

MAUX

d'exil

Éditorial

Mauvaise santé Outre-mer

Didier Maille,

coordinateur du pôle social et juridique au Comede

Depuis 20 ans, le Comede a développé outre-mer des actions régulières dans le champ de la santé des exilé·e·s, avec une demande de soutien sur les aspects juridiques. La présence permanente d'une salariée du Comede à Cayenne depuis trois ans permet à présent d'étendre les actions aux activités de soins et de prévention. Et les besoins sont immenses. Si le Comede est témoin de longue date des difficultés d'accès aux soins des exilé·e·s en métropole, c'est bien la situation générale dans les départements et régions d'outre-mer qui inquiète sur le fond. S'y cumulent la pénurie de professionnel·le·s, l'éloignement géographique de certaines populations, des conditions de vie économiques et sociales aux allures de pays en développement... Mais c'est du côté du (non)droit qu'il faut également tourner nos regards : discrimination dans les droits sociaux à Mayotte et ses conséquences sur l'accès aux soins, banalisation des illégalités, laboratoire de restrictions des droits, notamment dans le champ de l'« éloignement » des étranger·e·s, interdiction faite aux parents (en séjour irrégulier) de rejoindre leur nouveau-né évacué (pour deux ans) vers un hôpital métropolitain... Il est temps pour les acteurs médico-sociaux et les autorités de cesser de voir les Outre-mers comme une France assiégée par la menace migratoire, laquelle autoriserait de s'affranchir de nos valeurs de solidarité et d'égal accès aux soins. Dans ce combat, le soutien des organisations nationales auprès des équipes locales est déterminant pour faire vivre des contre-pouvoirs. Une logique qui s'inscrit dans le prolongement de l'analyse visionnaire d'Édouard Glissant nous invitant à vivre et agir localement et à penser à l'échelle du monde.



© Louis Witter (Reportage à Mayotte)

EXIL & SANTÉ EN OUTRE-MER

Au regard des différences d'accès aux soins entre la métropole et les départements et régions d'Outre-mer, l'intégration de ces territoires à la République française ne s'est manifestée pas accompagnée d'un alignement des droits. Car depuis des décennies, les « spécificités » de ces territoires sont avancées pour expliquer le maintien de pratiques d'exception. Victimes de ces politiques inégalitaires, les personnes exilées sont, une fois de plus, laissées pour compte. Ce numéro de Maux d'Exil porte ainsi les voix de celles et ceux qui, sur le terrain, pallient les carences des pouvoirs publics. Il s'attache à souligner le rôle essentiel des associations qui, par leurs actions quotidiennes, défendent la santé et les droits des populations exilées en Outre-mer.

Sommaire

Mars 2021

Droits sociaux et accès aux soins :

(encore plus) mal traité·e·s en outre-mer

Antoine Math, chercheur à l'Institut de recherches économiques et sociales (IRES), membre du GISTI

p. 2

Entretien « On part de loin et il reste tant à faire... »

Rencontre avec Rozenn Calvar, coordinatrice générale de Médecins du Monde à Mayotte

p. 3

La politique d'éloignement dans les Outre-mers à l'épreuve du droit à la santé

Pauline Le Liard et **Solène Dia**, chargées de projet régional pour la Cimade « Mayotte Outre-mer »

p. 5

« Evasan », quand l'enfant part sans ses parents

Chloé Abrias, chargée des actions du Comede en Guyane
Claire Fessard, médecin référente au Comede

p. 7

Droits sociaux et accès aux soins : (encore plus) mal traité·e·s en outre-mer

Les anciennes colonies de l'empire français et leurs habitant·e·s ont longtemps été exclu·e·s de la protection sociale applicable en métropole. Cette situation a perduré, y compris quand certaines terres ultramarines sont devenues des « départements à part entière » au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, par exemple aux Antilles ou dans les trois départements algériens. Sur ces terres, comme dans les autres territoires ultramarins, seules des bribes de droits sociaux existaient. Cette institutionnalisation d'un système à part sera ultérieurement justifiée au nom des « caractéristiques et contraintes particulières » de ces territoires.


