

Université Paris 13
U.F.R Santé, Médecine, Biologie Humaine

Université Paris Descartes
Université Paris Diderot

Mémoire
Diplôme Inter Universitaire Santé des
Migrants

BERIBERI À MAYOTTE EN 2018

Pathologie du Migrant

2018-2019

Dr Sarah PERMAL

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTON.....	4
II.	PETITE HISTOIRE DE MAYOTTE	5
	a. Géographie	
	b. Démographie	
	c. Histoire e migrations	
	d. Qui migre à Mayotte et comment?	
	e. Conséquences de l'afflux migratoire	
	f. Mayotte zone de non droit et parcours du combattant pour l'immigré	
III.	LE SYSTEME DE SANTE ET LA PROTECTION SOCIALE A MAYOTTE...13	
	a. La Médecine moderne	
	b. La Médecine traditionnelle	
	c. Parcours pour soins et obtention du titre de séjour	
IV.	POURQUOI LE BERIBERI?.....15	
	a. Histoire de Faiza H	
	b. Le bériberi à Mayotte	
	c. Le bériberi qu'est ce que c'est?	
	d. Alimentation à Mayotte, aux Comores et carence en vitamine B1	
V.	BERIBERI À MAYOTTE EN 2018.....19	
	a. Méthode	
	b. Résultats	
	c. Discussion	
VI.	CONCLUSION	24
VII.	BIBLIOGRAPHIE	25
VIII.	LEXIQUE	27

RESUME

Mayotte est le 101^{ème} département français depuis 2011. Malgré ce statut qui devrait lui octroyer les mêmes droits sociaux que les autres départements d'outremer et que la métropole, elle en est bien loin. En plus des difficultés sociales, Mayotte est un désert médical, les professionnels de santé hésitant à venir s'installer à long terme dans cette île qui jouit d'une très mauvaise réputation à cause de l'insécurité. La population est jeune, le taux de chômage est le plus élevé de France, 80 % vivent en dessous du seuil de pauvreté. On estime que près de 40 % des habitants sont d'origine étrangère, principalement immigration « économique » venant des îles avoisinantes, arrivant dans des petites embarcations appelées les Kwassas-Kwassas. Il faut seulement 4 heures de bateau pour arriver à Mayotte, mais le nombre de noyés n'est pas négligeable et tous ces décès ne font jamais la une des médias.

Le Béribéri est une maladie supposée historique qui ne devrait pas exister dans un pays « développé » comme la France. Cependant elle est fréquente à Mayotte, touchant majoritairement la population migrante, combinaison de malnutrition et habitudes alimentaires. Le Béribéri est une maladie due à une carence en vitamine B1, vitamine dont la seule source est dans l'alimentation, responsable de manifestations neurologiques et/ou cardiaques. Une épidémie de Béribéri a eu lieu en 2004 responsable de la mort de 20 nourrissons, pour la plupart nés de mère d'origine Anjouanaise. Malgré une sensibilisation initiale de la population, une politique préventive de vitaminothérapie systématique du nourrisson et de la femme allaitante, 15 ans plus tard de nombreux cas graves sont à nouveau rapportés sans vraiment émouvoir ni les acteurs de la santé ni les pouvoirs publics. Nous rapportons les cas de 25 patients hospitalisés en 2018 pour Béribéri, que ce soit dans sa forme cardiaque ou neurologique, la typologie des patients et leur statut social. C'est une occasion pour décrire Mayotte et ses paradoxes, les difficultés des personnes en situation irrégulière et les obstacles rencontrés dans leur parcours de soins.

Il est facile de s'abriter derrière des raisons culturelles, religieuses, socio économiques pour ne pas débiter une véritable politique pérenne de prévention et d'éducation de la toute la population, pour éviter cette maladie potentiellement mortelle et si facilement évitable à faible cout, par une simple diversification et éducation alimentaire ou par vitaminothérapie substitutive systématique.

I. INTRODUCTION

Quand je suis arrivée pour travailler à Mayotte, une jeune femme est hospitalisée car ne peut plus marcher quelques jours après son accouchement. En bonne interniste je suis prête à me lancer dans la ponction lombaire, l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) médullaire et rachidienne, les auto anticorps à foison, au scanner cérébral, au bilan biologique à rallonge, et un traitement par immunoglobulines... et une infirmière me dit qu'elle a le béribéri, et que c'est classique à Mayotte « chez ces gens là », je n'ai qu'à lui donner des vitamines... Bien entendu comme tout médecin tout frais débarqué de métropole je lui répond que cette maladie n'existe plus, en France... Je poursuis mes investigations exhaustives et coûteuses qui n'apportent rien avec en parallèle un traitement par vitamine B1 et rééducation, et la patiente récupère assez rapidement. Le dosage de vitamine B1 retrouve un taux sanguin effondré. Je me demande comment diable une maladie « historique » est si fréquente et banalisée à Mayotte, n'a pas l'air d'intéresser qui que ce soit, n'a aucune politique de prévention de masse, et quelles sont les raisons de sa persistance en France non hexagonale?

Le béribéri est une maladie due à une carence en Vitamine B1 ou thiamine. En 2004 a sévi à Mayotte une épidémie de béribéri responsable de 20 décès ⁽¹⁾. Les autorités sanitaires, alertées par les pédiatres ont mis en place des mesures de supplémentation vitaminique systématique de la femme allaitante et du nouveau né. Les mesures de 2004 s'étant attaquées plus aux conséquences qu'aux causes, peu d'explications n'étaient donnée aux mères : une fois rentrées au domicile elles reprenaient souvent leurs habitudes alimentaires, sous la pression culturelle, familiale et surtout économique.

Pourquoi, 15 ans après ces mesures le béribéri est toujours présent, pourquoi aucune information n'est donnée à l'heure actuelle à la population quant à cette maladie potentiellement grave.

Ce sujet de mémoire est une occasion de parler sans prétention de Mayotte, de son histoire, des difficultés au quotidien du migrant qui est le principal atteint du béribéri, de la colère des Mahorais qui ont vu une immigration galopante avec en parallèle une délinquance grandissante, d'alerter sur les difficultés de ce territoire français qui jouit de l'indifférence générale de la France et des pouvoirs publics.

II. PETITE HISTOIRE DE MAYOTTE

a. Géographie et Origines

Mayotte est le 101^{ème} département français depuis 2011. Les Mahorais sont fiers d'être français depuis 1841, suite à la vente par le Sultan Adriantsouli de cette île à la France pour 1000 piastres. Elle fait partie de l'archipel des Comores comprenant la Grande Comore, Anjouan, Mohéli et Mayotte. Les habitants de ces quatre îles sont issus du fruit de l'histoire entre Afrique noire d'origine Bantou, Arabie Musulmane et leurs juteux marchés aux esclaves, Inde et Madagascar. Les langues parlées sont différentes dans les quatre îles. L'Anjouanais (Shindzuani) et le Mahorais (Shimaoré) se ressemblent. Le Mohélien (Shimwali) et le Grand Comorien (Shingazidja) se rapprochent plus du Swahili. Les Mahorais originaires de Madagascar parlent aussi le Shibushi. 95 % de la population de l'union des Comores et de Mayotte est de religion musulmane. Située dans le canal du Mozambique, entre Madagascar et la cote Est africaine, Mayotte, aussi appelée île Hippocampe de part sa forme, possède un des plus beaux lagons du monde, vaste lagon corallien de 1100 km². L'île mesure 374 km², a 40 km de long. Elle est composée de deux îles habitées, la Grande Terre et la Petite terre.



