comme je l'ai soulignée comité d'EVASAN est présidé par le médecin conseil de la sécurité sociale de Mayotte, le médecin responsable des Evasan.

Les motifs d'admission à l'EVASAN. Ce n'est pas un dispositif uniquement d'urgence. On est vraiment dans une situation où c'est l'absence d'offre de soins de recours et de référence qui justifie une évacuation sanitaire vers la Réunion ou cette offre de soins est disponible.

Intervention M Nathan journaliste à l'actualité sociale hebdomadaire :

S'il y a une absence de soins il y a automatiquement un accès à l'EVASAN ? Cet automatisme est-il vérifié par un organisme qui supervise le comité ou pas ?

Intervention Mme WADEL :

Il peut avoir une décision, en cancérologie, en dialyse.... L'organisme qui supervise le comité c'est le payeur, le président c'est le médecin de la sécurité Sociale, celui qui paye l'ensemble des évacuations sanitaires. Il n'y a pas d'intervenant directeur, comptable ou autre Pour donner son

avis sur les évacuations. Il y a un décret précis qui décrit le dispositif EVASAN car il est inscrit dans le code de sécurité sociale et traite particulièrement la question de Mayotte.

Intervention M Dr DESANG :

Je me métamorphose : ne suis plus conseil ordinal, je deviens un citoyen tout simplement. Je me pose la question de façon personnelle. Je suis également porte-parole de 2 équipes avec lesquelles je travaille qui se pose vraiment la question éthique :

Comment sélectionne, accepte-t-on, qu'un patient quitte Mayotte pour une raison médicale objective ?

Nous offrons un niveau de soin dans des spécialités, sachant l'avenir qui les attend, ce qui les condamne possiblement à ne pas bénéficier des soins qui suivent et qui permettent d'assurer un espoir de vie, une réintégration dans une famille, dans une vie cognitive. Une véritable question éthique à chaque évacuation sanitaire.

Intervention de M Bruno BOURGEONS néphrologue :

C'est assez scandaleux ce que tu viens de dire. J'espère que des réponses concrètes vont être apportées.

Intervention X :

A mon sens ce qui permet de trancher c'est le choix du patient. Les gens viennent dans le cadre de l'EVASAN, car ils ont un problème de santé qui nécessite des soins, pour lesquelles ils n'ont pas accès à Mayotte. Si on leur propose l'EVASAN, le niveau de soin est correct. Se pose la question sur une pathologie chronique et se pose la question de la poursuite des soins ? Soit il repart à son pays d'origine, avec les risques encourus. Soit ils font le choix de rester en fonction de ce que leur état de santé nécessite. Dans ce cas ils font une demande de titre de séjour pour soins

Intervention M Dr DESANG :

C'est un modèle théorique extrêmement vertueux, mais qui dans le cas de l'enfant mineur, en l'absence de ses parents est fragile, l'absence de tuteurs légaux qui sont là pour veiller sur son bien-être et d'apprécier de façon beaucoup plus globale qu'est-ce que cela va offrir comme perspective de vie ?

Le modèle pour l'adulte convient probablement, mais pour l'enfant j'en doute. Lorsque l'on informe les familles françaises bien insérées, pour les soins qu'on envisage de donner à l'enfant, il y a une incompréhension qui est extraordinaire, les implications à long et moyen terme et souvent même le geste initial n'est pas compris. En l'absence des parents qui se trouve à des kilomètres, je voulais être le porte-parole de ceux qui se préoccupent du versant éthique.

Est-il déraisonnable de prolonger des agonies ou de proposer des agonies ?

Médecin de la Pass⁴ Adulte CHU St Pierre :

Je connais moins le domaine des enfants. Mais je pense qu'il est nécessaire de travailler justement avec la CIMADE⁵ et les autres associations et institutions, pour que les parents puissent venir avec leur enfant. J'imagine que la question ne se posera plus si les parents sont là à l'arrivée des enfants. Concernant les adultes il est nécessaire de réfléchir de cette manière et de pouvoir réfléchir à la question du droit et de l'information des patients adultes.

Intervention X :

Je vais revenir sur certains sujets déjà énoncés en amont.

Dans un 1er temps : Il y a plusieurs possibilités de faire l'aller-retour entre Mayotte et Anjouan, Mayotte et les Comores : l'avion, le bateau, le kwasa kwasa.

Dans un second temps j'ai noté que selon l'intervention de Monsieur le néphrologue : La départementalisation ne devrait rapporter que des bénéfices à la France, car à ce jour, on met en avant que le côté négatif, mais on semble oublier que Mayotte n'aurait jamais été Française si elle n'avait pas de basse été colonisée lorsqu'elle faisait partie de l'archipel des Comores.

