

Maux d'exil

Billet

Des nouvelles d'outre-mer, et d'autres du Comede

En juin dernier, le Comede lançait un appel urgent destiné à soutenir ses actions en faveur de la santé et de l'accès aux soins des exilés, et devait notamment suspendre la parution de *Maux d'exil*. Dans un contexte de précarisation des financements publics aux associations, la restriction imposée des dépenses nous a conduit à réduire un certain nombre d'activités pourtant essentielles à la réalisation de nos missions. Depuis lors, la multiplication des soutiens qui se sont manifestés de la part des sympathisants et partenaires du Comede – merci à vous – nous font espérer pouvoir reprendre progressivement l'ensemble de nos actions, notamment en matière de santé mentale et de soutien social et juridique.

Ainsi décalée de quelques mois, la parution du présent dossier de *Maux d'exil* n'en reste pas moins d'actualité. Que ce soit à Mayotte, en Guadeloupe ou encore en Guyane, les terres françaises d'outre-mer restent des terres de stigmatisation et de discrimination pour les étrangers, et parfois pour des Français sans-papiers. Si les initiatives associatives se multiplient pour soigner, soutenir et témoigner, elles ne suffiront pas à répondre aux défis de la santé publique sans une véritable politique de lutte contre les discriminations.

Outre-mer plus qu'ailleurs en France, l'accès aux soins des étrangers reste essentiellement tributaire des crispations politiques autour de l'immigration irrégulière. Face à l'épidémie de VIH-sida dans les Départements français d'Amérique, le ministère de la Santé a pris la mesure de la situation avec la campagne *nouplifô* de lutte contre les discriminations. D'autres campagnes de ce type sont nécessaires pour lutter contre les inégalités sociales de santé, dont les migrants sont les premières victimes.

Arnaud Veïsse
Directeur du Comede

DOSSIER : MIGRANTS OUTRE-MER, VULNERABILITE ET DISCRIMINATIONS

En Guyane

Adapter la communication VIH-sida aux migrants

Elodie Aïna et Nathalie Lydié,

Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)

Seuil territoire de l'Union européenne sur le sous-continent sud-américain, la Guyane cultive les particularités. Avec une croissance de 3,5 % par an, elle est le territoire français le plus dynamique d'un point de vue démographique. Cette croissance est le résultat d'un fort taux de croissance naturelle (excédent des naissances sur les décès) et d'une immigration importante. Même si la situation sociale de la population guyanaise peut paraître difficile – le taux de chômage y est par exemple de 26% – la Guyane n'en constitue pas moins un îlot de richesse par rapport aux autres îles ou États de la région.

> Diversité et fragilité

Il s'agit d'une population extrêmement diversifiée : Créoles guyanais, Métropolitains, Amérindiens, Noirs-marrons, Hmongs, Chinois, Libanais, Brésiliens, Haïtiens, Surinamiens, etc. que personne n'est véritablement en mesure de quantifier en raison d'un nombre important de personnes en situation irrégulière. Les populations étrangères qui résident en Guyane sont particulièrement vulnérables face au VIH/sida. Selon l'en-



nouplifô, doubout, ansanm kont sida, www.generation-nouplifo.com

quête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida réalisée aux Antilles et en Guyane en 2004¹, les populations étrangères nées dans la Caraïbe (hors Départements français d'Amérique – DFA) ou en Amérique du Sud se distinguaient défavorablement par rapport au reste de la population : moindre connaissance des modes de transmission du VIH, des moyens de prévention, des traitements, plus faible perception du risque de contamination par le VIH.

Mais aussi davantage d'attitudes de rejet vis-à-vis des personnes séropositives : elles étaient par exemple plus nombreuses à être d'accord avec l'idée selon laquelle il faudrait isoler les malades du sida du reste de la population.

Les données relatives aux conduites préventives exprimaient également une plus faible adaptation au risque VIH. Tout d'abord, les préservatifs bénéficiaient d'une image plus négative que dans le reste de la population. Ensuite, les personnes nées à l'étranger dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud étaient sensiblement moins nombreuses à se protéger lors de leur premier rapport sexuel. Ainsi, parmi celles ayant eu leur premier rapport sexuel depuis 1985, seuls 40% ont utilisé un préservatif lors de ce premier rapport, alors que cette proportion est d'environ 60% parmi les personnes nées en Guyane ou en métropole. D'autre part, en ce qui concerne l'utilisation plus récente des préservatifs, les déclarations montraient nettement un déficit de protection, en particulier parmi les hommes multipartenaires.