Mayotte

b. Démographie

En 2017 la population estimée est de 257 517 habitants (INSEE 2017), 270 000 en janvier 2019. Un peu plus de la moitié des adultes n'y sont pas nés (58,5 % des habitants de Mayotte sont des immigrés de 1^{ère} ou 2^{ème} génération). Parmi les habitants les natifs de l'Union des Comores représentent 42 % de la population, majoritairement originaires d'Anjouan (30 %) Anjouan, Grande Comores et Mohéli (12 %). Mayotte est le département français où la part d'étrangers est la plus importante, devant la Guyane. La moitié de ces étrangers non natifs de Mayotte sont en situation administrative irrégulière dont 51 % entre 25 et 34 ans.

Mayotte est le département le plus pauvre de France, et également le département le plus jeune. Le taux de chômage est de 35% et 80 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, 63 % des jeunes sont non diplômés. Le taux d'illettrisme est de 42 %. Les 60 ans et plus ne représentent que 4% de la population, soit six fois moins qu'en France métropolitaine. De 2012 à 2017, la croissance démographique atteignait 3,8 % par an en moyenne, soit 8800 habitants de plus chaque année, faisant de Mayotte le département avec la croissance démographique la plus forte. La densité en population vient juste après celle de Paris, soit 690 habitants/km² (2-3-4).

Les conditions d'habitat sont précaires : 39% des résidences principales sont en tôle, en bois, en végétal ou en terre, dont 59 % n'ayant pas les comforts sanitaires de base, c'est à dire un point d'eau, de toilettes et des douches. 95 % des logements précaires ne bénéficient pas de cette hygiène minimale, et les natifs de l'étranger y vivent trois fois plus souvent (4-5).



c. Histoire et migrations

La date de 1841, date de la vente de Mayotte à la France représente aux yeux des Mahorais le moment historique où l'impérialisme des autres îles a été écarté. En 1946 les quatre îles de l'archipel deviennent TOM (Territoires d'Outremer). Des tensions naissent entre les îles inégalement dotées par la France, jusqu'au transfert de la capitale de Dzaoudzi (Mayotte) vers Moroni (Grande Comore), générant un lourd ressentiment avec sentiment d'injustice et d'humiliation à Mayotte. Ce transfert de capitale est régulièrement cité comme l'un des déclencheurs de la volonté de Mayotte de se séparer du reste de l'archipel avec un slogan du MPM (Mouvement Populaire Mahorais): « Nous voulons être français pour rester libre », créé en 1967. Lors des deux référendums pour l'indépendance de 1974 et de 1976, à la grande surprise de la France, Mayotte a décidé de rester française, alors que les trois autres îles forment l'Union Indépendante des Comores ⁽⁵⁻⁶⁾.

Alors que la circulation était libre entre les 4 îles, suite à la pression des élus locaux Mahorais stigmatisant déjà l'immigration comorienne, le Visa Balladur est instauré en 1995 : tout ressortissant comorien doit avoir un VISA (très difficile à obtenir) pour venir à Mayotte. A partir de cette date les arrivées clandestines par Kwassas-Kwassas débutent, source d'un commerce de passeurs juteux et pérenne. Compte tenu de la pauvreté extrême des îles avoisinantes Mayotte représente l'eldorado et attire les habitants de ces îles cherchant une vie meilleure, des soins dans un pays dont la politique de santé est peu développée et payante, et pour d'autres pour faire du commerce. 35 % des migrants comoriens viennent à Mayotte pour une installation définitive, mais seul un sur dix est en situation régulière. S'ils sont pour la plupart originaires de l'Union des Comores, ils viennent aussi de Madagascar et d'Afrique Subsaharienne ⁽⁷⁻⁸⁻⁹⁾.

d. Qui migre à Mayotte et comment ?

Mayotte connaît une immigration difficilement contrôlable. Tous les migrants arrivent en Kwassas-Kwassas, petites embarcations étroites de 7 mètres de long et de 1 mètre de large. On peut y mettre jusqu'à 50 personnes et les prix vont de 300 à 2000 euros, le « Kwassa sanitaire » étant le plus onéreux. La plupart des passagers partent d'Anjouan, île la plus proche de Mayotte située à 70 Km, pour 4 heures de traversée.

Kwassa-Kwassa

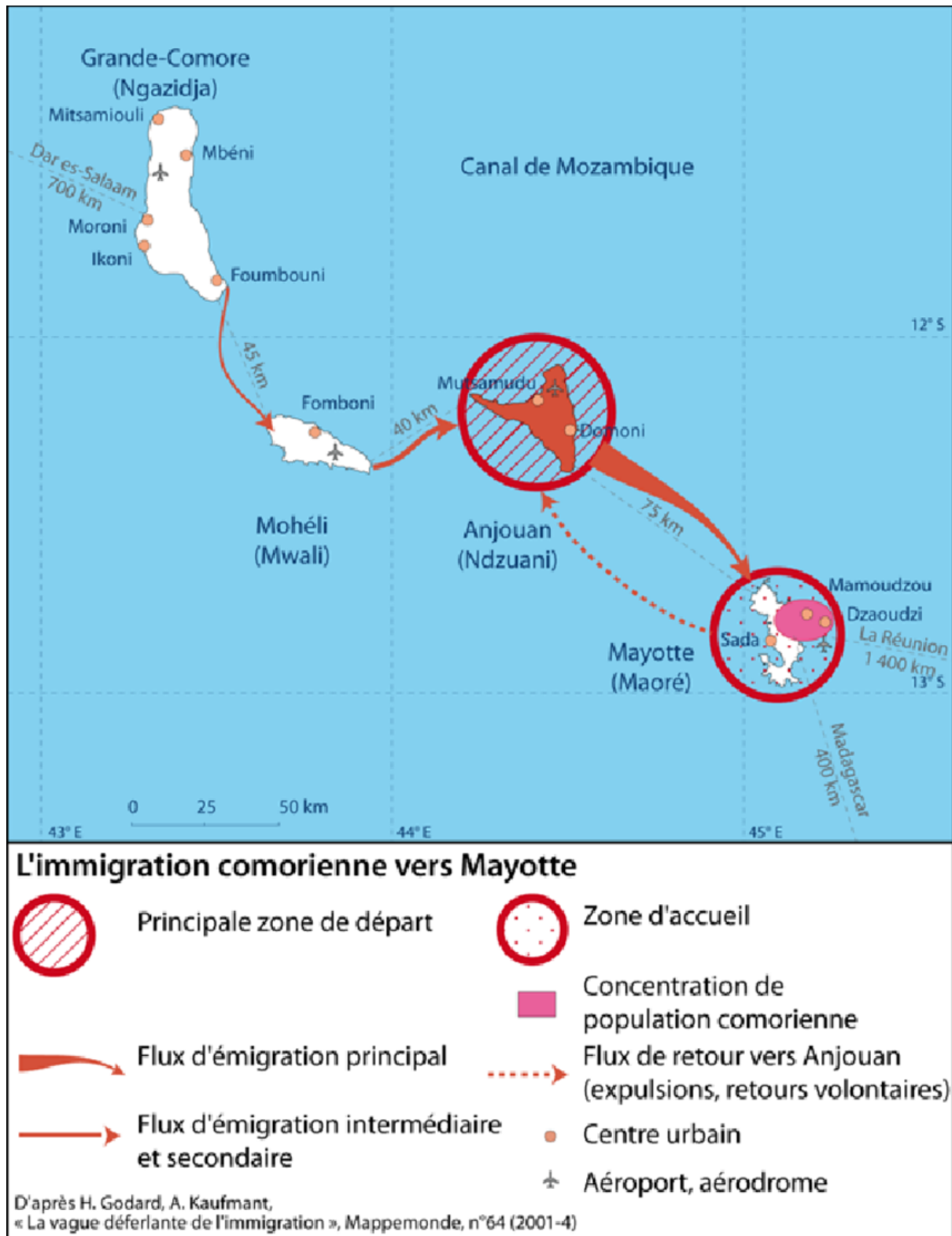


Des Kwassas-Kwassas partent aussi parfois directement de Madagascar pour un périple de 24 heures sur le même type d'embarcation.

