



ACTES

« Santé et migrants »

Formations, groupes de travail et séminaire



Guyane

Février/Mars 2010

Sommaire

Introduction.....	p. 3
Présentation des organisateurs du séminaire « Santé et migrants ».....	p. 4
Termes de référence du voyage d'étude « Migrations, tuberculose et VIH » de parlementaires (3 au 7 mars 2010, Guyane et Suriname).....	p. 5
Programme du séminaire « Santé et migrants », 4 mars 2010.....	p. 7
Introduction, Mme Hélène LAMAISSON, Directrice, GPS.....	p. 8
Ouverture du séminaire, M. José GAILLOU, Conseiller Régional, Région Guyane.....	p. 9
Interventions.....	p. 10
<i>Présentation du Comede et bilan des séjours en Guyane</i> , M. Didier MAILLE et Dr Pascal REVAULT, Comede.....	p. 10
<i>Tuberculose en Guyane française et migrations</i> , Dr Geneviève GUILLOT, Croix-Rouge Française.....	p. 14
<i>Migrants et tuberculose en Guyane</i> , Dr Nicole QUINTARD, Croix-Rouge Française.....	p. 17
<i>La co-infection TB/VIH et les enjeux du financement international</i> , M. Antonio MANGANELLA, AIDES.....	p. 20
<i>Les enjeux du plaidoyer en Guyane</i> , Dr Claire GIROU, Délégation de AIDES Guyane.....	p. 22
Restitution des groupes de travail « Santé et migrants »	p. 25
Débat.....	p. 32
Annexes	p. 47
Liste des participants au séminaire du 4 mars 2010.....	p. 48
Représentativité des participants.....	p. 53
Résultats du questionnaire d'évaluation du séminaire « Santé et migrants ».....	p. 54
Ressources (articles, outils, etc.) remis aux participants au séminaire	p. 58
Bibliographie « Santé et migrations ».....	p. 60
Propositions des groupes de travail « Santé et migrants », Cayenne et St Laurent.....	p.61
Liste des participants aux groupes de travail.....	p.68
Programme de la formation « Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire ».....	p.70
Listes des participants aux deux sessions de formation.....	p.72
Photos de la formation à Cayenne	p. 74
Photos du groupe de travail à St-Laurent.....	p. 75

Introduction

Le **séminaire sur le thème « Santé et migrants »**, qui s'est déroulé le 4 mars 2010, au Conseil Régional, à Cayenne, a été organisé en partenariat par les deux associations nationales AIDES et Comede ainsi que Guyane Promo Santé (GPS). Cette rencontre avait pour but de **permettre aux différents acteurs concernés** (associatifs, élus, institutionnels, etc.) **d'échanger autour des enjeux de la santé et des migrants en Guyane afin de renforcer les synergies dans ce domaine**. Ce séminaire a été initialement programmé dans le cadre de la venue du Comede en Guyane. Leur séjour a coïncidé avec le **voyage d'étude en Guyane et au Suriname de parlementaires français sur le thème « Migrations, tuberculose et VIH »**, organisé par AIDES et Avocats Pour la Santé dans le Monde, du 3 au 7 mars 2010. Il a ainsi été décidé de se saisir de cette opportunité pour apporter un éclairage plus précis sur les problématiques du VIH/sida et de la tuberculose.

En octobre 2008, GPS avait été partenaire du Comede pour l'organisation d'une formation sur la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire à Cayenne et à Saint Laurent du Maroni. Les deux sessions de formations, auxquelles 40 personnes ont participé, ont été suivies d'une table ronde, qui s'est tenue à Kourou. Nourri par cette expérience réussie, le Comede a souhaité renouveler cette action de formation et d'atelier d'échange.

Ainsi, **la même formation de trois jours a été reconduite en février/mars 2010 à Cayenne et St-Laurent-du-Maroni.** Animée par M. Didier MAILLE, responsable du service social et juridique, et le Dr Pascal REVAULT, médecin coordinateur, cette formation a reposé sur des apports pratiques et théoriques. Elle a également laissé une large place à l'expérience et aux savoirs des 38 participants en vue de l'élaboration d'outils utiles à leurs pratiques.

En outre, à la suite de chaque session de formation, **un temps d'échanges réunissant les acteurs formés par le Comede à la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants en 2008 et 2010**, a été proposé à St Laurent du Maroni puis à Cayenne. Ces groupes de travail « Santé et migrants » ont réuni 22 participants à St Laurent (dont 7 personnes formées en 2008) et 18 participants à Cayenne (dont 4 personnes formées en 2008). L'objectif de ces groupes de travail était de **construire un plan d'actions visant à améliorer, en Guyane, l'accès des migrants à la prévention et aux soins**. Les rapporteurs de ces groupes de travail ont restitué les propositions formulées par chaque groupe au cours du séminaire régional « Santé et migrants ».

Au regard du niveau de satisfaction des professionnels pour les sessions de formation et d'ateliers d'échanges, et du nombre de personnes ayant répondu présentes au séminaire (**106 personnes**), l'intérêt des différents acteurs autour de cette thématique est indéniable. La moitié des participants au séminaire était issue du monde associatif et les collectivités territoriales et structures hospitalières étaient bien représentées. Près de 90% des personnes ayant répondu au questionnaire d'évaluation indique que le thème « santé et migrants » est une priorité pour leur structure et souhaite qu'une suite soit donnée. GPS propose son appui aux acteurs pour apporter des réponses concrètes aux besoins des migrants en termes **d'accès à la prévention et aux soins**. Nous espérons vivement que la problématique de la santé et des migrants pourra ainsi constituer un axe fort du développement de la promotion de la santé et plus généralement des politiques de santé publique en Guyane.

Enfin, nous tenons à remercier chaleureusement l'ensemble des intervenants pour leur implication, nos membres et partenaires (CHOG, MGEN, et Conseil Régional) qui ont gracieusement mis à disposition leurs salles, et, enfin, les participants qui ont apporté leur importante contribution à ces réflexions.

Les propos exprimés au cours du séminaire n'engagent que leurs auteurs.

Présentation des organisateurs du séminaire « Santé et migrants »

AIDES

AIDES est une association nationale, créée en 1984, par des personnes touchées par le virus du sida. Elle développe des missions complémentaires : le soutien aux personnes touchées par le VIH/sida, les hépatites B et C ainsi que leur entourage ; la prévention et l'information sur le sida et les hépatites (auprès des populations vulnérables face aux contaminations et du grand public) ; la défense du droit des personnes et le combat contre l'exclusion ; le plaidoyer auprès des pouvoirs publics pour faire évoluer la législation et le système de santé ; et la mobilisation pour que le sida et les hépatites restent une priorité de santé publique. Servir de laboratoire d'idées, développer des projets pilotes, mener des actions innovantes en matière de réduction des risques de contamination est également au cœur des missions.

Concrètement, la rencontre en Guyane de personnes touchées par les VIH et de personnes du monde médico-social a permis la naissance de la Délégation d'AIDES à St-Laurent-du-Maroni en 2005 ; aujourd'hui, une équipe d'une dizaine de personnes avec trois salariés se mobilise au quotidien. Ce sont ces militants qui animent l'équipe.

Le Comité médical pour les exilés (Comede)

Le Comede a été créé en 1979 par la Cimade, Amnesty international et le Groupe accueil solidarité pour promouvoir la santé des exilés en France. Les activités du Centre de santé, de l'Espace Santé Droit et du Centre-ressources sont indissociables pour répondre aux objectifs de l'association : assurer une prise en charge médicale, sociale et psychologique des exilés dans les cas où elle est inexistante ou inadéquate et d'agir en faveur de celle-ci ; participer à la réflexion et à la mise en œuvre d'actions permettant d'améliorer l'insertion des exilés dans le pays d'accueil ou de les aider à envisager leur retour librement consenti au pays d'origine ; porter témoignage sur leur situation dans les limites du secret professionnel ; et gérer toute structure ou établissement dont l'activité est en rapport avec les buts de l'association.

Structure de « praticiens » confrontée quotidiennement aux difficultés d'accès aux soins et d'accompagnement des populations étrangères en grande vulnérabilité, l'association travaille en partenariat avec les acteurs professionnels et associatifs de la santé, de l'action sociale, du droit et de l'administration. Le Comede a accueilli plus de 90 000 patients de 130 nationalités, et assuré des services spécialisés en matière de prévention et de soins, de bilan de santé, d'accès aux soins, d'expertise médico-juridique et de formation professionnelle.

Guyane Promo Santé (GPS)

Créée en 2007, l'association Guyane Promo Santé (GPS) est un centre de ressources, qui porte le pôle régional en éducation et promotion de la santé de Guyane. Réunissant 35 associations, 6 institutions membres de droit (voix consultative) et 9 personnes physiques, l'association vise à être un acteur de la politique de promotion et d'éducation à la santé par et pour les professionnels du secteur sanitaire et social et de tout acteur assurant une action de prévention et d'éducation à la santé.

Pour cela, elle met en œuvre un centre de ressources support à toute action de promotion de la santé en Guyane. Ce centre organise des formations, favorise la mise en réseau des acteurs, et développe des actions de communication. Parallèlement, un appui méthodologique est proposé aux acteurs pour concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer leurs actions. Enfin, des ressources documentaires sont diffusées à ces acteurs œuvrant sur l'ensemble du territoire.

Termes de référence du voyage d'étude « Migrations, tuberculose et VIH » de parlementaires (3 au 7 mars 2010, Guyane et Suriname)

Les associations françaises AIDES et Avocats pour la Santé dans le Monde sont engagées actuellement dans un projet dénommé ACTION (Advocacy to Control Tuberculosis Internationally – Plaidoyer pour la lutte contre la tuberculose au plan international).

Ce projet est un partenariat international de militants œuvrant en vue de mobiliser des ressources pour traiter et prévenir la propagation de la tuberculose (TB), maladie mondiale qui tue une personne toutes les 20 secondes.

Depuis ses débuts en 2004, les partenaires d'ACTION travaillent dans les pays donateurs et dans les pays à forte incidence de tuberculose afin d'accroître les ressources financières et de surmonter les principales contraintes politiques à l'expansion de traitements efficaces contre la tuberculose.

Dans ce cadre, nous visons également à sensibiliser les pays donateurs et leurs instances décisionnaires à la problématique de la co-infection tuberculose/VIH et à la question des multi-résistances.

Contexte de la visite

En France, bien que les dernières données épidémiologiques placent l'Hexagone comme un pays à faible incidence de tuberculose, avec un nombre de cas inférieur à 10 pour 100 000 habitants en moyenne, la situation demeure inquiétante dans certains départements où l'incidence est beaucoup plus élevée en raison de la part importante de populations vulnérables¹. C'est le cas de la Guyane, où le nombre de cas déclarés en 2007 dépasse les 23 sur 100.000 habitants², ou encore de l'Île de France qui totalise 40% des cas déclarés en France.

Pour comprendre le risque sanitaire posé par la tuberculose en France, il est essentiel d'avoir une vision plus globale de cette pandémie, qui tue encore 2 millions de personnes dans le monde, en abordant les défis posés par la recrudescence des cas dans les pays pauvres ; recrudescence alimentée par l'ampleur de l'épidémie du VIH, et par le développement de formes pharmaco-résistantes de la maladie.

Ainsi, en 2009, nous avons organisé une visite de parlementaires au Burkina Faso qui a réuni 4 députés et 1 conseiller régional. Cette visite nous a permis d'observer et mieux comprendre le travail effectué par le programme national de lutte contre la tuberculose et les associations communautaires grâce en particulier aux ressources allouées par le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Tous les frais de voyage et de séjour des participants sont pris en charge par les organisateurs.

Objet

Cette année, nous avons souhaité organiser cette visite de terrain, en Guyane française, pour étudier la réponse nationale face à cette maladie de la pauvreté.

1 Les personnes sans domicile fixe, en situation de précarité, les personnes originaires de pays de forte incidence et les personnes détenues en milieu pénitentiaire sont parmi les plus atteintes du fait de leurs conditions de vie (habitat précaire ou surpeuplé) de même que les sujets âgés (infectés à une époque où l'incidence de la tuberculose était élevée en France).

2 http://www.invs.sante.fr/beh/2009/12_13/beh_12_13_2009.pdf

Cette visite, destinée aux parlementaires français, se déroulera sur 4 jours, **du 3 au 7 mars 2010**, et permettra à chacun de mieux comprendre les enjeux de la lutte contre la tuberculose et de la co-infection TB/VIH en Guyane et plus globalement, notamment en rencontrant des acteurs socio-sanitaires œuvrant sur le terrain mais aussi des patients, et en apportant un éclairage sur la question de la lutte antituberculeuse chez les migrants.

Programme

- Mercredi 3 mars : arrivée à Cayenne
Rencontre avec la DSDS, le COREVIH et l'ARH
- Jeudi 4 Mars : Cayenne
Visite du CASO de MDM et du LAT de la Croix Rouge
Séminaire « Santé et Migrants », Guyane Promo Santé, Comede, AIDES
- Vendredi 5 mars : St Laurent du Maroni et Albina (Suriname)
Rencontre avec des anciens malades
Visite du dispensaire d'Albina (Suriname)
Visite d'un centre de prise en charge à Albina
Rencontre récipiendaires Fonds Mondial au Suriname (Ministère de la Santé)
- Samedi 6 Mars : Apatou et Saint-Laurent-du-Maroni
Visite du village d'Apatou
Rencontre avec le personnel de santé
Visite de l'hôpital
- Dimanche 7 mars : Cayenne
Visite du centre pénitentiaire et du Centre de rétention administrative (CRA)
Visite du quartier brésilien
Débriefing et départ le soir

Participants

Elus :

- M. Jean-Paul Bacquet, Député de Puy-de-Dôme, Membre de la Commission des Affaires Etrangères
- M. Jean-Louis Christ, Député du Haut-Rhin, Membre de la Commission des Affaires Etrangères
- Mme Catherine Coutelle, Députée de la Vienne, Membre de la Commission des Affaires Economiques, de l'Environnement et du Territoire
- Mme Jacqueline Fraysse, Députée de Hauts de Seine, Secrétaire de la Commission des Affaires Sociales
- Mme Henriette Martinez, Députée de Hautes-Alpes, Membre de la Commission des Affaires Etrangères

Accompagnants : M. Antonio Manganella et Mme Francesca Belli, AIDES ; M. Patrick Bertrand et Mme Charlotte Goyon, Avocats Pour la Santé dans le Monde

Programme du séminaire « Santé et migrants », 4 mars 2010

INTERVENTIONS

M. José GAILLOU, Conseiller Régional

Allocution d'ouverture

M. Didier MAILLE, Responsable du service social et juridique, et Dr Pascal REVAULT, Médecin coordinateur, Comede

Présentation du Comede et bilan des séjours en Guyane (2008 et 2010)

M. Antonio MANGANELLA, Chargé de Mission Plaidoyer International, AIDES

La lutte contre la tuberculose et le VIH sur le plan international et en Guyane

Mme Claire GIROU, Présidente de la délégation Guyane, AIDES

Les enjeux du plaidoyer en Guyane

Dr Geneviève GUILLOT, Médecin Pneumologue, attachée à la Croix-Rouge Française

Tuberculose en Guyane française et migrations

Dr Nicole QUINTARD, Médecin, Croix-Rouge Française

Migrants et tuberculose en Guyane

Mme Joanne MASSEMIN, Mme Julie-Anne MELLARD, Mme Julie COGNET et Mme Cindy MERTODIKROMO, Rapporteurs des groupes de travail

Restitution des propositions des participants aux groupes de travail « Santé et migrants » de St-Laurent-du-Maroni et Cayenne

DEBAT

M. François REZKI, Président de GPS

Clôture

Le séminaire sera suivi à 18h00 d'un buffet apéritif.

Lieu :

Conseil Régional de Guyane – Salle des délibérations
Cité administrative régionale
4179, route de Montabo, 97300 Cayenne

Date :

Jeudi 4 mars 2010
de 15h00 à 18h00

Introduction

Mme Hélène LAMAISSON, Directrice, GPS

Mesdames et Messieurs les Elus et leurs représentants,

Mesdames et Messieurs,

Je vous souhaite la bienvenue à ce séminaire « Santé et migrants en Guyane », au nom des trois associations organisatrices de ce séminaire : AIDES, le Comité médical pour les exilés (Comede) et Guyane Promo Santé (GPS).

L'objectif de ce séminaire est de permettre aux différents acteurs concernés d'échanger autour des enjeux de la santé et des migrants en Guyane afin de renforcer les synergies dans ce domaine.

GPS, représenté à la tribune par son président M. François REZKI, est un centre de ressources en éducation et promotion de la santé avec des activités documentaires, de conseil méthodologique, de formations et d'ateliers d'échanges entre acteurs.

Le Comede, représenté ici par M. Didier MAILLE et le Docteur Pascal REVAULT, anime depuis plus de 30 ans un centre de santé en région parisienne et est confronté quotidiennement aux difficultés d'accès aux soins et d'accompagnement des populations étrangères en grande vulnérabilité. En 2008, le Comede et GPS se sont associés pour organiser une formation sur la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire, à Cayenne et à Saint Laurent suivie d'une table ronde organisée à Kourou. La même formation vient d'être reconduite à Cayenne et St-Laurent, suivie de temps d'échanges avec des personnes formées il y a deux ans. Les travaux de ces groupes seront restitués aujourd'hui.

AIDES est une association nationale créée en 1984 par des personnes touchées par le virus du sida. Elle développe des missions de prévention, de soutien et de défense du droit des personnes.

Avec nous, à la tribune, M. Antonio MANGANELLA, chargé de mission plaidoyer international au siège de AIDES. Il accompagne des parlementaires français dans le cadre d'un voyage d'étude en Guyane et au Suriname sur le thème « Migrations, tuberculose et VIH ».

A la tribune également, le Dr Claire GIROU, présidente de la délégation de AIDES St Laurent, le Dr Geneviève GUILLOT, médecin pneumologue attachée à la Croix Rouge française et le Dr Nicole QUINTARD, médecin à la Croix Rouge, en Guyane, chargées de la lutte anti tuberculose.

Le programme vous a été distribué à l'entrée avec d'autres documents. L'ordre des interventions a été légèrement modifié par rapport au programme que vous avez reçu par mail.

Je tiens enfin à remercier le Conseil Régional pour avoir une nouvelle fois accepté de mettre à disposition leur salle des délibérations et je laisse la parole au représentant de Monsieur le Président du Conseil Régional, M. José GAILLOU.



Ouverture du séminaire

M. José GAILLOU, Conseiller Régional, Région Guyane

Merci Mesdames Messieurs les Parlementaires, Mesdames, Messieurs.

Bienvenue en Guyane. J'espère que ce séminaire vous permettra d'appréhender les difficultés que nous avons sur ce territoire en matière de santé et de prévention, également par rapport aux flux migratoires, je voudrais juste excuser le Président Antoine KARAM, qui n'a pu être présent cette après-midi et notre collègue élue déléguée également. Donc au pied levé, je vous accueille ici dans notre salle de délibérations. J'espère que vos travaux seront fructueux.

Dans le civil, je suis aussi cadre de santé à la Croix Rouge donc je connais très bien ces problèmes que vous allez évoqués sinon vous dire que, dans ce territoire de la Guyane où il y a beaucoup de choses à faire, nous avons quand même un souci sur la prévention qui est important par rapport au territoire de France hexagonale où le curatif semble beaucoup plus important que la prévention. En Guyane, il y a de grosses difficultés sur ce territoire quand on a une population aussi jeune, aussi vite déscolarisée, la prévention doit devenir une priorité. On dit souvent qu'on a des records en Guyane. On a souvent montré du doigt la Guyane comme un territoire où il y a le plus de VIH/sida par rapport aux autres territoires de France. Il y a beaucoup d'efforts qui sont faits mais pas suffisamment. Et là, il y a un gros travail à faire, notamment sur la co-infection.

Et nous sommes un territoire qui appelle aussi les étrangers puisque nous avons de quatre à dix fois un niveau de vie plus élevé qu'à côté [pays frontaliers], avec un système de santé qui est quand même performant, malgré les déficits ou déficiences que je mets en avant. Donc il est tout à fait normal d'accueillir aussi sur ce territoire guyanais des gens qui ont besoin de santé, des gens qui ont besoin de travailler et qui viennent sur ce territoire. Donc si nous arrivons à trouver, je dirai un mixte, entre ce qu'on pourrait faire avec les pays voisins, qu'il s'agisse du Brésil ou du Suriname, et trouver des solutions aussi avec des acteurs que je veux saluer ici, qui tous les jours, au quotidien, se battent pour rendre le séjour de ces étrangers meilleur et essayer de les accompagner dans des démarches. Je pense qu'on fera un grand pas car en matière de santé, à mon avis, il n'y a pas de frontières, il faut accueillir tout le monde, soigner tout le monde, et, en Guyane, nous avons besoin aussi de ces associations. Tout comme nous avons besoin de moyens, et puis je dirai aussi, au niveau des parlementaires, nous avons besoin que les lois soient adaptées pour que nous puissions prendre en charge ces personnes qui arrivent souvent chez nous en grande détresse.

Je pense que les travaux seront fructueux. Je vous souhaite un bon après-midi et à très bientôt. J'espère que la Région sera destinataire de vos travaux. En tous cas, bons travaux !



Interventions

M. Didier MAILLE et Dr Pascal REVAULT, Comede

Présentation du Comede et bilan des séjours en Guyane

Merci Madame la Directrice de Guyane Promo Santé. Nous sommes ravis, mon collègue Didier Maille et moi-même, d'être parmi vous, d'accueillir une mission parlementaire, et surtout de témoigner de la mobilisation, des échanges riches, que nous avons pu avoir avec une quarantaine d'acteurs, mobilisés sur le soin et l'accompagnement des personnes en situation de migration et/ou étrangères. Nous reviendrons sur ce thème de l'étranger, de l'altérité, thème et terme, qui est le point clé du travail que nous essayons d'accomplir ensemble.

Nous n'allons pas présenter la situation guyanaise, nous n'avons pas la légitimité pour cela. Ce qui nous semble en revanche intéressant, c'est de vous présenter l'écho que nous avons eu, en travaillant avec des partenaires, sur des situations comparables, entre le bassin d'Ile de France et la Guyane. Cela peut paraître paradoxal mais il nous semble qu'il y a des choses à rappeler et à analyser dans cette direction.

