

Maux d'exil

Billet

C'est quoi, « le problème » ?

Partout en France, au delà des associations spécialisées dans l'aide aux étrangers, on voit se mobiliser des acteurs de santé saisis par les difficultés grandissantes et la souffrance des exilés qu'ils rencontrent. Certaines initiatives s'appuient sur des dispositifs déjà opérationnels, comme les réseaux Respire à Strasbourg, ou Promo-soins à Toulon. D'autres sont en voie de construction, comme à Toulouse ou en Guyane.

Partout, les problèmes posés par l'accueil et les soins aux exilés sont les mêmes : accès aux soins, soutien médico-psychosocial, soutien juridique, certification médicale. En cas de difficulté de communication, le recours à un interprète professionnel est d'autant plus nécessaire que la situation est précaire. Or la précarité sociale qui affecte les exilés résulte le plus souvent de celle de leur statut administratif, conséquence directe de l'exclusion légale des étrangers.

Si, depuis 25 ans, les multiples réformes du droit d'asile et du droit au séjour n'ont pas modifié les « flux » et les « stocks » d'étrangers en France, elles ont eu pour principal résultat de transformer les réfugiés en sans-papiers. Pourtant, ces politiques d'exclusion continuent de prospérer dans un climat d'inhospitalité croissante à l'égard des exilés, dont le concept « d'immigration subie » représente la figure de proue.

La poly-amalgamie aux accents xénophobes dont on peut déplorer le développement favorise assurément la violence faite aux étrangers dans notre pays. C'est ainsi que, quand le discours public disserte du « problème posé par les immigrés » et de la « nécessaire maîtrise de l'immigration », les acteurs de la santé constatent au contraire les problèmes posés aux exilés, et la nécessité de faciliter leur insertion plutôt que de la compliquer.

Arnaud Veïsse
Directeur du Comede

DOSSIER : MOBILISATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ EN FAVEUR DES EXILÉS

En région
Alsace

Parole sans frontière et le réseau Respire à Strasbourg

Bertrand Piret

Psychiatre, Psychanalyste, Président de Parole sans frontière



Vue panoramique de Strasbourg

L'accueil et la prise en charge psychologique et psychiatrique des demandeurs d'asile et des réfugiés sur Strasbourg et le département du Bas-Rhin s'inscrivent dans un dispositif plus large qui ne leur est pas spécifique. La première étape de ce dispositif a été la création en 1990 d'une "Consultation Polyglotte" au sein du service des Consultations Externes de la Fédération de Psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (H.U.S.), destinée à accueillir dans leur langue les populations étrangères ou d'origine étrangère de la région. Ce service de consultations externes était à l'époque dirigé par le professeur

Lucien Israël qui nous a apporté son soutien. Nous avons en outre bénéficié de la présence à Strasbourg de l'association Migrations-santé Alsace, active depuis les années 70 dans le domaine de l'interprétariat médico-social. Si des interventions ponctuelles d'interprétariat étaient auparavant possibles et réalisées dans les services publics de psychiatrie, elles restaient épisodiques et ne débouchaient pas sur des suivis à moyen ou long terme en langue maternelle. La consultation polyglotte a systématisé l'offre de parole en langue maternelle, avec des effets immédiats et spectaculaires au niveau de l'adhésion des patients aux

SOMMAIRE
DECEMBRE
2005

NUMÉRO 13

P1 > PAROLE SANS FRONTIÈRE ET LE RÉSEAU RESPIRE À STRASBOURG
P4 > PROMO-SOINS ET LE SICHEM À TOULON P5 > RENCONTRES AUTOUR
DE LA SANTÉ DES MIGRANTS/ÉTRANGERS À TOULOUSE
P7 > UN RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE EN COURS DE
STRUCTURATION EN GUYANE.

En région Alsace | suite

traitements et au travail psychothérapique. Notre objectif était en outre de démontrer qu'il était possible d'offrir une écoute orientée par les principes de la psychanalyse, conformément à la formation et à l'orientation de l'école psychiatrique strasbourgeoise, même dans ce dispositif particulier qui fait intervenir un interprète comme troisième terme de la relation thérapeutique. Peut-être à cause de l'orientation psychanalytique spécifique de Strasbourg, peut-être aussi à cause des meurtrissures identitaires propres à l'histoire de la région (qui peut rendre méfiant vis-à-vis de toute assignation identitaire), peut-être aussi à cause du bilinguisme très présent en Alsace, les thèses ethnopsychiatriques n'ont jamais constitué un préalable nécessaire à la mise en place de nos activités cliniques¹. Par contre, un important travail de sensibilisation et de formation a été assuré à travers l'association *Parole sans frontière*, créée en même temps que la Consultation Polyglotte.