La demande d'asile reste faible à Mayotte, de l'ordre de 600 en 2017. Ils sont essentiellement ressortissants de l'Afrique des Grands lacs (Rwanda, Burundi, République démocratique du Congo). Ils se retrouvent également à vivre dans des bidonvilles dans des conditions de précarité absolue. Les mineurs sont mis dans des familles d'accueil ou ils se retrouvent souvent à jouer le rôle de domestiques ⁽¹⁰⁾.

Mais ce réseau organisé de Kwassas-Kwassas amène aussi des zébus (revendus nettement plus cher à Mayotte à la saison des mariages), des ovins, de la volaille, des marmites de lait caillé, des tissus, de la drogue (marijuana et chimique), des cigarettes et toutes autres sortes de produits. Le Kwassa-Kwassa est donc avant tout un navire de marchandise qui assure le commerce avec les îles voisines, qui sert pour le trafic de drogues et d'humains. Les noyés sont fréquents mais non comptabilisés, soit jetés par dessus bord soit par naufrage de la frêle embarcation, faisant du canal du Mozambique « un des plus grand des cimetières marins ».

Les Flux migratoires



e. Conséquences de l'afflux migratoire

A Mayotte la pauvreté frappent les natifs comme les étrangers et plus de 80 % de la population vit sous le seuil de pauvreté. Il y a donc un paradoxe économique car si Mayotte est le département français le plus pauvre, il est très riche pour son environnement régional, attirant par conséquent un flux de migrants. Mais en même temps, parallèlement à l'arrivée des migrants est arrivée l'insécurité avec un niveau de délinquance élevé : cambriolages, coupeurs de route, caillassages, coups et blessures volontaires, vols, rackets, agressions, gangs de voleurs sont le quotidien. Près de 9000 faits ont été enregistrés en 2017⁽¹⁷⁾. Immigration et violence ont donc été fondus en un seul problème et les étrangers désignés comme responsables du malaise social de l'île. Parallèlement ce sont ces mêmes stigmatisés qui assurent la pêche, la construction, l'agriculture, l'élevage, et autres travaux essentiels à l'économie de l'île.

En conséquence, en plus du passé relationnel historique douloureux, la montée des discours de rejet est inévitable, discours érigeant les migrations en menaces en utilisant de la peur de l'autre pour justifier des politiques sécuritaires et d'exclusion ⁽⁶⁾. Les Mahorais, lassés et en colère ont un ressentiment énorme contre leurs cousins anjouanais, qu'ils tiennent, parfois à tort parfois à raison responsables de l'insécurité de leur île et se sentant abandonnés par la République Française. Ils deviennent phobique de toute immigration, ils dénoncent le fait que « ces Comoriens en situation irrégulière monopolisent tous les services publics, ravagent le patrimoine naturel, l'agriculture sauvage, construisent des bidonvilles, polluent des rivières transformées en lavoirs » et ils s'opposent aux demandeurs d'asile en voulant que « Ces Africains rentrent chez eux » ⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Ainsi se sont développées diverses associations et milices pour lutter contre la délinquance responsables d'actions illégales « anti-clandestins » au cours des années et s'amplifiant régulièrement, sous le silence complice des autorités françaises. Décasages, destructions d'habitations, pillages, chasses à l'homme, insultes, ratonnades, expulsions massives, atteintes régulières des droits de l'homme dans l'impunité générale. Les gendarmes et policiers qui sont parfois spectateurs ont pour instruction de ne rien faire. Du CODIM (comité de défense des intérêts de Mayotte) aux femmes leaders, au Collectif syndical de Mayotte et autres associations soutenues par les mairies, qui organisent ces expéditions punitives en toute impunité, et accueillent pour certains d'entre eux les membres des partis d'extrême droite en

grande liesse. Des pressions et du chantage sont exercés sur les Mahorais qui logent dignement les Anjouanais, sachant que la plupart sont logés dans des logements insalubres n'ayant ni eau ni électricité et vivant en surnombre. Les femmes leaders bloquent les urgences pour expulser les sans papiers, et ont avec la CODIM bloqué la préfecture pendant plusieurs mois, pour s'opposer à toute initiation ou renouvellement des titres de séjour des étrangers, violant donc les principes fondamentaux de fonctionnement du service public ⁽¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁾. Il y a également 3000 à 6000 EMI (enfants mineurs isolés), parfois victimes d'agressions physiques et sexuelles. Ces enfants mineurs et rejetés deviennent parfois délinquants dans leur situation de précarité et d'errance. Les enfants mineurs isolés vivent en autarcie, en bandes organisées et s'étant créé un nouveau langage qu'ils sont seuls à comprendre ⁽⁹⁻¹⁰⁻¹²⁾.

f. Mayotte zone de non droit et parcours du combattant pour l'immigré.

Dans cette situation hallucinante pour un département français, avec cette absence totale de l'implication de l'état sauf pour exiger des policiers et gendarmes un quota d'expulsions, obtenir des titres de séjour est difficile, faire le tri entre « les gentils » et « les méchants » est impossible. Tout récemment les policiers sont venus interpellés des ESI (étrangers en situation irrégulière) en face des locaux de la CIMADE (Comité inter-mouvements auprès des évacués). Seuls certains obtiennent un titre provisoire de trois mois en général, et ils doivent subir les contrôles abusifs et itératifs « à la tête du client » ou sur dénonciation, de la part des gendarmes et de la PAF (police aux frontières). Les reconduites dans les pays d'origine se font très vite sans aucune ou peu d'aides juridiques. 20 000 personnes sont renvoyées en 2017, dont 5000 mineurs. L'objectif 2019 est de 30 000 selon la ministre de l'Outremer ⁽⁹⁻¹⁰⁾.

En février et mars 2018 l'île a été bloquée par un mouvement social par des barrages érigés sur les routes (il y a trois nationales) et par le blocage du port de marchandise. La revendication initiale tout à fait légitime était un appel à l'aide au gouvernement face à l'insécurité permanente et galopante, les Mahorais exprimant leur lassitude et leur désespoir de n'être ni entendus ni considérés, de vouloir faire comprendre qu'ils ne pouvaient pas accueillir toute la misère du monde et que vivre dans la peur n'était plus possible. Le mouvement s'est rapidement transformé en mouvement raciste et xénophobe et a perdu de sa crédibilité. Les ambulances étaient fouillées par les barragistes pour s'assurer qu'il n'y avait pas de sans papiers à l'intérieurs. En cas d'urgence ceux qui ne pouvaient pas montrer une carte d'identité

française aux barrages avaient interdiction de passer, des lynchages de supposés délinquants avaient lieu acclamés par la foule. La morbidité de ces barrages n'a bien entendu pas été comptabilisée, mais il est certain qu'il y a eu des morts à regretter.