Le *Comité médical pour les exilés (Comede)* travaille depuis trente ans à la promotion de la santé parmi les migrants et/ou étrangers (parce que l'on peut être l'un ou l'autre et l'un et l'autre) vivant en France. Le Comede s'est plus particulièrement investi dans un partenariat avec les acteurs sanitaires et sociaux des Départements et Régions d'Outre Mer de Guyane et de Guadeloupe depuis 2000. Sur la base d'une expérience de soins et d'accompagnement social et juridique en Ile de France et de la production de données à partir de son centre ressource sur la santé des étrangers, le Comede a cherché à développer des échanges avec les réseaux déjà établis ou en construction, investis sur les questions de prévention et de soins en Guyane.

Nous allons surtout vous parler de notre expérience partagée, Didier et moi. Nous travaillons tous les jours ensemble. Nous sommes quelque part l'illustration de la nécessaire complémentarité et pluridisciplinarité, à la fois théorique, dans le domaine de la promotion de la santé, mais également aussi extrêmement pratique et utile dans le domaine du soin et de l'accompagnement des personnes migrantes/étrangères.

Trois questions seront abordées dans cet exposé pour contribuer au débat.

Premièrement, ce que la santé des étrangers/migrants interroge comme choix de société. Il nous semble important de poser ce cadre.

Deuxièmement, évoquer et rappeler la place des déterminants sociaux de la santé, qui depuis 10 ans, sont à la une des conférences régionales de santé, des publications dans les domaines épidémiologiques et anthropologiques pour ne citer que ceux là.

Enfin, troisièmement, la caractérisation des difficultés rencontrées, tant par le public que par les professionnels sanitaires et sociaux, (c'est le fameux « écho ») ; difficultés qui nous paraissent comparables, avec plus ou moins d'acuité, sur l'ensemble du territoire national.

1. La santé des migrants/étrangers interroge en premier lieu sur l'organisation de la solidarité qu'une société souhaite donc sur son système de valeurs et son lien aux autres présents. Il s'agit ainsi d'un profond révélateur des transformations sociales à l'œuvre et des conflits potentiels ou avérés, en lien étroit avec l'accès effectif ou fantasmé aux ressources locales par les étrangers. La représentation sociale du migrant/étranger peut osciller entre celui qui détourne activement des ressources locales et celui qui cumule des facteurs de vulnérabilité, victime certes, mais nécessitant

un investissement supplémentaire de la part de la société d'accueil, supposé mettre cette dernière en difficulté à son tour.

Dans ces deux stéréotypes, qui ne tiennent plus compte de la spécificité des histoires et des parcours de vie de chacun, le migrant/étranger est suspect de provoquer ou d'entretenir un certain désordre social. Cette représentation débouche inmanquablement et malheureusement sur une confusion entre les missions de protection de la santé publique des populations et des personnes et celles de sécurité et de contrôle du ministère de l'intérieur, confusion qui en Guyane comme en Ile-de-France, sur la base de notre expérience quotidienne, alimente une interprétation restrictive du droit à la santé et une dérive humanitaire justifiant un traitement exceptionnel du corps physique et figuré de l'étranger. La boucle de l'inhospitalité est ainsi bouclée.

Prenant le contre pied, le dernier rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement en 2009 intitulé « Mobilité et développement » apporte un éclairage sur les fausses idées et documente l'apport positif de la migration, tout en explicitant des recommandations en faveur d'un « élargissement des libertés des personnes plutôt que du contrôle et de la restriction des déplacements humains ». L'accent est mis sur des solutions communes et concrètes qui bénéficient aux communautés de destination et aux migrants qu'elles accueillent.

2. Les soignants et les médecins en particulier, sont de plus en plus mobilisés et parfois suspectés par l'administration, pour fournir les éléments de preuve, qu'il s'agisse de la certification médicale dans le cadre du droit d'asile (Office Français Pour les Réfugiés et Apatrides), ou encore du rapport médical pour le droit au séjour de l'étranger malade (Préfectures).

Parmi les 4000 personnes qui consultent chaque année au *Comede*, un tiers présentent une pathologie chronique qui peut nécessiter des soins adaptés en France. Chez ces derniers, plus de 85% en moyenne découvrent leur pathologie lors du bilan de santé pratiqué.

L'étude « Migration et soins en Guyane », qui sera notamment présentée le 15 mars en Guyane, réalisée par l'unité mixte de recherche 707 de l'*Inserm* et de l'*Université Pierre et Marie Curie* en 2009 confirme que les migrants/étrangers ne viennent pas en France de façon très majoritaires pour se faire soigner puisque seulement « 3% en moyenne de la population immigrée a migré ou s'est installée en Guyane pour raison de santé ». En revanche cette même étude montre que les plus vulnérables en matière de santé sont les étrangers en situation irrégulière et installés en Guyane depuis un certain temps, indépendamment des conditions sociales et économiques.

Les inégalités de santé en général sont à mettre en rapport, en partie au moins, avec des situations sociales et économiques plus défavorisées et un isolement social plus important. Ces données sont cohérentes avec celles du rapport du *Programme des Nations Unies pour le Développement* et une étude récente illustrant la moindre fréquentation des médecins généralistes par les immigrés en France, corrélée à une situation sociale défavorisée (*Institut de Recherche et d'Economie de la Santé*, 2009).

Ainsi les recherches épidémiologiques et sociologiques, depuis maintenant plus de dix ans, caractérisent les déterminants sociaux de la santé, auparavant peu démontrés, explicitent la production d'inégalités de santé et démontrent la nécessité d'investir dans la prévention et le soin. Plus largement encore le rapport final de la *Commission des déterminants sociaux de la santé* de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2009, propose d'instaurer une équité en santé en agissant directement et précisément sur ces déterminants et donc d'aborder les questions de justice sociale.

Ces recherches (et nous voudrions insister sur cela car nous allons commencer à rencontrer l'écho dont je vous parlais au début) ont montré que l'absence d'interprétariat, le non-accès au logement, l'isolement relationnel, l'absence de protection maladie et de droit au séjour, comme les difficultés d'alimentation et d'accès géographique au système de santé sont des facteurs de risque clé

interdépendants de l'état de santé des étrangers/migrants, particulièrement associés aux déterminants sociaux de la santé.

Des indicateurs ont même été proposés pour apprécier la contribution des droits de l'homme aux efforts de santé publique par l'université de Harvard (*Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 2009). Pourtant ce sont davantage les obstacles d'accès aux soins, les interprétations restrictives de la loi, voire des erreurs de droit, les discriminations dans le traitement des personnes, le morcellement des acteurs du soin et l'hétérogénéité des pratiques, qui ressortent de nos échanges avec les professionnels des domaines sanitaires et sociaux en Guyane.

Or l'absence d'actions sur les déterminants sociaux de la santé et d'accès à la prévention et aux soins est associée à un moins bon état de santé des personnes, des complications à soigner qui ont un coût, une transmission facilitée d'agents pathogènes, l'engorgement des centres de soin en particulier, et du système de santé en général, l'entretien d'une inhospitalité et de discriminations. Bien entendu ces éléments ne dépendent pas tous et entièrement des pouvoirs publics.

3. Il y a évidemment des spécificités guyanaises mais qui ne doivent pas être surestimées.

Plusieurs types de situation complexe ne sont pas retrouvés dans l'hexagone. Les mots ont leur sens et l'hexagone est probablement moins piégé que le terme de métropole. Il s'agit ici notamment de la situation du bassin de population vivant autour du fleuve Maroni et des communes isolées en forêt. Sont évoquées ici :

- la question des populations résidant/vivant en France (on pense aux villages amérindiens et bushinenge, y compris sur le littoral), mais qui peinent à obtenir un état civil (ou qui en sont privés) ou qui peinent simplement à justifier d'un domicile, voire d'une simple adresse ;
- la question des populations dont le mode de vie est fondamentalement transfrontalier, alors que tout notre droit social est fondé sur l'exigence de résidence habituelle en France.

Mais si on y regarde de plus près, la spécificité guyanaise pourrait bien être un trompe-l'œil. L'arbre qui cache la forêt.

Ce qui ressort des problématiques exprimées par les acteurs de la formation, est en fait étrangement similaire aux difficultés que nous rencontrons dans notre pratique quotidienne au centre de santé du Comede.

Je vais rappeler quelques exemples hexagonaux classiques, qui, nous le croyons, parlerons aux acteurs et partenaires de Guyane. Par exemple en matière d'accès à l'assurance maladie ou à l'Aide Médicale Etat (AME) :

- des difficultés majeures pour les entrants dans système de santé, soit par manque de justificatif (identité, présence en France), soit par exigence abusive de justificatifs. Sur ce dernier point, nous pensons tout particulièrement aux refus de rattachement d'enfants sur la couverture maladie des parents, faute de lien juridique démontré entre l'enfant et son parent, ce qui n'est pas requis par la réglementation et, malheureusement, très éloigné des recommandations et préoccupations nationales et internationales concernant les droits des enfants et leur santé;
- des renouvellements complexes (de droits aux séjours) avec rupture des droits, les étrangers restant des perpétuels « entrant dans le système » (il s'agit là de la protection maladie) dans l'obligation de démontrer qu'ils résident depuis plus de trois mois, alors qu'ils renouvellent pour la énième fois leur couverture maladie ;
- des alternances fréquentes entre séjour régulier et irrégulier, facteurs de précarité administrative, qui grèvent l'accès au travail et aux droits sociaux et bien sûr entraînent un risque de morbidité significatif.

Nous n'oublions pas ici les obstacles aux soins en lien avec par exemple les refus de soins de certains médecins pour des personnes bénéficiant de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide Médicale Etat (AME). Nous ne savons pas à combien s'élève ce refus en Guyane. Nous savons qu'un certain nombre d'études ont été réalisées. Je fais référence par exemple à l'étude commanditée par le Fonds CMU auprès de l'*Institut de Recherche et de Documentation et Documentation en Economie de la Santé* sur la base du testing (tests de situation téléphonique). Cette étude montre qu'entre quelques pour cent et plus de 40% des praticiens, suivant le secteur d'exercice en Ile-de-France, refusent de soigner une personne bénéficiant d'une CMU-C.

Quelques mots en matière d'accès à la carte de séjour pour soin :

- globalement en Ile de France et dans les principaux centres urbains, une précarisation administrative accrue des étrangers avec multiplication des titres de séjour précaires ou de pseudo titres de séjour type Autorisation Provisoire de Séjour (APS), des ruptures de droit, des non-délivrance de récépissé, des renouvellements avec des pertes de droit sociaux ayant les mêmes effets sur la précarité et la santé qu'en matière de protection maladie;
- malheureusement, une stratégie de type camp retranché de l'administration en charge des étrangers : guichet inaccessible et absence d'interlocuteur claire sur la réglementation voire de l'arbitraire, des manques de moyens qui font s'allonger les files d'attente et les tensions entre les personnes, un manque de moyens et une absence de dialogue dont on finit par se demander s'ils ne relèvent pas d'une politique délibérée de l'inhospitalité en France.
- des pressions sur les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) rendant un avis sur la régularisation pour raison médicale en contradiction avec le code de santé publique, qui rappellent leur nécessaire indépendance dans l'intérêt de la santé publique d'un bassin de population (accessibilité, continuité des soins et non seule évaluation de la disponibilité) et de la protection sanitaire des personnes.
- l'absence de communication de données sur le nombre de Cartes de Séjour Temporaire (CST) et d'APS délivrées, sur les pathologies ou les nationalités concernées; l'indicible entretient malheureusement des représentations sociales, qui à leur tour renforcent la xénophobie.

Pourtant si on s'en tient à l'accès aux droits, si le système français reste complexe, il ne contient pas moins de très nombreux outils efficaces et souples pour permettre l'ouverture de droits malgré des situations sociales parfois extrêmes.

Un seul exemple pour ne pas être trop long : les dérogations explicites pour les personnes à l'état civil incertain afin de les immatriculer à l'assurance maladie, ou leur permettre de bénéficier de l'AME. On pense aussi à l'exonération de l'exigence de passeport pour la carte de séjour pour soin, exonération quasiment jamais mise en œuvre par les préfectures.

La non-utilisation de ces outils débouche sur des situations parfois dramatiques, véritables choix sociaux implicites en contradiction avec les valeurs défendues par la loi de la République.

En conclusion, si la santé est un moyen de changement social en ce sens qu'elle interroge les déterminants de la santé et les réponses politiques, qui ne se limitent pas à l'accès aux soins, il n'en reste pas moins qu'il nous paraît essentiel de rappeler l'article 2 de la « charte européenne des droits des patients » du réseau de citoyenneté active « active citizenship network » :

« Chaque personne a le droit d'accéder aux services de santé que son état requiert. Les services de santé doivent garantir l'égalité d'accès à tous, sans discrimination sur la base des ressources financières, du lieu de résidence, de la catégorie de maladie. »

Merci.

TUBERCULOSE EN GUYANE FRANÇAISE ET MIGRATIONS

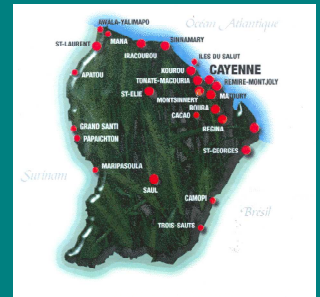
Focus et réflexions sur quelques données épidémiologiques (mé?)connues

Dr Geneviève GUILLOT Pneumologue (Cayenne)

Voyage d'étude de Parlementaires Français , 3 au 7 Mars 2010, Guyane et Suriname
«Migrations, tuberculose et VIH » Séminaire du 4 Mars 2010 ,Cayenne

LA GUYANE Rappel

- Superficie: 91 000 km²
- 205 954 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 4% (données INSEE, recensement 2006)
- 85% sur le littoral
- Population jeune: 44% de moins de 20 ans , pluriethnique
- 30% d'immigrés (dont 95% originaires d'Amérique du Sud ou Caraïbes) ← Haïti (27%), Brésil (25%), Surinam (31%), Guyana, autres...
- 21% de chômage mais lois sociales et niveau de vie attractifs (revenu annuel moyen/h x 4 à 30 par rapport aux pays voisins)
- Densité médicale faible (3 à 4 fois inférieure à la Métropole)



Les principaux acteurs de la prise en charge de la tuberculose en Guyane

Les centres Hospitaliers de Cayenne , Kourou et Saint-Laurent du Maroni
(diagnostic et première phase de traitement)

L' Institut Pasteur de Cayenne

(diagnostic bactériologique avec envoi des cultures à l' Institut Pasteur de Guadeloupe pour identification et antibiogramme)

La DSDS

(recueil et surveillance des Déclarations Obligatoires et chargée depuis 2006 de la LAT , ayant désigné comme nouvel opérateur en Guyane la Croix Rouge Française)

Les Services de lutte anti-tuberculeuse , présents sur Cayenne (centre référent), Kourou et Saint-Laurent

gérés depuis Octobre 2006 par la Croix Rouge Française (CPS: Centre polyvalent LAT, IST et vaccination)

(avant Octobre 2006 par le Conseil Général)

(prise en charge et suivi des traitements pour les patients à la sortie de l'hôpital avec délivrance gratuite des médicaments antituberculeux , dépistage, enquête autour des cas)

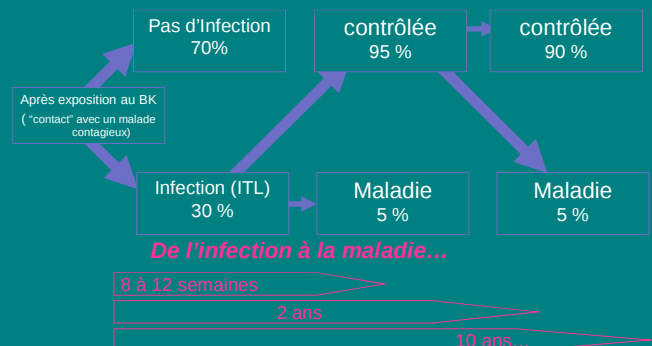
Les Services de PMI (Conseil Général)

(couverture vaccinale par le BCG chez l'enfant de moins de 6 ans)

La prise en charge sociale

(A.L.D. CMU, Aide Médicale d'Etat, PASS, Autorisation de séjour pour soins)

Le BK : Histoire naturelle de la tuberculose



Les faits annoncés

- Taux d'Incidence tuberculeuse élevé en Guyane
- Forte proportion de patients de nationalité étrangère

Incidence de la tuberculose en Guyane: chiffres récents

(données INVS: chiffres fournis d'après les DO parvenues à la DSDS)

- 27,3/100 000 en 2006
- 23,3 /100 000 en 2007
- 27/100 000 en 2008

Incidence = nombre de nouveaux cas sur une année rapporté à la population totale considérée exprimée en nombre de nouveaux cas annuels pour 100 000 sujets

Comparaison avec les chiffres d'Incidence Nationale

Taux d'incidence de la tuberculose **déclarée** pour l'année 2007
(Données BEH n°12-13/24 mars 2009)

- Guyane: **23,3**
- France entière: 8,9
- Ile de France: 18,4
- Autres DOM: Martinique: 5
Guadeloupe: 4,5
Réunion: 7,9

Donc Incidence tuberculeuse en Guyane élevée / territoire national

+ problème de l'exhaustivité des DO ?

Incidence de la tuberculose en Guyane: données épidémiologiques « réelles »

Estimation par méthode de capture /recapture en croisant toutes les sources disponibles

(= Déclarations Obligatoires de la DSDS + résultats BK positifs de l'Institut Pasteur de Cayenne + données du Dispensaire de LAT de Cayenne et des Centres Hospitaliers)

- Incidence 2005: 50,7/100 000**
(97 cas pour une population de 191 000 habitants)

- Incidence 2004: 52/100 000
- Incidence 1994: 58/100 000

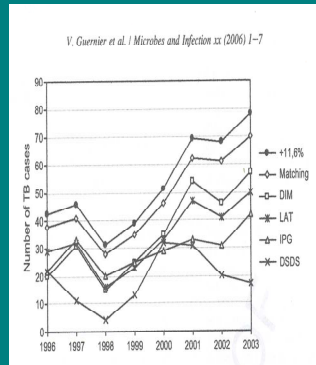
Dr G.GUILLOT SPSP Auditeur BCG 13 et 14 Novembre 2006

Evaluation de l'incidence actuelle de la tuberculose en Guyane Française utilisant un modèle de capture/recapture

V.Guernier et al/ *Microbes and Infection* xx (2006)1-7

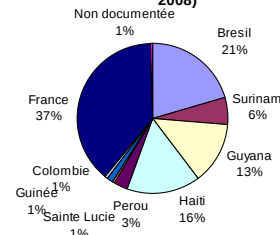
Selon l'évolution du nombre de cas de tuberculose sur Cayenne et ses environs entre 1996 et 2003 à partir de plusieurs sources et le croisement de ces résultats, obtention d'un facteur correctif de + 11,6%

→ **Incidence actuelle évaluée à 63,1/100 000 habitants**

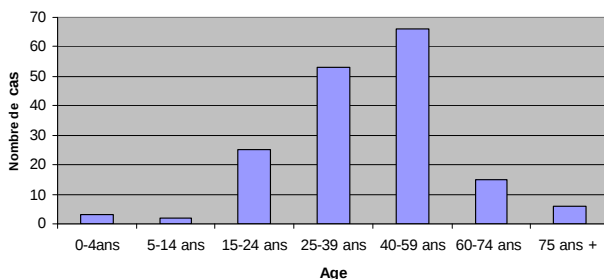


Proportion de patients de nationalité étrangère (d'après les données DO de la DSDS)

Répartition des cas déclarés de tuberculose par nationalité (2006-2008)



Répartition par âge des cas de tuberculose signalés par la déclaration obligatoire (2006-2008)



Données épidémiologiques usuelles

- Sexe ratio H/F 2
- Age: adulte jeune
- Nationalité étrangère: 65 à 70% des patients
(Pays d'origine :Brésil 21%, Haïti 16%, Guyana 13%, Surinam 6% sur série 2006- 08)
- Localisations pulmonaires 80% (dont 65 à 70 % de confirmation bactériologique)
- 15 à 20 % de co-infection VIH

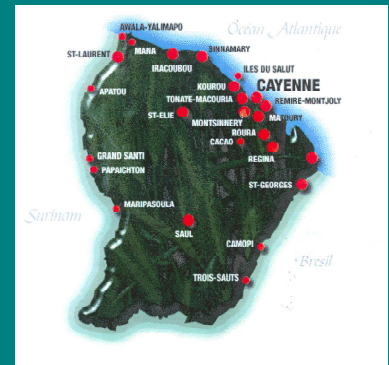
- Faits annoncés vérifiés

(incidence élevée et proportion importante de patients migrants)

- Cette situation est-elle si étonnante ?
est-elle cohérente ?

LA GUYANE Rappel

- 30% d'immigrés (dont 95% originaires d'Amérique du Sud ou Caraïbes) ← Haïti (27%), Brésil (25%), Surinam (31%), Guyana, autres...
(à forte endémie tuberculeuse)
- 21% de chômage mais lois sociales et niveau de vie attractifs (revenu annuel moyen/h x 4 à 30 par rapport aux pays voisins)



Taux d'incidence 2007 dans les pays voisins

Incidence élevée:

- Brésil : 48/100 000 (84 en 1990)
- Haïti : 306/100 000 (306 en 1990)
- Guyana: 122/100 000 (27 en 1990)?
- Surinam: 116/100 000 (66 en 1990)?