Il apparaît que les populations les plus vulnérables face au VIH/sida sur le plan des connaissances et des comportements de prévention décrites dans l'enquête, sont, en grande partie, celles qui sont touchées par l'infection et qu'on retrouve dans la filière de soins en Guyane. La file active des personnes prises en charge pour le VIH est ainsi composée à 80% de personnes de nationalité étrangère, avec une répartition différente selon les hôpitaux et liée à leur localisation. Ainsi, les Haïtiens sont très majoritairement représentés dans la file active de Cayenne, et les Surinamais à Saint-Laurent-du-Maroni. Sur le plan des caractéristiques sociales, l'enquête Vespa² a permis de noter leur faible niveau d'éducation, la précarité des emplois occupés et l'importance du travail informel. Niveau éducatif bas, précarité, faible insertion sociale sont autant d'aspects associés à une vulnérabilité face au VIH/sida. Si les populations étrangères résidant en Guyane présentent pour une grande partie d'entre elles ces caractéristiques, la migration contribue probablement à fragiliser davantage encore ces populations, notamment celles en situation irrégulière de séjour

chez lesquelles les difficultés d'accès au dépistage et aux soins peuvent être renforcées. L'amélioration du niveau de connaissances des modes de transmission du VIH et de la perception des risques de contamination nécessite de développer des outils favorisant une meilleure appropriation des messages de prévention. Outre le travail effectué par les acteurs locaux, des campagnes spécifiques ont été développées par l'Inpes depuis 2002 au niveau national, afin de mieux prendre en compte la diversité de la population guyanaise.

> Des actions de communication spécifiques et ciblées

La communication sur la prévention du VIH en direction des migrants de Guyane s'inscrit dans une double logique. Il faudrait idéalement à la fois s'inscrire dans le contexte guyanais général et tenir compte des caractéristiques particulières de chaque « communauté-cible », lesquelles pourraient également être redécoupées selon l'âge, le sexe, la condition sociale... A toutes les étapes d'élaboration des messages et des stratégies utilisées pour les promouvoir, on essaye de s'appuyer sur des spécialistes des populations concernées, chercheurs et acteurs de terrain. Mais la complexité de la mosaïque guyanaise est telle que les stratégies de diffusion devraient également tenir compte d'autres facteurs, comme la répartition particulière des différentes ethnies sur le territoire. Quand il s'agit par exemple de s'adresser aux populations dites « du fleuve » (Bushinengue sur le Maroni), on touche les limites de l'exercice.

L'expérience acquise par l'Inpes au travers des actions de communication réalisées, et les recommandations des experts impliqués dans nos groupes de travail, ont plaidé pour le respect des quelques principes directeurs qui définissent de fait une approche innovante, tant il est vrai que la communication en direction des DFA avait consisté auparavant à reprendre des campagnes produites en métropole pour la métropole. En premier lieu, la communication ciblée en direction des migrants est affinitaire : il faut veiller à ce que les messages soient compréhensibles, pertinents, réalistes et acceptables au regard

des conditions de vie et du niveau de revenu des personnes destinataires, en enracinant les contenus des actions dans la réalité culturelle et sociale des publics cibles. Cela implique d'adapter les messages à la diversité ethnique et linguistique (créole haïtien, nenge tongo - parlé par les Bushinengue - portugais brésilien etc.) ainsi qu'aux perceptions culturelles et croyances spécifiques à chaque groupe.

Il faut également éviter les approches trop publicitaires, trop elliptiques, pour privilégier les formats longs et l'approche pédagogique dans le but de renforcer le niveau de connaissance sur les pathologies ou déterminants de la santé concernés. Il s'agit d'adapter la communication aux représentations des migrants en matière de sexualité et de maladie, ce qui impose notamment de favoriser une approche globale de la sexualité visant à promouvoir des comportements préventifs en matière de contraception et de réduction des risques d'IST. Il convient également de prendre en compte les spécificités des rapports homme/femme et la plus grande vulnérabilité économique, sociale et culturelle des femmes dans la définition des stratégies (nécessité de rechercher les stratégies et les messages qui prennent en compte les difficultés des femmes à maîtriser leur sexualité et à négocier les moyens contraceptifs et préventifs dans un contexte marqué fortement par des rapports de domination homme/femme). Enfin, la question de la lutte contre la discrimination des personnes atteintes conduit nécessairement à identifier les mécanismes qui déterminent ces comportements d'exclusion pour éviter de les renforcer par les messages émis.

C'est enfin une communication « par ricochet », en ceci qu'elle vise à susciter la répétition des bonnes pratiques suggérées au moyen d'une stratégie d'identification de la cible au locuteur. C'est à dire qu'on tentera de gommer la verticalité injonctive de la parole publique pour la mettre en scène comme une parole interne à la communauté ciblée. On pourra par exemple connaître et valoriser ce qui se fait dans le pays d'origine de façon à favoriser des processus d'identification favorables à la santé, solliciter et encourager les

témoignages des personnes concernées par la pathologie abordée, valoriser le rôle et les actions des personnes atteintes, des relais communautaires et des acteurs associatifs. Globalement il s'agit de faire émerger une communication entre pairs, avec une démultiplication potentielle des prescripteurs.

> Varier les outils et les supports en évitant la stigmatisation

En radio, média de proximité par excellence, on n'hésitera pas à diffuser des programmes destinés à des communautés particulières, comme la communauté haïtienne qui dispose de radios ou de créneaux horaires spécifiques. On travaille aussi à la mise en forme de contenus divertissants à caractère pédagogique : roman-photos diffusés sur le fleuve, feuillets-radio sur CD (qui permettent en particulier de s'adresser à des populations analphabètes), courts-métrages sur DVD (utilisables notamment pour amorcer une discussion dans un groupe de paroles)...