Dans un 3eme temps, une question : Que doit-on faire Mayotte ? Mais la vraie question : qu'est-ce qui va permettre à Mayotte de progresser ?

Aujourd'hui ressort l'image des retards, mais on oublie que ce n'est pas la 1er île qui a ce défi à relever, il suffit juste donner les moyens et de ne pas prétendre avoir toutes les réponses.

Dans un 4ème point on parle des enfants des rues à Mayotte. Il faut expliquer que leurs parents ont été reconduits à la frontière. Etant donné qu'ils ne peuvent être comptés comme en situation irrégulière car ils sont mineurs, ils ne peuvent être reconduits à la frontière. Pourquoi ne pas faire une loi afin de trouver un cadre législatif à cette situation ?

Intervention de M Bruno BOURGEON néphrologue :

Pour vous répondre, la réponse est oui oui et oui. Vous êtes en accord avec moi.

Quelle solution pour l'avenir ?

Effectivement il faut que cela vienne des Mahorais, mais pas des élus Mahorais qui sont tous corrompus, vous le savez tous comme moi. Une problématique : Le gouvernement Français veut d'appuyer sur les élites locales mais n'y arrive pas.

Il y a aussi le contentieux entre les Comores et Mayotte qui date de 1975, appuyer par l'union Africaine et par l'ONU qui dit que la France est dans l'illégalité la plus complète. A chaque fois qu'il

⁴ Les permanences d'**accès aux soins** de santé

⁵ La **Cimade** accompagne les personnes étrangères dans la défense de leurs droits, agit auprès des personnes enfermées et se mobilise pour témoigner

y a une résolution de l'ONU sur le statut de Mayotte, la France oppose son droit veto. On est dans une situation où les Comores s'opposent à toute action Française locale. La preuve c'est qu'ils ont repoussé le ferryboat de clandestins Comoriens qu'ils ont renvoyés ? Cela arrange les Comores bien évidemment de ne pas avoir des populations comorienne qui s'accumulent sur le territoire qui est encore plus pauvre à Anjouan qu'à Mayotte. L'état Français demande toujours au gouvernement Comoriens de faire quelque chose contre les kwasa kwasa, les passeurs. Ils n'ont aucun intérêt à le faire car il y a ce contentieux. Il faut travailler dans le cadre de la commission de l'Océan Indien. Il faut d'abord faire en sorte que l'union des Comores non pas reconnaisse Mayotte comme Française mais acte que Mayotte est Française. Une fois qu'on a résolu ce problème politique, qu'on aura réglé le problème sécuritaire, on avancera. C'est très triste car ce sont des gens qui sont très malheureux qui ont des diplômes qui vont très loin dans leurs études qui s'installent dans des bidonvilles à Mamoudzou et qui ne savent pas quoi faire. Une fois qu'on a la reconnaissance politique on travaille dans la coopération dans le cadre de la commission de l'océan indien. Mais là aussi une commission de l'Océan indien qui soit forte qui ne soit pas pilotée que par des Réunionnais.

Intervention Etudiante Infirmière d'origine Mahoraise :

Je me questionne pourquoi la nécessité que l'état Comoriens reconnaisse que Mayotte n'est pas Française.

Le racisme entre Mahorais, Comoriens et Anjouanais. L'idée générale est : les comoriens sont des intelligents, les Anjouanais les bosseur et les Mahorais des chômeurs. Le racisme est dû à des peurs, car s'il y a un relâchement, il y a une porte ouverte à tout le monde. Lors de discussion avec les Mahorais, beaucoup reconnaissent qu'on a la même culture, les mêmes origines dans la langue, dans beaucoup chose. Ce qui pousse l'augmentation de ce racisme : une impression où la France ne fait rien et attend la réponse des Comores. Il souhaité être Français pour avoir l'appui de l'Etat Français et non pas dépendre du bon vouloir des Comoriens. Il y a beaucoup de personnes qui viennent des Comores avec des passeports Comoriens et qui ne sont pas Comoriens mais qui arrive des Comores.

Intervention de M Bruno BOURGEON néphrologue :

Je suis d'accord encore une fois avec vous. Le racisme il est larvé. Ce qui se retrouve également sur l'île de la Réunion. L'histoire des paillotes. Il suffit d'une étincelle (locaux contre zoreil).

Intervention de M le Dr DJAMEL BEY :

Mayotte et Comores sur le point éthique et sur l'ensemble historique est cristallisé en sachant le racisme actuel est indéniable.