Quant aux titres de séjour, si ils sont obtenus au bout de plusieurs mois voire d'années, c'est exclusivement pour rester sur Mayotte. Le rapport de l'Anafé (Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers) de 2017 est alarmant mais rien n'a bougé ⁽⁹⁾. De même, une étude de 2017 menée par la CHCDH (Commission nationale consultative des droits de l'homme) remet un rapport accablant publié au Journal Officiel sur les droits des étrangers et droit d'asile dans les outremer sur les cas particuliers de la Guyane et de Mayotte. Dans le cadre de « l'exception mahoraise » des dispositifs dérogatoires ont donné plus de pouvoirs aux policiers et à l'administration plutôt qu'aux juges, a légitimé les contrôles excessifs terrestres « au faciès », les interpellations maritimes et la politique du chiffre de reconduite ⁽¹⁰⁾. Le délai entre la demande de titre de séjour et seulement la convocation prend 8 à 12 mois, les mesures d'éloignement se font en moins de 24 heures et les ESI (étrangers en situation irrégulière) attrapés sont systématiquement enfermés. 43 % du total national des placements en rétention se font à Mayotte ⁽¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁾.

Un rapport parlementaire faisant l'état des lieux à Mayotte sur les discriminations outremer et présenté à l'assemblée nationale le 21 mars 2019, journée internationale pour l'élimination des discriminations raciales est peu reluisant pour Mayotte : refus de certaines collectivités de scolariser des enfants issus de parents « clandestins », décasages, logements indignes, absence de prise en charge des mineurs isolés, élèves comoriens laissés de côté dans certaines classes, manques ou absences de chiffres sur les violentes faites aux femmes... la liste est longue ^(16,17).

Mais peut on blâmer une partie de la population mahoraise se sentant laissée pour compte de vouloir faire justice elle même ? Le débat reste ouvert.

III. LE SYSTEME DE SANTE ET LA PROTECTION SOCIALE A MAYOTTE

a. La Médecine moderne

Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) est le principal acteur de soins du territoire de Mayotte. Il y a un hôpital principal de 411 lits situé à Mamoudzou, chef lieu de Mayotte et où sont concentrés le plateau technique et les spécialistes, 4 hôpitaux périphériques ou centres de référence aux quatre coins de l'île assurant des consultations, les urgences et la maternité, et 13 centres de consultation (anciens dispensaires). La densité médicale est la plus faible de France avec 98 médecins pour 100 000 habitants. Il y a seulement 17 médecins généralistes installés et quelques spécialistes. En plus de ses missions classiques de soins le CHM intervient dans le domaine de santé de proximité et de prévention avec les réseaux de santé et la PMI (Protection Maternelle Infantile).

b. La Médecine traditionnelle

Le recours aux plantes médicinales et aux autres médecines traditionnelles reste prépondérant, de l'usage simple des plantes aux rituels de possession par les esprits. Les plantes sont utilisées par automédication. On peut faire appel au Mwalimu si cela ne va pas mieux, sorte de guérisseur/marabout qui lit l'avenir, ou au Fundi (personne détenant un savoir ou un savoir faire). Il y a le Fundi des Djinn (esprits) et le Fundi de l'école coranique. Certains Fundi prescriront les plantes nécessaires qu'il ira cueillir de manière bien précise tel jour à telle heure et qu'il remettra au patient. Le Fundi coranique fera la lecture d'un verset du Coran spécifique à la guérison. Les plantes sont utilisées sous formes d'infusions, cataplasmes, fumigations, massages, bains et applications locales. La pratique de ventouses et de scarifications n'est pas exceptionnelle.

Le Fundi de Djinn invoquera l'esprit lui permettant de soigner les gens. Ces djinn sont très présents à Mayotte. Ce Fundi va faire entrer en relation le Djinn avec la personne possédée et son entourage après plusieurs cérémonies. Les plantes utilisées dans ces cérémonies le sont pour leur efficacité symbolique ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. La médecine traditionnelle est rarement gratuite. Une collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne serait nécessaire mais reste exceptionnelle.

c. Parcours pour soins et obtention du titre de séjour

Jusqu'en 2005, les soins étaient gratuits pour tous. Suite à la mise en place de la sécurité sociale les soins sont payants pour les étrangers non munis d'un titre de séjour. Même si le prix à payer de 20 euros ne paraît pas excessif pour un Mzungu (l'Homme blanc), c'est trop pour des patients qui n'ont rien. Le déplacement pour soins nécessite en plus de payer le taxi, l'île n'ayant pas de transports en commun. Seuls les soins urgents, les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans sont pris en charge gratuitement. En cas de pathologie grave et ne pouvant pas être prise en charge à Mayotte, les patients sont envoyés en évacuation sanitaire majoritairement à la Réunion, à un moindre degré en métropole. Cette évacuation sanitaire n'est possible que sur accord médical du service receveur, donc dépendant du bon vouloir ou pas d'accepter les sans papiers. Il n'est pas rare que des patients ne soient pas envoyés tout simplement car en situation irrégulière : on attend trois mois sur Mayotte pour que le patient une fois transféré puisse bénéficier de l'AME sur le territoire d'accueil, ce qui augmente considérablement les pertes de chance.

Seulement un habitant sur deux est affilié à la sécurité sociale. Il n'a ni CMU (couverture médicale universelle), ni AME (Aide Médicale Etat). Il n'y a pas non plus de PASS (permanence d'accès aux soins de santé). L'hospitalisation au domicile n'existe pas non plus. Pour pouvoir bénéficier d'un titre de séjour pour soins, le service social est alerté par un médecin. L'assistant social va constituer le dossier, contacter la préfecture. Le patient est enregistré à la préfecture et l'OFFI (Office Français de l'Immigration et Intégration) et est automatiquement informé. Trois médecins y siègent : un est à Mayotte, un sur l'île de la Réunion et un sur la métropole. Les délais entre la constitution du dossier, la motivation du service social, les rendez-vous à la préfecture et la décision définitive peuvent prendre plusieurs mois, d'autant plus que les « actions anti immigration » ont fait que le département des étrangers de la préfecture a été fermé illégalement plusieurs mois en 2018.

La multiplication des contrôles de la PAF pour remplir leur quota d'expulsés entraîne de multiples reconduites à Anjouan indépendamment de la pathologie et des soins en cours, avec pour conséquence de ces expulsions de masse précipitées des fractionnements des familles, la production d'orphelins transitoires ou définitifs, des malades dont la pathologie progresse, ne pouvant avoir le recours aux soins ni le traitement approprié dans le pays d'origine ⁽⁹⁻¹⁰⁻²⁰⁾.

IV. POURQUOI LE BERIBERI

a. Histoire de Faiza H

Cette jeune femme de 23 ans est hospitalisée pour polynévrite des membres inférieures et impotence fonctionnelle. Elle a accouché 2 mois auparavant de son cinquième enfant qui est mort à 6 semaines de vie : elle dit qu'il avait du mal à respirer et qu'il est décédé très vite mais elle ne sait pas de quoi. Petit à petit elle a eu des paresthésies des membres inférieurs puis du mal à marcher jusqu'à ne plus y arriver. La communauté de son village à Anjouan et sa famille se sont cotisés pour lui payer les 600 euros du Kwassa-Kwassa sanitaire Elle embarque donc un soir avec 30 autres personnes. Après 4 heures de traversée sans problème (la mer est calme, pas de noyade, pas d'interception de bateaux de gendarmes malgré les radars et pas de surveillance hélicoptère) ils débarquent dans la mangrove. Ne pouvant se déplacer et dans la crainte de voir la police arriver, les autres passagers et le passeur l'abandonnent. Elle est récupérée après plusieurs heures par des villageois qui appellent les pompiers qui l'amènent aux urgences. Arrivée dans un territoire inconnu, elle se retrouve dans un service où les malades affluent, les médecins et infirmiers sont débordés, ou elle est tutoyée par tout le monde par du personnel qui ne se présente pas, ne reçoit aucune explication et se retrouve hospitalisée dans le service. Le diagnostic de béribéri est porté, le traitement vitaminique instauré et elle est prise en charge par le service de rééducation. Malgré les démarches sociales débutées, impossible de lui faire avoir un titre de séjour pour soins, la préfecture étant bloquée. Elle récupérera incomplètement au prix de trois mois d'hospitalisation. En l'interrogeant sur son alimentation elle nous dit qu'elle savait qu'elle avait le « Lalavi », et que pendant sa grossesse et après l'accouchement elle n'avait mangé, comme le veut la coutume du oubou pendant les 40 jours du post partum comme « tout le monde ».