Les campagnes télévisées sont à destination de la population générale. On veille dans le casting des spots de publicité à représenter la diversité de la population guyanaise. Mais à chaque fois que les campagnes de communication sont visibles par le grand public, il nous faut prendre en compte une autre donnée : le risque de stigmatisation des populations migrantes. Les migrants, déjà désignés de manière bien commode comme responsables de nombreux maux de la société guyanaise pourraient se retrouver désignés comme responsables du sida, si des campagnes de prévention très visibles semblaient s'adresser prioritairement à eux. D'où la nécessité de combiner plusieurs logiques et d'utiliser en conséquence plusieurs types de stratégies, allant de la logique fédératrice du mass média jusqu'à la logique de l'échange interpersonnel d'outils de prévention. ■

1 Halfen S., Fenies K., Ung B. Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles/Guyane en 2004. ORS d'Île-de-France, avril 2006, 290 pages

2 Bouillon K. et al. Les patients vivant avec le VIH/sida dans les départements français d'Amérique : enquête ANRS-Vespa, 2003. BEH n°46-47/2005, p. 240-242



En Guadeloupe

Les soins sans les droits pour les sans-papiers

Franck Bardinet

Médecin responsable du suivi obstétrical et gynécologique des patientes séropositives pour le VIH à la maternité du CHU de Pointe-à-Pitre

Le taux de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) est un marqueur particulièrement révélateur de la qualité des politiques sanitaires menées contre le sida. S'il est bas, le système sanitaire est bon, s'il est haut... En Guadeloupe, la majorité des mères séropositives pour le VIH sont étrangères, majoritairement haïtiennes et le plus souvent en situation irrégulière au moment du diagnostic. Pourtant, surprise ! Chez ces migrantes, les chiffres de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sont tout à fait comparables aux meilleurs résultats européens.

Parmi les 180 mères séropositives qui ont accouché une ou plusieurs fois entre 1999 et 2007 au CHU de Pointe-à-Pitre, qui représentent 80 à 90% des mères séropositives de Guadeloupe, 70% d'entre elles sont étrangères. Elles sont d'origine caribéenne, haïtienne à plus de 95% et, dans près de 80% des cas, en situation irrégulière pendant la grossesse. Pourtant, sur les 151 naissances étrangères caribéennes, la transmission mère-enfant est de 1,3%, ce qui est très comparable au taux de 1,1% observé

en France métropolitaine en 2000-2005 (NB : sans traitement de la femme enceinte séropositive, il y a transmission du virus à l'enfant dans 20 à 25% des cas).

> Des médicaments hors de prix

Selon le dernier recensement, les migrants caribéens représentent 3% des 400 000 habitants de la Guadeloupe. Selon la préfecture, il faudrait y ajouter 5000 personnes en situation irrégulière. On doit donc pouvoir évaluer leur nombre, qu'ils soient ou non en situation régulière, à moins de 5% de la population. Or ils représentent 36% des patients infectés par le VIH et 70% des femmes enceintes séropositives.

Cette sur-représentation des immigrés caribéens renvoie notamment à l'absence de contrôle de l'épidémie dans leur pays d'origine. Dans les pays pauvres, l'épidémie flambe parce que les malades ne sont pas soignés. Un malade correctement traité n'est pas contagieux. L'accès aux médicaments antirétroviraux a toujours eu un double intérêt : d'abord personnel en permettant d'échapper à une mort rapide, et ensuite collectif en diminuant la conta-

Un répertoire Antilles-Guyane pour le Guide Comede



Diffusé par l'Inpes, le répertoire des acteurs de la santé des migrants dans les DFA sera disponible fin 2009.

giosité des malades et donc la virulence de l'épidémie. Haïti est le pays de la région le plus touché : malgré l'aide internationale, à peine 10% de l'ensemble des malades sont traités. En Haïti, sur 1000 femmes enceintes, 30 sont séropositives contre 5 en Guadeloupe et 2 sur l'ensemble du territoire français.

Cette situation persistera tant que le prix des médicaments contre le VIH en fera des produits de luxe hors d'atteinte pour les pays pauvres. Conséquence directe : les migrants des pays pauvres vont représenter dans les pays riches le groupe le plus menacé. Que les patientes caribéennes et notamment haïtiennes soient très présentes dans la file active des femmes enceintes séropositives suivies en Guadeloupe n'est donc pas très surprenant, mais ce qui étonne ce sont leurs bons résultats, du moins en terme de transmission mère-enfant du virus, comme si le système sanitaire manifestait à l'égard de ces migrantes, le plus souvent en situation irrégulière, une bienveillance inhabituelle.