- Autres: République Dominicaine: 69/100 000

Pérou: 126/100 000

(Global tuberculosis Control WHO REPORT 2009)

Quelques éléments épidémiologiques particuliers

- Vanina Guernier, Thèse de Sciences, Orléans 19-1-2006
« Combiner analyse spatiale et épidémiologie pour l'aide à la décision dans la lutte contre la tuberculose en Guyane Française »
- À partir de données d'épidémiologie moléculaire (étude de 344 souches BK originaires de Guyane sur la période 1996-2003)
- 3 points à relever:
 - une grande diversité de souches avec un faible nombre de grappes génétiques identifiées, donc :
 - peu en faveur d'un mode de transmission épidémique (15 % seulement de transmission récente)
 - double mécanisme expliquant la persistance de la maladie
 - Présence de souches endémiques dues à la réactivation ou à la transmission locale de souches historiquement présentes en Guyane (25 % des souches ne sont retrouvées qu'en Guyane/banques de données internationales)
 - Introduction de souches non endémiques par l'importation de cas liés à l'immigration en provenance de pays à forte incidence

Quelques éléments épidémiologiques particuliers suite

Vanina Guernier, Thèse de Sciences, Orléans 19-1-2006

- 2) Agrégation spatiale non aléatoire de cas dans certaines zones de Cayenne, 2 hypothèses:
- soit contamination de proximité
 - soit superposition des cas à la localisation géographique des habitats défavorisés

Analyse des souches à l'intérieur de ces agrégats spatiaux: peu de patients porteurs de la même souche, donc en faveur de la 2^{ème} hypothèse

- 3) Nombre de souches multi-résistantes sur la période 1996-2003
10 sur 344 soit 2,9 % (< 5% ↔ seuil de "hot zone" *)

* Sally M. Blower & Tom Chou Nature Medicine 2004
A Noter : aucun cas de multirésistance sur 2008

En résumé

- Incidence tuberculeuse élevée en Guyane
- Sous tendue, (en grande partie mais pas uniquement) par des flux migratoires importants et permanents en provenance de pays à forte endémie (+ impact de l'épidémiologie de l'infection VIH)

dans le contexte guyanais actuel la priorité médicale locale « réaliste » (prenant en compte les contraintes géographiques, socio-économiques, démographiques, culturelles...)

doit tendre à assurer avant tout le dépistage et la prise en charge correcte de tous les sujets malades présents sur le territoire (afin de limiter la transmission de la maladie et l'émergence de résistances) et du mieux possible de leurs cas contact

et maintenir la protection vaccinale par le BCG chez le jeune enfant !

Dr Nicole QUINTARD, Croix-Rouge Française

Migrants et tuberculose en Guyane



croix-rouge française

Migrants et tuberculose en Guyane

Présentation

Dr. QUINTARD N.
Médecin de la LAT
Mars 2010

Migrants et tuberculose en Guyane



croix-rouge française



- Située au Nord Ouest de l'Amérique du Sud
- 90.000 Km²
- 229.000 habitants recensés
- Incidence de la Tuberculose : Année 2009 : 20/10⁵

Migrants et tuberculose en Guyane



croix-rouge française

Pays avec des cas confirmés de tuberculose Ultra-R Et immigration en Guyane

Afrique du Sud

Allemagne

Argentine

Arménie

Bangladesh

Bresil

Canada

Chili

Chine, Hong Kong RA

Equateur

Espagne

France

Etats-Unis

Féro

Fédération de Russie

Géorgie

Corée

Iran

Italie

Tchéquie

Japon

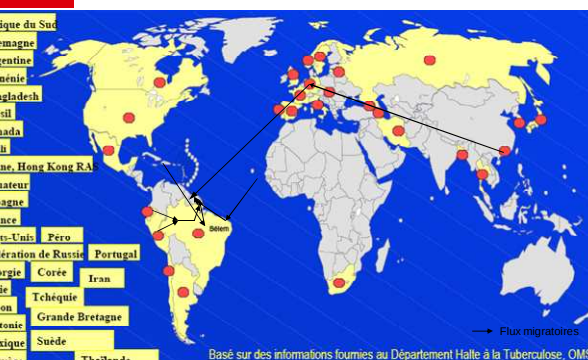
Grande Bretagne

Lettonie

Mexique

Norvège

Thaïlande



→ Flux migratoires

Basé sur des informations fournies au Département Santé à la Tuberculose, OMS

Migrants et tuberculose en Guyane

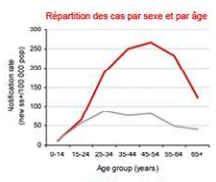


croix-rouge française

- Incidence dans les pays migrants :
- Chine (Zhejiang) 99/10⁵
- Surinam 64/10 ;
- Brésil 50/10⁵
- Guyana 184/10 ;
- Haïti 299/10⁵.
- République Dominicaine 8/10⁵
- Guinée Bissau 219/10 ;
- Pérou 162/10⁵

Guyana

KEY INDICATORS	
Population	751.218
TB burden (2005 estimates)	
Incidence (all cases/100 000 pop/yr)	149
Trend in incidence rate (%/yr, 2004-2005)	8.0
Incidence (ss+/100 000/yr)	66
Prevalence (all cases/100 000 pop/yr)	194
Mortality (deaths/100 000 pop/yr)	25
Of new adult TB cases (15-49yrs), % HIV+	13
New TB cases multidrug-resistant (2004, %)	1.5
Previously treated TB cases multidrug-resistant (2004, %)	8.3



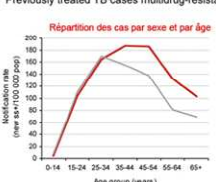
Suriname

KEY INDICATORS	
Population	449.238
TB burden (2005 estimates)	
Incidence (all cases/100 000 pop/yr)	65
Trend in incidence rate (%/yr, 2004-2005)	-2.9
Incidence (ss+/100 000/yr)	29
Prevalence (all cases/100 000 pop/yr)	99
Mortality (deaths/100 000 pop/yr)	13
Of new adult TB cases (15-49yrs), % HIV+	11
New TB cases multidrug-resistant (2004, %)	---
Previously treated TB cases multidrug-resistant (2004, %)	---



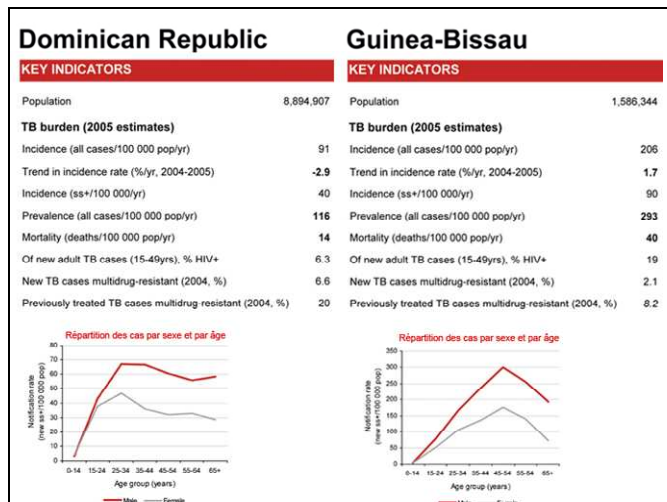
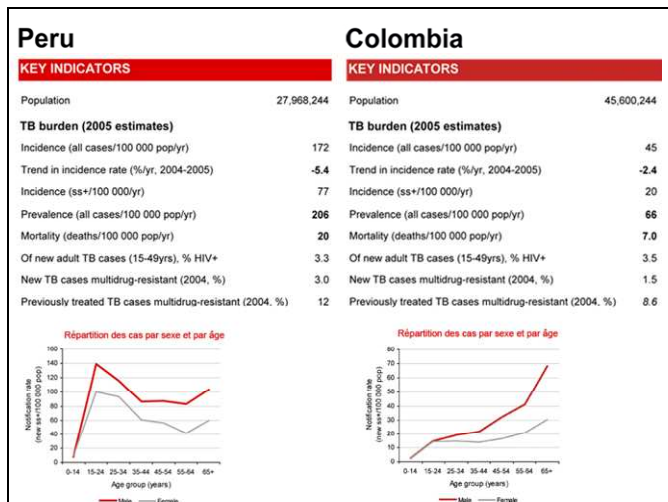
Haiti

KEY INDICATORS	
Population	8,527,777
TB burden (2005 estimates)	
Incidence (all cases/100 000 pop/yr)	305
Trend in incidence rate (%/yr, 2004-2005)	-2.9
Incidence (ss+/100 000/yr)	135
Prevalence (all cases/100 000 pop/yr)	405
Mortality (deaths/100 000 pop/yr)	58
Of new adult TB cases (15-49yrs), % HIV+	12
New TB cases multidrug-resistant (2004, %)	1.4
Previously treated TB cases multidrug-resistant (2004, %)	7.7



Brésil

KEY INDICATORS	
Population (thousands) ^a	186 405
TB burden, 2005 estimates (with 2.5 and 97.5 centiles)^b	
Incidence (all cases/100 000 pop/yr)	60
Trend in incidence rate (%/yr, 2004-2005) ^c	-2.9
Incidence (ss+/100 000 pop/yr)	26
Prevalence (all cases/100 000 pop/yr) ^e	76
Mortality (deaths/100 000 pop/yr) ^c	8.1
Of new adult TB cases (15-49yrs), % HIV+ ^d	14
New TB cases multidrug-resistant, 1996 (%) ^f	0.9
Previously treated TB cases multidrug-resistant, 1996 (%) ^e	5.4



Migrants et tuberculose en Guyane

Vie dans le Pays « d'accueil » selon les communautés

croix-rouge française

Chine : Commerce restaurant
 Surinam : Travail et Trafics
 Brésil : Pêche, Bâtiment, Couture, orpaillage, Prostitution, Banditisme
 Guyana : Mécanique, Carrosserie, Prostitution, Trafic de drogue, Haut Banditisme
 Haïti : Agriculture, Espaces verts, Associations
 République Dominicaine : Coiffure, Prostitution
 Amérique Latine : Réfugiés, Demandeurs d'Asile, Associations
 Afrique de l'Ouest : Filière dite « Portugaise » (Guinée-Belém-Cayenne), Mixte, Politique, surtout économique, Demandeurs d'Asile

Migrants et tuberculose en Guyane

croix-rouge française

Migrants et tuberculose en Guyane

croix-rouge française

Migrants et tuberculose en Guyane

croix-rouge française

- Habitat : précaire pour les personnes en situation irrégulière
- 10.000 logements insalubres en Guyane. Programme de Résorption des Mairies, surtout de Cayenne et Saint-Laurent

Migrants légaux

croix-rouge française



- Obtiennent des titres de séjours régulés par l'OMII,
- Peuvent travailler,
- Les étrangers malades, obtiennent une Autorisation de Séjour pour Soins.

Prise en charge médicale

croix-rouge française



- Bien organisée sur la bande côtière, au CPS, difficultés dans les centres de santé
- Implantation des 3 CPS Croix Rouge
- Qui pratiquent pour les migrants comme pour la population du pays
- Vaccinations, dépistage des IST et de la Tuberculose :
- Concertation avec les services hospitaliers qui reçoivent les cas dépistés
- Suivi au sortir de l'hôpital
- Délivrance gratuite du traitement
- Consultation de l'Assistante Sociale pour l'Autorisation de Séjour pour Soins

croix-rouge française



■ En conclusion

Quelles sont les difficultés puisqu'apparemment les migrants ont accès comme les habitants du pays aux soins et à l'aide sociale ?

D'abord, nous ne sommes pas un CLAT:

Un CLAT nécessite plus de personnes qui sont uniquement affectées à la Tuberculose.

L'accessibilité étant donné la configuration du pays est difficile autant pour le patient qui vient vers nous que nous pour aller vers lui.

Il faudrait que la Lutte Anti Tuberculeuse ait les moyens de s'ériger en CLAT.

Il n'y a pas de politique d'accueil des migrants qui viennent spontanément en pensant qu'ils peuvent trouver en Guyane des conditions de vie favorables.

M. Antonio MANGANELLA, AIDES

La co-infection TB/VIH et les enjeux du financement international

La co-infection TB/VIH et les enjeux du financement international



Antonio Manganella,
Chargé de mission
Plaidoyer International
AIDES



Partenaire avec

Du projet



TB/VIH : un constat alarmant

- Presque 2 millions de morts de tuberculose chaque année, malgré un coût moyen de traitement de 15 euros pour 6/8 mois
- 1ère cause de mortalité des PVIH dans le monde
- 85% des cas de co-infection TB et VIH se situe en Afrique
- Une PVIH a 50% de chance en plus de développer une tuberculose qu'une personne séronégative
- 95% des PVIH peuvent guérir de la tuberculose avec un traitement

Importance de la coordination TB/VIH

- Non traitée, la tuberculose peut tuer une PVIH en quelques semaines, la seule solution est de diagnostiquer à temps
- Or, moins de 1% des PVIH ont eu un dépistage de la tuberculose
- Il existe une thérapie préventive qui peut réduire de 33% le risque de développer une tuberculose chez une PVIH
- Mobilisation communautaire faible parmi les anciens malades de TB

TB/VIH: besoin de nouveaux outils

- Thérapie actuelle date de 40 ans => Interaction avec les ARV
 - Test de diagnostic (crachats...) date de plus de 100 ans => difficulté de diagnostic chez les PVIH
- DONC
- Besoin de nouveaux médicaments, et de tests de diagnostic plus fiables, rapides et faciles d'utilisation (POC)

Unitaid et le changement du décret d'affectation de la taxe: les faits

UNITAID permet de mettre à disposition des traitements de 2e ligne et des traitements pédiatriques dans les pays les plus affectés

Menaces:

- Baisse du trafic aérien, qui, à lui tout seul, produira une baisse du financement produit (130 M€ vs. 160 M€)=> Baisse de 25% du budget total d'UNITAID
- Volonté du gouvernement d'opérer une baisse de l'affectation de la taxe sur les billets d'avion à UNITAID pour dégager des ressources => changement de l'Article 1 du Décret n°2006-1139 du 12 septembre 2006

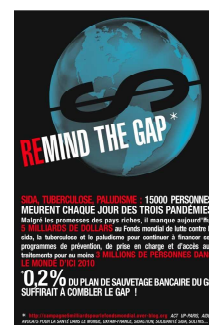
Conséquences:

- Les besoins en traitements ne peuvent pas être remplis
- Impact délétère sur la mise en place d'autres financements innovants
- Signe défavorable pour les pays qui envisageaient de mettre en place la taxe

Les besoins en financements : la mobilisation « Remind the gap »



- Lancement de la campagne « Re-mind the gap » le 12 mai 2009 à Paris => rejointe par plus de 100 associations
- Appeler les dirigeants des pays les plus riches, et notamment la France:
 - Respecter les engagements du G8 pour l'Accès Universel et les Objectifs du Millénaire => Fonds mondial
 - Préserver UNITAID
 - Agir en faveur de la « Robin Hood Tax »



Fonds mondial : un investissement majeur

Objectifs et résultats	Personnes sous ARV	Cas traités avec DOTS	Moustiquaires (Afrique Sub-Saharienne)
Objectifs internationaux (2010)	13.7 millions	14.7 millions	127.8 millions
Objectifs Fonds Mondial (2010)	2.9 millions	7.2 millions	77 millions
Contribution Fonds mondial	21%	49%	60%

Au 13 Mars 2009

Contribution totale \$19.2 Milliards

Approuvés ~ \$15.6 Milliards

Décaissés ~ \$ 7.4 Milliards

(140 pays et ~ 600 dons)

Proportion de l'investissement total (2007)

23% VIH

57% TB

60% Paludisme

Les perspectives : la taxe sur les transactions financières et de change

- Etude Professeur Rodney Schmidt (UN University)
 - ⇒ taux de 0,005% pour un revenu estimé entre 33 et 60 milliards US\$ par an
- Pas de leadership international
- Crise financière => Obama et DSK opposés
- La France et la Belgique se sont déjà dotées d'une loi
- La taxe doit être un outil supplémentaire à l'objectif de 0,7% du PNB des pays du G8
- Les « citoyens communs » ne seront pas touchés par la taxe

VERS UNE TAXE EUROPEENNE

Les enjeux du plaidoyer en Guyane



- Séminaire Santé Migrants -
040310 Cayenne

En Guyane, pourquoi nous développons la démarche de plaidoyer à AIDES ?

Je propose de vous expliquer pourquoi il est nécessaire de se mobiliser en faveur du droit et de l'accès aux soins pour les personnes migrantes, autrement dit pourquoi on veut développer la démarche de plaidoyer ici, en Guyane, à AIDES.

Quelques mots du contexte :

Le territoire est très étendu, la population est concentrée en trois centres urbains. En forêt, les personnes vivent le long des fleuves qui sont souvent l'unique voie d'accès. Les principaux fleuves Oyapock et Maroni sont aussi des frontières, où les familles, historiquement, vivent de part et d'autre. La Guyane a toujours été une terre de migrations et de transits.

La situation endémique pour certaines pathologies, notamment la tuberculose et le VIH, est très préoccupante, ici et dans les pays voisins. Ces pays ne proposent pas encore une offre de soins suffisante et accessible.

Certes, nous sommes une enclave développée et donc attractive d'un point de vue socio-économique. Seulement, une enquête récente de l'INSERM montre que les populations les plus vulnérables à la maladie sont celles installées en Guyane depuis longtemps, parce qu'elles sont exclues et en grande difficulté pour accéder aux structures sanitaires. Ces populations vulnérables sont des foyers, des sources d'entretien et de développement des épidémies.

Les constats faits à AIDES Guyane :

Plus de 80% des personnes qui viennent à la délégation de St-Laurent sont des migrants, plus de la moitié n'a aucun droit activé, et vit avec très peu ou sans aucune ressource.

AIDES se place en subsidiarité du droit commun afin que les personnes, de plus en plus nombreuses, aient un minimum vital. A St-Laurent-du-Maroni, il n'y a aucun accès à une aide alimentaire quelconque : Restos du Cœur, Boutique Alimentaire... Il n'existe rien. Tout en les accompagnant, nous essayons de comprendre les difficultés de leur parcours et sommes amenés à rencontrer les partenaires institutionnels.

Contexte géopolitique

■ De nombreux facteurs à considérer :

- - contexte géographique
- - enclave développée
- - endémies VIH, TBC en Guyane

2

Les constats faits à la délégation de Aides Guyane :

- Plus 80 % des personnes qui viennent à AIDES Guyane sont des personnes migrantes, plus de la moitié n'ont aucun droit activé, vivent avec très peu ou sans aucune ressource.
- Aides se place en subsidiarité du droit commun
- Témoignages de parcours de vie
- L'accès au dépistage

3

Deux cas concrets :

Mr K., 30 ans, originaire de Guyane, mais de nationalité surinamaïse, reçoit les AIDES financières de AIDES depuis 2006. La découverte de sa séropositivité, il y a 4 ans, l'a amené à St-Laurent. Son état de santé est extrêmement préoccupant. Il a de grandes difficultés à marcher. L'accès à une carte de séjour pour soin d'un an mobilise toute l'énergie qui lui reste. Il connaît d'incessantes ruptures dans la continuité de ses droits, qui le privent de se déplacer librement. Par exemple, il ne peut pas participer aux actions que nous organisons car il nous est interdit à AIDES de transporter des personnes en attente de régularisation. Il vient de recevoir une nouvelle carte de séjour d'un an, mais 3 mois avant son expiration. Il a déposé une demande d'allocation adulte handicapé il y a plus d'un an, mais ce dossier est resté en attente de la réception de sa carte de séjour. Il vient enfin de recevoir une notification de la MDPH, mais il ne perçoit pas encore son allocation, 4 ans après la découverte de sa séropositivité.

Une dame de 63 ans, originaire du Guyana, qui connaît sa séropositivité depuis 2007 est, depuis 2009, logée en appartement de coordination thérapeutique à Cayenne ; elle est toujours sans aucune ressource. Elle a travaillé jusqu'en 2007, de manière informelle, pour survivre. Son état de santé ne le lui permet plus. Depuis, nous lui octroyons une aide financière pour qu'elle puisse se nourrir.

Concernant l'accès au dépistage du VIH, les recommandations de la Haute Autorité de Santé sont de généraliser le dépistage et de le rendre accessible. Or, au centre de santé de St-Georges-de-l'Oyapock, ville frontalière, les personnes étrangères se voient refuser le dépistage gratuit, alors que du côté brésilien, actuellement, l'accès au dépistage gratuit pour tous n'est pas encore possible. On leur propose d'aller faire un dépistage au CDAG de Cayenne. Mais 3 h de route et un barrage policier permanent sont de véritables obstacles. Les exemples seraient nombreux sur les freins à l'accès aux droits, à se dépister et à se soigner.

Les obstacles :

La mise en place du droit au séjour pour raisons médicales existe depuis 1998, grâce à la mobilisation des acteurs de la lutte contre le VIH : un droit certes, mais malmené dans la pratique

L'opacité des chiffres officiels sur ces titres de séjour pour raison de santé

Nous relevons ainsi des obstacles :

La mise en place du droit au séjour pour raisons médicales existe depuis 1998 : c'est un droit certes, mais malmené dans la pratique :

- des demandes de papiers injustifiées ;
- la non-délivrance inexpliquée de carte de séjour pour soins qui a duré 9 mois l'année dernière à St-Laurent, pour les ressortissants du Brésil et du Surinam ;
- la non-délivrance des récépissés de cartes de séjours ;
- la délivrance de cartes de séjour juste avant leur expiration, alors qu'elles sont valables un an, avec les conséquences que cela implique notamment sur l'accès aux ressources et au travail.

L'opacité entretenue autour des chiffres officiels sur les titres de séjour pour raison de santé freine la possibilité objective d'analyse. Cette méconnaissance est source d'exagérations et de fantasmes et fragilise le dispositif. Nous avons des difficultés à rencontrer les responsables de la sous-préfecture à St-Laurent-du-Maroni et de la préfecture à Cayenne. Pour exemple, un refus catégorique de la part de l'ancien préfet de nous recevoir et nous attendons depuis 4 mois une rencontre avec le nouveau sous-préfet de St-Laurent. Nous recherchons une cohérence entre les missions du Ministère de l'Intérieur, d'une part, et celles qui nous concernent, du Ministère de la Santé, d'autre part.

Nos réponses

- Objectiver les dysfonctionnements :
- L'observatoire préfecture
- Le guide des étrangers malades en Guyane
- Des formations proposées par le COMEDE, AIDES.
- La mise en place d'une plate-forme « Santé et Migrants » avec plusieurs institutions, structures médico-sociales et associations
- L'ODSE

5

Nos réponses, qui visent à mieux défendre ce droit de séjourner régulièrement et donc de se soigner, passent par la nécessité d'objectiver les dysfonctionnements :

Alors comment ?