b. Le béribéri à Mayotte

D'avril à juillet 2004 une épidémie de Shoshin béribéri a emporté 20 bébés âgés entre trois semaines et 4 mois. Tous étaient en bonne santé apparente quelques jours avant leurs décès et tous nourris au sein. Les autorités ont vite été alertées et, s'apercevant que ceux qui étaient supplémentés en vitamines ne mourraient pas, le diagnostic de carence en vitamine B1 ou béribéri est porté. Tous ces bébés présentaient un tableau de détresse cardiorespiratoire avec acidose métabolique sévère et évolution fatale en 24 à 72 heures. Depuis toutes les femmes

ayant accouché et leurs enfants bénéficiaient d'une supplémentation vitaminique (bécozyme pour la mère et polyvitamines pour le bébé ⁽¹⁾). Des campagnes d'informations dans les hôpitaux et dans les PMI ont été débutées et se sont très vite essouffées. 85% de ces bébés étaient de mère comorienne. Après une diminution des cas post 2004 des épidémies surviennent dans l'indifférence générale. Une étude rétrospective publiée en 2009 recense 70 cas de bérubéri neurologique survenus entre juillet 1997 et Avril 2005, répartis entre la Réunion et Mayotte, tous chez des patients d'origine Comorienne ⁽²¹⁾. Une autre étude publiée en 2012 recense 11 cas de Shoshin bérubéri de l'adulte à Mayotte entre janvier 2008 et Février 2009 ⁽²²⁾.

En 2017, Santé publique France a publié un article sur la surveillance des cas de bérubéri à Mayotte entre 2008 et 2016. 127 cas de carence avaient été identifiés, 41 hommes et 86 femmes. Ils notaient une recrudescence des cas chez les femmes de 2013 à 2016. Toutes les classes d'âge étaient concernées, y compris les plus de 65 ans. Les musulmans devant enterrer leurs morts dans les 24 heures du décès, de nombreux cas doivent exister et non recensés ⁽²²⁻²³⁾.

c. Le bérubéri : qu'est ce que c'est ?

Décrite depuis 2600 avant JC en Chine, c'est seulement au 19^{ème} siècle que l'hypothèse d'une carence alimentaire sur les navires est évoquée par le chirurgien Amiral Takaki de la marine japonaise : il constate que un tiers des marins étaient atteints cette maladie et décide d'enrichir la ration alimentaire : 10 ans plus tard la maladie n'est plus constatée chez les marins japonais. En 1926, deux physiciens hollandais découvrent la vitamine B1 en l'extrayant du riz brun non décortiqué et font le lien avec le bérubéri. Cette maladie potentiellement grave est donc due à une carence en vitamine B1 ou thiamine ⁽²⁴⁾.

L'organisme humain n'est pas capable de produire de la vitamine B1 et doit en trouver quotidiennement dans son alimentation. Cette vitamine est indispensable pour le métabolisme du glucose, pour le bon fonctionnement du cœur, des nerfs, des muscles ainsi que pour la synthèse d'un neuromédiateur, l'acétylcholine. Les besoins estimés sont de 10 mg par semaine, largement couverts par une alimentation normale. Les besoins sont augmentés en cas d'activité métabolique accrue (grossesse, hyperthyroïdie, allaitement, maladie) et si l'alimentation est riche en hydrates de carbone ⁽²¹⁻²²⁻²⁴⁻²⁵⁾. Jadis endémique dans les bagnes coloniaux, camps de concentration et camps de réfugiés de certains pays en guerre, c'est aussi une maladie des pays

pauvres, de toute population en situation de précarité et de vulnérabilité. Elle est décrite par épidémies dans deux départements français, Mayotte et la Guyane, les cas métropolitains même si sous estimés restant anecdotiques ⁽²⁵⁻²⁶⁾. Je ne parlerai pas de la carence vitaminique en B1 des les pays riches due à l'alcoolisme chronique.

La carence d'apport est la plus fréquente, surtout dans les populations dont l'alimentation principale est à base de riz blanc, encore plus quand le riz est lavé plusieurs fois à grande eau avant cuisson. Comme dit précédemment l'organisme humain n'est pas capable de produire de la vitamine B1 dont la seule source est alimentaire. Les sources de vitamine B1 sont principalement l'extrait de levure, le porc, les produits céréaliers enrichis, les haricots. La chair de certains poissons contient une enzyme, la thiaminase qui détruit la vitamine B1. Si le riz complet en contient suffisamment, les techniques de polissage et de raffinage du riz aboutissent au riz blanc, moins cher et ayant perdu plus de 70 % de ses vitamines⁽²⁴⁻²⁷⁾.

Il y a trois formes cliniques : le bériberï cardiaque (ou humide) et le bériberï neurologique (ou sec) et la forme mixte (ou déficit en thiamine avec cardiopathie et polyneuropathie). Le Shoshin bériberï est la forme cardiaque fulminante gravissime et mortelle en 24 à 72 heures sans traitement. Dans sa forme neurologique, il s'agit le plus fréquemment une atteinte périphérique à type de polyneuropathie des membres inférieurs et moins souvent des membres supérieurs, avec aréflexie ostéotendineuse, parfois amyotrophie. Sa forme neurologique centrale est l'encéphalopathie de Gayet Wernicke, responsable de confusion, troubles de la mémoire et atteinte oculaire. Le diagnostic se fait soit par le dosage sanguin de thiamine, sachant qu'il n'y a pas de parallélisme entre le taux retrouvé et la sévérité clinique, soit par le test thérapeutique à la vitamine B1 parentéral qui est le meilleur test diagnostique. Les signes cliniques d'alerte apparaissent en 2 à 3 mois chez l'adulte, 3 semaines chez le tout petit ce d'autant qu'il est allaité par une mère elle même carencée. Ils sont d'autant plus précoces que le cœur est atteint.

d. Alimentation aux Comores, à Mayotte et carence en vitamine B1

Le riz est l'alimentation principale à Mayotte, et quasi exclusive avec les bananes chez ceux en situation de précarité car peu onéreux. La méthode de préparation du riz lavé à grande eau 2 à 3 fois réduit encore considérablement le taux de vitamines restantes. Ce riz blanc hautement raffiné est consommé tel que, ou sous forme de oubou ou de pangu. Le manioc également souvent consommé contient un cofacteur qui diminue le taux de vitamine B1. La

consommation excessive et généralisée d'hydrates de carbones sous forme de sodas, de sucres rapides majore également ce déficit en vitamine B1 (plus les apports en sucres sont importants, plus les besoins en vitamine B1 augmentent) en plus d'être responsable de l'obésité galopante dans l'île. Parallèlement à une carence de consommation de fruits et de légumes, s'est développée la consommation d'ailes de poulets (mabawas) importés à prix dérisoire et à faible valeur nutritive, devenus la principale viande consommée à Mayotte. Certaines études ont retrouvé une recrudescence des cas pendant la saison des pluies. Certains thés consommés en grande quantité interfèrent avec l'absorption de vitamine B1.