> De la Consultation Polyglotte au réseau Respire

Des séminaires ouverts à tous les professionnels impliqués dans le travail avec les migrants se sont déroulés dès 1990, des enseignements ont été assurés auprès des internes en psychiatrie et dans différentes écoles de travailleurs sociaux et d'autres professionnels. Il s'agissait de sensibiliser les professionnels du travail social comme les psychologues et les médecins aux obstacles spécifiques qui entravent l'accès aux soins des populations migrantes : obstacle de la langue, précarité socio-économique, statut, conséquences psychiques du déplacement et de l'exil, particularités culturelles, etc.² Un partenariat s'est spontanément et rapidement développé avec les associations en charge de l'accueil et de l'hébergement des demandeurs d'asile, comme avec les services sociaux susceptibles de repérer des difficultés psychologiques chez les familles migrantes, ainsi qu'avec de nombreuses autres structures sur la région. Un réseau informel s'est ainsi mis en place. Dix ans plus tard, en 2000, il nous est apparu nécessaire de modifier le dispositif existant. La Consultation Polyglotte était progressivement perçue comme un lieu de « sur-spécialisation », animée par des « spécialistes des étrangers ». Certains commençaient - parfois des collègues

- à nous adresser des patients en raison de notre spécialisation plutôt que de tenter de les prendre en charge eux-mêmes. Cette tendance allait résolument contre notre objectif d'éviter une discrimination des patients et de favoriser une intégration dans le « droit commun ». En outre, les demandes de consultation et de suivi dépassaient largement les capacités de la consultation, et il s'avérait nécessaire de relancer une meilleure coordination avec les services sociaux et les autres partenaires. Pour toutes ces raisons, nous avons décidé de mettre en place de manière plus structurée un fonctionnement en réseau susceptible d'impliquer, au-delà de la consultation polyglotte de Strasbourg, d'une part l'ensemble des collègues travaillant dans des secteurs de psychiatrie publique du département, et d'autre part les collectivités locales et territoriales. C'est ainsi qu'est né le réseau Respire (RESeau d'accueil Psychologique des familles Immigrées et REfugiées).

Un poste de psychologue coordinateur du réseau a été créé, dont la tâche est de centraliser les demandes émanant des partenaires du département (travailleurs sociaux, personnels des foyers d'hébergement, membres salariés ou bénévoles des associations, médecins généralistes ou spécialistes en difficulté par rapport à un patient ou une famille migrante, etc.), de pratiquer un bilan qui débouche sur une orientation adaptée de la personne ou de la famille vers l'un des partenaires du réseau (thérapeute psychiatre ou psychologue, travailleur social, médecine légale, médecin généraliste, Permanence d'Accès aux Soins de Santé, etc.). La tâche de la coordinatrice est également de fournir des avis, des conseils, une écoute auprès des professionnels, qui peuvent se formaliser en appuis techniques ponctuels ou en formations planifiées.

L'intérêt évident du dispositif en réseau est d'impliquer un grand nombre de collègues thérapeutes répartis sur tout le territoire du département, sans considération d'éventuelles spécialisations, et qui s'appuie sur les services de « droit commun » sans nécessiter la création de structures nouvelles. L'offre de soins est ainsi grandement améliorée en termes quantitatifs. Selon le désir et l'investissement de tel ou tel collègue ou équipe, certaines structures (tel centre médico-psychologique, tel hôpital de jour, etc.) sont progressivement repérés par les usagers eux-mêmes (les migrants et réfugiés, et les professionnels qui s'en occupent) comme des lieux où l'on peut parler sa langue et les demandes

de consultation y sont directement adressées, sans plus passer par la coordinatrice du réseau. En chiffres, si la Consultation Polyglotte des H.U.S. continue à assurer de manière stable environ 2000 consultations par an, le nombre de consultations avec interprète assurées au sein des autres secteurs de psychiatrie du département est croissante, comme en atteste le quasi-doublement annuel des heures d'interprétariat assurées par Migrations santé Alsace depuis 2000.