Cela est visible en politique : vote 40 à 45 % FN bien sûr c'est basé sur la peur, le racisme tout entier est basé sur cette peur. Comment dépasser ces aprioris sur les autres ? Ce qui résume liberté, égalité, fraternité. Le débat ce centre sur ce point.

Le débat est aussi l'histoire de l'ARS, aussi des politiques de santé qui doit être locale. Un exemple : une infection quelconque, une angine ou une infection cutanée qui pourrait donner une pathologie qui n'existe plus dans la plupart des territoires Français à part à Mayotte. Pourquoi Mayotte ? Aucune idée. Cela fait 6 ans que j'en parle à l'ARS, 6 ans qu'on peut réaliser une action de prévention au même titre réalisée dans d'autre territoire (Nouvelles Calédonie). On attend que des enfants puissent avoir des attentes cardiaques majeures avec des hospitalisations qui coutent des chiffres faramineux. Cela aurait pu être traité avec une prévention standard et une politique d'information.

Sur la sélection des malades il faut arrêter de dire en gros que dans les 5 ans ou les 10ans que Mayotte sera au même niveau de soin tant qu'il y a des problèmes à ses niveaux là. Le personnel est à flux tendu, ils sont à 200%. Je les vois mes collègues. Il finit sa garde à 18H et ils sont encore là à 18 H le lendemain. Nous on est en train de débattre d'un problème qui est pour moi politique.

Intervention de M Bruno BOURGEON néphrologue :

La pénicilline effectivement ne coute pas cher. Mais tant que l'on ne comprend pas que se soit pas fait : la pénicilline c'est facile et prévient bon nombre de rhumatisme articulaire aigue.

La lèpre à Mayotte n'a pas disparu. Le choléra ne demande qu'à resurgir. Effectivement, sans faire injure au continent africain, on est dans une médecine subsaharienne. Bien qu'on ait un magnifique outil comme l'hôpital de Mamoudzou cela ne suffit pas. Pour les EVASAN et la sélection (pas sur l'argent, pas sur les moyens de paiements subrogatoires) en particulier concernant la dialyse c'est un critère d'âge. C'est à dire qu'on considère qu'à partir d'un certain âge comme non prioritaire le patient en insuffisance rénale si les moyens de Mayotte sont dépassés. Le 1er critère, un insuffisant rénale va être greffé. Déjà l'état de la greffe à la Réunion est tellement bas, on se dit que cela ne va pas être possible de pouvoir greffer tous les Mahorais et tous les Comoriens issu des Iles voisines. Ce n'est pas u problème d'économie de santé, mais un problème de sélection médicale sur un critère qui ne pourrait pas en être un car on greffe des personnes de 80 ans, en métropole. On ne peut pas tout faite partout. Ce n'est pas vraiment un problème d'économie de santé, mais un quand même, c'est un critère médical choisi par la commission d'EVASAN et qui persiste encore à l'heure actuelle.

Intervention X :

Je suis d'accord avec le DR DJAMAL BEY sur la prévention et l'éducation à la santé et l'hygiène et tout cela dépasse la médecine. Cela est un problème global et social d'éducation et de promotion de la santé. Que proposent les lois, les projets de l'Etat Français dans les départements. Comment cela se passe dans les départements tels que la Guyane ou l'immigration est forte également ? Avec des cultures très différentes ? Quelles sont les prises en charges sociales pour les enfants et les adultes ? Il y a-t-il des campagnes de prévention et d'éducation à la santé plus appuyées dans les territoires qui sont en déficit ?

Intervention de M Bruno BOURGEON néphrologue :

Nous pouvons nous rappeler de ce qui s'est passé Guyane fin 2016 et début 2017 juste avant les présidentielles. Il y a eu un mouvement de grande ampleur et Mr Hollande a promis des milliards pour contre carrer ce mouvement et le faire se taire. Les problèmes hospitaliers persistent en Guyane comme à Mayotte, un peu moins aigu qu'à Mayotte et un plus aigu que la Réunion. Il existe des problèmes de santé en Guyane. Il s'agit d'un problème de personnel et en moyen en matériel.