Antoine Math, chercheur à l'Institut de recherches économiques et sociales (IRES), membre du GISTI

Dans les terres restées dans le giron français après les mouvements de décolonisation, et notamment dans les quatre « anciens » départements d'Outre-mer (Guadeloupe, Guyane, La Réunion & Martinique), les prestations sociales vont cependant peu à peu converger avec celles de la métropole, notamment grâce aux mouvements de contestation de la fin des années 1960 dans les Antilles, pour aboutir à un quasi alignement du droit au cours des années 1990. Désormais, la population est affectée par des différences de traitement davantage liées au manque de moyens dans les services publics et pâtit de problèmes d'accès effectif aux droits, notamment compte tenu des conditions économiques et sociales. On peut aussi y noter, depuis quelques années, une tendance à imposer des restrictions ou mesures dérogatoires plus défavorables encore pour les

personnes étrangères. C'est le cas par exemple en matière de conditions d'accès au RSA à Saint-Martin et en Guyane ou s'agissant des conditions matérielles d'accueil des demandeure·s d'asile. En plus des dérogations institutionnelles, les personnes exilées sont confrontées à des pratiques discriminatoires allant directement à l'encontre de l'application du droit, pratiques explicitées à travers ce numéro de *Maux d'Exil*.

Dans ce panorama, Mayotte a connu une trajectoire particulière. Dans la perspective de la « départementalisation » de l'île, certaines améliorations ont certes été apportées à partir des années 2000 mais les habitant·e·s subissent toujours de fortes discriminations. Malgré l'acquisition du statut de département en 2011, de nombreux dispositifs de métropole et des quatre autres DOM n'y sont toujours pas appli-

cables, tel le Code de la sécurité sociale. Les dispositifs spécifiques qui s'y substituent sont même parfois si « étrangers » que, de même qu'il existe des conventions bilatérales de sécurité sociale entre la France et une quarantaine d'autres pays pour coordonner les droits des personnes passant d'un pays à l'autre, il a été nécessaire de prévoir une coordination avec le système français pour garantir certains droits de sécurité sociale (maladie et retraite notamment) des personnes assurées passant de Mayotte au reste de la France et inversement. En outre, si des dispositifs y ont été étendus, par exemple le code de l'action sociale et des familles ou le code de la santé publique, ils connaissent de nombreuses dérogations. Il en résulte des droits bas de gamme, avec de nombreuses règles dérogatoires (droits amputés, montants plus faibles, conditions d'attribution plus restrictives...), ou encore l'absence persistante de certains droits



« (...) les personnes exilées sont confrontées à des pratiques discriminatoires allant directement à l'encontre de l'application du droit. »

sociaux, comme certaines prestations familiales, la complémentaire santé solidaire (ex CMU-C) et l'aide médicale d'État (AME). Et, tout aussi important, les moyens consacrés, bien qu'ayant fortement augmenté depuis deux décennies, y sont toujours insuffisants et traduisent un traitement discriminatoire : les dépenses publiques de santé par habitante y sont trois fois plus faibles que dans le reste du territoire français, les dépenses publiques d'éducation par élève deux fois plus faibles. Aux différences de traitement qui affectent toutes les personnes habitant Mayotte s'ajoutent donc des restrictions pour celles qui sont étrangères, généralement draconiennes en matière de droits sociaux. La santé n'est pas non plus épargnée.

Pour justifier le statu quo et le refus d'étendre le droit applicable aux habitant·e·s de Mayotte, l'argument des spécificités est souvent avancé. Si un alignement exactement à l'identique ne serait certes pas nécessairement adapté, cela ne doit pas constituer une excuse pour ne pas garantir les mêmes droits aux habitant·e·s placé·e·s sous le giron de la République française et surtout pour continuer de consacrer beaucoup moins de moyens au système sanitaire et social, à Mayotte comme ailleurs. Il en va du respect effectif du principe d'égalité. En matière de santé, quel que soit le système emprunté pour financer les frais, il devrait permettre un accès aux soins à toutes les personnes résidentes, quel que soit leur statut administratif.