Deux phénomènes se conjuguent pour expliquer ce phénomène : une relative tolérance de la part de la police à l'égard des femmes enceintes et la persistance d'une médecine gratuite dans les dispensaires de protection maternelle et infantile (PMI). On peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles ces femmes enceintes sont semble-t-il peu expulsées. S'agit-il d'une préoccupation humanitaire ? L'Administration ne nous a pas habitués à de telles faiblesses. S'agit-il d'une politique sensible à l'émotion de l'opinion : « *Vous vous rendez compte : une femme enceinte expulsée !* » ? Ou encore de la volonté d'affirmer l'arbitraire policier ? La police est d'autant plus inquiétante, donc puissante, que sa violence est imprévisible : « *Et aujourd'hui, est-ce qu'on arrête les*

femmes enceintes ? ». Quant à la PMI, qui assure des soins et gratuits et de haut niveau, elle est très menacée dans le climat libéral actuel. C'est le vestige « désuet » d'une médecine sociale qui disparaît, remplacée par une médecine caritative où l'on est prié d'oublier ses droits pour se mettre à l'apprentissage de la gratitude, même si le service rendu est maigre.

Malgré toutes ces difficultés, la grossesse se déroule souvent relativement bien tant sur le plan de la prise en charge médicale que sur le plan administratif. Mais les obstacles à la régularisation pour raison médicale sont nombreux. Parce qu'il manque toujours un papier : essayez donc d'obtenir un document d'état civil de l'administration haïtienne... Parce que la vision du monde du préfet s'y oppose : de 1995 à 2001, 70% des demandes de régularisation pour séropositivité VIH furent rejetées à Saint Martin - qui était à l'époque une sous-préfecture de la Guadeloupe¹ -, alors qu'elles étaient acceptées dans les deux autres préfectures de l'archipel. Parce que même en passant la nuit devant la préfecture, vous n'êtes pas sûr d'être reçu le lendemain. Parce que la préfecture refusant de délivrer les récépissés de dépôt de dossier, vous n'aurez pas la preuve des démarches en cours et vous risquerez l'expulsion au premier contrôle policier...

> Des droits hors d'atteinte

L'accès aux soins est également compliqué pour les personnes sans titre de séjour de par les difficultés pour obtenir l'Aide médicale Etat : sur les 100 premières demandes d'AME déposées par la PMI de Saint-Martin en 2003, seulement 4 furent acceptées. Les périodes de renouvellement de la carte de séjour, qui peuvent s'étaler sur plusieurs mois, impliquent la perte d'autres droits sociaux, en premier lieu la sécurité sociale (ce qui est tout à fait illégal mais de pratique constante) pendant la période de renouvellement de la carte, qui peut s'étaler sur plusieurs mois. En outre, il faut rappeler l'absence des garanties juridiques habituellement prévues dans les sociétés démocratiques puisqu'en Guadeloupe (mais aussi en Guyane et à Saint-Martin), les recours contre les arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière (APRF) ne sont pas suspensifs de la décision (sauf à déposer simultanément un

recours en « référé suspension », ce qui suppose une culture juridique assez inhabituelle). En pratique, les gens sont donc expulsés dans les heures qui suivent leur arrestation et cela sans aucun contrôle ni aucun secours, les associations d'aide aux étrangers n'étant pas actuellement présentes dans les centres de rétention guadeloupéens.

Il résulte de cette persécution administrative et policière des malades oubliés, exclus des soins, des gens qui meurent, et un système sanitaire qui n'est peut être pas si accueillant que le laissait supposer la seule considération du taux de transmission mère-enfant du virus. Pour les sans-papiers, l'humeur administrative va rendre l'accès aux soins non seulement difficile mais aussi très inégalitaire. Dans la situation de déréliction que vivent la plupart des émigrés caribéens malades, on pourra distinguer des situations un peu moins désavantageuses que d'autres. Par exemple, il vaudra mieux être une femme, avoir eu un enfant et avoir consulté en PMI qu'être un homme. Atteste de ces disparités la sur-représentation des femmes dans la « file active » des patients étrangers caribéens, alors que les études épidémiologiques sur la région ont montré que la population féminine est moins touchée que la population masculine. Les hommes ne deviendront majoritaires que dans le décompte des morts. De 1999 à 2008, les morts caribéens sont pour les deux tiers des hommes dont beaucoup ne sont entrés dans le circuit de soins qu'à un stade très avancé de leur maladie, lorsque les possibilités thérapeutiques étaient plus réduites.