Intervention X :

Vous avez du entendre les débats au niveau des projets de lois de l'immigration maitrisée pour un droit d'asile effectif. Il n'y a absolument rien, sauf erreur de ma part, sur un aspect sanitaire. Il me semble qu'il n'y a rien du tout. Juste pour vous donner un ordre d'idée de l'implication actuelle du gouvernement. Sur l'aspect stratégie en santé portée par le gouvernement et notamment le ministère de la santé, je vous rappelle qu'il y a une stratégie nationale de santé pour l'outre-mer qui a été validée en 2016, qui devrait porter des priorités jusqu'en 2023 avec un certain nombre d'axes. Pour l'instant je n'ai pas vu véritablement de déclinaison opérationnelle et notamment dans l'Océan Indien et qui serait porté par L'ARS dans son futur PRS. Je rappelle qu'il y a aura un nouveau projet régional de Santé qui sera adopté fin juin, qui est actuellement en face de concertation publique. N'hésitez pas à aller voir ce projet régional de santé, en ligne sur le site de l'ARS et éventuellement faites des remarques. Mis a part cette stratégie pour l'Outre-mer pour réduire les inégalités de santé dans les territoires et améliorer l'expertise et la gestion des risques sanitaires parce que l'on a des spécificités dans le département d'outre-mer effectivement on n'a pas grand-chose ou très peu d'actions au niveau des ARS (lutte anti vectorielle ou la gestion des épidémies).

Intervention X :

Quelle est le cout global pour le CHU de cette patientèle Comorienne et d'ailleurs ?

Notamment en cette période de difficultés financières de notre établissement, quel est le pourcentage que cela représente dans le déficit du CHU ?

Quel est le coefficient géographique est à la hauteur des patients du CHU ?

Au total que représente le pourcentage de toute cette somme que dépense le CHU ?

Intervention Mme WADEL :

Ce sujet est polémique pour avoir fait débat dans les mois précédent. Dans le cadre du COPERMO qui a été présenté au ministère, notamment l'année dernière, il y avait une étude qui a été menée,

pour estimer le cout de la prise en charge de ces patients et notamment sur un axe particulier, le changement de tarification et l'accueil des patients de Mayotte.

Cela est un peu technique : les patients de Mayotte étaient précédemment pris en charge au forfait journalier. On avait une prestation journalière pour la prise en charge de ces patients. Une couverture financière de l'accueil dont la durée du séjour en moyenne est beaucoup plus longue. Il y a eu un changement dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2014 qui s'est appliqué en 2015, qui définit les séjours des patients de Mayotte au GHS, avec la logique que vous connaissait la T2A (tarification à l'activité). Vous avez une prise en charge financière selon l'acte concerné entre 3 à 15 jours et le patient va en rester 15 jours. Finalement une perte de 10 jours pour l'établissement car vous ne serez pas payé plus si le patient reste plus longtemps. Même que le CHM reste en forfait global. Cette différence de traitement qui assez difficilement explicable.

On a objectivé en essayant de mesurer les journées en dépassements soit 9000 journées, l'équivalent d'un service soit 7 millions d'euros, ce changement de tarif. C'est un des accompagnements qui a été accordé par le ministère de la santé, accompagnement pérenne du CHU à hauteur de 7 millions d'euros.

Néanmoins on parle des patients de Mayotte et de son changement de tarification. Certaines dépenses induites de maintien de l'hospitalisation ou d'autres problèmes sont non inclus. Les autres patients de la zone ne sont pas inclus, 350 patients étrangers. Les patients de Maurice soit 75 patients qui ont été accueillis l'année dernière on à 1 million d'euros de dépense.

A la question du coefficient géographique je ne peux vous répondre car c'est très technique. Je pense qu'il ne faut pas porter cette question et la liée à la question de l'accueil des patients de la zone car la question coefficient géographique se pose de manière générale pour le CHU son fonctionnement dans la mesure où vous avez du personnel non médical qui est su rémunéré à hauteur de 53%, du personnel médical qui est su rémunéré à hauteur de 40%, des dépenses de médicaments qui sont supérieures avec les coûts de frais, et un coefficient géographique correcteur qui est à hauteur de 37%. Il y a effectivement une démarche qui est portée qui n'a pas grand-chose à voir avec le COPERMO mais avec la FHF Océan Indien pour l'ensemble des établissements, elle s'intéresse même aux établissements du privé, afin d'essayer de les faire évoluer et rattraper cette écarts au niveau du coefficient géographique. Un point fait plusieurs millions d'euros.

Intervention DR KAUFFAMAN :

Toutes les meilleures choses ont une fin

Nous allons clore les débats. Je vous remercie d'avoir participé.

Nous avons constaté tout de même que les débats étaient techniques et nous avons rencontré peu d'opposition à l'immigration. L'immigration sanitaire fait partie des éléments de débat.

Nous avons aussi peu parlé des conséquences philosophiques autour de l'immigration sanitaire car cela fait partie des choses reprochées au pays développés. Nous avons parlé de cela de manière très généreuse, très positif. Toutes ces remarques seront remontées.

Merci beaucoup à vous tous.