© Louis Witter (Reportage à Mayotte)

« On part de loin et il reste tant à faire... »

Rencontre avec Rozenn Calvar, coordinatrice générale de Médecins du Monde à Mayotte. Propos recueillis par **Matthieu Humez**, rédacteur en chef et **Héloïse Mahé**, chargée de communication au Comede

Quelle était la mission initiale de Médecins du Monde à Mayotte ?

La toute première mission de Médecins du Monde a débuté fin 2009 et portait sur l'accès aux soins pour les femmes enceintes et les enfants. Des unités mobiles se rendaient alors dans les quartiers les plus précaires, notamment les bidonvilles, pour y proposer des consultations de médecine générale. Grâce au travail de plaidoyer mené par les associations du *Collectif Migrants Outre-Mer (MOM)*, une ordonnance de 2012 a rendu gratuit l'accès aux soins à l'hôpital et dans les dispensaires pour les femmes enceintes, enfants et personnes nécessitant des soins « urgents », sans condition de régularité de séjour. Malgré cette victoire, un long travail d'accompagnement et de suivi reste à faire aujourd'hui. De nombreuses pratiques de dissuasion, de multiples barrières, empêchent les personnes d'aller jusqu'à la consultation. Ce « tri » se manifeste par exemple lorsqu'il est demandé d'avancer les frais à l'accueil des établissements. Bien que cela soit complètement illégal, nous l'observons régulièrement.



Quelles est la situation sanitaire et sociale pour les exilé.e.s ?

Pour les personnes exilées, l'absence d'AME et de CSS entrave fortement l'accès aux soins, avec des conséquences allant du retard à l'absence de prise en charge. La situation est donc particulièrement délicate : à l'exception des personnes visées par l'ordonnance de 2012, les consultations sont payantes, même à l'hôpital... et la médecine libérale reste complètement inaccessible. Pour les malades chroniques, les médecins parviennent au cas par cas à trouver des systèmes de tickets pour éviter aux personnes de devoir payer la consultation, mais ce n'est pas une solution pérenne. De plus, l'absence de suivi médical régulier entraîne des difficultés supplémentaires. Par exemple dans le cadre de la campagne de vaccination contre la Covid-19, nous ne disposons pas d'informations sur les comorbidités des personnes de plus de 50 ans, celles-ci n'étant pas suivies par un·e médecin traitant et n'ayant pas accès aux dépistages. Il est urgent d'améliorer l'accès aux droits et à la santé pour répondre à la crise permanente que connaît ce département.

Un système de protection maladie identique à celui en vigueur en métropole pour les personnes en situation irrégulière ne réglerait pas tous les problèmes mais serait un début. Une option intéressante serait de profiter du fait que les Outre-mer sont souvent des territoires d'expérimentation, Mayotte un département récent et faisant figure d'exception, pour penser un système ad-hoc en termes de couverture sociale, d'infrastructures, d'organisation des soins et de prévention. Que cette exception soit positive pour le département et ses habitant·e·s.

Par exemple, les stratégies mobiles sont essentielles à Mayotte, car il n'y a aucun transport en commun et les contrôles d'identité créent de nombreux cas de renoncement aux soins. Face à la problématique de la démographie médicale et paramédicale empêchant de nombreuses prises en charge en local, des palliatifs existent, notamment la télémédecine.

VU DE MÉDECINS DU MONDE

Comment a évolué le rôle de Médecins du Monde à Mayotte ?

Depuis 2017, notre programme à Mayotte porte sur l'accès aux soins et la santé environnementale, en privilégiant une démarche de santé communautaire. Nous tentons de répondre aux problèmes de santé en mobilisant les habitant.e.s, comme dans le quartier de Kaweni, le plus grand bidonville de France. L'objectif est de redonner aux populations un certain « pouvoir d'agir » sur leur santé et leur environnement.

Le programme traite des maladies environnementales principalement liées au manque d'accès à l'eau et à l'assainissement. Car il ne semble pas y avoir de volonté de la part des autorités pour améliorer cet accès à toute la population, en particulier dans les quartiers éloignés des axes principaux de circulation. L'eau est donc payante, même aux bornes fontaines installées à l'entrée de certains quartiers. Faute de moyens, les habitant.e.s ne font pas toujours le choix de payer et choisissent plutôt de prendre l'eau de la rivière qui, en l'absence d'un système d'assainissement, est impropre à la consommation et à l'origine de maladies diarrhéiques ou d'épidémies de fièvre typhoïde. L'équipe de Médecins du Monde observe également des situations dramatiques comme de nombreux cas de malnutrition infantile, liés notamment à la consommation d'eau non potable.