Le fonctionnement du dispositif en réseau fait le pari que la rencontre clinique effective avec des patients d'origine étrangère est seule susceptible de sensibiliser et d'ouvrir chaque praticien aux nombreuses questions que ne manquent pas de poser ce type de pratique : le travail avec interprète, la prise en compte de l'expérience de l'exil, l'attention à la dimension traumatique (notamment pour certains demandeurs d'asile victimes de sévices et tortures), la prise en compte de la différence culturelle. C'est ce qui se passe la plupart du temps et nombreux sont les collègues qui témoignent de l'enrichissement de leur pratique et des enseignements que leur apporte ces nouvelles rencontres. Mais il arrive aussi que les habitudes de prise en charge des grandes pathologies psychiatriques par le secteur se révèlent peu adaptées ou peu sensibles aux particularités de cette population de migrants, réfugiés ou de demandeurs d'asile. Certaines spécificités, comme les séquelles traumatiques de torture ou certaines particularités culturelles mériteraient peut-être parfois un cadre plus spécifique. Le mode de fonctionnement du réseau Respire implique une absence de contrôle sur le travail des uns et des autres au bénéfice d'une confiance dans la mobilisation du désir de chacun. Les limites du travail sont donc aussi les limites du désir et de l'investissement de chacun dans cette activité...

Un facteur relativement nouveau est venu compliquer pour chacun le travail. L'autorisation de séjour au titre de la maladie³, introduite dans la loi de 1998, et devenue aux yeux de nombreux étrangers la dernière voie de recours pour tenter de rester en France, lorsque les autres voies ont échoué. Cette situation induit un biais considérable dans les demandes de consultation. Il nous incombe de faire la part délicate entre le désarroi psychologique induit par la situation d'impasse dans laquelle se trouvent les étrangers en situation irrégulière et les véritables pathologies psychiatriques qui seules peuvent relever

travail, hébergement précaire...). Après les papiers, il reste la réalité de la discrimination, les marques de l'exil qu'il faut porter en silence.

Les acteurs de la santé savent pertinemment que soigner ou guérir une affection d'un exilé peut très vite devenir très complexe et dépasser largement leur champ de compétence. Ils sont immédiatement confrontés à la situation globale de la personne sur le plan physique, mental et social ; au contexte local (réponse des institutions, réseau associatif), et au droit national. Ils sont aussi confronté au poids de ce que vit l'exilé et à la différence culturelle : quand certains exilés « trichent » ou « abusent », on peut se sentir flouer... sauf si on comprend que l'exilé est en situation de « survie ». Il est donc important qu'ils élargissent leur connaissance mais qu'ils puissent rester « impartiaux » dans l'exercice de leur art : rien ne devrait les soustraire à leur devoir de diagnostic et de prescription.

La loi créant les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) n'est pas appliquée de manière uniforme : ces dispositifs d'accès aux soins pour les plus démunis devraient exister dans chaque hôpital. Ce n'est pas vraiment le cas, et lorsqu'ils existent, ils apportent rarement l'ensemble des prestations prévues par la loi. A Toulon, la PASS est portée par des assistantes sociales, et seulement lorsqu'il y a urgence médicale ; à Fréjus, elle repose sur un médecin généraliste avec des contraintes budgétaires qui l'obligent à des arbitrages difficiles. S'agissant de l'accès aux cartes de séjour pour raison médicale, le constat est identique à celui du Comede : pour une même pathologie, les taux d'obtention ont considérablement baissé en quelques années ; et d'un Médecin inspecteur de santé publique

à l'autre, les appréciations sont fort différentes. Les transformations fréquentes des lois sur l'asile, l'immigration et l'Aide médicale influencent fortement l'accès aux soins des exilés. Cet effet est d'autant plus ressenti que ces lois sont mal connues des institutions et surtout appliquées de manière très différente suivant les territoires. A cela s'ajoute la pression d'une opinion publique, et, très concrètement, les convictions de la personne qui est derrière son guichet...

> Le mouvement associatif et l'accueil de l'étranger

La notion d'espace-temps se vit aussi par la couverture territoriale des associations qui aident l'exilé, par la fragilité de ces structures soumises aux fluctuations des subventions. Ils recueillent les fruits des dispositifs légaux mal appliqués, des fonctionnaires récalcitrants, des personnes « en dehors des lois ». Ils se trouvent confrontés à des situations très graves et sont souvent débordés de travail. Ils souffrent aussi du poids de l'opinion publique qui ne comprend pas ou qui insinue des doutes dans les valeurs qu'ils portent. S'impliquer dans la santé des exilés c'est aussi vouloir mieux comprendre, s'intéresser et vouloir aller vers une vraie rencontre, au delà d'un service rendu. Le Sichem propose ainsi chaque année la « fête d'ici et d'ailleurs » qui regroupe les associations locales. Sur Marseille, le RRR mobilise les associations autour de la semaine du droit d'asile en janvier. Les formations sont aussi largement développées et soutenue par le RRR, la Cimade et le Secours Catholique.