- **L'observatoire préfecture**, outil créé par AIDES en s'inspirant du travail de MDM, va être utilisé dès cette année. C'est un recueil de données, objectif et quantifié, sur les besoins et les demandes des personnes mais aussi sur les difficultés rencontrées par les institutions.

- **C'est aussi la réalisation du « Guide des étrangers malades en Guyane »**, produit en partenariat avec MDM, le Comede, et la Cimade, qui facilite la lecture du droit des étrangers.

- **Des formations** apportées par le Comede, et AIDES, et proposées aux partenaires qui travaillent avec les migrants.

- **La mise en place d'une plate-forme « Santé et Migrants »** avec plusieurs partenaires institutionnels, médico-sociaux et associatifs pour des études de cas et des échanges de pratiques.

- **L'observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) et le collectif Migrants Outre Mer (MOM)**, collectifs nationaux constitués d'associations nombreuses et militantes, chargées de réunir les informations venant de France et d'Outre-mer.

Conclusion :

Un rapport d'experts (Lert-Pialoux) rappelle que mettre les personnes sous traitement permet de stopper le taux de transmission du VIH.

La non-visibilité, la stigmatisation des étrangers, la discrimination des personnes vivant avec le VIH, et l'encouragement à la clandestinité vont à l'encontre de la santé des personnes et de la logique de santé publique.

Le principe de précaution, article 5 de la Constitution, mis souvent en avant dans le domaine de la prévention, doit être appliqué ici aussi, c'est-à-dire, permettre l'accès au dépistage pour tous, et l'accès au traitement pour tous.

Et il doit nous apparaître évident de travailler ensemble pour parvenir à faire avancer le respect du droit, la cohésion sociale et la santé publique.

Conclusion

- **Un rapport d'expert** rappelle que mettre les personnes sous traitement permet de stopper le taux de transmission.
- **Le principe de précaution**, mis souvent en avant dans le domaine de la prévention, devrait être appliqué ici également

6

Restitution des groupes de travail « Santé et migrants »

Mme Joanne MASSEMIN

Restitution des travaux du groupe de travail de St Laurent du Maroni, 26 février 2010

22 participants, essentiellement des travailleurs sociaux et 3 animateurs

Restitution des propositions du groupe de travail « Santé et migrants » de St Laurent du Maroni 26 février 2010

- Séminaire Santé et Migrants -
04 mars 2010 Cayenne

Dans le cadre de ce groupe de travail sur la santé des migrants, des **obstacles et difficultés à l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des migrants** ont été identifiés par les participants. Parmi les points soulevés, des éléments relatifs au contexte ont été mis en évidence :

- Des ressources financières minimales (pour manger, avoir un toit)
- Un manque chronique de logement social, notamment pour les porteurs d'un handicap (suite à une maladie invalidante également)
- Un isolement institutionnel de St Laurent du Maroni
- La barrière des langues
- La précarité administrative des étrangers : alternance de périodes de séjours réguliers et irréguliers

A partir de tous ces problèmes et obstacles, **3 axes stratégiques ont été proposés** et ont fait l'objet de travaux visant à définir à un plan d'action détaillé, précisant les actions à mettre en place, les partenaires impliqués et les résultats attendus.

Les trois groupes de travail proposés ont travaillé sur ce thème :

- Le besoin de soutien technique et juridique, lié aux difficultés de relations à l'administration (Bureau des étrangers, CGSS) a été mis en exergue.
- La mise en réseau des acteurs a également été suggérée.
- Enfin, des actions ciblant spécifiquement les usagers ont fait l'objet d'une attention particulière.

Identification par les participants :

- des **obstacles et difficultés à l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des migrants.**

- de **3 axes stratégiques pour améliorer cet accès :**

- ❖ **Améliorer la mise en réseau des acteurs**
- ❖ **Renforcer le soutien technique et juridique des acteurs**
- ❖ **Promouvoir le développement des compétences de l'utilisateur**

1) Améliorer la mise en réseau des acteurs

Mots clés : information, communication, réseau, échanges de pratiques, dialogue entre partenaires, notamment entre associations et institutions

Principales difficultés :

- Difficultés de dialogue
- Manque de connaissance et de reconnaissance des acteurs
- Résistance des professionnels à un travail en réseau
- Hétérogénéité des pratiques
- Insuffisance de savoirs et savoirs faire
- Situation géographique

3

Propositions d'actions :

- Réunions régulières
- Meilleure connaissance de l'historique
- Mise à jour et diffusion d'un annuaire
- Actions d'animation, de communication et de diffusion
- Rencontres professionnelles et interprofessionnelles
- Accès à la formation sur l'accès aux droits, aux soins, et à la prévention des migrants : formation continue et universitaire,
- Diffusion d'informations
- Rencontre des services de police et de gendarmerie

4

1. Améliorer la mise en réseau des acteurs

Le manque d'un réseau d'acteurs formalisé qui puisse être force de proposition, a été souligné.

Les principales difficultés soulevées sont les suivantes :

- Difficultés de dialogue entre les professionnels sanitaires et sociaux et les institutions
- Manque de connaissance du réseau local de soins et d'accompagnement (notamment lié au fort turn-over), et de reconnaissance des acteurs entre eux
- Résistance des professionnels à un travail en réseau
- Hétérogénéité des pratiques entre les travailleurs sociaux et les professionnels de santé
- Insuffisance de savoirs et de savoirs faire en matière de droit à la santé des étrangers du personnel soignant

Propositions d'actions :

- Organiser des réunions régulières entre l'ensemble des acteurs concernés par la thématique, et travailler sur les priorités définies
- Avoir une meilleure connaissance de l'historique (un certain nombre de réseaux existent ou ont existé ; donc avant de recréer un nouveau réseau, travailler sur l'historique)
- Mettre à jour régulièrement un annuaire qui présente tous les acteurs, leurs activités, leurs adresses. Des choses simples qui n'existent pas pour l'instant.

- Renforcer les actions d'animation, de communication et de diffusion auprès de tous ces acteurs
- Organiser des rencontres professionnelles et interprofessionnelles
- Proposer une formation sur l'accès aux droits des migrants, dans le cadre d'une formation continue universitaire des professionnels de santé par exemple
- Rencontrer les services de police et de gendarmerie pour connaître leurs pratiques et faciliter la collaboration

2) Renforcer le soutien technique et juridique des acteurs

2 types de difficultés :

Accès aux cartes de séjour pour raisons de santé

- Guichets en sous-préfecture inaccessibles
- Liste des pièces demandées non conforme à la réglementation
- Absence de récépissé entre 2 cartes de séjour
- Non-application des règles de la procédure administrative

Accès à la protection maladie

- Refus de rattachement des enfants à charge à l'AM et l'AME
- AME : exigence de pièces non-conformes + panier de soins défaillant
- Rupture de protection maladie

5

En général :

- délai de traitement déraisonnable
- peu de retours ou retours tardifs des administrations pour connaître les décisions

Propositions d'actions :

- Renforcement de la capacité des acteurs sur le plan technique et juridique
- Autoformation
- Aides caritatives pour pallier le manque du panier de soins AME
- Amélioration des relations avec les administrations
- Amélioration du dialogue avec les administrations puis engagement de recours administratifs (rappel à la loi) et si besoin contentieux
- Moyens humains et financiers supplémentaires à la CGSS et la sous-préfecture

6

2. Renforcer le soutien technique et juridique des acteurs

Deux types de difficultés concentrent l'attention :

Côté carte de séjour pour raisons de santé :

- Les guichets en sous-préfecture pratiquement inaccessibles
- Une liste des pièces demandées non conforme à la réglementation
- L'absence de récépissé entre deux cartes de séjour
- La non-application des règles de la procédure administrative

Côté accès à la protection maladie :

- Le refus de rattachement des enfants à charge à l'assurance maladie et à l'AME
- Aide médicale d'état :
 - o Exigence de pièces non-conforme
 - o Panier de soins défaillant (lunettes/ prothèse dentaires)
- Rupture de protection maladie entraînant des complications pour le traitement

Propositions d'actions :

- Renforcer la capacité des acteurs sur le plan technique et juridique
- Développer l'autoformation
- Identifier des AIDES caritatives pour pallier le manque du panier de soins AME, avec des associations telles que AIDES et le Secours Catholique
- Améliorer les relations avec les administrations, et engager des recours administratifs (rappel à la loi) et si besoin contentieux
- Demander des moyens humains et financiers supplémentaires de la CGSS et la sous-préfecture pour permettre un meilleur dialogue et accès.

3) Promouvoir le développement des compétences de l'utilisateur

Mots-clés : savoirs, représentations et accompagnement

Principales difficultés

- Manque de connaissances par les usagers de leurs droits
- Mépris de l'étranger, de l'étranger malade
- Isolement géographique des usagers et peur de se déplacer
- Quel suivi et accompagnement ?

7

3. Promouvoir le développement des compétences l'utilisateur

Les principales difficultés soulevées sont les suivantes :

- Manque de connaissances par les usagers de leurs droits
- Mépris de l'étranger, de l'étranger malade plus particulièrement
- Isolement géographique des usagers, notamment par rapport à la peur de se déplacer (et de se faire arrêter)
- Quel suivi et quel accompagnement proposer ?

Propositions d'actions

- Diffusion d'informations adaptées aux usagers, repérage des relais et leur association à la diffusion de ces informations
- Identification du parcours des nouveaux arrivants et création d'un support d'information adapté aux usagers de St Laurent
- Instruction civique, formation de professionnels et diffusion de rapports officiels, enquêtes etc.
- Actions de proximité auprès des usagers

8

Propositions d'actions :

- Diffuser des informations adaptées aux usagers
- Identifier le parcours des nouveaux arrivants et créer un support d'information adapté
- Développer l'instruction civique, la formation de professionnels (surtout les nouveaux arrivants), la diffusion de rapports officiels, enquêtes etc.
- Mener des actions de proximité auprès des usagers

Perspectives

Constitution à St Laurent d'un réseau d'acteurs formalisé, qui puisse être force de propositions

Priorisation et mise en œuvre des actions proposées

9

A l'issue de tout ce travail, il a été décidé de constituer un groupe de réseau d'acteurs, d'essayer de le formaliser, de prioriser les actions et de voir ensemble comment on pourrait mettre en place toutes ces actions.

Le groupe se réunira, à la fin du mois, à St-Laurent, pour essayer de travailler sur ces propositions.

Mme Julie-Anne MELLARD

Nous étions 18 participants et 3 animateurs. Les participants étaient issus de milieu associatif et hospitalier. Le médico-social était bien représenté.

Nous avons défini 3 axes stratégiques :

- Améliorer l'accès aux droits (refus de soins)
- Améliorer l'accueil des personnes migrantes et en situation de précarité
- Renforcer la mise en réseau des acteurs

1) Améliorer l'accès aux droits et refus de soins

Problèmes :

- Refus des soins en médecine de ville.
- Accès à la protection maladie : rattachements des enfants, absence de traçabilité des dossiers (pas toujours de récépissé, dossiers perdus etc.), manque de points d'accueil de la CGSS. Le département est grand et il faudrait augmenter ces points.
- Droit au séjour pour raison médicale : traçabilité et délais de réponse ; manque d'interlocuteurs au bureau des étrangers ; manque de connaissance des professionnels de santé concernant la procédure et notamment la différence entre rapport médical et certificat.

Propositions :

- Documenter, objectiver le nombre et les raisons de refus de soins.
- Testing, phoning, et compilation des informations.
- Signalement à la CGSS, à Préfecture et à l'Ordre des médecins, à DSDS/ARS des problèmes de refus de soins.
- Diffuser de l'information réglementaire aux acteurs du secteur médico-social, sensibiliser la direction de la CGSS et recours si besoin au contentieux.
- Créer des points d'accueil plus proches de la population dans les communes à forte densité ou isolées.
- Sensibiliser la CGSS et la Préfecture à la remise systématique des récépissés des dépôts de demande.
- Renforcer les effectifs et les moyens humains en Préfecture.
- Identifier des référents au sein des administrations, accessibles pour les professionnels du médico-social permettant des échanges d'informations par fax, mail, téléphone, etc.
- Sensibiliser les médecins hospitaliers les médecins de ville, et leur secrétariat, à la rédaction des rapports et certificats médicaux.

2) Améliorer l'accueil des personnes migrantes et en situation de précarité

Problèmes :

- Absence de prise en compte de la vulnérabilité des migrants : barrière de la langue ; la résidence des personnes migrantes avec l'absence de réseau développé de transports en commun, la peur des migrants de se faire arrêter en se déplaçant.
- Efforts à poursuivre pour améliorer l'accueil des migrants dans les administrations.
- Manque de structures hébergeantes adaptées pour personnes en difficulté. Il existe des hébergements en Guyane mais il en manque. Ces derniers mois, des squats ont été détruits. Plusieurs personnes migrantes vivent dans ces squats et se retrouvent dans la rue, notamment des mères seules avec plusieurs enfants, qui sont mineurs, et dont certains sont encore scolarisés.
- Problème alimentaires, et accès à une aide alimentaire d'urgence. Beaucoup de familles n'ont pas les moyens de s'alimenter correctement, notamment le lait pour les nourrissons. Il y a des structures qui donnaient des dons alimentaires mais se retrouvent actuellement en difficultés.
- Refus de certains médecins libéraux, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, de recevoir et soigner les migrants ayant une « AME » ou une CMU-C.
- Représentation négative de l'étranger. Souvent, on entend que les guyaniens sont des voleurs, les haïtiens sont des couillons...

Propositions

- Formation des professionnels de santé et du social afin :
 - o d'améliorer les outils de travail qui existent déjà (peut-être en créer ou les perfectionner mais surtout les partager avec les différents partenaires) ;
 - o de prendre en compte la dimension culturelle (la vision de la pathologie, de son sens différent selon les ethnies) ;
 - o de clarifier des procédures de constitution des dossiers (procédures et pièces à fournir...). Exemple donné pour la constitution de cartes de séjour et l'incomplétude des dossiers. Parcours du combattant pour avoir un 2ème RV.
- Sensibilisation des agents de police, de gendarmerie, de la Paf sur l'accès aux soins des personnes.
- Promouvoir une stratégie avancée, en s'appuyant sur des médiateurs qui vont vers les lieux de vie et assurent le suivi des actions de proximité (ex : en lien avec la peur des personnes pour venir dans les structures ; informer sur les dispositifs existants).
- Pérenniser les postes de médiateurs et repérer des intervenants locaux (connaître leurs missions).
- Créer des structures ciblées pour accueillir des personnes vulnérables (ex : augmenter des places d'hébergements ; il en existe au niveau des CHRS mais il en manque ; exemple donné de l'engorgement des hébergements [N°d'appel 115] par des jeunes filles mères, l'ouverture d'une pouponnière pourrait permettre de libérer certaines places d'hébergement d'urgence, et qu'elles répondent à leurs missions. Il y a des projets.

- Rendre opérationnel et effective la banque alimentaire, pour une meilleure coordination de l'aide alimentaire (en projet depuis 2005....). On aimerait qu'elle ouvre ses portes et qu'on puisse pouvoir répondre à cette grande difficulté que les structures, ici, rencontrent. On est amené à dire à une mère de famille, et cela fait très mal au cœur : « les As n'ont plus de ticket de service à vous donner ; et nous, association, nous n'avons pas une boîte de lait, ou une couche à vous remettre. Les mères ont du mal à allaiter leur bébé car elles ne se nourrissent pas correctement. J'espère que cette banque alimentaire, en état de projet, pourra se réaliser et qu'à la prochaine session de ce travail là, elle soit ouverte.

Mme Julie COGNET

3) Renforcer la mise en réseau des acteurs

Problèmes :

- Accès limité des professionnels et des usagers aux administrations.
- Mauvaise organisation de certains acteurs, notamment associatifs, pour travailler étroitement avec un référent unique au sein des administrations.
- Opacité des procédures de la régularisation des étrangers malades.
- Manque de coordination entre secteur social et médical (on constate des cloisonnements).
- Difficultés à travailler avec des médecins, notamment libéraux, qui méconnaissent le plus souvent les missions des partenaires ; cela serait intéressant que nous puissions travailler ensemble ; cela sous entend connaître les missions de chacun.
- Manque de réseau inter-associatif réunissant divers corps professionnels.
- Turn-over et épuisement des professionnels, et un manque de mémoire de l'historique, de l'existant. Constat fait également à l'hôpital où peu de documents sont mis à la disposition des nouvelles équipes. Conséquences : changement d'interlocuteurs, absence de continuité et changement de politiques/pratiques. Une assistante sociale ou un éducateur ont des pratiques différentes et c'est parfois difficile pour l'utilisateur de se repérer, de se centrer. Cela rend plus difficile la prise en charge de l'utilisateur.

Propositions

- Encourager chaque structure à actualiser les informations la concernant, et les partager avec GPS par exemple pour une diffusion plus large.
- Proposer un accompagnement physique des usagers, en s'appuyant sur des personnes dédiées (ex : des médiateurs mis à disposition).
- Avoir un interlocuteur privilégié, référent au sein des administrations pour les professionnels.
- Identifier un référent pour chaque structure qui se présenterait aux administrations.
- Créer un groupe de travail, en partenariat avec les associations des usagers.
- Proposer l'organisation d'échanges entre acteurs des secteurs médical et social.
- Sensibiliser les médecins à la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants. On a tendance à penser qu'on est médecin ou travailleur social et qu'on maîtrise tout. Il est important qu'on puisse mettre nos (in)formations en commun.
- Créer un collectif pour informer sur les pratiques et faire respecter surtout le droit car on constate qu'il n'est pas forcément respecté et même appliqué en Guyane, ce qui est malheureux.

Débat

M. François REZKI, Président, GPS, Modérateur

Il me revient la lourde tâche d'animer ce débat. Une tâche ingrate car je serai parfois amené à limiter le temps de parole afin que tout le monde puisse échanger, et pour éviter que la parole soit monopolisée.

Un certain nombre de questions ont été soulevées sur cette problématique « santé et migrants ». En anthropologie, on a tendance à parler d'un fait social total, qui renvoie à des problématiques multiples : juridiques, économiques, politiques etc. C'est une question extrêmement complexe et les réponses sont loin d'être unilatérales et simplistes.

Si vous avez des questions, vous pouvez échanger avec les personnes qui sont à la tribune : soit sur l'aspect juridique (nous avons ici M. Didier Maille du Comede), soit sur des aspects sanitaires (nous avons ici un certain nombre de médecins), soit sur un aspect associatif (n'hésitez pas à solliciter AIDES) etc.

Dr Felix DJOSSOU, Président, Malinguy

Je suis président de l'association Malinguy, pour l'étude des maladies infectieuses en Guyane. Je travaille également à l'hôpital de Cayenne où je suis responsable du service des maladies infectieuses. J'ai écouté avec beaucoup d'attention tout ce qui s'est dit.

Je voudrais attirer l'attention sur un aspect qui a été développé. Je voudrais que cela soit bien clair. On a beaucoup parlé de ce qu'on voit : c'est-à-dire les migrants, ceux qui viennent jusqu'à nous. On a bien pris en compte leurs problématiques et on s'est déjà rendu compte que ce n'est pas facile de les régler. Ce que je vais ajouter va complexifier un peu les choses mais ce n'est franchement pas inutile. Il y a des gens qui sont dans la forêt ; il y a du monde. En ce qui concerne la tuberculose, on sait qu'il faut dépister et traiter tout le monde, où qu'il soit, pour arriver à maîtriser le phénomène. Mme Quintard nous a dit que sur 39 cas de tuberculose dépistés, 20 sont orpailleurs. On les voit bien souvent quand ils se retranchent, qu'ils quittent les sites et reviennent vers la ville. Le problème se trouverait là où nous ne pouvons pas accéder, l'intérieur des terres, les sites d'orpaillage, où il y a des clandestins, des gens qu'on n'a peut-être pas le droit d'aller voir.

Alors la problématique va toucher ces personnes là. La tuberculose, on l'a vu, mais une pathologie n'a pas été évoquée : le paludisme. Ces personnes sont un grand vivier en terme de réservoir du parasite. C'est bien souvent parce qu'ils se déplacent vers le littoral, qu'on va avoir du paludisme qui va commencer à se transmettre à proximité de Kourou et même à Kourou, dans la périphérie de certaines périphéries comme Cayenne, de façon préoccupante.

Nous occuper de ces migrants, et surtout de ceux qui sont à l'intérieur et qu'on ne contrôle pas bien, nous occuper de l'humanisme, c'est aussi pour nous protéger. Eviter que ces personnes qui sont des réservoirs de ces microbes là viennent nous infester en quelque sorte. Je dis cela de façon un peu provocatrice. Quels sont les obstacles à la prise en charge des personnes sur les sites d'orpaillage, notamment des illégaux ?

M. François REZKI

Qu'est-ce qui pourrait faire obstacle, d'un point de vue juridique, à la prise en charge médico-sociale de ces populations isolées, en forêt ?

Dr Félix DJOSSOU, Président, Malinguy

Qui pourrait permettre qu'on se déplace vers eux éventuellement.....

M. Didier MAILLE, Responsable du service social et juridique, Comede

Je ne suis pas du tout sûr d'être le mieux placé pour répondre à cette question. Il n'y a pas de site d'orpaillage clandestin en Ile de France.... Et on reçoit peu ces populations là. Au-delà de la boutade, deux choses frappantes sur la Guyane.

Il y a sans doute un problème de droits, au sens où, à mon avis, c'est complètement illusoire de vouloir ouvrir des droits à l'AME. Je pense à une protection maladie dans le cadre des déplacés en forêt. On est à la limite de notre système. Tout le droit social repose sur la notion de résidence en France. Il faut démontrer qu'on est ici, qu'on est résident en France, il y a des histoires de 3 mois, de domiciliation etc. Alors, bien sûr, on a un droit social qui permet de s'adapter. Typiquement, pour les populations du fleuve, il y a des choses à faire, qui sont simples, pour que ces populations aient des droits ouverts à l'assurance maladie, à l'AME. Là, on peut contourner ces obstacles.