En définitive, en Guadeloupe comme ailleurs, les lois qui régissent l'accès aux soins des sans-papiers malades ne leur sont pas entièrement défavorables, mais elles ne sont jamais vraiment appliquées, sans être pour autant totalement bafouées. Le malade sera entièrement dépendant de l'humeur bureaucratique du moment, soumis à l'expression d'un pouvoir discrétionnaire. Il y a là une jouissance bureaucratique qui est sûrement l'un des obstacles les plus forts à l'élaboration d'une politique sanitaire cohérente qui prendrait en charge tout malade, simplement parce qu'il est malade. ■

¹ Saint-Martin est une collectivité d'outre mer depuis 2007

A Mayotte

Obstacles et renoncement aux soins pour les personnes en situation irrégulière

Laura Brav,

Coordinatrice de la Mission France de Médecins sans frontières

Dans la salle d'attente du Centre de Santé de Médecins Sans Frontières (MSF), de nombreuses femmes avec nourrissons et enfants attendent patiemment de voir un médecin. Parfois un adulte seul s'approche discrètement. Même s'il faut attendre toute la journée, ils préfèrent attendre à l'intérieur, à l'abri de la police. 55% des patients sont des enfants, dont 35% de moins de 5 ans. Les pathologies : 27% sont des infections respiratoires, 14% des infections cutanées dues aux conditions de vie (cabanes en tôle ondulée, accès difficile à l'eau propre, déchets parsemant les allées), et 6% des plaies et blessures. Le reste des cas sont des parasitoses intestinales, diarrhées, hypertension, IST. Pathologies typiques d'un bidonville africain, sauf qu'ici, nous sommes à Mayotte, territoire français.

> Vivre dans la peur de l'arrestation

Le 18 mai 2009, MSF a ouvert un Centre de Santé dans le quartier de Kaweni, un des bidonvilles de Mamoudzou, capitale de Mayotte, prodiguant des soins de santé primaires gratuits à une population précaire et dont la majorité se trouve en situation irrégulière. Sur les trois premiers mois, 3700 consultations ont été effectuées ainsi que 734 pansements ou autre soins infirmiers, et 34 patients ont été référés aux urgences de l'hôpital (sur 220 références au total). Mayotte est une des îles de l'archipel des Comores. En 1976, lorsque le reste des Comores choisit l'indépendance, les Mahorais votent pour rester français. En 2001, Mayotte devient une « collectivité départementale ». C'est un statut spécifique : les lois françaises ne s'appliquent que partiellement, notamment concernant la protection sociale, l'entrée et le séjour des étrangers ainsi que le droit d'asile (Article LO. 6113-1, inséré par l'article 3 de la loi



organique 21 février 2007). La population de cette île de 374 km² est estimée par l'Insee à 186 452 habitants, et 54% de la population est âgée de moins de 20 ans. Au moins un tiers est en situation irrégulière, essentiellement des migrants sans titre de séjour, venant surtout de l'île d'Anjouan (des Comores) mais aussi d'autres pays d'Afrique. Certains vivent à Mayotte depuis des années, voire plusieurs décennies, ou sont même des Français nés à Mayotte. Beaucoup ne peuvent prouver leur identité, en partie car le système d'état civil n'a été mis en place qu'en 2000.

En 1995, un visa d'entrée avait été instauré pour toute personne venant à Mayotte, ce qui transforma les Comoriens en « clandestins » alors qu'auparavant ils « circulaient librement entre les îles de l'archipel ». En 2008, 16 500 personnes ont été reconduites à la frontière contre 13 000 en 2007 et 2006. Les personnes en situation irrégulière vivent donc dans la peur constante de se faire arrêter et expulser (la durée de rétention est de moins de 48 heures, ce qui

permet peu de temps pour un appel légal, ou médical). Certains vont jusqu'à dormir dans la forêt par peur de « descentes » de la Police Aux Frontières (PAF) durant la nuit dans leur quartier.

> Barrière financière pour les soins

D'après les données recueillies lors de nos consultations, 58% des patients citent la crainte d'une arrestation comme obstacle résultant d'un renoncement aux soins. Ils mentionnent en même temps les obstacles financiers, ajoutant « *et aussi, j'avais pas les 10 euros* » (le prix de la consultation de base dans les dispensaires).

La barrière financière à l'accès aux soins existe depuis 2005, lorsque la CSSM (Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte) fut établie, mettant fin au système de soins jusque-là gratuit pour tous. Les soins sont « gratuits » pour les personnes affiliés à la CSSM et payants pour les autres. Cette législation, tout en établissant les bases d'une couverture sociale pour les Mahorais, exclut de fait une partie de la population résidant à

Mayotte, y compris les Français encore non inscrits à la CSSM.

Continuant leur rapprochement avec la France, 95% de Mahorais ont voté « oui » pour devenir un Département d'Outre Mer lors d'un référendum le 29 mars 2009, même si l'appartenance à l'Etat français n'est toujours pas reconnue par l'Organisation des Nations Unies ni l'Union Africaine. Mayotte s'apprête à devenir le 101^{ème} Département français en 2011. Mais pour les prestations sociales, le gouvernement estime qu'il faudra 20 ans pour que l'île atteigne le niveau de la métropole.