Ces événements, à l'instar du témoignage ci-dessous, sont là pour montrer combien cet



LIVRET DE SANTÉ BILINGUE

UN LIVRET DE SANTÉ EN 23 LANGUES POUR MIEUX INFORMER ET MIEUX COMMUNIQUER AVEC LES PERSONNES MIGRANTES

Fondé sur l'expérience des associations d'aide aux étrangers (Comede, Cimade, Médecins du Monde, Secours catholique) et des institutions de la santé publique (DGS, Inpes, Cnamts, Anaem, DPM), ce livret de santé est destiné à être diffusé auprès des migrants/étrangers en situation précaire par les professionnels de santé et du social intervenant pour leur prise en charge.

Il s'agit à la fois d'un document d'information sur les principales questions liées à la santé, et d'un carnet de liaison permettant d'améliorer la coordination de l'aide apportée par les différents intervenants. Les informations traitées concernent les questions d'accès aux soins, de prévention médicale, et de démarches administratives. Le livret propose en outre des informations pratiques pour faciliter les démarches de soins.

Document disponible prochainement sur simple demande auprès de l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

étranger venu d'ailleurs est un être humain à part entière, fort d'une capacité de résistance et d'adaptation remarquable, et riche d'une culture qu'il souffre d'avoir dû abandonner. En partageant sur le sens et les valeurs de l'accueil de l'étranger, il sera possible de se conforter dans l'importance de cet accueil ; de se mobiliser ensemble pour proposer ces valeurs à la société et les faire comprendre. En PACA où la question des étrangers est plus particulièrement sensible, cet enjeu est d'importance : les associations doivent lui donner des moyens plus conséquents !

Ces rencontres ont lancé une dynamique : le Guide Comede a été commandé par chacun des participants ; les absents regrettent de ne pas avoir pu être présents ; les présents attendent de remettre cela. Grâce au soutien du Comede, la région va pouvoir profiter d'un répertoire PACA du Guide qu'elle va élaborer... Ce sera l'occasion d'approfondir les liens, d'en créer de nouveaux et de constituer un véritable réseau pour promouvoir la santé des exilés. ■

TÉMOIGNAGE DE KHEIRA KADA, ALGÉRIENNE, 38 ANS.

Il y a 16 ans, Kheira a soudainement souffert d'une pelade décalvante totale. Elle dresse un état des lieux où tout se mêle pour expliquer cette soudaine chute de cheveux, entre sa situation de femme en Algérie soumise aux pressions de la famille, au mariage forcé, à l'absence d'un traitement approprié (médicaments, suivi dans le temps). Si aujourd'hui elle peut prendre la parole, et retirer sa prothèse devant les 40 participants aux rencontres, pour montrer la repousse partielle de cheveux (occipitale et temporale), c'est qu'elle s'est appuyée sur une volonté de fer combinée à l'accueil attentif de ses souffrances par les différents acteurs du Sichem, notamment Promo-Soins où elle est suivie régulièrement par un dermatologue et une psychologue. En Algérie, « J'étais complètement renfermée sur moi-même ; personne ne croyait que j'arriverai à partir pour fuir et trouver enfin des soins. En France, elle a d'abord essuyé les critiques : « Rentrez chez vous, ce n'est pas à nous de financer vos soins, la France n'est pas une poubelle ». Pour elle, ce témoignage lors des rencontres, « C'était mon occasion, sinon je ne serai jamais entendue ; psychologiquement j'ai senti un apaisement. J'attends la réponse du tribunal ; c'est très long d'attendre ; 4 ans sans rien faire, à perdre son temps ».

En région
Midi-
Pyrénées

Rencontres autour de la santé des migrants/étrangers à Toulouse

Pascale Estecahandy

Coordinatrice du Réseau Ville Hôpital Santé précarité
Membre du Conseil d'administration de Médecins du monde

Le 5 juillet 2005 a eu lieu à Toulouse une journée d'étude sur la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants et étrangers en situation précaire. Ce temps de rencontre a permis de confronter nos pratiques et d'échanger nos expériences tant au niveau local que national grâce à la présence du Comede qui nous apporta un regard plus global sur cette problématique. La présence de plus de 150 personnes témoigne de l'intérêt pour ce thème. Cette journée a été organisée par trois réseaux toulousains, le Réseau de lutte contre les exclusions porté par la CPAM, la FNARS Midi-pyrénées et le Réseau santé précarité porté par le CHU de Toulouse. Il s'agissait donc bien de croiser les regards médicaux et sociaux, et d'y intégrer les spécificités de l'exil pour dégager les points forts, les difficultés, voire les manques dans notre région.