Très honnêtement, sur l'orpaillage clandestin, avec des brésiliens, avec le Far West de là-bas, pour ce que j'en connais et ce que j'en ai vu, cela ne me paraît pas possible. Donc cela interroge autre chose : comment s'organise le système de santé ? Est-ce qu'il faut revenir sur du soin gratuit, c'est-à-dire sur des dispensaires et centres de santé, avec, pour nous, au Comede, un gros souci là-dessus. Il ne faudrait pas qu'au nom de l'humanitarisme et du soin gratuit, on abandonne toutes les questions de l'accès au droit pour le reste de la population. Donc il y a quelque chose à trouver, compliqué et complexe, sur l'articulation entre du soin gratuit, des dispensaires, un accès simplifié, notamment aux prophylaxies antituberculeuses etc., et par ailleurs ne pas abandonner ce qui est pour nous le cœur du sujet. Il n'y a pas de continuité des soins sans AME, CMU-C.

M. François REZKI, Modérateur

On voit que c'est une question qui échappe complètement soit au droit commun soit au droit d'exception, quand tu évoques l'AME etc. Cela serait plus une politique de prise en charge de proximité ; cela relèverait peut-être, ici, soit des services des collectivités territoriales, pour être un peu provocateur, ou alors directement d'une volonté politique. Peut-être que Mme Suzanon aurait une réponse.....

On est dans une situation extrêmement compliquée pour ces populations qui sont dans l'illégalité totale et pourvoyeuses d'un certain nombre de pathologies. Mais, comme l'a souligné le Dr Djossou, il y a la nécessité de prendre en charge ces populations pour éviter qu'il y ait d'autres contaminations. Soit c'est une réponse du corps médical (de quelle nature ?) ou du corps politique, ici, là aussi, de quelle nature ?

Dr Joëlle Suzanon, Représentante du Président du CG

Merci, vous êtes trop aimable avec moi ! C'est très gentil à vous ! Effectivement, le Président du Conseil général m'a demandé de le représenter ici. Je ne suis pas complètement aguerrie au discours politique mais je souhaite juste dire que, ce qui est sûr, c'est que la population des orpailleurs clandestins est une population, par essence, clandestine. Donc elle ne cherche pas à être dans un dispositif de droit commun ou autre. Elle vit en marge de la société, le plus discrètement possible, dans un espace confiné. Cet espace confiné relève des prérogatives de l'Etat, qui s'occupe des différents plans d'éradication de l'orpaillage clandestin.

Malheureusement pour les personnes concernées, certaines peuvent tomber malades et, là, le dispositif français est accueillant. Il accueille des gens, tout public, surtout si la personne nécessite une hospitalisation. C'est vrai que la question est pertinente en ce sens où on nous dit bien que, plus on traite les séropositifs, plus on casse la transmission du VIH. C'est pareil pour le paludisme. On le sait, mais ce ne sont pas des populations que l'on côtoie. Elles ont d'autres modes de fonctionnement, de réseaux, ce qui fait qu'on cohabite sur le même territoire sans jamais se croiser. Peut-être que je me trompe, qu'on fait les courses ensemble, dans les mêmes magasins, les mêmes marchés ! Je crois que les modes d'approvisionnement sont différenciés, regroupés, expédiés... Parfois, ils tombent malades, c'est vrai. Je ne pense pas que les risques de contamination soient si importants... il faudrait peut-être préciser ce que Félix entend... Ou alors ce sont peut-être les personnes qui font la transition : la relation avec ces communautés qui apportent leur approvisionnement.

Dr Geneviève SIMART, Administratrice, Entr'aides

Une idée et une proposition. Je crois qu'on a de grosses difficultés, en Guyane, à avancer. Il y a les orpailleurs clandestins. C'est une population. Il y a aussi d'autres clandestins, qui ne sont pas en situation d'orpailleur. Je le regrette car les orpailleurs font beaucoup de bruits dans la population donc monopolisent beaucoup la pensée, j'ai envie de dire, de diverses façons. Il faudrait quand même qu'on arrive à réfléchir non pas seulement en soins (lorsqu'ils ont besoin de soins d'urgence, ils les ont ; ils arrivent dans des centres de santé, à l'hôpital...) mais en termes de prévention.

Je crois qu'on est en plein dans un travail qu'il faudrait vraiment faire de coopération avec le Brésil. On s'était un peu renseigné pour travailler en termes de VIH, et de prévention VIH, avec des personnes qui travaillent au Brésil. Les orpailleurs clandestins ont des bases arrières en Guyane et au Brésil. C'est par ceux qui fournissent les clandestins en matériel, en nourriture, qu'il faut passer. C'est par là qu'il faut passer. Il faudra peut-être contourner la loi car on n'a pas le droit de passer par les fournisseurs. Il faut savoir ce qu'on veut. C'est comme cela qu'on devra travailler, à partir de la frontière brésilienne. J'ai envie de dire qu'ils passent tous par St Georges ou Oiapoque pour pouvoir remonter sur les différents fleuves. C'est à Oiapoque qu'il faut aller travailler pour mettre un travail de prévention.

Dr Nicole QUINTARD, Médecin, Croix-Rouge Française

Je pense que ce qu'on devrait plutôt explorer tout de suite, ce sont leurs bases arrières. Il y a beaucoup de personnes sur les bases arrières, en particulier les femmes et les enfants qui restent. Mais les hommes vont et viennent et peuvent apporter aussi bien le paludisme que la tuberculose, qu'ils vont transmettre. On pourrait investiguer les bases-arrière car on pourrait y pénétrer alors que, dans l'arrière du pays, c'est difficile, pas inaccessible, mais cela pose le problème de la légalité.

On avait essayé, avec la mairie de Maripasoula, d'envisager une opération que j'appelais « expédition Inini » car c'était des camps d'orpaillage, le long de l'Inini, où des personnes étaient en très mauvaises santé. Cela avait été remarqué par un médiateur culturel qui était allé faire le recensement. On avait essayé de mettre sur pied une mission avec plusieurs médecins, plusieurs disciplines, pour remonter l'Inini et essayer d'atteindre ces populations. Alors, évidemment, tollé de la part de nos autorités car c'était dangereux... Comme si c'était des bandits. On s'est dit qu'on remontait sans fusils donc on ne risquait pas, à partir du moment où on n'avait pas d'armes, d'être attaqués.

On avait presque réussi à convaincre M. le Préfet, que malheureusement [la grippe] H1N1 est arrivée. On nous a tous mobilisés pour autre chose et c'est tombé à l'eau. Mais ce n'est peut-être pas une très mauvaise idée à reprendre. Je pense que les bases-arrières nous sont accessibles : au moins à Saut Sabbath pour St Laurent ; il y a en a une à Kourou ; il y a en a du côté de St Georges et sur

l'Approuague aussi. On peut les atteindre sur les bases-arrières. Pour cela, il faut se déplacer. Mais avec l'effectif qu'on a actuellement pour la tuberculose, il nous est difficile de se déplacer longtemps mais cela pourrait se mettre en place.

Dr Claire GIROU, Présidente, AIDES

Pour conclure sur ce problème des orpailleurs, qui ne constituent pas la majorité des personnes qui sont exclues du système, on a fait des missions exploratoires sur le fleuve depuis plusieurs années, avec l'association et parfois avec d'autres associations (Sida Info Service et le réseau ville-hôpital de St Laurent). On a approché les sites d'orpaillage. Tous ne sont pas inaccessibles. On a été extrêmement bien accueilli. Je dis « nous » mais il se trouve que je n'y étais pas ! Ce sont mes collègues qui ne sont pas dans la salle. J'ai un rapport de mission très précis.

L'objectif, pour nous, est de faire l'évaluation de la situation sanitaire, des besoins, notamment en outils de prévention, et identifier quels sont les groupes vulnérables (des femmes, des enfants), connaître les conditions de vie. On y a été deux fois et on vous tiendra régulièrement au courant de la situation.

Par exemple, sur un site d'orpaillage situé non loin de Grand Santi, les femmes n'ont pas de préservatifs, et vont se servir, parfois, au dispensaire de Grand Santi, qui est difficile d'accès et où il n'y a pas assez de préservatifs pour les prostituées, dicit un collègue médecin, qui m'a dit cela de manière tout à fait impuissante. On ne peut pas donner 500 préservatifs aux prostituées car on n'en a pas assez (dispensaire de Grand Santi, géré par le Centre Hospitalier de Cayenne). C'est le genre de constats qu'on commence à faire doucement. Donc je questionne après mes collègues. Si on fait une évaluation des besoins en outils de prévention, vous pourrez après les demander ; ils ne seront pas refusés par le centre hospitalier. On est juste en train de voir quels sont ces besoins.

M. Marc GROSSOUVRE, Président, RESF

Je voulais souligner un grand présent du débat et absent de la salle : le Préfet. On constate, tous, dans les associations etc., que ce soit l'accès aux droits en général, l'accès aux soins en particulier, que quand on remonte la chaîne des responsabilités, à un moment donné, il y a des ruptures qui sont dues aux carences de la préfecture en matière de délivrance des titres de séjour, de non-délivrance de récépissés (qui est quand même un élément fondamental du dépôt d'une carte de séjour), de non-transparence des procédures pour les cartes de séjour pour raison de santé. C'est quand même un problème assez incroyable.

A partir du moment où on constate, quand on écoute tous les acteurs, que tout le monde, à un moment donné, se bat contre la préfecture, je crois qu'on est vraiment en présence d'une souche multi-résistante ! Je crois que s'il y a un collectif à faire sur un sujet, c'est pour faire, un minimum, respecter le droit. Il existe quand même des débats, au niveau national, sur l'évolution des lois et nous, on est à des années lumière de l'évolution. On considère que la loi est généreusement respectueuse, comparée à la préfecture. C'est quand même une situation qui me choque profondément.

Nous, on s'occupe particulièrement des jeunes mais la cascade se répercute sur plusieurs générations puisque le problème du séjour des parents va être le problème de la couverture médicale des parents, donc des enfants. On se retrouve avec des jeunes scolarisés etc., qui n'ont pas de couverture médicale, qui n'ont pas de suivi médical, digne de ce nom, simplement parce qu'à un moment donné, dans un bureau, on a perdu un dossier, ou parce qu'on réclame un extrait d'archives indûment, ou un passeport indûment etc. C'est un constat, qui est vraiment, ...oui.... désarmant.

M. François REZKI, Modérateur

Il est difficile de répondre, en l'absence de représentants de la préfecture donc je me garderai bien d'y répondre.

Dr Dominique LOUVEL, Médecin hospitalier responsable du service de médecine B, et Président de la Commission médicale, CHAR

Je voudrais donner deux exemples concrets et actuels de santé et migrants. On a des migrants légaux aussi.

Un exemple. Une femme de 35 ans qui a fait un problème digestif sévère, qui est là depuis très longtemps, qui a des enfants et qui est mariée. Elle a une carte de séjour d'un an, renouvelée régulièrement. Sa carte de séjour n'est pas à jour. Elle a un problème médical qu'on ne peut pas traiter sur place. Il faut qu'elle parte à Fort de France. On demande au service social de s'occuper de la mise à jour de son titre de séjour et on nous demande dans quelles conditions elle va être amenée à quitter le département pour partir à Fort de France. Son état ne justifie pas qu'elle parte avec le Samu. Et parce qu'elle ne part pas avec le Samu, la préfecture répond au service social que ce n'est pas suffisamment urgent pour que le renouvellement de sa carte de séjour soit fait immédiatement. C'était il y a un mois. La personne va un peu mieux. On ne va pas la faire partir avec le Samu pour avoir une carte de séjour... Pourtant, médicalement, c'est urgent ; il faut qu'elle soit traitée. Et on ne peut pas le faire sur place. Donc elle va un peu mieux, elle rentre chez elle, elle fait des accidents à répétition, elle revient, elle est ré-hospitalisée, on essaye de la faire repartir à nouveau, on a du mal, et ce n'est qu'à la troisième fois qu'on a pu la faire partir. Elle est partie aujourd'hui à Fort de France.

Donc santé et migrants, ce sont des problèmes d'accès à la régularisation au niveau de la préfecture où il y a, de manière très explicite, un durcissement des régularisations pour des gens qui sont en situation régulière habituellement. C'est pour dire que la préfecture ne facilite pas les choses. Alors, évidemment, cette personne a été hospitalisée trois fois pour un problème pour lequel elle aurait du être opérée une fois et évacuée. Cela complique les choses. On prend des risques sanitaires. On allonge les durées de séjour et les coûts d'hospitalisation parce que les papiers ne sont pas faits au bon moment.

L'autre cas. Un Brésilien, orpailleur, qui vient de Maripasoula. Il a une dysphasie. Il ne peut plus manger et il a un cancer de 15 cm dans l'œsophage qui l'empêche d'avaler. Il a beaucoup maigri. Il va mourir dans les mois qui viennent parce que c'est une maladie qui est très évoluée. Là aussi, on ne peut pas le traiter sur place.

On a deux options. Soit on l'envoie dans un endroit où il peut recevoir des soins normaux, c'est-à-dire hors de Guyane (Fort de France ou Paris) mais c'est impossible de le faire prendre en charge pour une évacuation sanitaire car il est sans papiers, sans identité. On ne sait pas qui c'est. Ce malade ne peut pas recevoir les soins que demanderait son état de santé. Par ailleurs, on ne peut pas le faire retourner au Brésil. On n'a pas les moyens de le faire partir au Brésil. Je ne vais pas aller le donner à la PAF pour que la PAF le mette dans un avion et le fasse partir. Cela ne se passerait pas comme cela.

Donc il faudrait pour ce malade, soit qu'on puisse le traiter comme les autres (mais ce n'est pas possible), soit qu'on puisse le rapatrier au Brésil par une autre voie que l'immigration illégale, pour le rapprocher d'un centre sanitaire proche de sa région, pour qu'il puisse avoir des soins à peu près corrects, près de chez lui, de sa famille, pour qu'il puisse mourir dans son pays, auprès des siens. Eh bien, ce malade, il va rester à l'hôpital de Cayenne. Cela fait deux mois qu'il est à l'hôpital de Cayenne. Il va mourir avec nous. Je trouve qu'il va falloir travailler sur la coopération entre la France et le Brésil. Ce sont des situations qui sont rares. Il va falloir qu'on arrive à pouvoir rapatrier dans des conditions dignes des patients qui sont en situation irrégulière et qui ne peuvent pas voyager comme des immigrants illégaux standards.

Voilà les deux cas dont je voulais parler et qui ont trait à « santé et migrants ». Pour cette histoire de coopération France-Brésil, à ma connaissance, il n'y a pas de solutions. Et pourtant, c'est un sujet quotidien. On a la même chose avec France-Suriname, enfin, Guyane-Suriname. En gynécologie, je sais qu'ils ont le même problème avec une femme qui a un cancer gynécologique, qui est à un stade dépassé et qui ne pourra pas voyager seule ou avec beaucoup de difficultés. Donc elle va rester à l'hôpital de Cayenne pour au moins deux mois d'hospitalisation. Ces cas là, on en trouve dans beaucoup de services, régulièrement.

M. François REZKI, Modérateur

Je vous propose qu'on prolonge un peu car l'ensemble des exposés qui ont été montrés ne se focalisaient pas uniquement sur l'orpaillage. D'autres problématiques ont été posées, notamment la question sociale, autrement dit la précarité, (ce que vous avez évoqué tout à l'heure, Pascal Revault), qui était un vecteur déterminant extrêmement fort dans la prévalence et l'incidence de la tuberculose. C'est une réponse multifactorielle que nous devons apporter.

Dr Anne-Marie BOURBIGOT, Pneumologue, CHAR

Je suis depuis 13 ans ici. Il y a énormément de difficultés, non seulement pour les migrants mais pour tout le monde. Les lois se sont durcies récemment et c'est très très difficile de soigner les patients. J'ai encore un exemple récent d'une jeune fille de 18 ans qui aurait pu être soignée en métropole si elle avait eu de la famille ... C'est très difficile et, pourtant, elle n'est pas migrante.

Il y a énormément d'infections dans le département. Les pathologies digestives sont des pathologies que l'on peut prévenir. Je rappelle que le Dr Guillot a dit effectivement que la tuberculose était aussi une rupture de l'immunité. Si on a une bonne immunité, on peut aussi se défendre contre la tuberculose et contre toutes les infections. La tuberculose étant aussi possible par contamination mais si on a une meilleure immunité, on fera des formes moins graves.

Cela me permet de rebondir sur une aberration de ce département. On est dans un département français mais, effectivement, nous n'avons pas les mêmes droits que les personnes qui habitent en France métropolitaine. C'est comme si la vie d'un domien n'avait pas beaucoup d'importance, et était sûrement moins importante qu'un métropolitain. Pourquoi respecte-t-on la vie des métropolitains en empêchant que les personnes se mettent à fumer facilement ? On vend le tabac dans des endroits bien précis. On respecte les non-fumeurs. Les lois sont appliquées. On essaye de faire en sorte que la mauvaise alimentation ne soit pas près des caisses. Là, regardez bien autour de vous, ceux qui viennent de Paris. On vend le tabac dans les épiceries. Le seul endroit où on ne vend pas de tabac en Guyane, ce sont les églises. On vend même du tabac à AJC. Cela n'existait pas au départ. Cela doit faire deux ans. N'est-ce pas Mme Taubira ? [Vous avez raison. Je vais regarder].

Il faudrait donc peut-être arrêter de tuer les domiens avec tous les produits qui augmentent les infections. Je rappelle que le tabac crée une inflammation de toutes les muqueuses. Le corps humain est très bien fait. Si la muqueuse est normale, c'est une barrière qui s'oppose à l'entrée des germes et des substances cancérogènes. De même que la muqueuse du tube digestif, le tabac altère aussi la peau. J'ai toujours l'habitude de dire à mes patients : « l'immunité, c'est comme un château fort ; les remparts, ce sont la peau et les muqueuses ». Ceux qui ont le sida ont un château affaibli mais s'ils ne fument pas, s'ils ne boivent pas d'alcool, et s'ils mangent sainement, ils vont mieux.

Je ne vais pas faire court car c'est important. Le tabac, l'alcool réfrigéré prêt à boire, dans toutes les épiceries, est inadmissible. J'aimerais bien qu'on respecte les domiens.

M. François REZKI, Modérateur

La question que vous soulevez pose un problème de santé publique et d'application des lois. C'est un problème politique. Il relève aux parlementaires de faire remonter cette information.

Les professionnels du soin montrent qu'ils sont impuissants face à un dysfonctionnement des lois. Ils se prennent cela en pleine tête (pardonnez-moi l'expression un peu triviale) et vous êtes confrontés à un dysfonctionnement des lois qui ont une difficulté à s'appliquer dans notre département. On voit que cela relève soit d'une coopération transfrontalière (et on a vu pour quelles raisons), soit d'un problème législatif, et là, le rôle des parlementaires est extrêmement essentiel. C'était provocateur de ma part.

M. Jean-Paul BACQUET, Médecin, Député du Puy-de-Dôme, Membre de la Commission des Affaires Etrangères

Le Parlement vote les lois mais l'application de la loi, c'est le préfet dans le département. C'est le représentant du gouvernement.

M. François REZKI, Modérateur

On va avancer un peu sur la question de la prise en charge médico-sociale et des obstacles qui se posent aux populations migrantes.

Mme Cindy MERTODIKROMO, Monitrice éducatrice, Arbre Fromager, et rapporteur du groupe de travail « santé et migrants » de Cayenne

C'était pour réagir. Effectivement, le préfet pourrait faire appliquer des lois. C'est important qu'on énumère les difficultés, lors des formations, des séminaires. C'est une bonne chose. On va toujours dire, c'est le préfet, ou le parlement qui pourrait faire quelque chose. Mais je pense que tout le monde, en tant que professionnel, dans le cadre de nos missions, peut faire quelque chose. Si on travaillait ensemble et on réagissait à notre petit niveau, on pourrait faire changer les choses, et, par la suite, remonter vers les personnes haut placées. Faisons déjà quelque chose entre nous.

M. Jean-Paul BACQUET, Médecin, Député du Puy-de-Dôme, Membre de la Commission des Affaires Etrangères

Je pense que j'ai été mal compris mais ce n'est pas grave. Le parlement vote la loi. Le préfet est le représentant du gouvernement donc il fait appliquer la loi... devrait faire appliquer la loi. Si la loi n'est pas appliquée, cela n'est pas de la responsabilité du Parlement. Le Parlement peut, par contre, demander une évaluation de l'application de la loi. C'est une possibilité. Ou faire une commission d'enquête parlementaire sur les conséquences d'une loi non appliquée. Mais, au départ, c'est le Préfet qui doit le faire. Que cela soit bien clair. S'il ne le fait pas, il faut quand même que cela remonte. Car c'est tout à fait inacceptable.

Mme Jacqueline FRAYSSE, Médecin, Députée des Hauts de Seine, Secrétaire de la Commission des Affaires Sociales

C'est en tant que députée que j'interviens. Je pense que c'est aussi le rôle des élus, et c'est pour cela qu'on est là, d'écouter, de comprendre ce qui ne va pas, d'essayer de faire remonter au bon endroit et peut-être de protester. Si la loi n'est pas appliquée, cela n'est pas normal et c'est notre rôle de le dire et de créer les conditions pour qu'elle soit mieux appliquée.

Ceci dit, quand même, je voudrais vous dire à tous, ici, que toutes ces difficultés, nous les rencontrons en métropole. Vous avez peut-être vu, en tous cas nous vous le disons, les queues et files d'attentes devant les préfectures, par tous les temps. Les gens qui viennent à 6h du matin pour avoir une place dans la file d'attente, des gens qui attendent des heures durant, par tous les temps, je le répète, et qui, parvenus à leur tour, se voient dire, « excusons nous, mais à cette heure ci, c'est fermé », et ainsi de suite.

Donc c'est quand même un choix politique actuel que vous avez délicatement appelé « durcissement » mais qui est quelque chose de profondément inhumain. Et je ne parle pas des reconduites à la frontière. Il y a un Réseau Education Sans Frontières, qui travaille beaucoup en métropole, et qui souligne des cas profondément inadmissibles. Je ne détaille pas. Il y a quelque chose qui est de l'ordre du choix et de la conception que l'on a de l'humain. Ce sont des choix politiques et au-delà.