> Exclusion de l'Aide médicale Etat

L'Aide Médicale d'Etat (AME) n'existe pas à Mayotte. Toutefois, les personnes non affiliées à la CSSM dont « le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable (AGD) de l'état de santé »¹ peuvent être soignées gratuitement dans les structures publiques (gérées par le CHM). Mais, selon le Collectif Migrants Mayotte², qui a saisi la Halde et d'autres instances à plusieurs reprises pour dénoncer une politique discriminatoire dans le domaine de la santé à Mayotte, « aucun décret ne précise le contenu du terme [AGD][...] De facto, ces incertitudes juridiques favorisent des pratiques discriminatoires de la part de certains personnels hospitaliers au sein de l'hôpital ou des dispensaires ». Par ailleurs, le triage à l'entrée des dispensaires est souvent fait par du personnel administratif, qui parfois renvoie les patients ne pouvant pas payer sans qu'un médecin ait pu faire un diagnostic, ce dont l'équipe MSF a été témoin.

L'AME ne fera pas partie des priorités lors de la départementalisation, puisque la volonté politique est clairement affichée de ne rien mettre en place qui puisse améliorer la situation des personnes en situation irrégulière, tels que des soins gratuits. Les soins payants font donc délibérément partie de la stratégie politique de lutte contre l'immigration illégale. Or d'après une étude de l'Inserm/UPMC réalisée en 2007, moins de 10% des personnes disaient être venues à Mayotte pour des raisons de santé, le reste surtout pour des raisons économiques et familiales³.

Un autre chiffre souvent cité concerne les naissances. Avec 4470 accouchements en

2008, la maternité de Mayotte est la « première maternité de France ». Plus de 60% des femmes qui accouchent ne sont pas affiliées à la CSSM, et certains en concluent qu'elles viennent accoucher à Mayotte en espérant que leur enfant deviendra français. Pourtant, parmi ces femmes, beaucoup vivent à Mayotte depuis des années. Certaines y sont même nées. Le rapport Inserm/UPMC conclut que « les femmes en situation irrégulière n'accouchent donc pas (et ne viennent pas accoucher) plus souvent que les autres du fait de leur situation : les différences observées s'expliquent essentiellement par leurs caractéristiques démographiques ainsi que par un taux de natalité plus élevé ».

Quelles que soient les causes de la migration, au moins un tiers de la population déjà présente à Mayotte fait face à des obstacles limitant leur accès aux soins de santé. Sur 1600 patients interrogés, 75% nous disent avoir renoncé à des soins. A titre d'exemple, 13 de nos patients ont du être accompagnés à la PMI (pourtant gratuite) où ils ne s'étaient pas rendus par peur : 8 étaient des enfants de moins de 6 ans avec un retard vaccinal, 3 femmes avec des problèmes de contraception, et deux enfants pour suivi de malnutrition.

Les obstacles ne sont pas systématiques ; certains patients attendent le jour où la route est libre pour se rendre au dispensaire ou à la PMI. Le Centre Hospitalier de Mayotte dépense annuellement environ 30 millions d'euros (sur un budget total de 130 millions d'euros, très faible pour près de 200 000 personnes) pour les soins apportés aux « non-affiliés », dont seulement environ 2 millions sont récupérés par les paiements, et 3,7 millions d'une dotation de l'Etat en 2008 (une baisse de 50% en deux ans). L'accès aux urgences est assuré pour les cas critiques. Mais faut-il attendre que la condition d'un malade se détériore à ce point pour se faire soigner ? ■

¹ Article L. 6416-5 2^o-a du Code de la santé publique

² Cimade, CCCP, Gisti, Médecins du Monde, Resfim et Solidarité Mayotte

³ Rapport Inserm/UPMC : Santé et migration à Mayotte, avril 2008

LES SERVICES DU COMEDE

www.comede.org - ☎ 01 45 21 38 40

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses.

■ GUIDE COMEDE ET LIVRETS BILINGUES EN 23 LANGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail edif@inpes.sante.fr

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DU SUIVI MÉDICAL ☎ 01 45 21 39 59

Sur les questions relatives aux soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé, certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour.

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DE L'ACCÈS AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12

Sur les conditions d'accès aux dispositifs de soins, les droits et les procédures d'obtention d'une protection maladie (Sécurité sociale, CMU-C, AME).

■ FORMATIONS ☎ 01 45 21 38 25

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

■ CENTRE DE SANTÉ À BICÊTRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques en 20 langues, sur rendez-vous du lundi au vendredi. ☎ 01 45 21 38 40.

■ ESPACE SANTÉ DROIT AVEC LA CIMADE À AUBERVILLIERS (93)

Consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous du mardi au vendredi. ☎ 01 43 52 69 55.

EN 2008, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- La Direction générale de la santé ;
- Le Service de l'asile ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, nationale et Ile-de-France ;
- Le Service du droit des femmes et de l'égalité, nationale et Ile-de-France ;
- La Direction générale de l'action sociale ;
- La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France ;
- Le Conseil régional d'Ile-de-France ;
- Le Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida ;
- Le Secours catholique, Emmaüs ;
- La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris.

Départements
d'Outre-Mer

« Les DOM s'affranchissent du droit des étrangers »

Entretien avec **Patrick Mony**, formateur pour le Comede et militant des droits des étrangers

> Comment en êtes-vous venu à vous intéresser aux migrants d'outre mer ?