> Contexte régional et départemental

La région Midi-pyrénées est une région de contraste, elle connaît une croissance démographique forte ces dernières années, cette évolution étant due essentiellement aux apports migratoires en provenance d'autres régions ou de l'étranger. Un des points de tension majeure est la situation de l'hébergement, puisque la Haute-Garonne est le département le moins doté de France en matière de logement social. Ce problème touche plus particulièrement la population précaire et immigrée. La région historiquement agricole s'est industrialisée récemment, le taux de chômage est proche de la moyenne nationale, mais là encore, les personnes étrangères ou issues de l'immigration sont les plus fortement touchées par ce phénomène. La région frontalière de l'Espagne a surtout accueilli des immigrés issus de l'Europe du Sud, puis plus récemment du Maghreb, d'Afrique subsaharienne, d'Europe de l'Est, d'ex-URSS et du Proche-Orient.

Selon le recensement de 1999, 173 600 immigrés résidaient en Midi-Pyrénées, ils représentent 6,8% de la population totale, soit légèrement moins que la moyenne nationale (7,4%). En 30 ans, la part de cette population est restée stable. La présence étrangère dans la région peut être qualifiée de relativement faible car elle correspond à 3,9% de la population totale de la région (4,6% pour le département de Haute-Garonne, 5,6% pour la France entière). La population primo-arrivante en 2002 est estimée à environ 6500 personnes, dont 3294 à titre permanent, principalement au titre du regroupement familial (72%), les autres motifs étant plus rares (5,5% travailleurs, 7,4% réfugiés, 15% autres motifs « Vie privée et familiale »), et 3247 à titre temporaire. A ces chiffres s'ajoutent ceux des demandeurs d'asile (1300 nouvelles demandes en 2004) et des déboutés et sans-papiers.

Lors de notre journée de travail nous avons évoqué la problématique des migrants en situation précaire qui sont de fait regroupés sur l'agglomération toulousaine, capitale de région et l'une des rares villes du département apte à offrir un hébergement, des possibilités de travail y compris dans le cadre d'activité de subsistance, et lieu où les personnes sont à même d'entamer les démarches nécessaires à leur situation. Autour du Comede, les structures suivantes ont apporté leurs expériences : la Fnars Midi-pyrénées et l'OMI pour les données de cadrage, le service de psychiatrie du CHU et du CHS Marchant, la PASS du CHU, Médecins du monde, le SSAE, le service social du CHU, l'association CCPS, le service d'interprétariat du CHU et le Réseau de lutte contre les exclusions a présenté les outils d'orientation disponibles sur Toulouse.

> Les constats des acteurs de terrain

La souffrance qui traverse les histoires de vie des migrants est permanente. Les intervenants

LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE DES MIGRANTS ET ÉTRANGERS EN SITUATION PRÉCAIRE.

Rencontre du 5 juillet 2005 dans l'Amphithéâtre de la CPAM de Toulouse.

ORGANISATEURS :

- > Pascale Estecahandy, Coordinatrice du Réseau santé précarité et Administrateur de Médecins du monde chargée des missions en France ;
- > Jean-Yves Fatras, Directeur du Centre d'examen de santé de la CPAM et Président du Comede ;
- > Camille Fremolle, Coordinatrice du Réseau de lutte contre les exclusions de la CPAM de la Haute-Garonne ;
- > Bruno Garcia, Délégué Régional de la La FNARS Midi-Pyrénées.

sont ainsi confrontés à des demandes complexes et intriquées tant sur le plan social que médical, mais ces demandes croisent aussi les problématiques liées à l'histoire des personnes, leur parcours migratoire, la précarité de leurs conditions de vie en France, les ruptures qu'elles ont subies. Il est nécessaire pour les intervenants de mettre du sens dans la prise en charge, de se référer à un corpus éthique. L'éthique renvoie à une notion de comportement vis-à-vis de l'autre, face à l'autre, elle pose la question de notre responsabilité. Quand une institution exclut, renvoie un patient faute de protection maladie par exemple, c'est toujours une personne qui en prend la responsabilité. Les prises en charge nécessitent ainsi un travail en réseau et une réflexion associant les différents partenaires. Le problème majeur relevé par les différents intervenants est le manque de structures

En région Midi-Pyrénées

suite

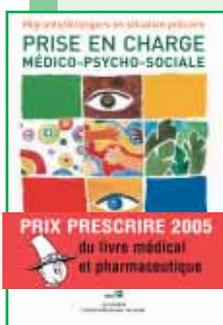
d'hébergement et d'accueil pour les populations migrantes en situation précaire. Ce déficit est bien sûr lié à la situation du logement social dans la région. Ainsi les conditions de vie des personnes sont déplorables, hébergement d'urgence pour la nuit, squat, rue, l'errance dans la rue pendant la journée, et ce quelle que soit la situation de santé de la personne. La prise en charge des migrants en situation précaire requiert une connaissance et un accueil spécifique. Le droit commun n'étant pas toujours à même d'assurer ce travail, des structures intermédiaires sont nécessaires. Elles existent sur Toulouse, mais certaines sont fragilisées par des financements non pérennes, et d'autres ne couvrent pas l'ensemble des besoins.