M. Marc GROSSOUVRE, Président, RESF

C'est simplement pour compléter car s'il faut faire remonter les graves dysfonctionnements etc. Actuellement, par exemple, le Réseau Education Sans Frontières en Guyane soutient à peu près 25 jeunes dans des recours contre des refus de séjour. Depuis septembre, il y a en a 10-12 qui ont été jugés et les jeunes ont gagné tous ces recours. Cela veut dire que dans 100% des recours qu'on a faits, le préfet n'a pas respecté la loi. C'est cela que ça veut dire. Car c'est le préfet qui est jugé dans un recours au tribunal administratif. Ce n'est pas le demandeur. C'est quand même effarant qu'il y ait un tel taux d'annulation des décisions préfectorales. C'est effarant.

M. José GOMEZ, Médiateur en santé publique, DAAC

Depuis le commencement du débat, il y a une discussion pour essayer de se rapprocher des gens qui sont dans la forêt, qui sont cachés, qui sont ciblés. Mais je me pose la question : si on fait d'abord valoir les droits, ici, à Cayenne, et dans les communes, cela devrait être plus facile. Est-ce qu'il ne faut pas former aussi les gens qui sont à l'accueil des structures ? Peut-être qu'elles sont là mais elles ne connaissent pas la loi.

Une femme est enceinte et vient pour une consultation prénatale. A la 3^{ème} consultation, on lui dit qu'on ne peut pas la recevoir car elle n'a pas de sécurité sociale. Quand je vois des jeunes, des enfants scolarisés, qui attendent la vaccination. Quand on voit aussi qu'à la Croix Rouge, on a aussi des difficultés. Quand on voit qu'à l'hôpital aussi, pour voir un médecin spécialisé, il faut passer à la caisse, à la PASS.... En raison des difficultés rencontrées, parfois, la personne n'est pas soignée. Les médiateurs font tous ces constats. On va tous bosser ensemble et on va aussi former les gens à l'accueil. On a aussi des médecins qui ne veulent pas soigner des gens qui sont porteurs de CMU. Les gens ont des difficultés à se faire soigner.

Mme Christine PASCAL, Infirmière au service des prestations sociales, Conseil Général

Je voudrais juste évoquer le problème d'une population âgée, de plus de 60 ans et dépendante. Certaines personnes sont des migrants, qui ont un accès aux soins mais qui sont atteintes de maladies chroniques. Ces personnes ne peuvent donc pas être maintenues à leur domicile, ou difficilement, car elles sont dans des situations précaires. Elles ont un accès aux soins mais sont, par ailleurs, en grande précarité : pas de logement, pas de possibilité de s'alimenter ni rien etc. Ces personnes ne vont pas vers les associations car elles sont clouées chez elles. Elles ne peuvent pas crier ; elles ne peuvent rien demander. Très souvent, ce sont des personnes qui peuvent être

légalement maintenues à leur domicile car elles ont un titre de séjour, renouvelable. Mais, en fait, concrètement, je ne peux rien faire, je suis impuissante. Les aider, mais, comment ?

Dr Anne-Marie BOURBIGOT, Pneumologue, CHAR

Ce n'est pas du tout par dénigrement des patients étrangers que certains médecins ne veulent pas prendre les CMU et AME ; c'est simplement parce que ces médecins ne sont payés, il y a énormément de retard. D'autre part, pour la mise à jour des cartes de sécurité sociale, une infirmière me rappelait encore il y a quelques jours (car j'ai un patient très grave, un migrant légal qui a une carte de séjour bien renouvelée etc.), le manque d'effectif au niveau de la sécurité sociale et/ou l'augmentation du nombre de malades. Avant, c'était un mois pour avoir un renouvellement de carte de sécurité sociale ; maintenant, c'est au moins cinq mois. Donc, en fait, ce n'est pas évident. Si on n'a pas la bonne volonté des pharmacies qui savent qu'elles seront payées un jour, les patients se retrouveront sans traitements donc ré-hospitalisés à l'hôpital.

J'ai un exemple d'un patient, qui n'est pas un migrant (c'est un peu hors sujet), qui est handicapé. Il est hospitalisé dans notre service depuis quatre mois, n'est-ce pas M. Louvel ? Ce monsieur est en accord de tutelle mais on attend l'ordonnance de tutelle depuis deux mois alors qu'en fait, en l'apportant à main nue, cela irait plus vite. Est-ce qu'elle est bien rédigée ? Je n'en sais rien. En tous les cas, nous, on ne l'a pas. Bien qu'on ait une famille d'accueil connue depuis deux mois, on ne peut pas le mettre puisqu'on n'a pas l'ordonnance du juge de tutelle. Il y a des tas de dysfonctionnements.

M. François REZKI, Modérateur

A-t-on ici un représentant de la sécurité sociale, parmi l'assemblée, qui pourrait peut-être répondre pour quelles raisons nous sommes confrontés à de telles difficultés et comment on pourrait faciliter les démarches ? L'intérêt du débat est de trouver des solutions et des réponses à ces problématiques et obstacles. Non.....

M. Jean-Paul BACQUET, Médecin, Député du Puy-de-Dôme, Membre de la Commission des Affaires Etrangères

Je réagis à l'intervention que je viens d'entendre. En métropole, il y a actuellement 14% des français qui n'ont plus accès à une mutuelle faute de moyens. Et il y a plus de 20% des français qui retardent leurs soins faute de moyens financiers. L'AME, et la CMU, est toujours payée. Avec du retard, mais elle est toujours payée.

Je ne peux pas accepter que l'on dise qu'on ne donne pas les soins sous prétexte que l'on va être payé plus tard. Je voudrais rappeler que, quand on est médecin, on a fait le serment d'Hippocrate dans lequel on accepte de donner gratuitement ces soins.

[Applaudissements]

M. François REZKI, Modérateur

Les rapporteurs ont évoqué l'intérêt de davantage travailler en réseau, en synergie, car il y avait parfois un défaut, un manque d'informations. Peut-être que ce travail pourrait être mené. On a ici l'URML, le syndicat des médecins libéraux. Il y aurait peut-être un travail de synergie et de mise en réseau à faire, qui permettrait de clarifier ces procédures et peut-être de briser ce type d'obstacles qui, manifestement, n'a pas lieu d'être. Il y a ce travail nécessaire de réseau. Je crois que nous n'avons pas de représentants de l'URML dans notre assemblée. Ce n'est pas faute de les avoir invités.

M. Jean-Paul BACQUET, Médecin, Député du Puy-de-Dôme, Membre de la Commission des Affaires Etrangères

Il faut vraiment prendre le problème d'une façon différente. Vous êtes payés. Quand vous êtes réquisitionnés par la gendarmerie en tant que médecin, vous ne serez peut être pas payés. Mais comme vous êtes réquisitionnés, vous êtes obligés d'y aller. Alors si on exclut une partie de la population, parce qu'elle est en CMU, en AME etc., c'est un choix.

Faut-il une réquisition pour les gens qui sont en CMU ou en AME ? J'espère quand même que la conscience des médecins sera un peu supérieure à ce genre de comportements. Et moi, je souhaite, et je l'ai dit à l'Assemblée, qu'on sanctionne fortement les médecins qui n'acceptent pas ce que la loi les oblige à faire.

Dr Anne-Marie BOURBIGOT, Pneumologue, CHAR

Ce n'est pas normal ce qu'il dit. En métropole, il y en a quelque uns. Ici, c'est pratiquement toute la population qui a l'AME et la CMU. Il faut que mes confrères puissent aussi payer leurs factures.

Mme Henriette MARTINEZ, Députée des Hautes-Alpes, Membre de la Commission des Affaires Etrangères

Je suis députée des Hautes-Alpes, un petit département rural frontalier avec l'Italie, de 130 000 habitants. Je dis cela pour poser le décor. D'abord, je voudrais dire que tout ce qui vient de se dire, (ce que vient de dire mon collègue et auquel je souscris tout à fait, ce que vient de dire le Monsieur de RESF) démontre à l'évidence que la loi est plutôt protectrice. Et que c'est l'interprétation de la loi, qui, souvent, pose problème. Parce qu'on voit bien que le préfet a eu tort, ses arrêtés ont été annulés par le tribunal administratif. On voit que la loi oblige les médecins à soigner etc. Je crois qu'il y a des lois plutôt protectrices. Nous avons quand même, quoi qu'on en dise, un système de santé qui est plus protecteur que celui des pays voisins, en tous cas, quand on se trouve, ici, en Guyane. Donc l'interprétation de la loi peut poser problème, et je l'entends. Mais je voudrais dire aussi qu'un certain nombre de problèmes que vous soulevez sont aussi des problèmes que l'on rencontre en métropole.

Moi, issue d'un petit département rural et de montagne de surcroît, je suis confrontée, comme parlementaire, à une carence de médecins dans des zones de montagne où les médecins ne viennent pas s'installer. Je suis confrontée à l'éloignement des grands centres hospitaliers. Je suis confrontée à l'enclavement de mon département qui pose problème. Je suis confrontée aux problèmes de migrants qui arrivent par l'Italie ou d'ailleurs. Bien sûr, ici, les problèmes ont une acuité particulière. Mais je crois qu'il faut les replacer dans un contexte. Vous n'êtes pas les seuls à rencontrer ce genre de problèmes. Nous les entendons et nous les comprenons.

Mais je voudrais dire aussi qu'il y a un peu plus de 200 000 habitants, c'est peu. Et je m'étonne, je vous dis comme je le pense, que, compte tenu du nombre d'acteurs que je vois sur le terrain, qui sont des professionnels, qui sont des ONG, de la motivation que vous avez, de votre savoir-faire et de vos compétences que nous avons entendues et que nous avons reconnues, vous soyez encore en train de faire le constat d'un manque de coordination et de certaines problématiques que j'entends et qui me semblent relever, soit de l'autorité de l'Etat par le préfet, soit des collectivités territoriales.

Nous sommes ici dans un Conseil Régional, où il y a 31 élus si j'ai bien compris. 31 élus pour une population de plus de 200 000 habitants. Moi, dans mon département des Hautes-Alpes, il y a 3 élus régionaux pour une population de 132 000 habitants. Vous avez également un Conseil Général, vous avez des maires, vous avez des élus locaux. Il me semble qu'un certain nombre de problématiques que nous entendons ici, y compris des questions qui relèvent de la police (un maire est officier de police judiciaire et peut intervenir dans certains dysfonctionnements sur sa commune), et au niveau

des prestations sociales en matière de personnes âgées etc., je crois que la loi française donne aussi des droits. Je m'étonne un peu de certaines questions. J'ai l'impression qu'il y a une absence des collectivités territoriales dans ce débat. Je suis sûre qu'elles sont présentes. C'est probablement parce qu'il y a un manque de coordination des acteurs entre eux et que, peut-être, chacun ne sait pas ce que fait l'autre. Je vous pose ces questions comme je les ressens, au terme de ces débats au demeurant très intéressants et qui, à beaucoup d'égards, m'interpellent.

M. Marcel KOUSSKANA, Chef de service santé, CR

J'interviens suite à la prise de parole de Mme la Députée. Effectivement, elle dit qu'il lui semble qu'il y a une absence des collectivités territoriales. Notamment en ce qui concerne le Conseil Régional, je me sens un peu concerné parce que je suis là pour représenter les élus. En partie, je pense qu'elle a raison quand elle s'étonne de savoir qu'il y a un problème de coordination. Mais ce problème de coordination, nous, Conseil Régional, nous l'avons soulevé il y a de cela un bon moment.

Nous avons organisé, ici, un forum social et sanitaire, qui a déterminé que des acteurs avaient la volonté de travailler ensemble, que ces gens avaient des compétences et qu'il fallait simplement faire en sorte que ces gens là travaillent ensemble. Tout le monde avait adhéré à cela mais il faut bien le dire... et je l'ai mentionné dans la petite fiche d'évaluation, que le problème de coordination a déjà été soulevé. Il y a le problème de turn-over. Il y a aussi la volonté qui n'est pas là. Quand on se réunit, c'est bien de dire « il faudrait qu'on travaille ensemble », mais lorsqu'il s'agit de passer concrètement à la réalité, il n'y a plus personne. Je suis convaincu qu'aujourd'hui, nous nous sommes retrouvés, nous avons pris des préconisations... Je souhaite me tromper et qu'au sortir de ce séminaire, dans les jours qui viendront, les volontés se feront jour et qu'on pourra enfin travailler ensemble.

M. François REZKI, Modérateur

On voit très bien la nécessité, effectivement, d'une coordination de tous les acteurs qui interviennent.

Dr Joëlle SUZANON, Représentante du Président, CG

Je suis médecin moi-même. J'ai fait le choix et c'est un choix personnel, un choix de vie, d'être fonctionnaire territorial. Donc je suis médecin territorial. Ce que je voulais dire, à la décharge de mes collègues médecins qui exercent en libéral, qu'il y a une sous-densité médicale en Guyane qui est entre le tiers ou la moitié de la densité médicale nationale. Deuxièmement, cela a été évoqué, le public qu'ils ont à accueillir et à prendre en charge, a des problèmes sociaux qui sont radicalement différents de ceux du contexte national et donc, certains ont pu prendre ce type d'options. Je voulais juste porter cette information.

D'autre part, le fait qu'on en soit encore là. Cela fait 27 ans que j'exerce au sein du Conseil Général de la Guyane, en tant que médecin, dans des postes divers et variés. Il y a un certain temps que j'ai quitté directement cette administration. Entendre dire qu'on va se mettre en réseau, et travailler ensemble, ce qu'on a déjà dit depuis 25 ans... mais la banque alimentaire, c'est nouveau ! Le lot de la Guyane, c'est d'être en perpétuel commencement. Avec toujours des nouvelles personnes qui arrivent, qui sont pleines de bonne volonté et qui démarrent quelque chose. Mais le problème est de faire comme si on démarrait sur rien. Comme si, avant l'arrivée de la personne, il n'y avait jamais rien eu. Surtout, on ne touche pas aux dossiers qui existaient auparavant et la vie de l'organisme commence le jour où la personne arrive. Donc le problème est un peu là et un quart de siècle plus

tard, on est encore en train de dire qu'on va travailler en réseau. A chacune des périodes, cela se fait. Mais, à la période d'après, il faut tout recommencer.

M. François REZKI, Modérateur

On voit bien un problème de coordination, de turn-over, de mémoire....

Dr Joëlle SUZANON, Représentante du Président, CG

Mon terme va être un peu fort. Je dirai un problème d'humilité. Je ne vise personne. D'une façon générale, dans la nature humaine, d'abord, quand on arrive, on commence à s'employer à faire comme si cela n'avait pas existé voire à détruire ce qui avait été fait avant. Je ne parle pas de personnes. Mes propos ne visent personne. Il y a beaucoup de choses qui se font en Guyane. Beaucoup de volontés comme vous pouvez le constater aujourd'hui mais c'est toujours faire comme si cela n'avait pas existé.

M. Didier MAILLE, Responsable du service social et juridique, Comede

Une réaction sur les refus de soins. En Ile de France, c'est aussi un problème chronique. Je suis évidemment assez choqué de la réaction et de l'argument du délai de paiement. Il y a des problèmes sur l'AME et sur la CMU-C, il est vrai. Mais on ne peut pas non plus dire que tout le monde a l'AME ou la CMU-C. C'est vrai que le département, ici, est relativement sinistré en termes d'indicateurs de pauvreté. Les chiffres sont connus. Ce sont 97 000 personnes qui sont bénéficiaires de l'AME et de la CMU-C (il y a 20 000 AME et 77 000 CMU-C). En CMU-C, ce sont les guyanais et les étrangers en séjour régulier. C'est un indicateur considérable. On ne peut pas dire que c'est tout le monde non plus. Il faut être précis.

Je voulais faire un deuxième point. J'ai été assez choqué dans l'intervention de la Croix Rouge sur cette histoire d'autorisation provisoire de séjour (APS). C'est bête mais cela illustre les difficultés qu'on a à travailler ensemble. Les APS pour soins n'existent plus depuis 12 ans. La loi du 12 mai 1998, une loi sur l'immigration, crée la régularisation pour soins et apporte quelque chose d'intéressant, le droit au travail, c'est-à-dire la carte de séjour temporaire. Cela illustre quelque chose de très fréquent dans le médico-social : on continue de parler d'APS alors que cela n'existe plus depuis 12 ans. On parle aujourd'hui de carte de séjour temporaire.

Et une petite remarque pour illustrer la difficulté de travailler ensemble. Les diapositives parlaient de l'OMI [Office des Migrations Internationales], qui n'existe plus. Cela a été transformé en ANAEM [Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations]. Et je vous annonce que l'ANAEM n'existe plus car, maintenant, c'est l'Office Français de l'Intégration et de l'Immigration. Il faut se mettre à jour. Sans cela, on dit des bêtises. Et il faut aussi, c'est compliqué, travailler mieux ensemble sur ces thématiques compliquées. On est au cœur du sujet. Nous diffusons tous des informations fausses, faute de pouvoir mieux travailler ensemble.

Jean-Noël ROBILLARD, Coordonnateur, MDM

Je voudrais intervenir suite à M. Koussikana et également suite aux interventions sur la question du refus de soins et de la sous-densité de professionnels de santé en Guyane.

Par rapport à la question de la coordination, pour aller dans le sens de M. Koussikana. La coordination est un vrai métier premièrement et cela nécessite de vraies ressources dédiées, qu'elles soient financières ou humaines. Il est quand même difficile pour les associatifs ou pour quelques personnes que ce soient qui ont déjà leur propre activité, qu'elles soient à l'hôpital ou dans des

associations, de prendre en plus, ce gros morceau qu'est la coordination, avec la multiplicité des acteurs. Et, par ailleurs, pour la coordination, il est aussi parfois schizophrénique et difficile de travailler avec des acteurs qui ont des logiques contraires. Il est difficile de mélanger des acteurs qui ont une logique humanitaire et une logique financière. Il y a des questions à se poser pour savoir comment mettre en œuvre la coordination.

Par rapport au refus de soins, la question du remboursement n'est pas forcément une bonne question. A priori, il y a pas mal de témoignages de médecins en Guyane qui tendent à dire qu'effectivement, au moment de l'installation, il y a toujours une période de carence de 3 à 6 mois mais que cela finit par se régler. Il y a peut-être d'autres questions à se poser. Premièrement, n'y aurait-il pas des attestations AME qui ne soient pas vraiment valables et je ne dis pas, attention, là, que ce sont des falsifications de la part d'usagers. Il y a des pratiques quand même que certains acteurs connaissent ici : des attestations AME monnayées mais qui ne sont pas réelles (c'est-à-dire que derrière, il n'y a pas de réelle prise en charge). Ce sont des pratiques qui existent en Guyane et qui n'ont jamais été traitées.

Le deuxième point sur les remboursements. A l'heure actuelle, on est dans une telle défiance. Cela nécessite un travail de rapprochement entre les professionnels libéraux et la sécurité sociale. Certains professionnels de santé, libéraux, vont jusqu'à prendre l'attestation originale aux usagers pour être sûrs d'être remboursés. Or, il faut savoir que pour l'AME, la Sécurité sociale ici, maintenant, ne délivre que 3 attestations originales par an. Donc on se retrouve dans un cercle vicieux qui pousse effectivement une grande partie des usagers au système D, et, après, on a très beau jeu de les critiquer en disant qu'ils utilisent la Sécurité sociale de leurs cousins, cousines et copains... Toutes ces pratiques là poussent les gens à des extrémités mais, à la base, ce ne sont pas eux qui sont responsables de ces dysfonctionnements.

Ensuite, pour la question de la sous densité des professionnels de santé dans le département, il y a quand même eu un gros travail qui a été fait, avec de gros lobbies, sur la défiscalisation. C'était censé régler ce problème. Force est de constater que cela n'a pas été du tout le cas. Il faudrait, à ce niveau là, se poser la question : d'où viennent réellement les blocages ? La zone franche dont bénéficie la plupart des professionnels de santé libéraux est quand même bien là et elle a été justifiée, en partie, par le fait qu'elle allait faire venir du monde. Ce n'est pas le cas. Le blocage n'est pas à ce niveau là. Il est à un autre niveau. Et je pense, là, qu'il y a encore plusieurs institutions, qu'elles soient d'Etat ou que cela soit des structures qui représentent des médecins libéraux, qui pourraient travailler sur le sujet d'une manière un peu différente.

Dr Pascal REVAULT, Médecin coordinateur, Comede

Je voudrais dire deux choses. La première concerne effectivement cette question de soins qui sont refusés sous prétexte que les gens n'ont pas la protection maladie adéquate. Je voudrais rappeler que l'article 7 du code de déontologie médicale fait obligation aux médecins de traiter la personne, quelque soit son origine et quelque soit sa situation économique, et que l'article 47 du code de déontologie médicale fait obligation aux médecins d'assurer une continuité des soins. Je crois que c'est important de se le redire car cela fait partie intégrante du contrat social et si on commence à toucher à cela, je ne sais pas très bien où on va s'arrêter. Donc je pense que l'ensemble des professionnels de santé, dont je suis, a une responsabilité, en tant que citoyens aussi, sur ces questions, et que s'il y a des difficultés, il faut effectivement organiser des négociations à ce moment là avec la caisse de sécurité sociale, et partout, que ce soit en Guyane ou en Ile de France. Donc ça, c'est la première chose, mais je voulais insister sur cela car cela me semble assez dangereux d'utiliser des justifications, quelles qu'elles soient, par rapport à la relation entre les personnels soignants, les soignants, pour l'ensemble de la société.

La deuxième chose. Concernant le travail de réseau. Le réseau, c'est probablement ce qu'il y a de plus difficile à construire, partout. Je n'ai pas eu l'impression qu'ici, c'était forcément plus difficile qu'ailleurs. Il y a des particularités, c'est sûr. Mais j'ai surtout eu l'impression qu'il y avait une volonté de se mobiliser de la part des acteurs. Dans les présentations, j'ai trouvé cette volonté fortement intéressante. Et de rappeler la nécessité de s'asseoir sur l'historique. Vous parliez de ce qui existait avant et je trouve cela très intéressant. Il ne s'agit pas de construire *de novo*.