Nous adoptons une démarche de réduction des risques : plutôt que de dire de ne pas utiliser l'eau de la rivière, nous essayons de voir avec les habitant.e.s quels sont les usages possibles et sans risques. Il faut sans doute aller plus loin en travaillant sur des solutions de filtrage à domicile par exemple, ou encore en imaginant des organisations permettant le transport de l'eau... Nous avons également travaillé sur la problématique des déchets, et nous avons obtenu la mise à disposition par la commune d'un bac de collecte à l'entrée du quartier dans lequel nous intervenions. Cette petite victoire doit être suivie, comme toujours, et nous veillons encore aujourd'hui à ce que ce bac soit ramassé, que la zone soit intégrée dans le planning des collectes, etc.

Nous travaillons aussi sur l'accès aux soins avec des projets qui permettraient de lever certains obstacles : la discrimination pratiquée par les personnes non-soignantes dès l'accueil des lieux de soins, la barrière de la langue... Nous devons également dénoncer régulièrement certaines pratiques auprès des pouvoirs publics, comme les contrôles policiers effectués sur les parkings des pharmacies où sont réalisés les tests antigéniques Covid-19. Malgré ce tableau, nous arrivons à nous réjouir de petites victoires : par exemple, lorsque que nous avons mené une campagne afin de faire admettre les remboursements pour les personnes affiliées ne disposant pas d'un compte bancaire. On part de loin et il reste tant à faire.

L'exception Mayotte

Petite île de l'océan Indien de 212 000 habitant.e.s, située à l'entrée nord du canal du Mozambique, Mayotte fait partie de l'archipel géographique des Comores, composé également de Grande Comore, Anjouan et Mohéli. Elle fut successivement colonie (1841) puis territoire d'outre-mer (1946). En 1975, un référendum est organisé dans l'ensemble de l'archipel. Alors que les autres îles deviennent indépendantes et constituent l'État des Comores, Mayotte reste française. En 1995, l'instauration du « visa Balladur » empêche la libre circulation entre les quatre îles. Ce qui constituait jusque-là une mobilité familiale et économique devient alors « immigration irrégulière ».

L'Aide Médicale d'État (AME) et la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) n'existent pas à Mayotte. Le taux de mortalité maternelle est six fois plus élevé qu'en métropole, la mortalité infantile quatre fois plus élevée. L'île fait face à un déficit structurel en termes d'offre de soins puisqu'elle compte seulement 77 praticiens pour 100 000 habitants quand la moyenne nationale en 2013 est de 333 pour 100 000 habitants. La présence de nombreux bidonvilles sans accès à l'eau et à l'hygiène augmente le risque potentiel de maladies à caractère épidémique.

EN 2020, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR DES DONS DE PARTICULIERS, ET :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris
- Le ministère des Solidarités et de la Santé, Direction Générale de la Santé (DGS)
- Le ministère de l'Intérieur, Direction générale des étrangers en France, Direction de l'asile et Direction de l'intégration et de l'accès à la nationalité (DIAN)
- Le ministère de l'Éducation nationale, Fonds pour le développement de la vie associative (FDVA)
- Le ministère du Logement et de l'Habitat durable, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Le ministère chargé de la Ville, Direction générale des collectivités locales, Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET)
- Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), Direction régionale des sports et de la cohésion sociale : Fonjep
- L'Agence nationale de santé publique - Santé publique France
- Le Fonds européen, Fonds asile, migration et intégration (FAMI)
- La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)
- L'Agence régionale de santé d'Île-de-France et la Direction territoriale du Val-de-Marne
- L'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur
- L'Agence régionale de santé de Guyane
- La Ville et le Département de Paris, Direction de l'Action sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES)
- La Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale Île-de-France (DRJSCS)
- Le Conseil Départemental du Val-de-Marne, la Direction départementale interministérielle de la Cohésion Sociale du Val-de-Marne
- La Direction Départementale de la Cohésion Sociale de la Loire
- La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne
- La Direction Régionale aux droits des femmes (DRDFE)
- La Ville du Kremlin Bicêtre
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- La Fondation de France, le Fonds Inkermann, la Fondation RAJA, la Fondation Abbé Pierre, la Fondation Sanofi Espoir, la Fondation CARITAS (MJP), la Fondation Barreau de Paris Solidarité
- Aides, Médecins sans frontières