Les structures de consultation pluridisciplinaires existant devraient être renforcées et

consolidées financièrement. Malgré l'importance de leur file active, elles ne peuvent répondre à toutes les demandes. Elles ne sont pas suffisamment connues et ne peuvent pas toujours adresser vers les structures de droit commun faute de protection sociale des personnes ou de barrières liées à la langue. De même, les structures de soins psychologiques adaptées qui existent doivent être renforcées et mieux connues. Les acteurs présents notent tous l'importance des services d'interprétariat afin d'avoir une meilleure qualité de prise en charge des migrants en particulier dans les services hospitaliers. Ce qui existe actuellement est pertinent, il faut là encore en renforcer les moyens et diffuser l'information.

Un effort important de formation et d'information est à faire en particulier auprès des services des urgences qui sont souvent les premiers interlocuteurs des populations migrantes. Un certain nombre de points d'achoppement ont été relevés quant à l'accès aux droits des personnes migrantes sur le département en particulier dans le cadre des demandes de délivrance de titre de séjour pour raison médicale. Plus récemment, il est demandé aux personnes qui se voient refuser le renouvellement de ce titre de séjour, leur pathologie étant considérée comme pouvant être prise en charge dans leur pays d'origine, d'organiser le relais thérapeutique avec leur pays d'origine... si ces demandes sont théoriquement possibles, elles ne sont pas réalistes si on se réfère à la situation très précaire des personnes et aux conditions réelles d'accès aux soins dans le pays d'origine.

Au terme de cette journée, le Collectif hébergement étrangers animé par la Fnars Midi-Pyrénées a décidé d'inclure la dimension Santé à ses travaux. Ces différentes questions appellent en effet tous les acteurs à exercer leur vigilance et poursuivre la réflexion. ■



Le Guide 2005 de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire a été récompensé du Prix Prescrire du livre médical et pharmaceutique.

La Revue Prescrire,

connue pour son indépendance et son exigence rédactionnelle, a salué dans le Guide « *Un grand service rendu aux professionnels, et donc à leurs patients* ».

Le Comede (Auteur) et l'Inpes (Editeur) se sont vus remettre le prix lors d'une chaleureuse cérémonie le 6 octobre 2005. Deux autres ouvrages ont également été récompensés par la Revue Prescrire en 2005 : *Medicines out of control ? antidepressants and the conspiracy of goodwill*, Medawar C et Hardon A, Pays-Bas 2004 ; et *La communication professionnelle en santé*, Richard C et Luissier MT, Editions ERPI, Québec 2005.

Maux d'exil - Le Comede
Hôpital de Bicêtre BP 31
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tel 01 45 21 38 40 Fax 01 45 21 38 41
Email: contact@comede.org Site www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Jean-Yves Fatras.

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Arnaud Veisse.

Ont participé à la rédaction de ce numéro :
Philip Aidan, Gabrielle Buisson-Touboul, Guy Delbecchi,
Françoise Fleury, Didier Maille.

PARIMAGE, Paris - Imprimerie GRENIER, Gentilly.

LES SERVICES DU COMEDE ☎ 01 45 21 38 40

> **CONSULTATIONS MÉDICO-PSYCHO-SOCIALES** au Centre de santé du lundi au vendredi, de 9h à 18h

> **PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DU SUIVI MÉDICAL**
☎ 01 45 21 39 59

Soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé et certification médicale pour la demande d'asile et le droit au séjour

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

Conditions d'accès aux dispositifs de soins et procédures d'obtention d'une protection maladie (sécurité sociale, CMU, AME)

> **FORMATIONS**
☎ 01 45 21 38 25

Animées par les consultants du Centre de santé, les formations proposées par le Comede portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers

> **POUR COMMANDER LE GUIDE 2005 DE PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE,**

s'adresser à l'INPES (diffusion gratuite)
Par fax au 01 49 33 23 91
Par courrier : Inpes, service diffusion,
42 bd de la Libération,
93203 Saint-Denis Cedex

> **MAUX D'EXIL**

L'abonnement est gratuit et les frais de diffusion sont pris en charge par le Comede.