J'ai envie de lancer, non pas une boutade, mais cette invitation... J'aimerais bien que des collègues des réseaux en Guyane viennent faire des rencontres, des échanges, des formations, avec nous, nos partenaires, nos acteurs, en région parisienne. C'est comme cela qu'on arrivera à travailler ensemble au niveau régional et au niveau national.

M. François REZKI, Modérateur

Une invitation a été ouverte.... avis aux amateurs !

M. Jean-Louis CHRIST, Député du Haut-Rhin, Membre de la Commission des Affaires Etrangères

D'abord, je voudrais dire que je suis tout à fait en accord avec mes collègues parlementaires évidemment, sur des réactions légitimes. Aussi, je crois qu'il appartiendra au Parlement de se mobiliser pour que nous puissions informer nos collègues sur la situation réelle.

Cependant, c'est la première fois que je viens ici. Lorsque nous avons pris l'avion à Paris, nous étions dans le kiosque à journaux et nous avons vu des revues magnifiques sur la Guyane. Des revues qui vantaient la beauté des paysages, la sympathie des gens qui y habitent, l'attractivité du territoire et lorsque j'écoute ici, j'ai un tableau misérabiliste de la situation, qui fait que ce n'est pas de cette manière, en effet, qu'un développement économique pourra se mettre en œuvre.

Je suis obligé de le dire car je crois qu'il y a aussi des points positifs et ces points positifs méritent d'être évoqués pour qu'effectivement, on puisse construire un avenir, une espérance. Je ne dis pas qu'il faut travestir la réalité. Je crois qu'il est important que ce tableau, qui est pour l'instant décrit et qui carrément me désespère, ne soit pas le seul et qu'on aura l'occasion, au cours de notre séjour, d'avoir des éléments plus positifs sur la Guyane.

Mme Catherine COUTELLE, Députée de la Vienne, Membre de la Commission des Affaires Economiques, de l'Environnement et du Territoire

On est venu ici sur un sujet qui s'appelle « santé et migrants » ; on n'est pas venu sur « développement économique et tourisme » ; je n'ai pas l'impression du moins.

Je voulais vous dire que j'étais très intéressée par notre déplacement et par cette après-midi sur « santé et migrants ». Brièvement, alors, on a eu tout à l'heure le débat sur le rôle des députés et la loi. On a le sentiment quand même qu'il y a suffisamment de textes, de dispositifs et de possibilités d'intervention. Ce qui manque sans doute, ou ce qu'il n'y a pas, c'est la volonté politique bien appliquée et peut-être des moyens financiers suffisants pour éradiquer des maladies, qu'on sait éradicables, si on y met les moyens. C'est cela qui est un petit peu dramatique.

Deuxièmement point. On l'a déjà dit mais moi je vous le redis. En vous écoutant, et en vous entendant, je dois vous dire, et ce n'est pas pour vous rassurer ni pour vous consoler, qu'il y a des problèmes dans l'hexagone, graves et sérieux, de non-accueil des migrants. On a une politique très dure aujourd'hui. On a, quand même, il faut le rappeler, un ministère de l'immigration et de l'identité nationale qui nous donne du fil à retordre, si je puis dire, et qui provoque des durcissements et des

crispations parce qu'il y a des ordres du gouvernement dans les préfectures pour ne pas faciliter la vie.

J'ai un organisme, chez nous, qui faisait de l'accueil et de l'aide au droit d'asile. La préfecture l'a trouvé trop pédant et trop facilitateur. Ses crédits ont été supprimés. Il y a des volontés politiques de non-accueil, ce que vous disiez au départ, d'inhospitalité. J'ai été frappé de cela. A travers tout cela, des politiques nationales, des réseaux locaux. Mais c'est vrai ce que vous dites, il faut de la mémoire et du suivi.

J'ai trouvé aussi les interventions de celles qui sont intervenues derrière [rapporteurs des groupes de travail] fort intéressantes et pleines d'espoir. On a un peu le sentiment qu'on réinvente beaucoup de choses qui, peut-être, devraient exister, ... de liaisons, de coordination mais tant mieux s'il y a la volonté.

Je pense que vous connaissez des difficultés particulières, cela nous permet de les évaluer. C'est un aspect très intéressant de notre mission. Je pense qu'on pourra rentrer en essayant de poser un certain nombre de questions écrites ou orales au gouvernement pour avoir des réponses à nos questions et aux vôtres.

M. François REZKI, Modérateur

C'est tout l'objet de votre visite me semble t-il...

Dr Anne-Marie BOURBIGOT, Pneumologue, CHAR

Je demande à la commission parlementaire d'accélérer le départ du tabac des épiceries. Je rappelle que la population haïtienne est normalement peu fumeuse et cela va changer puisque les épiceries les vendent à l'unité aux enfants de 9 ans. Il y a énormément d'enfants qui arrivent aussi alcoolisés dans les écoles. Donc merci à la commission parlementaire de faire avancer tout cela.

M. François REZKI, Modérateur

Avez-vous entendu le message qui vous était adressé ? ... Alors, faites le nécessaire... Merci !

Je vous remercie sincèrement au nom de GPS, du Comede et d'AIDES d'avoir participé activement à ces échanges dont a découlé un certain nombre de propositions. Merci au Conseil régional de nous avoir accueillis dans cette belle salle et elle reste notre maison collective.

Je souhaiterais aussi souligner qu'un certain nombre d'institutionnels n'ont pas pu se présenter car nous sommes en période de réserve électorale. L'absence de certains représentants de l'Etat a été remarquée ; un certain nombre de réponses auraient pu, peut-être, être apportées. Les représentants des services déconcentrés du Ministère de la Santé ont été aussi absents, en raison notamment de cette réserve électorale que vous connaissez toutes et tous. Nous le regrettons mais c'est ainsi. En tous cas, j'ose espérer que les rapports qui seront restitués suite à ces échanges leur seront remis et qu'ils feront l'objet de réactions de leur part.

Je vous remercie sincèrement de vos interventions, de votre courtoisie. Bien évidemment, il y avait sans doute d'autres réponses mais le temps nous a pressés et on ne pouvait pas répondre à tout.

Merci infiniment.

Annexes



Liste des participants au séminaire du 4 mars 2010

STRUCTURE	NOM	PRENOM	FONCTION
ADER	PINAS	Heliente	Médiatrice culturelle
ADER	GASPARD	Michèle	Coordinatrice territoriale prévention des risques sexuels - centre littoral
ADPEP - CMPI	DOMER	Fanny	Assistante de service sociale
AIDE	DORJEAN	Sylvérain	Président
AIDES	BELLI	Francesca	Responsable communication et plaidoyer
AIDES	MANGANELLA	Antonio	Chargé de Mission Plaidoyer International
AIDES	MONVOISIN	David	Chargé de mission plaidoyer DFA
AIDES	PERROY	Sébastien	Réalisateur
AIDES	GIROU	Claire	Présidente
AIDES	NICOT	Delphine	Coordinatrice
AKATIJ	HENNE	Cécile	Chef de service Pôle Addiction
AKATI'J/ CSAPA	GODICHET	Olivier	Médecin
ARH	FISCHER	Jean-Marc	Conseiller médical
ARMSP	LARCHER FLORIMOND	Elise	Médiatrice en santé publique
ASCG	DESTIN	Lysaire	Coordinateur
ASFMF	GEORGES	Robert	Président et Médiateur Santé Publique
Assemblée Nationale	BACQUET	Jean-Paul	Député de Puy-de-Dôme, Membre de la Commission des Affaires Etrangères
Assemblée Nationale	CHRIST	Jean-Louis	Député du Haut-Rhin, Membre de la Commission des Affaires Etrangères
Assemblée Nationale	COUELLE	Catherine	Députée de la Vienne, Membre de la Commission des Affaires Economiques, de l'Environnement et du Territoire
Assemblée Nationale	FRAYSSE	Jacqueline	Députée de Hauts de Seine, Secrétaire de la Commission des Affaires Sociales

STRUCTURE	NOM	PRENOM	FONCTION
Assemblée Nationale	MARTINEZ	Henriette	Députée de Hautes-Alpes, Membre de la Commission des Affaires Etrangères
Assemblée Nationale	TAUBIRA	Christiane	Députée de la Guyane, Membre de la Commission des Affaires Etrangères
ASV/CCAS de Saint-Laurent du Maroni	MASSEMIN	Joanne	Coordinatrice
ASV/DSRU Cayenne	SOPHIE	Marie Laure	Coordinatrice
ASV/DSU Matoury	DELYON	Pascale	Chargée de mission santé
ASV/DSU Rémire-Montjoly	LEOTE	Gladys	Coordinatrice ASV
Avocats Pour la Santé dans le Monde	BERTRAND	Patrick	Coordinateur
Avocats Pour la Santé dans le Monde	GOYON	Charlotte	Responsable plaidoyer
Cabinet Monget-Sarrail	CHARLOT	Christine	Avocate
CAF	MINPHIR	Gildas	Stagiaire Assistante sociale
CAF	STANISLAS	Stella	Stagiaire Assistante sociale
CFAES Arbre Fromager	BACHELET	Mathilde	Agent de développement local et d'intégration
CFAES Arbre Fromager	MERTODIKROMO	Cindy	Monitrice éducatrice
CHAR	LOUVEL	Dominique	Vice Président de la commission médicale
CHAR - Centre de santé de Saint-Georges	LOUIS	Marie-Claire	Sage femme
CHAR -PASS du CHAR	COGNET	Julie	Assistante sociale
CHAR	BOURBIGOT	Anne-Marie	Pneumologue
CHOG	LAUDREL	Stéphanie	Coordinatrice territoriale prévention des risques sexuels - ouest
CIC-EC	AL-ZOUBI	Laura	Coordinatrice
CIC-EC	PARRIAULT	Marie-Claire	Coordinatrice de projets

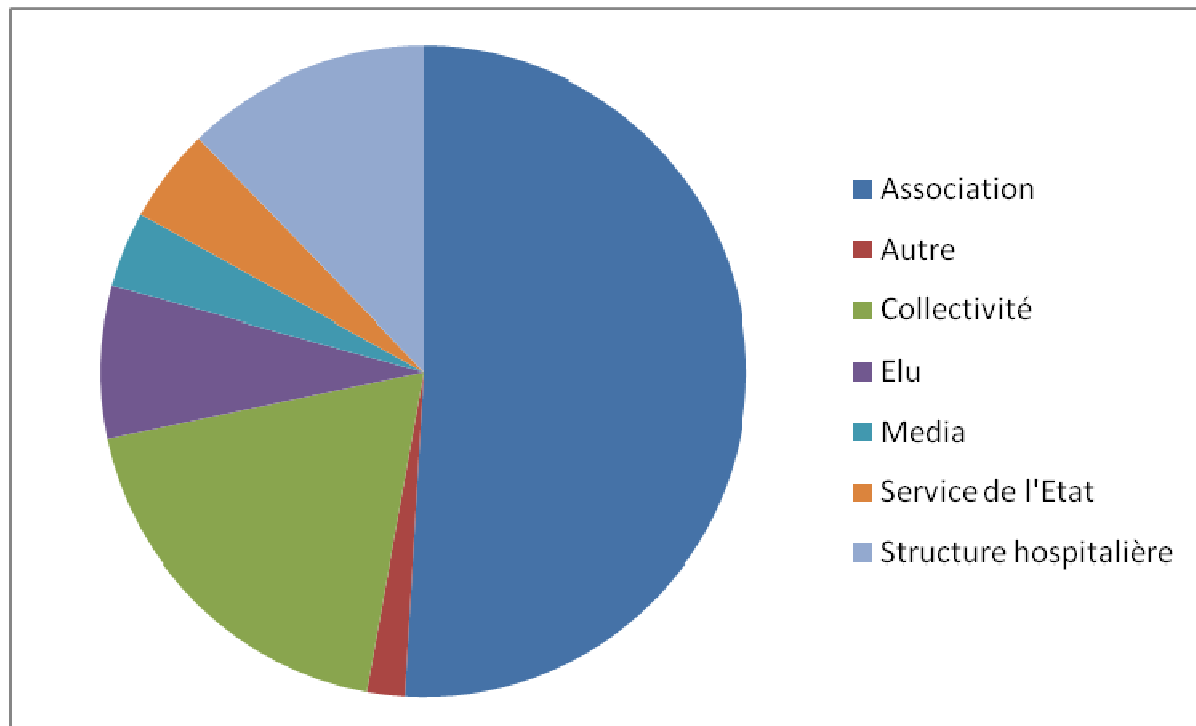
STRUCTURE	NOM	PRENOM	FONCTION
CIC-EC	HANF	Matthieu	Biostatisticien
CIC-EC	VANMELLE	Astrid	Coordinatrice de projet
CIC-EC	TARRASSE	Faysal	Attaché de recherche clinique
CIC-EC / COREVIH	NACHER	Mathieu	Médecin délégué / Président
CIDFF	MOINET	Isabelle	Juriste
CIMADE	TRIMAILLE	Claire	Coordinatrice asile
CIMADE	FIGUEIREDO	Rimo	Bénévole
CIMADE	CURET	Lucie	Intervenante en rétention
Comede	MAILLE	Didier	Responsable du service juridique
Comede	REVAULT	Pascal	Médecin coordinateur
Conseil départemental de l'ordre des infirmiers de Guyane	PERUS	Delphine	Présidente
Conseil Général	CHARLES	Carole	Assistante opérationnelle de mission "Démographie des professionnels médico-sociaux"
Conseil Général	PASCAL	Christine	Infirmière
Conseil Général	SUZANON	Joëlle	Chargée de mission
Conseil Général -DSP	PIGNARD	Amandine	Assistante sociale
Conseil Général - ADI	BERTONI	Dominique	Technicien d'insertion
Conseil Général - PMI Cayenne (Barrat)	BOUDHERI	Myriam	Infirmière
Conseil Général - PMI Matoury	CARON	Perrine	Sage femme
Conseil Général - PMI Matoury	DESIRE	Anne	Puéricultrice
Conseil Général - PMI Matoury	GINESTE	Cécile	Puéricultrice
Conseil Général - PMI Matoury	PIGERRE	Chantal	Puéricultrice
Conseil Général - PMI Matoury	VENTURIN	Cathy	Médecin
Conseil Général - PMI Rémire-Montjoly	CRAMER	Annie	Sage femme

STRUCTURE	NOM	PRENOM	FONCTION
Conseil Général - PMI Rémire-Montjoly	GUILLOT	Dominique	Médecin
Conseil Régional	KOUSSIKANA	Marcel	Chef de service- affaires sanitaires/sociales
Conseil Régional	GAILLOU	José	Conseiller régional
Croix Rouge Française	GUILLOT	Geneviève	Médecin
Croix Rouge française	QUINTARD	Nicole	Médecin
CRPV	MBOUP	Jacqueline	Chargée de mission capitalisation et animation de réseau
DAAC	GROSS	Karine	Animatrice sociale
DAAC	PIALOU	Aurélie	Chargée de mission Médiation D A A C Guyane
DAAC	PIALOU	Aurélie	Médiatrice
DAAC	RAMDASS	Calvin	Animateur social
DSU Matoury	LIBRE	Audrey	Responsable
Education nationale - Lycée Melkior Garré	BUDOC	Sylviane	Infirmière
Education nationale - Lycée Melkior Garré	BARTHELEMI	Nathalie	Enseignante
EntrAIDES Guyane	MAUCHAUSSEE	Nicolas	Responsable programme soutien aux personnes
EntrAIDES Guyane	SIMART	Geneviève	Vice Présidente
GPS	LAMAISSON	Hélène	Responsable
GPS	LE JEANNIC	Rachida	Secrétaire documentaliste
GPS	MATHIEU	Alexandra	Chargée de mission
GPS	REZKI	François	Président
Groupe SOS - SESSAD le Colibri	BEAUGELAS	Hélène	Educatrice stagiaire
Groupe SOS - SESSAD le Colibri	LUISSINT	Antoine	Chef de service
Groupe SOS - SESSAD Le Colibri	REYNOLD	Christiane	Educatrice spécialisée
Groupe SOS Habitat et Soins - ACT Guyane	MELLARD	Julie-Anne	Directrice

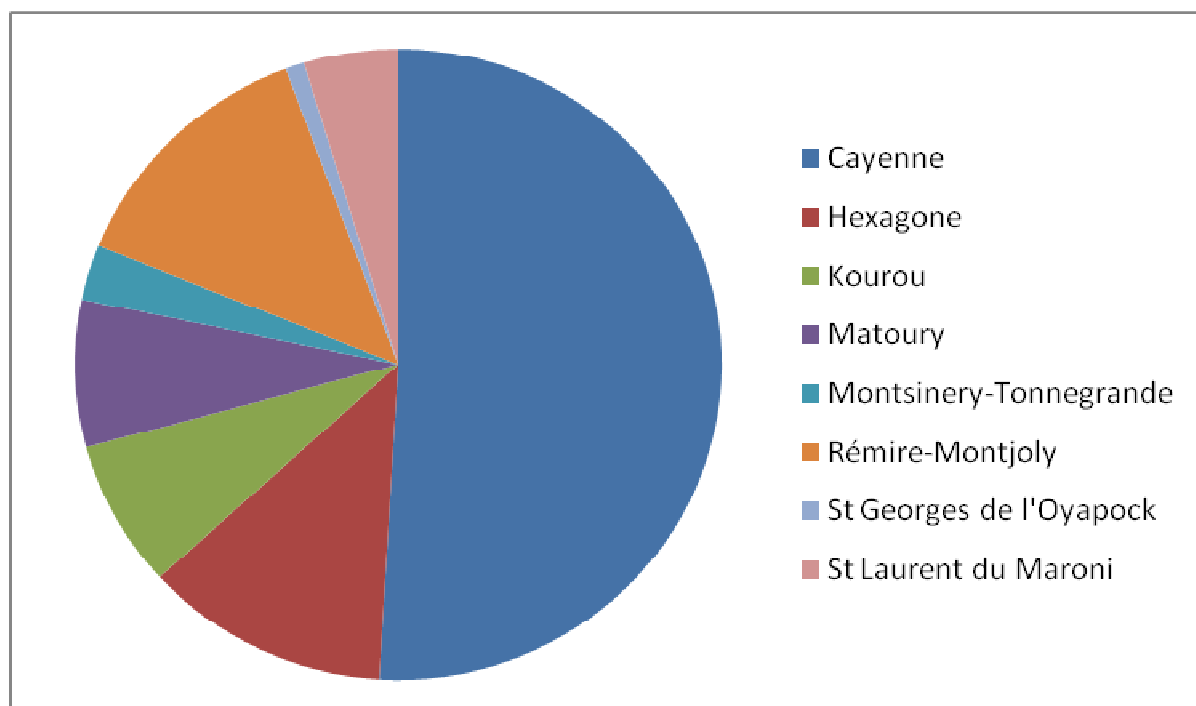
STRUCTURE	NOM	PRENOM	FONCTION
Groupe SOS Habitat et Soins - ACT Guyane	OBINON	Joséphine	TISF
Groupe SOS Habitat et Soins - ACT Guyane	SAINTE-LUCE	Nathalie	TISF
Groupe SOS Habitat et Soins - ACT Guyane	SEALY	Sabina	Assistante sociale
IMED	LOUISANNA	Nadine	Psychomotricienne
Malinguy	DJOSSOU	Félix	Président
MDM	LAMY	Sophie	Pharmacien
MDM	ROBILLARD	Jean-Noël	Coordonateur Mission France Guyane
MGEN/GPS	DANGLADES	Alain	Trésorier/Président
ORSG	CASTOR	Marie-Josiane	Directrice
ORSG	DANIEL	Marie-Thérèse	Responsable de la cellule documentation
PASS de Balata	EDUARDS	Filia	Médiatrice de santé
PRE - CUCS de Kourou	DELMAR	Christine	Coordinatrice du Programme de Réussite Educative - Kourou
Radio Saint Gabriel	ASSARD	Romaine	Journaliste
Réseau Périnat Guyane	BOSQUILLON	Laurence	Sage-femme coordinatrice
RESF	GROSSOUVRE	Marc	Président
RFO Guyane	FLORICIEN	Stéphane	Journaliste
RFO Guyane	FERNANDEZ	Franck	Journaliste
RFO Guyane	MAROT	Laurent	Journaliste - correspondant Reuters et le Monde
SIS/GPS	CASSIN	Denyse	Chargée de mission/Déléguee régionale
	SANGARE	Issa	Médecin

Représentativité des participants

Type des structures participantes



Origines des structures participantes, par régions ou communes



Résultats du questionnaire d'évaluation du séminaire « Santé et migrants »

Près de la moitié des participants au séminaire ont retourné aux organisateurs leur questionnaire d'évaluation, avant leur sortie ; les données des 49 questionnaires ont été exploitées et analysées. Les éléments qualitatifs et quantitatifs permettent de tirer les leçons des interventions et échanges proposés dans le cadre du séminaire.

Type de structure

47% des répondants travaillent dans une structure associative, 43% œuvrent au sein d'une institution et un dixième dans une autre structure. On constate une représentativité presque similaire des institutions et associations, qui réunissent près ou plus de la moitié des participants.

Le thème du séminaire, « Santé et migrants », vous semble t-il intéressant ?

😊😊	😊	😐	😞😞	Pas de réponse
88%	10%			2%

Il est important de souligner que presque l'ensemble des répondants ont répondu à cette question et que près de 9 répondants sur 10 au questionnaire trouvent le thème du séminaire particulièrement intéressant.

Est-il une priorité pour votre structure ?

😊😊	😊	😐	😞😞	Pas de réponse
45%	43%	4%	2%	6%

Il est intéressant de constater que près de la moitié des répondants déclare que le thème « santé et migrants » constitue une priorité de la structure dans laquelle ils travaillent. Notons également que près de 9 répondants sur 10 affirment que le thème constitue une priorité.

Globalement, qu'avez-vous pensé de ce séminaire ?

😊😊	😊	😐	😞😞	Pas de réponse
39%	47%	4%		10%

86% des répondants sont globalement satisfaits du séminaire ; près de la moitié de ces derniers déclarent être extrêmement satisfaits.

Qu'en reprenez-vous ?

Plus de 4 répondants sur 5 ont répondu à cette question. L'ensemble des commentaires partagés sont restitués ci-dessous.