Par ailleurs, ils sont grand consommateurs, surtout voire exclusivement chez les femmes enceintes et allaitantes d'une bouillie de riz diluée, le oubou, totalement dépourvue de thiamine, responsable du Lalavi, nom Shimaoré du béribéri. La fréquence du Béribéri est donc sous estimée puisque une bonne partie de femmes ayant le Lalavi bénéficient de traitements traditionnels. L'ananas et le Baobab sont interdits pendant la grossesse car favoriseraient les fausses couches, alors que ce sont des sources de vitamine B1⁽²¹⁻²²⁻²⁵⁾.

Le LALAVI est connu dans les 4 îles. La coutume veut que toute femme qui vient d'accoucher doive rester à la maison alitée le plus possible pendant 40 jours et se nourrisse de oubou le matin, de riz blanc midi et soir. On peut ajouter quelques brédes si c'est la saison et du poisson. Le oubou est supposé apporter les féculents, l'hydratation, favoriser la lactation, être diurétique et est utilisé dans toutes les maladies. Il est classique après ces 40 jours de régime exclusif que les femmes se plaignent d'être fatiguées, elles perdent leurs cheveux, ont des fourmis dans les jambes, les muscles ont fondu et parfois elles ont du mal à marcher. Les anciens les rassurent en disant que c'est le Lalavi et que cela ira mieux en reprenant une alimentation normale, en buvant une tisane à base de Vahibé, ou en inhalation ou en cataplasme, plante médicinale ayant de multiples vertus. Si le Lalavi est classique, la mort des nourrissons ne l'est pas. Si les Mahorais ont les moyens de diversifier leur alimentation pendant et après ces 40 jours ce n'est pas le cas des Comoriens par manque de moyens⁽²¹⁻²⁵⁾.

V. BERIBERI A MAYOTTE EN 2018

a. Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective observationnelle. L'identification des cas de Béribéri a été réalisée à partir des données PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) du CHM du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018. Il s'agit des patients hospitalisés au CHM. Les éventuels patients passés en consultation n'ont pas été inclus. Le code CIM (Classification statistique Internationale des Maladies) retenu pour l'identification des cas de béribéri est le code E 51.

b. Résultat

A partir des données de PMSI, 25 cas de carence en thiamine ayant motivé une hospitalisation ont été identifiés en 2018. On ne note pas de recrudescence saisonnière, les hospitalisations ayant eu lieu tout au long de l'année.

i. Répartition par sexe et par âge

Il y avait 20 femmes (80 %) et 5 hommes (20 %). Les 3 enfants : 2 garçons âgés de 3mois et 10 jours pour l'autre, et 1 fille âgée de 2 ans avaient un Shoshin béribéri, ayant dans tous les cas nécessité un passage en réanimation de quelques jours, et ayant guéri sans séquelles. La moyenne d'âge était de 26 ans, avec des extrêmes de 10 jours à 55 ans, et la majorité des patients (80 %) avaient entre 19 et 40 ans. Tous les patients étaient passés par les urgences. Sur les 20 femmes, 14 (70 %) avaient une atteinte nerveuse isolée, 3 (15%) une atteinte cardiaque et 3(15%) une atteinte mixte.

ii. Répartition par forme clinique, ancienneté, évolution et DMS

Tous étaient en bonne santé apparente avant la maladie. 7 avaient une forme cardiaque isolée (28%), 15 une forme neurologique (60%) et 3 une atteinte mixte (12 %). Tous les adultes ayant une présentation cardiaque pure, comme les enfants sont passés en réanimation. Cette atteinte cardiaque débutait par des œdèmes des membres inférieurs avec très rapidement une dyspnée et tableau de choc cardiogénique avec biologiquement une acidose métabolique et lactates élevés. Sur les 3 patients ayant une forme mixte, deux sont passés en réanimation. Les deux patients ayant une forme neurologique pure et passés en réanimation présentaient un tableau

d'encéphalopathie de Gayet Wernicke (atteinte neurologique centrale), associée à une atteinte périphérique. Les symptômes et signes cliniques de début étaient des paresthésies et de la difficulté à la marche pour l'atteinte périphérique, un ralentissement cognitif avec syndrome confusionnel pour l'atteinte neurologique centrale. Au total 11 patients (44%) étaient dans un état nécessitant la prise en charge initiale en soins intensifs.

Le délai moyen entre l'ancienneté des symptômes et l'arrivée aux urgences était de 32 jours, beaucoup plus rapide pour l'atteinte cardiaque (2,4 jours) que celle de l'atteinte neurologique (43 jours).

14 (56%) allaient guérir sans séquelles, soit toutes les présentations cardiaques (7) et 7 présentations neurologiques. Les 11 patients restants (44%) présenteront des séquelles lors de la sortie, allant de simple difficulté à la marche à un handicap important. 2 patientes ne retrouveront pas l'usage de la marche. Cette impotence fonctionnelle était responsable d'une DMS (durée moyenne de séjour longue) de 15,44 jours, avec un maximum de 90 jours, DMS d'autant plus longue que le patient n'a pas de couverture sociale.

Le dosage sanguin de vitamine B1 n'était pas toujours réalisé (dosage externalisé sur Paris, délais de résultats longs) mais quand réalisés retrouvaient un taux sanguin effondré. Dans tous les autres cas le test thérapeutique par vitamine B1 intraveineux confirmait le diagnostic.

iii. Répartition par origine géographique et statut social

21 patients (84%), étaient originaires de l'Union des Comores (19 Anjouanais, 2 Grand Comoriens) et 2 patients de Madagascar, 2 patients mahorais, soit 23 (92 %) d'étrangers. Les deux mahorais avaient bien entendu la sécurité sociale, 6 (24%) non natifs de Mayotte avaient un numéro de sécurité sociale valide lors de l'hospitalisation, les 17 autres (68%) n'avaient pas de couverture sociale. Hormis les 3 enfants nés à Mayotte et les deux adultes Mahorais, tous étaient arrivés en Kwassa-Kwassa sur l'île, soit 20 patients (80%), la majorité depuis 2012 (20 sur 21).

iv. Cas particuliers des femmes enceintes ou allaitantes.

Sur les 20 femmes hospitalisées, 8 (40%) étaient soit enceintes, soit en post-partum et une venait de faire une fausse couche. 6 de ces 8 femmes (75%) avaient une atteinte neurologique,

1 avait une atteinte cardiaque et 1 avait une atteinte mixte. Toutes étaient migrantes arrivées illégalement sur le territoire.

c. Discussion

Les résultats sont concordants avec les données de la littérature : Le bérubéri est une maladie carencielle du sujet jeune et plus fréquente chez la femme. Les formes neurologiques prédominent chez la femme, la forme cardiaque chez l'enfant. C'est une maladie de la pauvreté comme les autres carences alimentaires. Elle a aussi un cout car presque la moitié des patients passe en soins intensifs, et dans les formes neurologiques les DMS sont longues, corrélées à l'absence de couverture sociale. C'est une maladie grave et potentiellement mortelle à court terme dans les formes cardiaques fulminantes. Toutes les classes d'âges sont touchées par cette pathologie. A Mayotte c'est une maladie du migrant, et elle est due à Mayotte à une combinaison de facteurs, à la croisée de traditions alimentaires anciennes et de problèmes socio-économiques très actuels, associé à un appauvrissement alimentaire depuis les années 1990.