Les migrants des Antilles, de Guyane ou de la Réunion ont peu de choses en commun. A la Martinique, il s'agit de Haïtiens et de Dominicains. En Guyane, les migrants viennent du Suriname, des boat people Hmong ; le bagne a aussi été à l'origine de migrations, beaucoup restent sur place leur peine finie, il y a eu des expatriés algériens aussi... De plus, qualifier ces régions « d'outre mer » renvoie à une représentation coloniale du monde qui nie leur appartenance géographique. Mais le terme reste tellement ancré que même les réseaux de soutien aux migrants s'y réfèrent, comme le réseau MOM, pour migrants d'outre mer. On ne parlait guère de la situation de ces migrants avant 1983. L'alerte est venue de Martinique. Un copain m'a dit « *en Martinique, c'est l'horreur !* » Je suis allé voir et j'ai découvert que la loi qui prévalait dans les territoires français d'outre mer, c'était celle du 8 août 1893, et des décrets d'application qui remontent à 1935 ou 1936 selon les pays. Cette loi reconnaissait le « tout pouvoir » des employeurs pour faire venir de la main d'œuvre et la faire expulser lorsque le contrat de travail prend fin. En Guadeloupe aussi, l'immigration était gérée par le patronat. S'il y avait des grèves dans les plantations, les planteurs faisaient venir des Haïtiens... ce qui peut expliquer une certaine animosité entre les communautés. Si le contrat de travail d'un étranger était rompu par son employeur, alors il devenait expulsable. La loi permettait donc de remettre en cause la vie de gens présents depuis très longtemps... Un directeur de la préfecture de Guyane m'a ouvertement dit que la loi sur les étrangers n'était ni appliquée, ni applicable. A la demande des élus locaux, une circulaire datant du début des années 1980 suspendait d'ailleurs les dispositions de l'ordon-



Anse cafard, Martinique, Mémorial du naufrage d'un navire esclavagiste en 1830

nance de 1945 - texte régissant le droit des étrangers avant que ce soit codifié dans le CESEDA - qui étaient protectrices contre les expulsions d'étrangers. La circulaire privait notamment l'étranger en situation irrégulière d'une possibilité de recours en cas de procédure d'expulsion. Depuis, elle a été annulée par le conseil d'état sur recours du Gisti, mais les dispositions ont été reprises dans la loi et sont toujours en vigueur en Guyane et à Saint-Martin, cela illustre combien les atteintes au droit sont quasi systématiques dans les DOM.

> Comment passez-vous du droit à la santé des exilés ?

Pour des personnes exilées, la santé va avec le droit au séjour. Le droit est un instrument de santé publique. C'est lui qui fonde l'égalité contre la discrimination. Lorsque les droits sont bafoués, la médecine va souvent dans le même sens. Il faudrait que la promotion de la santé et des droits viennent des gens du cru eux-mêmes en leur donnant les moyens politiques et financiers de la mettre en œuvre. Ce n'est pas facile car c'est d'ici, de Paris, que les décisions viennent. Du coup les autochtones baissent les bras et le droit devient : « *on s'arrange entre nous* »...

> N'y a-t-il pas contradiction entre situations locales et droit universel ?

Il est difficile de sortir le droit relatif à l'immigration - et le droit en général - du contexte sociopolitique régional, et en particulier du niveau de pauvreté. La Guyane, les Antilles, comme la Réunion, constituent des îlots de prospérité et de stabilité dans les zones géographiques auxquelles ils appartiennent. Pour moi, il faut réfléchir à ce qu'est la « société » locale. Par exemple, la politique de Mayotte fait comme si l'île n'avait pas de voisins et en particulier pas les Comores. Or les gens de Mayotte et des Comores sont cousins. Ils passent d'une

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31,
78 rue du Général Leclerc,
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 38 40 - Fax 01 45 21 38 41
Mél : contact@comede.org
Site : www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Arnaud Veïsse

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO :
Catherine Donnars, Didier Maille, Didier Fassin
Estelle d'Halluin, Pascal Revault

ISSN 1959-4143



Statue de la libération de l'esclavage, don des Gualoupéens à leurs frères d'Afrique, Gorée, Sénégal

île à l'autre. Restreindre la circulation des gens est un non sens y compris familial. C'est la même chose entre la Martinique, Haïti et Sainte-Lucie or le statut d'étranger rend les relations plus que précaires et soumises au bon vouloir de l'Administration qui applique les textes de France souvent de façon fantaisiste et restrictive. Pourquoi ne pas réfléchir à une autre politique de circulation des personnes qui tienne compte de l'espace géographique et des relations privilégiées que ces pays entretiennent avec leur voisins ? On pourrait très bien imaginer des conventions régionales de circulation des personnes comportant une dimension sociale avec comme fondement les normes de l'OIT. Les travailleurs haïtiens ou d'autres nationalités en Guadeloupe, Guyane, Martinique permettraient à leur famille de bénéficier des prestations de sécurité sociale sans discrimination quel que soit le lieu de résidence de leur famille. Idem entre la Réunion, Mayotte et les Comores. Ce serait une façon intelligente de faire du développement et que les gens qui travaillent aient leurs droits.