La politique d'éloignement dans les Outre-mers à l'épreuve du droit à la santé

Les Outre-mers sont des territoires complexes à appréhender, différents par leur géographie, leur histoire, leur statut et sont loin de constituer un ensemble homogène. Pourtant, à bien des égards, les inégalités dans l'accès aux droits et aux soins de ces habitant.e.s sont communes.

Pauline Le Liard et Solène Dia, chargées de projet régional pour la Cimade « Mayotte Outre-Mer »

Ces discriminations ont été documentées par des rapports d'associations impliquées dans la défense des droits des personnes exilées, des parlementaires en mission dans les Outre-mers¹, des institutions indépendantes telles que le Défenseur des droits² et la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)³. Ces publications dénoncent entre autres les carences dans les dispositifs de santé et les pratiques discriminatoires dont sont victimes les résident.e.s ultramarins. Des dispositions dérogatoires au droit des étrangers, spécifiques à ces territoires, renforcent les inégalités subies par les résident.e.s. Systématiquement considéré à travers le prisme de politiques migratoires de plus en plus répressives menées au mépris de la santé publique, le droit à la protection de la santé est ainsi quotidiennement sacrifié.

À cet égard, la politique d'éloignement menée dans les Outre-mer est révélatrice. Alors que les reconduites aux frontières opérées depuis ces territoires s'illustrent par leur caractère expéditif et massif, notamment en Guyane et à Mayotte, leurs mises en œuvre occasionnent de nombreuses violations des droits, particulièrement en matière de santé. Intensification des contrôles policiers aux abords des lieux de soins, absence de médecin en rétention comme

au CRA de Guadeloupe, unité médicale en carence dans celui de Guyane et, pire, expulsions de personnes gravement malades vers leurs pays d'origine où les soins sont inexistantes ou inaccessibles ; les atteintes graves et manifestement illégales au droit à la santé ne cessent d'augmenter face à une politique d'enfermement tous azimuts.

C'est le cas de Mayotte, département français depuis 2011 qui concentre à lui seul plus de la moitié des expulsions réalisées chaque année par la France. En 2019 près de 10 % de la population de l'île aux parfums a été expulsée⁴. Pour se représenter cette statistique démesurée, il faut imaginer 6 millions de la population hexagonale expulsée. Des femmes, des hommes, des enfants entassés dans des bus aux yeux de tous conduits vers un centre de rétention administrative. L'arsenal législatif mis en place par le gouvernement pour lutter contre l'immigration autorise l'administration à expulser des dizaines de milliers de personnes, privées de leurs droits et faisant l'objet d'éloignements en quelques heures⁵. Bien que le CESEDA précise qu'est protégé contre toute mesure d'éloignement « *l'étranger résidant habituellement en France si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard*

à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé du pays de renvoi, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié »⁶, de nombreuses personnes gravement malades sont enfermées en rétention sans que leur état de vulnérabilité ne fasse l'objet d'une évaluation par l'administration et sont expulsées sans avoir pu rencontrer un médecin et ainsi faire valoir leur droits.

En septembre 2019, un enfant atteint de drépanocytose est arrêté avec son père. Né à Mayotte, l'enfant est titulaire d'un document de circulation pour les étrangers mineurs (DCEM) car sa mère est en situation régulière. Lors du contrôle d'identité, le père présente aux forces de l'ordre le DCEM de son fils afin que celui-ci ne soit pas placé en rétention mais remis à sa mère. Il évoque également l'état de santé de son fils nécessitant une prise en charge continue en raison de sa pathologie. Le document est confisqué par la Police aux frontières et ne sera pas remis à la famille. N'ayant pu être assisté ni de l'infirmière de l'unité médicale du CRA ni d'un des juristes de l'association intervenant au CRA, ils sont expulsés quelques heures plus tard à destination de l'Union des Comores, où aucun traitement n'est disponible pour prendre en charge la maladie. L'état de santé de l'enfant se dégradant très rapidement, l'ARS

1 Rapport d'information déposé par la délégation aux outre-mer sur les discriminations dans les Outre-Mer, n° 1793. Mars 2019.