Après une sensibilisation en 2004, force est de constater que la maladie nécessitant une hospitalisation revient au galop. Si elle est banalisée dans les 4 îles pour ce qui est de la forme neurologique simple du post-partum (le Lalavi), la forme cardiaque de l'enfant est inconnue des patientes. Pour celles qui ont déjà eu des enfants nés à Mayotte et qui ont donc reçu ainsi que leur enfant la prescription de supplémentation vitaminique, elles sont tout de même hospitalisées pour bérubéri : pourquoi ? En effet en 2004 la DGS (Direction générale de la Santé) avait pris des mesures préventives : pour les nouveaux nés des polyvitamines pendant 3 mois, et pour toutes les femmes enceinte supplémentation à partir de 6 mois de grossesse, puis 3 mois après l'accouchement, associés à des conseils diététiques, information sur les médias et plaquette d'information distribuée en maternité et dans les PMI. Cependant l'INVS (Institut de veille sanitaire) avait mis en garde dans son rapport d'investigation de 2004⁽¹⁾ que ces mesures s'étaient attaquées aux conséquences et non aux causes des problèmes nutritionnels, et qu'une surveillance régulière était indispensable pour évaluer l'efficacité des campagnes. Il était également recommandé de renforcer les mesures de prévention, de promouvoir une alimentation diversifiée, d'étudier la faisabilité d'approvisionner Mayotte avec du riz de meilleure qualité nutritionnelle, et de documenter la prévalence du Lalavi et autres carences

chez les femmes enceintes et allaitantes, de faire une étude sur les comportements et les pratiques nutritionnelles à Mayotte, de manière à identifier l'ensemble des carences potentielles pour adapter les messages et les stratégies de prévention. 15 ans plus tard, mis à part le traitement vitaminique non expliqué et n'entraînant pas l'adhésion donc l'observance du patient aucune de ces recommandations n'a été appliquée et la maladie refait surface.

Sur un petit sondage intra hospitalier que j'ai fait sur quelques patientes et sur le personnel soignant féminin mahorais ayant accouché après 2004, à la question: avez vous eu la prescription de vitamines pour vous et votre enfant à la sortie de la maternité ? La réponse est oui à 100%. A la question avez vous reçu des explications sur les bienfaits de ces vitamines ? La réponse est non à 100% ? A la question avez eu des informations orales ou écrites sur la nécessité de diversifier l'alimentation, la réponse est non à 100 % ? A la question avez vous bu beaucoup de oubu de retour à la maison, la réponse est oui à 100%. Si chez les mahorais qui en ont les moyens l'alimentation est diversifiée, cela n'est pas le cas pour les immigrés qui non seulement ne peuvent pas se payer autre chose et aussi, une fois rentrées au domicile reprennent leurs habitudes alimentaires ou les traitements de la médecine moderne n'ont pas toujours leur place. Dans les centres de PMI de Mayotte, qui sont sous la responsabilité du Conseil Départemental et supposées dans leurs missions entre autres assurer l'éducation pour la santé avec des actions de prévention, si elles sont rarement ouvertes faute de personnel, on ne trouve aucune information sur le béribéri. Aucune information non plus sur le site du réseau REPEMA (réseau périnatal de Mayotte) et autres réseaux de santé.

Cette étude ainsi que les antérieures montrent que, après une campagne de prévention en 2004 avec informations de la population, ces mesures ont disparu de l'île et la maladie revient au galop, avec une fréquence sous estimée. En effet en plus de la maladie les personnes atteintes, du fait de leur précarité, de leur perte d'estime en tant qu'immigrés dans une île qui ne veut pas d'eux, l'absence de moyens ne serait ce que pour se déplacer sur l'île, la peur de la police et de se faire expulser, explique que le recours aux soins soit tardif et parfois la maladie trop avancée, comme le montre les 44 % de patientes avec séquelles lors de leur sortie. L'accès à un riz supplémenté rendu obligatoire pour les importateurs serait une solution, mais le coût du riz serait inexorablement augmenté. Travailler de concert avec les tradipraticiens du village dans leur mission d'information et de prévention serait une partie de la solution, lourde tâche car de nombreux acteurs de la médecine moderne les prennent pour des charlatans. Ils sont cependant les premiers à être contactés en cas de pathologie quelle qu'elle soit.

Il faut arrêter je pense également avec la surinterprétation culturelle et l'exception mahoraise : toute personne devrait avoir accès au droit et à l'information et connaissance de la maladie, ce qui favoriserait l'adhésion puis l'observance. Cette pathologie n'intéresse personne à Mayotte, et, c'est le sentiment des Mahorais, Mayotte n'intéresse personne en France métropolitaine. D'ailleurs peu de gens savent que Mayotte existe, sont capables de situer l'île sur la planète et les seules informations relayées par les médias nationalité sont l'insécurité et que Mayotte a la plus grande maternité de France. On ne parle pas non plus des 7000 à 10000 comoriens noyés lors de la traversée entre 1995 et 2012 selon des données sénatoriales, les autorités comoriennes disant que le canal de Mozambique est « le plus grand cimetière marin du monde »⁽²⁸⁾.

Tout comme Faiza, en Mars 2019, une femme sourde et muette a été retrouvée sur une plage et amenée au dispensaire le plus proche. Le même jour la brigade nautique a retrouvé 3 personnes : un amputé d'une jambe, un polytraumatisé et un blessé léger. Amenée sur le ponton de Mamoudzou pour que le SAMU puisse les prendre en charge, les soignants se sont faits huer par une foule mahoraise en colère de voir arriver à Mayotte des blessés venus des Comores. Tous les jours des faits divers de ce type sont décrits, ce qui fait de Mayotte un endroit particulier et plein de contradictions. Malgré une même appartenance religieuse, culturelle, vestimentaire, alimentaire et des modes de vie identiques, malgré l'existence de liens familiaux et de voisinage, une « frontière ethnique » existe séparant les Mahorais des Anjouanais et des Grands Comoriens ce qui est, pour un observateur extérieur difficile à comprendre.

VI. CONCLUSION

Mayotte est un département français, et donc devrait bénéficier de tous les avantages sociaux de la France. On en est encore loin. Si j'ai pris l'exemple du Béribéri, ce n'est qu'une illustration de ce qui se passe pour toutes les autres pathologies. Absence de prévention, d'information et d'intéressement des décideurs et l'absence de prise en charge optimale ou prise en charge trop tardive. Par ailleurs, le parcours d'accès aux soins est un parcours du combattant. Trop de situations de détresse sociale et médicale sans implications politiques réelles, avec des situations qui seraient inacceptables et médiatisées en métropole. Pour le cas particulier de béribéri peu d'amélioration alors que 20 nourrissons sont décédés en 2004. La politique de prévention est obsolète, et malgré la substitution vitaminique, même si réalisée systématiquement en post-partum elle n'est pas expliquée aux patientes donc l'adhésion et l'observance sont aléatoires. Les chiffres de cette étude et des études antérieures sous estiment la réalité, car on ne voit que les formes les plus graves ayant motivé consultation ou hospitalisation, sans compter les décès non recensés.

Il y a tous ceux qui ne consultent pas de peur de croiser la police, ou quoi n'ont pas de quoi payer ni les transports en taxi ou la consultation ; la notion de migrant « honteux » prend tout son sens. Il faudrait donc suivre les recommandations de l'organisation des Nations unies, datant de 2005, à savoir de promouvoir la consommation de riz ou autres céréales peu raffinées, de mettre à la vente par obligation législative ou réglementaire un riz peu affiné, ou étuvé, ou enrichi en vitamines, et surtout d'informer le public sur les meilleures façons de préparer et cuire les aliments pour minimiser les pertes en thiamine ⁽²²⁾.