Cela supposerait que la France accepte d'appliquer déjà les conventions qu'elle a ratifiées comme la convention 118 de l'OIT qui préconise l'accès à la sécurité sociale sans conditions de résidence. Le Brésil et le Suriname ont ratifié cette convention mais, que je sache, ce n'est pas appliqué aux ressortissants de ces pays vivant en Guyane ou même en France.

> Vous parlez de l'OIT, les conventions internationales sont-elles plus favorables aux migrants ?

Les engagements internationaux et les conventions de l'OIT ratifiés par les différents pays

sont des bases de travail. Ils ont comme fondamentement l'égalité des droits sans condition de séjour notamment. Pourquoi ne pas réfléchir, vu l'importance de certaines communautés haïtiennes, comoriennes, brésiliennes dans les DOM, à ce que pourraient être des conventions de sécurité sociale lorsqu'un travailleur ouvre des droits et sans condition de résidence qui figent les migrations ? La France n'est aujourd'hui pas prête à résoudre ce problème. Cela voudrait dire se donner les moyens de construire un droit à vocation régionale. Par exemple, cadrer la santé sur les conditions hospitalières de la France n'a pas de sens à Mayotte. On ne peut pas imposer à la communauté des Mahorais de payer comme en France alors qu'elle ne bénéficie pas de l'Aide médicale d'Etat. Une politique de santé doit s'adapter au contexte local. L'absence de réflexion sur l'identité régionale nourrit la crise sociale. C'est cela qui m'intéresse au fond. Aux Antilles, en Guyane, à la Réunion, comme ailleurs l'identité n'est pas nationale. Les habitants ont une plus grande proximité avec les pays voisins. Or la politique de visas enferme les gens, une fois arrivés, dans un statut qui fige leur situation et leurs mouvements. Les étrangers dans ces territoires n'ont ainsi pas le droit de se rendre en métropole. Si leur titre de séjour est assorti d'un droit de travail en Guadeloupe, ils ne pourront pas travailler en métropole. Le migrant perd donc sur les deux tableaux : ses relations avec son pays d'origine et avec Paris.

> Vous avez animé pour le Comede des formations sur la santé des étrangers en Guyane, qu'est-ce qui vous a marqué ?

La formation a permis de montrer les interactions entre les réseaux d'acteurs et de les aider à s'approprier les droits et les instruments de ces droits sur la circulation des personnes, ce qui est nécessaire pour promouvoir l'accès aux soins des étrangers. La distance est très grande entre le droit et la pratique... Malheureusement, on a constaté comme souvent que les formations touchent massivement les « Métro » ; mais peu les Guyanais. Ces derniers investissent d'ailleurs assez peu auprès des administrations car c'est épuisant de devoir recommencer tous les cinq ans l'apprentissage pour de nouveaux fonctionnaires qui viennent de France ! De plus, ce n'est pas eux, les Guyanais, qui ont le pouvoir. Tant que l'on n'arrivera pas à avoir un pou-

voir local plus autonome, qui imagine son bien et puisse mettre en œuvre des initiatives pour bouleverser le cadre actuel, cela n'avancera pas vraiment... Lors de la formation en Guyane, j'ai rencontré une collègue surinamienne qui travaille dans une Pass. Elle vit depuis des années en Guyane, sa fille y est scolarisée. Elle s'est beaucoup investie dans les associations, notamment de femmes et sur la culture des communautés présentes en Guyane qu'elles soient guyanaises ou d'autres origines pour mieux comprendre leurs besoins, pour les aider à l'exprimer : c'est elle et ses homologues qu'il faudrait former et pas seulement ceux qui viennent et repartent. ■

Entretien réalisé par Catherine Donnars



Le collectif « migrants outre-mer » (Mom) s'est créé en 2005, à la suite du collectif Caraïbes, avec pour objectifs de réunir les informations sur le droit des migrants adapté à l'outre-mer, de favoriser une meilleure connaissance de ce droit et des échanges entre tous les acteurs de la défense des droits des étrangers sur les terres ultramarines et de lutter pour l'égalité des droits des migrants sur l'ensemble du territoire national. En effet, au nom des spécificités des territoires de l'Outre-mer, le droit français y est partiellement adapté notamment sur les droits des étrangers.

Les douze organisations du collectifs conjuguent des expertises diverses : la situation juridique des étrangers, le droit d'asile, la protection sociale et l'accès aux soins, une vision globale des migrations dans le monde.

Les organisations animent une liste de diffusion email d'échange d'information, un site internet et s'expriment publiquement sur la situation faite aux migrants. En 2008 et 2009 la priorité a été donnée à Mayotte.

Le Collectif Mom est composé des organisations suivantes : ADDE, Aides, Anafé, CCFD, Cimade, Collectif Haïti de France, Comede, Gisti, Elena, LDH, Médecins du monde, Secours Catholique.

MOM :

<http://www.migrantsoutremer.org/>

Adresse postale :

C/o Gisti, 3 villa Marcès, 75011 Paris