2 Rapport Établir Mayotte dans ses droits - Constats et recommandations du Défenseur des droits faisant suite au déplacement d'une délégation de ses services à Mayotte les 2 et 3 octobre 2019, Février 2020.

3 Avis droits des étrangers et droit d'asile dans les Outremer. Cas particuliers de la Guyane et Mayotte. Septembre 2017.

4 Expulsions : Mayotte reste une zone de non droit - La Cimade. Février 2020.

5 Rapport National 2019 sur les centres et locaux de rétention - La Cimade. Septembre 2020.

6 Article L511-4 du CESEDA.



© Louis Wiltner (Reportage à Mayotte)

« (...) la lutte contre l'immigration dite irrégulière semble être la seule boussole des autorités des territoires ultramarins, et tant pis s'il faut pour cela sacrifier la santé publique... »

intervient afin que la mère puisse aller récupérer son enfant aux Comores en l'absence du DCEM. Dès son retour, l'enfant a un rendez-vous en pédiatrie pour son suivi.

Quand les juridictions sont saisies par des personnes retenues qui parviennent à contester les mesures administratives dont elles font l'objet, ces dernières ont ainsi l'occasion de constater les atteintes graves et illégales portées au droit à la vie privée et familiale des personnes – dont l'accès aux soins fait partie intégrante – ainsi que les carences de l'administration pour ne pas avoir évalué la compatibilité de la rétention avec l'état de santé. Le juge des libertés et de la détention du tribunal judiciaire de Mamoudzou ordonnait ainsi en juin 2020 la mainlevée de la rétention administrative d'un ressortissant rwandais reconnaissant *« l'incompatibilité de la mesure de rétention avec l'état de santé particulièrement grave du requérant dont le défaut de prise en charge médicale est*

susceptible d'entraîner la mort de ce dernier ».⁷

Ces atteintes aux droits à la santé sont exacerbées depuis le début de la pandémie liée à la Covid-19, dans l'hexagone comme dans les Outre-mer. Les CRA de Guyane, de Mayotte mais aussi celui de Guadeloupe n'ont jamais cessé de fonctionner, voire même de tourner à plein régime, au plus fort de la crise sanitaire. Le CRA de La Réunion, qui a rouvert ses portes en septembre 2020 n'est pas non plus en reste et les quelques placements en rétention sont exécutés à une vitesse très inquiétante. Les constats

dressés sont pourtant sans appel : non-respect des protocoles sanitaires, impossibilité inhérente aux lieux d'enfermement d'appliquer les gestes barrières et les mesures de distanciation sociale, distributions de masques et gel hydroalcoolique insuffisantes, contaminations de personnes retenues, de personnel policier et associatif, risques de dissémination du coronavirus en cas d'expulsion pointés par les juges judiciaires⁸. Rien n'y fait, la « gestion » de la lutte contre l'immigration dite irrégulière semble être la seule boussole des autorités des territoires ultramarins, et tant pis s'il faut pour cela sacrifier la santé publique.

En Guyane, en Guadeloupe et à La Réunion, les équipes de la Cimade interviennent juridiquement aux côtés des personnes retenues dans les centres de rétention administrative. À Mayotte

où l'association est présente depuis 2008, la Cimade accueille, oriente et accompagne les personnes étrangères et leurs familles dans l'accès à leurs droits.



7 Ordonnance JLD, n°20//00387, Tribunal judiciaire de Mamoudzou, 25 février 2020.

8 « CRA de Guyane : les mesures barrières ne sont pas respectées selon le tribunal judiciaire », 24 septembre 2020, lacimade.org.