Merci de nous confirmer votre souhait de continuer à recevoir *Maux d'exil* en nous adressant un mail à contact@comede.org

EN 2004, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre-hospitalo-universitaire de Bicêtre,
- Le Fonds européen pour les réfugiés,
- La Direction générale de la santé,
- La Direction de la population et des migrations,
- Le Fonds d'action sociale, d'intégration et de lutte contre les discriminations,
- La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris,
- L'Institut national de prévention, et d'éducation pour la santé,
- La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture,
- La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France,
- Le Conseil régional d'Ile-de-France,
- Sidaction, Ensemble contre le sida.

Outre-mer

Un réseau de prise en charge médico-sociale en cours de structuration en Guyane

Didier Maille

Responsable du Service social du Comede, Chargé de la formation
Membre du Gisti

Du 5 au 14 octobre, s'est déroulée à Cayenne une session de formation au droit des étrangers à l'initiative de la Direction de la santé et du développement social (DDASS-Etat). Cette formation en direction des institutionnels et des associatifs fut l'occasion de développer les liens avec le réseau médico-social de Guyane confronté aux questions de prise en charge des étrangers dans un climat social particulièrement tendu sur les questions foncières et d'immigration.

Lorsqu'ils arrivent en Guyane le 7 octobre au matin les formateurs du Gisti¹ et du Comede découvrent un spectacle désolant au quartier Cogneau-Lamirande à Matoury, la deuxième ville du département. A grand renfort de gendarmes mobiles, les bulldozers viennent de détruire 35 maisons sur ordre de la préfecture. Sans le moindre plan de relogement ou d'accompagnement social, les familles sont laissées à la rue sur les ruines de leurs maisons en dur, résultat de dix ou quinze ans de travail et d'économie. Bien que construites sans autorisation, ces maisons ne sont nullement insalubres, et pour certaines en cours de régularisation selon les termes du collectif constitué en réaction². Face aux difficultés sociales majeures que traverse la Guyane et notamment la pénurie de logement, ces destructions, en application de jugements parfois vieux de 5 ou 6 ans, laissent le sentiment cruel d'une politique sociale de « deux poids - deux mesures » dans les priorités retenues.

> Le sujet brûlant de l'immigration

En matière d'asile et d'immigration, l'actualité de cet automne est également chargée. Les déclarations du Ministre de l'Outre-mer³ en septembre 2005 ont en effet suscité une vive polémique en proposant une remise en cause du droit du sol pour l'accès à la nationalité française dans certaines collectivités d'Outre-mer³. La question de l'immigration et notamment de l'immigration dite « clandestine » est en 2005 un sujet brûlant dans l'ensemble de la zone Outre-mer⁴ et singulièrement en Guyane⁵ (voir encadré pour les chiffres de la



A Matoury, une des maisons détruites par la Préfecture
(photo : Patrick Mony du Gisti)

population en Guyane). Les refus de scolarisation des enfants de sans papiers, les difficultés d'accès aux soins, les refus d'Aide médicale Etat, les difficultés d'accès à la préfecture sont rapportés par tous les acteurs associatifs rencontrés. Par ailleurs, l'augmentation de la délinquance alimente les amalgames avec l'immigration, ce qui a conduit à de véritables débordements : cet été, un groupe d'habitants de Cayenne, dont certains forment un collectif contre l'insécurité⁶, ont purement et simple-

ment incendié un squat de ressortissants du Guyana.

C'est dans ce contexte de violence sociale que les acteurs associatifs et institutionnels du médico-social s'organisent depuis plusieurs années pour mettre en place et coordonner les actions visant une prise en charge pluridisciplinaire des personnes en difficultés et notamment des étrangers en séjour précaire. De nombreuses actions se déploient en appui ou en substitution des dispositifs de droit

1) Groupe d'information et de soutien des immigrés : www.gisti.org

2) Voir le communiqué de presse sur le site www.blada.com/boite-aux-lettres/infos-citoyennes/448.htm

3) Le droit du sol ne doit plus être un tabou, le Figaro-magazine du 17/09/2005.

4) Mme Girardin veut créer "une sorte d'insécurité pour les immigrés clandestins" », Dépêche AFP du 21/04/2005.

5) En Guyane, le dossier explosif de l'immigration clandestine, Le Monde du 20 septembre 2005.

6) « Mille lettres citoyennes contre l'insécurité, Le dossier explosif des clandestins de Guyane », chronique RFI du 22 septembre 2005.