112 cas recensés en 8 ans, 26 cas en 2018, donc si on fait des prévisions il y aurait 208 cas en 2028 si la progression est linéaire, beaucoup plus si exponentielle. Par ailleurs la persistance de formes cardiaque fulminantes du nourrisson est plus qu'inquiétante. On ne devrait plus parler comme on le lit dans la plupart des articles « d'exception mahoraise », mais intégrer Mayotte à égalité comme dans tous les autres départements français, ne pas se réfugier par soi disant compréhension et empathie derrière la surinterprétation culturelle pour ne pas faire son travail de prévention, d'éducation à la santé, d'information et de traitement dans un pays riche, la France, comme dans tout autre département, et surtout dans le département le plus pauvre.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- 1 – I.Quatresous, D.Sissoko, A.Tajammady. Epidémie de Bériberi infantile à Mayotte. Rapport d’investigation INVS, 25 mai-25 juin 2004 : 1-58
- 2 – C.V Marie, D.Breton, M .Crouzet, E.Fabre, S.Merceron. Migrations, natalité et solidarités familiales. La société de Mayotte en pleine mutation. Insee Analyses Mayotte N°12-Mars 2017
- 3 – V.Genay, S.Merceron. Recensement national de la population à Mayotte. INSSE FOCUS N° 105-14 décembre 2017. - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3286558>
- 4 – Mayotte: mieux connaître pour mieux agir efficacement. Bull Epidemiol Hebd. 2017 ;(24-25) :510-2
- 5 – A.Perzo-Lafond Le journal de Mayotte. 8 février 2019. <https://mayotte.orange.fr/actu/ocean-indien/la-géographie-des-flux-migratoires-a-mayotte.html>
- 6 – M.Hachimi Alaoui, E.Lemercier, E.Palomares : Reconfigurations ethniques à Mayotte. Frontière avancée de l’Europe dans l’Océan indien. Hommes & migrations, 1304 – 2013, 59-65
- 7 - Salim Moutouhar : Mayotte : une appartenance double. Editions MANAIBUC. 2011. ISBN: 978-2-35349-162-9
- 8 – Gilles Nourault et François Perrin: Guide encyclopédique de Mayotte. Editions ORPHIE. 2012. ISBN: 978-2-87763-780-0
- 9 - 976 –Au delà des frontières de la légalité. Rapport de mission de l’Anafé (Association nationale d’assistance aux frontières pour les étrangers à Mayotte et à la Réunion en 2017.
- 10 – JORF n° 276. 26 novembre 2017-Texte n° 41. Droits des étrangers et droits d’asile dans les outremer : le cas de la Guyane et de Mayotte
- 11 – A.Perzo: <https://lejournaldemayotte.yt/2017/04/11/ni-raciste-ni-xenohobe-le-codim-a-lorigine-des-decasages-contextualise-son-action/>
- 12 – Dénetem Touam Bona. Mayotte : peau comorienne, masques. français... www.informie.net/spip.php?article 3111
- 13 – Serge Lama. Chasse aux migrants à Mayotte : le symptôme d’un archipel colonial en voies de désintégration. www.informie.net/spip.php?article 3200
- 14 – O.Lamberti. Le chemin de croix des demandeurs d’asile à Mayotte. <https://www.mayottehebdo.com>. 10 janvier 2018
- 15 – M.Duflo, M.Ghaem : Mayotte, une zone de non droit. Plein droit, 2014/1 n°100, 31-34
- 16 – A.Perzo : Discriminations : Mayotte au centre des préoccupations d’un rapport parlementaire. <https://lejournaldemayotte.yt/2019/03/26>
- 17 – Y.Braun-Pivet, P.Goselin, S.Mazars : Rapport d’information parlementaire de la commission des lois constitutionnelles - Mayotte Assemblée nationale. N° 1592 - 2018

18 – C.Roussin. Une approche de la médecine traditionnelle à Mayotte : des plantes en question. Bull.bat-Hist.&Géo Mayotte, n°6 - Juillet 2002

19 – MAHABARI : Médecine et santé à Mayotte et dans sa région du XIXème siècle à nos jours. N°13, Mai 2014.

20 - E.Hau, A.Defretin : Médecins du monde. L'exception Mayotte. Dossier de presse. www.medecinsdumonde.org

21- Polyneuropathies par hypovitaminose B1 aux îles de la Réunion et à Mayotte : à propos de 70 cas d'origine mahoraise et comorienne. F.Darcel, C.Roussin, J_M Vallat, C.Charlin, P.Tournebize, E.Doussiet. Bull Soc Pathol Exot, 2009, 102:1-6

22 – Shoshin Bériberi : réémergence d'une pathologie ancienne ? A propos d'une série de 11 cas à Mayotte. Bull Soc Pathol Exot, 2012, 105:49-57

23 – L.Filleul, GN.Chan Wan : Surveillance des cas de bériberi à Mayotte. Cire Océan Indien, 7 septembre 2017. www.santepublique.fr.

24 – Thiamine deficiency and its prevention and control in major emergencies. WHO/NHD/99.1

25 - Dr Annie BOISSIEUX. Bériberi à Mayotte chez les femmes enceintes ou allaitantes. Etat des lieux depuis les mesures de santé publique mises en place après l'épidémie infantile de bériberi en 2004. A propos du seul cas hospitalisé au centre hospitalier de Mayotte entre février 2007 et avril 2008. Capacité de Médecine Tropicale 2007-2008

26 – Epidémie de Bériberi chez les orpailleurs en Guyane française F.Niemetzky, M.Nacher, J.Stroot, V.Pommier, D.Blanchet, P. Abbou, P. Brousse, B.Guarmit, M. Ville, É.Mosnier. BEH 1, 9 janvier 2018. 10-16

27 – M.C Latham et Organisation de Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. La nutrition dans les pays en voie de développement. Food & Agriculture Org.2001

28 – The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/feature/2018/02/14/mayotte-french-migration-frontline-you-ve-never-heard-of>

VIII. LEXIQUE

AME : Aide médicale d'état

ANAFE : Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers

ARS : agence régionale de sante

Béribéri : mot originaire du Sri Lanka : béri signifie faiblesse, béribéri extrême faiblesse

Brèdes : légumes feuille comestibles cuisinées avant d'être consommées dans les pays tropicaux

Chimique : drogue inhalée utilisée à Mayotte

CHM : Centre Hospitalier de Mayotte

CMU : couverture médicale universelle

CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'homme

CODIM : Comité de défense des intérêts de Mayotte

Djinn : esprit. Il y a des Djinns gentils et des Djinns méchant. Le méchant peut être la cause des maladies et le gentil le soignant.

Encéphalopathie de Gayet Wernicke : atteinte nerveuse centrale associant confusion, troubles de la mémoire, troubles de la coordination et anomalies oculaires (nystagmus, diplopie). Quand elle est irréversible elle évolue vers le syndrome de Korsakoff pouvant causer démence de type frontal et hallucinations. Beaucoup plus fréquente chez l'alcoolique chronique

EMI : enfant mineur isolé

ESI : étranger en situation irrégulière

Fundi : maître, celui qui est savant dans une discipline et qui peut utiliser, enseigner ou appliquer ses connaissances. Des fonctions comme instituteur, maitre d'école coranique sont aussi désignées par le terme Fundi. Le Fundi est celui qui détient le savoir

Lalavi : nom Shimaoré d'une polynévrite sensitivomotrice affectant les femmes enceintes et allaitantes, associant picotements et brulures des membres inférieurs avec parfois troubles de la marche et douleurs musculaires

MPM : Mouvement Populaire mahorais

Mzungu : les blancs

Mwalimu : marabout

Oubou : riz bouilli à l'eau

PAF : police aux frontières

Pangu : riz cuit brulé récupéré au fond d'une marmite puis bouilli avec beaucoup d'eau

Shoshin : du japonais Sho voulant dire atteinte aigue et shin voulant dire le cœur. Sans traitement décès en quelques heures dans un tableau de défaillance cardiaque avec acidose métabolique.