« Evasan », quand l'enfant part sans ses parents

L'évacuation sanitaire, communément abrégée en « évasan », désigne en Outre-mer la procédure par laquelle une personne malade (française ou étrangère) est transportée vers un lieu de soins disposant du plateau technique nécessaire, généralement par des moyens aériens. Dans sa lutte effrénée contre l'immigration clandestine et ne connaissant que rarement la procédure, l'administration se rend responsable de difficultés que le Comede tente de réparer.

Chloé Abrias, chargée des actions du Comede en Guyane

Claire Fessard, médecin référente au Comede

« Comment faire lorsqu'une nouveau-née a été "évasanée" à la naissance en métropole, pour des raisons de santé, sans ses parents, et que ces derniers ne parviennent pas à obtenir de laisser-passer pour la rejoindre ? Et que la situation dure depuis plus de 7 mois ? »

Voici en substance la question posée par l'assistante sociale d'un des centres hospitaliers de Guyane, lors d'une formation dispensée par le Comede Guyane en Novembre 2020. Cette question met en lumière des spécificités du territoire guyanais et souligne l'éloignement, en fait comme en droits, de la Guyane à la métropole. Ainsi, nous apprenons qu'une nouveau-née aurait été « évasanée », sans ses parents, jugés « en situation de séjour illégal » et que depuis lors, la sous-préfecture aurait refusé d'enregistrer leurs demandes de titres de séjour (APS accompagnant d'enfant malade), au prétexte que cette APS serait considérée comme de l'immigration clandestine vers la métropole. Agée de 10 mois, l'enfant est ainsi hospitalisée en métropole depuis son 2^{ème} jour de vie, sans ses parents, bloqués en Guyane.

Dans le cadre des « évasan » les personnes étrangères en séjour irrégulier font face à des difficultés administratives et pratiques. Bien que l'évacuation se déroule entre deux territoires français, l'accès à l'avion est conditionné par le contrôle du titre de séjour (à noter également qu'aucune personne mineure n'est censée être évacuée sans tuteur légal). En l'absence du titre de séjour, il est

nécessaire d'obtenir un laisser-passer préfectoral. La procédure en vigueur en Guyane implique la saisine du médecin de l'Agence régionale de santé (ARS) par le médecin ou le service social qui suit le/la patient.e, appuyée par les éléments médicaux et administratifs. Après analyse du dossier médical, le médecin de l'ARS transmet son avis favorable à la préfecture, en vue de la délivrance du laisser-passer par la préfecture de Guyane, permettant le respect du secret professionnel et la continuité des soins. Les coûts des évacuations sanitaires reviennent à l'Assurance Maladie.

En Guyane, cette procédure concerne les transferts des centres hospitaliers guyanais vers ceux des Antilles ou de métropole. Mais un des problèmes dans l'évacuation sanitaire d'une personne sans titre de séjour réside dans le retour. Car une fois l'urgence passée et la personne soignée, son retour en avion vers la Guyane implique un nouveau laisser-passer de la part du préfet du département de départ. Cependant en matière de laisser-passer, chaque préfecture a sa propre politique et cette autorisation à voyager outre-mer dépendra du département d'accueil. Voulant lutter contre l'immigration clandestine et ne connaissant pas ou peu les

« évasan », certains préfets les refusent et des malades restent ainsi bloqué.e.s en métropole, voire se retrouvent avec une obligation de quitter le territoire français (OQTF).

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc - 94270 Le Kremlin Bicêtre

Tél. : 01 45 21 39 32

Fax : 01 45 21 38 41

Mail : maux.dexil@comede.org

Site : www.comede.org

RÉALISATION :

Parimage

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :

Arnaud Veïsse

RÉDACTEUR EN CHEF :

Matthieu Humez

NUMÉRO COORDONNÉ PAR :

Chloé Abrias

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO :

Héloïse Mahé, Didier Maille

ILLUSTRATIONS :

Louis Witter

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

VU DU COMEDE

L'enfant concernée est une petite fille, née fin avril 2020. Atteinte d'un syndrome de Treacher-Collins, elle est née avec de multiples malformations et insuffisances nécessitant son transfert médical en urgence dans un centre de référence en métropole. Depuis maintenant 10 mois, elle « vit » entre hospitalisations et centre de soins de suite et de rééducation, seule, avec pour seul entourage le personnel soignant et une marraine de la Chaîne de l'espoir. Son suivi médical en métropole est estimé à plusieurs années.