Outre-mer

suite

commun : hébergement d'urgence avec le Samu social, premier accueil des demandeurs d'asile notamment autour du Secours Catholique, scolarisation des enfants refusés parce que leurs parents n'ont pas de titre de séjour autour du « collectif pour la scolarisation », intervention au Centre de rétention administrative par l'équipe locale de la Cimade⁷, ouverture d'une Consultation de Médecins du Monde, etc...

> Contre-pouvoirs démocratiques

La Direction de la santé et du développement social (DSDS) anime des réunions de coordination et propose son appui technique en vue d'améliorer l'efficacité de ces actions. C'est dans ce cadre que s'est déroulée la session de 6 journées de formation animée par le Gisti et le Comede pour un public associant des

personnels institutionnels et associatifs. Au programme : titres de séjour, droit au travail, problématique des mineurs étrangers, droit d'asile, protection sociale et introduction aux procédures administratives et aux recours. Echange toujours riche de la pratique de chacun des stagiaires, la session permet de constater une convergence profonde de la problématique guyanaise avec celle de la métropole en matière de droit des étrangers : un écart de plus en plus important entre droit et pratiques.

Malgré la spécificité importante du contexte (importance du nombre d'étrangers, défectuosité de l'état civil notamment pour les français non francophones amérindiens ou descendants des noirs marrons, frontières incontrôlables, hausse récente de la demande d'asile haïtienne...), l'accès aux droits pour les étrangers en Guyane s'appuie sur les mêmes déterminants qu'en métropole : pouvoir compter sur un réseau de professionnels associatifs et institutionnels bien informés sur l'état de la

réglementation et disposés à mettre en œuvre toutes les voies de recours pour la faire appliquer, au besoin par le contentieux. Bien évidemment, le rapport à la puissance publique se trouve là encore marqué, comme en métropole, par le sceau de la conflictualité démocratique, mais cette fois dans un espace social et géographique restreint où le face à face avec l'administration est particulièrement intense. Plus qu'ailleurs, le contexte guyanais appelle à la structuration de contre-pouvoirs démocratiques⁸ pour la défense des droits des plus précaires dont les étrangers. Le réseau médico-social en cours de structuration est de ce point de vue porteur d'espoir pour tous. ■

7) Renforcée en octobre par une session de formation spécifique animée par deux responsables de la DER au siège national de la Cimade (Défense des étrangers reconduits – Cimade www.cimade.org)

8) Voir les actions juridiques du « groupement des associations foncières de Guyane » qui associe Guyanais et étrangers pour la reconnaissance par l'Etat des occupations de terre.

LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER EN CHIFFRES

(source INSEE recensement 1999)

GUYANE



TERRITOIRE

	Guyane	Guadeloupe	Martinique	Réunion	FRANCE
Superficie (en km ²)	91 000	1 780	1 100	2 511	549 000

POPULATION

	Guyane	Guadeloupe	Martinique	Réunion	FRANCE
Nombre d'habitants	157 200	422 500	381 400	706 300	60 186 200
Densité (h / km ²)	2	248	338	282	95
Age < 20 ans	45%	33%	31%	38%	26%
Age 20-59 ans	50%	54%	54%	52%	54

SANTE

	Guyane	Guadeloupe	Martinique	Réunion	FRANCE
Espérance de vie Femmes	76,1 ans	75,9 ans	76,3 ans	78,3 ans	80,9 ans
Espérance de vie Hommes	67,2 ans	68,5 ans	71,0 ans	69,0 ans	72,7 ans
Médecins généralistes /105 h *	42	67	79	87	111
Médecins spécialistes /105 h *	22	44	43	39	87

* Densité de médecins généralistes et spécialistes libéraux

SOCIETE

	Guyane	Guadeloupe	Martinique	Réunion	FRANCE
Taux de chômage	27%	31%	29%	38%	12%
% Bénéficiaires RMI	5,3%	6,6%	7,6%	8,2%	1,9%

Les statistiques complémentaires à celles de l'Insee, réalisées par les communes depuis 1999, permettent d'estimer à 180 000 environ le nombre de personnes en Guyane, dont 46 000 étrangers en situation régulière, et plusieurs dizaines de milliers d'étrangers en séjour irrégulier. Il y a 50 ans, le département comptait à peine 25 000 habitants (moitié moins que le nombre actuel d'habitants de la ville de Cayenne).

La Guyane connaît une croissance démographique record de 3,5% par an. Plus de la moitié de la population a moins de 25 ans et la population devrait être multipliée par 2 ou 3 d'ici 10 ans. La densité globale est faible (2 h/km²), mais si l'on tient compte du fait que la population se répartit sur le littoral, soit sur seulement 10% du territoire, la densité effective y est plus proche de 19 h/km².