Outre-Atlantique, c'est le parcours du combattant pour les parents qui cherchent à rejoindre leur fille. Dix mois de tentatives vaines d'obtention de laissez-passer, malgré le soutien d'une travailleuse sociale. Nombreuses sont les barrières : dématérialisation des

services de la préfecture, absence de plages de rendez-vous, multiplication de documents nécessaires, barrière de la langue, etc. Les obstacles à l'accès aux droits fragilisent la majorité de la population en Guyane, et plus particulièrement les parents. Bien que dépourvu de titre de séjour, ce couple n'est pas primo-arrivant. Installés depuis plus de cinq ans en Guyane, les parents y travaillent et ont les moyens de payer les billets d'avion. Ils ont un second enfant né en Guyane. Leur vie privée et familiale est clairement établie en France. Malgré les alertes répétées du caractère urgent de cette situation auprès des services de la préfecture, aucun rendez-vous n'avait pu aboutir. Les équipes médicales de métropole qui ont pourtant initié des démarches à l'arrivée de l'enfant semblaient s'être convaincus de l'absence des parents. Il est vrai que,

pour comprendre l'impasse, il faut connaître les règles administratives et juridiques, ainsi que les spécificités du territoire Guyanais. Nous avons donc joint nos forces à celle de l'assistante sociale en charge de l'accompagnement des parents. Un nouveau courrier de demande d'APS a été envoyé aux autorités compétentes. Après plusieurs relances et la saisine du défenseur des droits, deux APS ont enfin été délivrées à chacun des parents, ainsi qu'un laissez-passer pour leur deuxième enfant.

Cette situation choquante ne semble malheureusement pas isolée. Le Comede Guyane en a relevé plusieurs autres, où des parents sont exclus d'office de l'accompagnement de leur enfant, du seul fait de leur situation administrative.

Services du Comede

www.comede.org - 01 45 21 39 32

■ LES PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES NATIONALES

Permanence téléphonique socio-juridique

☎ 01 45 21 63 12, du lundi au vendredi, de 9h30 à 12h30

Permanence téléphonique médicale

☎ 01 45 21 38 93, du lundi au vendredi, de 14h30 à 17h30 et le mardi et mercredi de 9h30 à 12h30

Permanence téléphonique santé mentale

☎ 01 45 21 39 31, le jeudi de 14h30 à 17h30

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN

Abonnement gratuit et annulation par mail à maux.dexil@comede.org

■ GUIDE COMEDE, LIVRETS BILINGUES

Diffusion gratuite par Santé publique France

Pour commander, rendez-vous sur : selfservice.santepubliquefrance.fr

■ CENTRE DE FORMATION DU COMEDE

☎ 01 45 21 39 32
et contact@comede.org

■ CENTRE DE SANTÉ À BICÊTRE (94)

Consultations médicales, psychothérapeutiques, sociales et juridiques, etc. du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h30 et le jeudi de 13h30 à 18h30

Contact (si déjà suivi par le Comede) :

☎ 01 45 21 38 40

Pour un premier rendez-vous (consultation médicale du jour), se présenter directement aux heures d'ouverture.

■ COMEDE PARIS (75)

Permanence téléphonique socio-juridique dédiée aux professionnel-le-s

☎ 01 40 25 99 77,
le mardi de 9h30 à 12h30

Permanence téléphonique médicale dédiée aux professionnel-le-s

☎ 01 40 25 99 78, le mardi de 9h30 à 12h30

■ COMEDE LOIRE (42)

Permanence téléphonique santé mentale

le vendredi matin de 9h00 à 12h00
☎ 07 69 38 43 52

■ COMEDE PACA (13)

Permanence d'accueil 52 rue du Coq, 13001 Marseille

Accueil sur rendez-vous les mardis de 9h30 à 12h30

Pour le suivi de personnes déjà reçues :

☎ 07.83.49.95.14 ou permanence.marseille@comede.org

■ COMEDE GUYANE (973)

Permanence téléphonique régionale dédiée aux professionnel-le-s

☎ 06 94 20 53 01, le mardi de 9h00 à 12h00