- Absence des institutions concernées : CGSS, DSDS, préfecture - Richesse des débats mais absence DSDS, Préfecture etc. - La mise en place de groupes de travail multi-partenaires ; manque la préfecture et la DSDS - Beaucoup de préconisations, beaucoup de volonté des participants de trouver une solution à la problématique de la santé des migrants. Mais il me semble que la solution ne peut être prise sans la volonté de politiques et surtout de l'Etat - Une volonté politique absente d'un sujet de santé publique qui pourrait mettre en péril l'avenir de ce pays sur le plan sanitaire - L'ensemble des acteurs touchés par cette problématique font face à des difficultés identiques ; l'absence des pouvoirs publics locaux - Problème d'accès aux droits et d'application des lois à repenser - Manque de moyens financiers et de volonté politique - Difficultés à travailler avec d'autres institutions ; difficultés à contrôler la transmission de la maladie - Insuffisance de prise en compte de la santé des migrants par les pouvoirs publics - La France est un pays de non droit à la santé jusque là - Difficultés à faire appliquer le droit en Guyane concernant les étrangers - Grosse difficulté d'allier le droit et l'humanitaire - Séminaire tourné autour des populations migrantes « orpailleurs » et des questions légales sur la santé publique. Je m'attendais à une intervention plus générale sur les populations migrantes - Insuffisance latente pour l'accès aux soins et aux droits des migrants ; partenariats à développer à l'échelle de toute la Guyane. Gros travail de sensibilisation à faire avec institutions et médecins - Problématique très vaste ; peu de réponses concrètes ; nécessité d'une prise de position politique	- Problème de l'application des lois ; problèmes par rapport au préfet ; problème de connaissance du travail des associations et institutions ; problème de travail en réseau - Que peut-être on va mettre en pratique ce que l'on a si bien exposé - Quelles sont les démarches à faire pour aider les étrangers malades ou non dans des situations précaires – en situation irrégulière et défaut d'AME C'est bien d'en parler ! mais il faut qu'on agisse assez rapidement à cela - Très bon travail accompli qui montre bien qu'on prend en compte tous ces migrants et qu'il faut toujours essayer d'aller plus loin dans cette prise en charge - Je pense que c'est une bonne initiative qu'il faut renouveler - Difficulté à soigner les migrants d'ordre juridique (droit) ?, d'ordre logistique (structures existantes peu nombreuses). Pas assez de professionnels médico-sociaux ; même à l'échelle internationale, peu applicables au niveau local et régional - Le séminaire est très intéressant ; manque de support écrits des différents exposés, à distribuer aux personnes qui le souhaitent - J'aimerais participer à la formation ; importance et force des structures associatives - L'accès au droit des migrants du point de vue social et médical - Intérêt de développer le travail entre partenaires guyanais et surtout avec des partenaires de l'hexagone dans le but d'échanger sur des pratiques similaires. - Les effets délétères, sur la santé des gens, des politiques liées aux migrations - Les lois ne sont pas ou peu respectées ; la coopération est indispensable ; manque de volonté et de respect du travailler ensemble - Le constat de situations en Guyane sur la tuberculose - Ce que je retiens de ce séminaire, c'est que l'ensemble des intervenants ont fait un bilan remarquable de terrain, en ayant les mêmes points de vue au sujet des personnes en grande difficultés voire même malades - Farfouille administrative
---	--

- Etat des lieux sanitaire en Guyane intéressant ; prise en compte de la nécessité de création de réseaux médico-sociaux pour une meilleure prise en charge des migrants malades - Au boulot...avec l'ensemble des acteurs concernés - Importance de travailler en partenariat pour mettre en place des outils, notamment de plaider auprès des institutions/autorités - Encore une fois, des pratiques d'un autre temps ont encore lieu en Guyane en dehors de toute logique	- Une clarification des enjeux ; des gestes concrets - Merci la commission parlementaire d'aider à l'avancée - Cohésion et coordination des programmes et des actions ; travail de réseau - Les clichés et la stigmatisation des migrants suivant leurs origines n'ont pas leur place dans ce genre de séminaire - Evitons à l'avenir la stigmatisation des étrangers selon l'occupation qui correspondrait à la nationalité (ex : banditisme, haut banditisme, travail et trafics) !!!
--	---

Pensez-vous qu'il faudrait donner une suite à ce séminaire ?

Réponses		Pas de réponse
90%		10%
OUI	NON	
88%	2%	

90% des répondants au questionnaire ont répondu à cette question. 88% ont affirmé qu'il faudrait donner une suite ; contre 2% qui n'y sont pas favorables.

Si oui, laquelle ?

20% des répondants au questionnaire se sont abstenus de répondre à cette question. Les 39 propositions formulées par les participants sont présentées ci-dessous.

- L'accueil des migrants sur le territoire et la délivrance (à peu près) des titres de séjour et médicaments ; certains, voire beaucoup de titres de séjour qui sont délivrés aux usagers sont périmés à la réception ; nous avons souvent des usagers malades sans papiers qui se voient refuser l'accès aux soins ; dans ce cadre là, pourquoi les accueillir sur le territoire. Merci. - Plus d'échanges, plus de rencontres, impliquer des formations pour tous (social, médical) - Nouvelles réunions pour accompagner les changements, pour être sûrs qu'ils arrivent - Formation des acteurs ; création d'un réseau ; annualiser le séminaire ; obliger le préfet à clarifier son attitude de restriction des droits	- Structuration des associations ; mobilisation populaire structurée pour agir démocratiquement sur les institutions - Prendre les coordonnées de chacun et leur demander au bout d'un an ce qui a été fait - Mettre en place des réseaux entre les différentes associations et institutions existantes pour travailler sur l'accès aux droits des migrants - Comment régulariser les pratiques professionnelles - Ouvrir le sujet, sa limitation au VIH et à la tuberculose restreint bien trop son étendue - Poursuivre le lien avec chargé de mission ou autres acteurs nationaux pour maintien du plaidoyer
--	--

- Support technique ; coût minimum - Clarté, support et expertise juridiques - Avec un support écrit des interventions, compilation de toutes les données et contenu des interventions - Voir si les évaluations concernant les actions faites et tout ce qui a été dit et faire un séminaire, une affaire nationale et plus - Evaluation de la mise en application des recommandations : la banque alimentaire, la mise en place du collectif sur les pratiques, la prise en compte médicale des bases-arrière des sites d'orpaillage - Une mise au point à N+1 ou N+2 sur les actions proposées (leur réalisation). Merci. - Les propositions des groupes de travail pour l'amélioration de la prise en charge des migrants, voir si les institutions ont pris en compte les remarques et propositions des groupes de travail - Faire intervenir les politiques au débat et saisir la préfecture par rapport aux obstacles évoqués - Essayer de résoudre tous les problèmes soulevés si possible ; les migrants sont aussi des humains - Il faut faire en sorte que les décideurs puissent œuvrer dans ce domaine afin de mettre en place une véritable politique de santé - Faire en sorte que les services de l'Etat compétents dans les problématiques de séjour des étrangers participent à ce genre de séminaire - Trouver le moyen d'impliquer les politiques en les mettant face à leurs responsabilités. Idem pour les institutions fortement concernées par la situation sur cette problématique - Faire participer les politiques à ces débats - Inviter les politiques et les administrations	- La mise en œuvre d'une véritable coordination des différents acteurs ; renforcer le plaidoyer sur les sujets évoqués - J'aurais souhaité qu'il se tiende au moins deux fois dans l'année afin de donner plus d'impact, surtout sur la non-délivrance des soins aux malades afin qu'ensemble, on trouve une solution auprès de l'Etat - Mise en réseau des acteurs ; sensibilisation de la préfecture aux conséquences du retard aux traitements des dossiers (problème de santé publique) - Action coordonnée et concertée ! - Suivi régulier ; coordination du réseau ; motivation du département/région - Synthèse des groupes de travail « santé et migrants » impulsés par GPS (au hasard) - Continuer le travail de réseau/partenariat et faire remonter les dysfonctionnements et les propositions d'amélioration aux autorités avec l'ensemble des partenaires - Etat d'avancement des mesures proposées (ex : ouverture de la banque alimentaire) - Mise en place d'une programmation ; évaluation des mesures - Réactualiser les savoirs, les données ; une évaluation de la mise en place et des actions des réseaux - Evaluation des propositions données - Les résultats et aboutissements des groupes de travail sur les différentes problématiques abordées aujourd'hui. - La création d'une commission parlementaire de contrôle à l'application des lois - Les actions de coopération à mettre en place avec les pays voisins (ex : renforcer l'action vaccinale via le Suriname pour la tuberculose) - Les dispositifs d'accès aux droits à la santé ; travail de coopération avec les pays d'origine des migrants
---	---

Autres commentaires

- Problèmes de sons
- Seulement dommage que le discours de la Croix Rouge soit aussi stigmatisant !!
- Intervention du Dr Quintard très stigmatisante sur les différentes populations de Guyane

Ressources (articles, outils, etc.) remis aux participants au séminaire

Contenu du « dossier participants » :

- Programme du séminaire
- Présentation des organisateurs
- Dépliant de Guyane Promo Santé
- Termes de référence de la mission parlementaire, organisée par AIDES et d'Avocats pour la santé dans le Monde
- P. MONY, « Les DOM s'affranchissent du droit des étrangers », dans *Maux d'Exil*, Comede, N°27, Septembre 2009
- A. JOLIVET, J. LEBAS, P. CHAUVIN, *Migrations et soins en Guyane*, Agence Française de Développement, Décembre 2009
- D. MAILLE « Guyane : les professionnels formés à la prise en charge des migrants », dans *La santé de l'homme*, N°404, Inpes, Novembre-Décembre 2009

Outils mis à la disposition des participants :

- **Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire, Comede, 2008**

Edité en partenariat avec la Direction générale de la santé et l'Inpes, ce guide tente de proposer des réponses aux problèmes de santé des exilés, migrants et étrangers en situation précaire, à partir de l'expérience quotidienne de l'équipe professionnelle du Comité médical pour les exilés (Comede). Face à une demande souvent associée de soutien, de soins, d'accès aux soins et de conseil juridique, la connaissance des aspects médicaux, psychologiques, sociaux et administratifs du parcours des personnes est déterminante dans la prise en charge proposée. On compte plus 50 000 utilisateurs de ce guide.

http://www.inpes.sante.fr/guide_comede/pdf/guide_comede.pdf

- **Livrets de santé bilingue (portugais, espagnol, anglais, créole haïtien, russe)**

Ces livrets de santé bilingues, disponibles en 24 langues, visent à aider les professionnels de santé ou du social en relation avec les personnes migrantes. Réalisés par les acteurs professionnels et associatifs de la santé, de l'action sociale, du droit et de l'Administration, ils sont destinés à servir de support à la consultation/entretien avec les migrants ou étrangers en situation précaire et constitue un outil de prévention sur diverses thématiques de santé. Sa présentation bilingue facilite la compréhension réciproque dans les échanges que le patient migrant pourra avoir avec le médecin, l'assistante sociale ou tout autre professionnel de santé qu'il sollicitera.

- **Guide des étrangers malades en Guyane – AIDES**

Un guide concret sur les droits des étrangers en France même en bonne santé. La Guyane est un département d'Outre-mer (DOM). Le droit y est le même qu'en métropole, à quelques exceptions près qui seront mentionnées chemin faisant. Mais, comme le constatent les équipes de AIDES sur



place, pour les étrangers, l'accès effectif aux droits est encore plus difficile en Outre-mer qu'en métropole notamment parce que l'éloignement facilite des pratiques administratives dérogatoires. En raison de ce contexte et des besoins exprimés par les intéressés, il a semblé important de présenter, non seulement les droits, mais aussi des moyens concrets pour y accéder effectivement. Aussi, pour chaque droit, sont suggérées des solutions pour faire face à d'éventuelles difficultés d'accès : recours à l'écrit plutôt qu'au téléphone ou rendez-vous et surtout, recours au contentieux lorsque les solutions amiables n'aboutissent pas. Si ce guide traite des droits des étrangers malades en Guyane, il s'avère utilisable plus largement : sur le plan géographique, parce que l'essentiel de ce qui est traité concerne les étrangers malades dans l'ensemble des départements ; sur le plan thématique, parce que les droits présentés concernent largement d'autres étrangers que les malades. Les citoyens de l'Union européenne ou des Etats associés ne sont pas concernés par cette publication.

- **La tuberculose. Point sur la vaccination (Repères pour votre pratique)**

Ce document à destination des professionnels de santé fait le point sur la nouvelle politique vaccinale française en matière de lutte contre le bacille de Koch, responsable de la tuberculose, par le BCG. Il constitue le premier volet sur cette maladie, le deuxième portant sur le dépistage de la tuberculose.



- **Cartes postales de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida - 1^{er} décembre 2009 et de la campagne de communication « Regards et paroles croisés contre le Sida »**



Bibliographie « Santé et migrations »

- AIDES, *Les droits des étrangers malades en Guyane* », octobre 2009.
- E. Carde, « Le système de soins français à l'épreuve de l'Outre mer : des inégalités en Guyane », *Espace Populations Société*, numéro thématique : « Différences et inégalités socio-démographiques : l'approche par le local », 2009.
- E. Carde, « Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans papiers : de l'aide sociale aux politiques d'immigration », *Mouvements*, La Découverte, 2009/3-N°59. 143-156.
- Cici, Rapport décembre 2009, « chapitre V, L'outre mer ».
- Comede, « Dossier : Migrants Outre Mer, vulnérabilité et discriminations », *Maux d'exil*, numéro 27, septembre 2009, La lettre du Comede aux membres du réseau. Voir aussi : www.comede.org
- Comede, *Rapport d'activité 2008*, 2009. Voir aussi : www.comede.org
- Comede, *Prise en charge médico-psycho-sociale, guide pratique destiné aux professionnels*, diffusé par l'Inpes, 2008. Voir aussi : www.comede.org
- Conseil économique, social et environnemental, *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*, rapport présenté par Mme Jacqueline André-Cormier, 2009.
- Conseil National du Sida, *L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique*, 2008.
- C. Desprès, S. Guillaume, P.-E. Couralet, *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire à Paris*, Ierdes, non daté, (fin de la dernière étude en 2009).
- Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet, Jérôme Silva, « Les recours aux soins des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, n°146, septembre 2009, Ierdes.
- Gisti, *Les spécificités du droit des étrangers en Outre mer*, Les cahiers juridiques, 2007. Voir aussi : www.gisti.org/aider
- Guyane Promo Santé, « Contribution de la région Guyane au débat sur la place de la promotion de la santé dans les futures Agences Régionales de Santé (ARS), Actes des groupes de travail et du débat régional », 2009.
- Inpes, « Promouvoir la santé dans les DOM, 2. Guyane, Réunion », *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2009, numéro 404.
- A. Jolivet, J. Lebas, P., Chauvin, *Migrations et soins en Guyane*, décembre 2009, AFD. Voir aussi : www.u707.jussieu.fr/ds3/Recherche.htm
- D. Maille, A. Toullier, « Les dix ans de la CMU, bilan pour les étrangers », *Hommes et migrations*, numéro spécial santé des migrants, 2010.
- Mom, *Bilan d'activité 2009*.
- Organisation Mondiale de la Santé, *Statistiques sanitaires mondiales*, 2009.
- Pnud, *Rapport mondial sur le développement, mobilité humaine : mobilité et développement humain*, 2009.

Propositions des groupes de travail « Santé et migrants », Cayenne et St Laurent du Maroni

Objectif : construire un plan d'actions pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des migrants en Guyane

Les **modalités de déroulement** de ces 2 ateliers étaient les suivantes :

- réaliser un tour de table : brève présentation des participants
- proposer aux acteurs formés en octobre 2008 de faire part de leurs avancées/difficultés suite à la formation
- identifier et classer les obstacles/difficultés à l'accès à la prévention et aux soins des migrants (exercice des post-it)
- proposer à l'ensemble des participants de partir des obstacles et d'échanger, dans le cadre de travaux en sous groupe, sur des perspectives d'actions, en s'appuyant sur une trame prédéfinie
- proposer à l'ensemble des participants de valider les propositions faites par les sous-groupes de travail, qui seront restituées au cours du séminaire du 4 mars après-midi

Public ciblés :

- acteurs formés par le Comede à la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants en 2008 et 2010

Propositions du groupe de travail de St Laurent, 26 février 2010

22 participants + 3 animateurs

Dans le cadre de ce groupe de travail sur la santé des migrants, des **obstacles et difficultés à l'accès aux droits, la prévention et aux soins des migrants** ont été identifiés par les participants.

Parmi les points soulevés, des éléments relatifs au contexte ont été mis en évidence :

- Des ressources financières minimales (pour manger, avoir un toit)
- Un manque chronique de logement social, notamment pour les porteurs d'un handicap (suite à une maladie invalidante également)
- Un isolement institutionnel de St Laurent
- La barrière des langues
- La précarité administrative des étrangers : alternance de périodes de séjours réguliers et irréguliers

A partir des problèmes et obstacles identifiés par les participants, **3 axes stratégiques ont été proposés** et ont fait l'objet de travaux visant à définir un plan d'action détaillé, précisant les actions à mettre en place, les partenaires impliqués et les résultats attendus.

- Le besoin de soutien technique et juridique, lié aux difficultés de relations à l'administration (Bureau des étrangers, CGSS) a été mis en exergue.
- La mise en réseau des acteurs a également été suggérée.
- Enfin, des actions ciblant spécifiquement les usagers ont fait l'objet d'une attention particulière

1. Améliorer la mise en réseau des acteurs

Les mots clés : information, communication, réseau, échanges de pratiques, dialogue entre les partenaires, notamment entre les associations et les institutions (sous préfecture/CGSS)

Le manque d'un réseau d'acteurs formalisé qui puisse être force de proposition, a été souligné.

Les principales difficultés soulevées sont les suivantes :

- Difficultés de dialogue entre les professionnels sanitaires et sociaux et les institutions (CGSS, Préfecture) : manque de volonté ou de moyens ?
- Manque de connaissance du réseau local de soins et d'accompagnement (lié au turn-over), et de reconnaissance des acteurs entre eux
- Résistance des professionnels à un travail en réseau/ difficultés de communication entre professionnels : manque de disponibilité, travail isolé, stratégies différentes des acteurs
- Hétérogénéité des pratiques entre les travailleurs sociaux et les professionnels de santé (travail informel, approche humanitaire, discrimination).
- Insuffisance de savoirs et de savoirs faire en matière de droit à la santé des étrangers du personnel soignant
- Situation géographique : prétexte pour les difficultés de travail en réseau ?

Propositions d'actions :

- Organiser des réunions régulières entre l'ensemble des acteurs concernés par la thématique, et travailler sur les priorités définies
- Avoir une meilleure connaissance de l'historique (ex : réseaux existants)
- Mettre à jour régulièrement et diffuser largement un annuaire
- Renforcer les actions d'animation, de communication et de diffusion
- Organiser des rencontres professionnelles et interprofessionnelles sur l'échange d'études de cas
- Favoriser l'accès à la formation, dès le cursus de formation initiale, sur l'accès aux droits, aux soins, et à la prévention des migrants : formation continue et universitaire, en lien avec le Ministère de l'enseignement et de la recherche, Ministère de la santé, les structures hospitalières, l'URML, et l'UAG etc.
- Diffuser des informations, à partir des ressources nationales et régionales
- Rencontrer les services de police et de gendarmerie pour connaître leurs pratiques sur les contrôles de papiers et les informer sur les modalités d'accès aux droits et aux soins, en vue d'imaginer une meilleure collaboration

Partenaires : CHOG, centres de santé, institutionnels (collectivités et services déconcentrés), associatifs et libéraux.

Qui porte ? Articulation avec ASV, s'appuyer sur les réseaux déjà existants (et les réactiver si besoin)

Résultats attendus

- Clarification, formalisation et diffusion des procédures et des pratiques par rapport aux droits
- Amélioration des contacts entre les travailleurs sociaux
- Confiance entre les professionnels
- Considération et participation de l'administration
- Décloisonnement entre les acteurs/ secteurs
- Dépassement des difficultés et résolution de problèmes
- Amélioration de l'efficacité des soins urgents (délais de soins...)
- Inscription de la santé des migrants dans la Formation Médicale Continue (FMC) et paramédicale

2. Renforcer le soutien technique et juridique des acteurs

Deux types de difficultés concentrent l'attention :

- La procédure relative aux cartes de séjour pour raisons de santé
- L'accès à la protection maladie

Côté carte de séjour pour raisons de santé :

- Guichets en sous préfecture inaccessibles : prise de Rdv pour la 1ère demande par téléphone excessivement restrictive (2 heures par semaine/téléphone portable/coût prohibitif/encombrement total)
- Une liste des pièces demandées non conforme à la réglementation (ex : justificatifs taxe d'habitation)
- L'absence de récépissé entre deux cartes de séjour entraînant des ruptures de droits sociaux
- La non-application des règles de la procédure administrative, en matière de régularisation de parents d'enfants malades

Côté accès à la protection maladie

- Un problème majeur, ancien, et prioritaire à traiter : le refus de rattachement des enfants à charge à l'assurance maladie et à l'AME
- Aide médicale d'état :
 - o Exigence de pièces non-conformes aux deux décrets de 2005 et à la circulaire de 2005 (état civil/ résidence en France)
 - o Panier de soins défaillant (lunettes/ prothèse dentaires)
- Rupture de protection maladie due à des alternances de périodes de séjours réguliers et irréguliers

En général

- Délai de traitement déraisonnable
- Peu de retours ou retours tardifs des administrations pour connaître les décisions, ce qui, de fait, retarde les recours, les renouvellements etc.

Propositions d'actions :

- Renforcer la capacité des acteurs sur le plan technique et juridique, notamment par des travaux réguliers et structurés, dans le cadre de leur mission d'aide à l'accès aux droits (ex : échange de modèles de lettres et de recours)
- Développer l'autoformation
- Identifier des aides caritatives pour pallier le manque du panier de soins AME
- Améliorer les relations avec les administrations, notamment en vu d'une communication des textes réglementaires opposables aux usagers (ex : quel fondement à l'exigence de la taxe d'habitation pour les demandes de carte de séjour ?)
- Améliorer le dialogue avec les administrations puis engager des recours administratifs (rappel à la loi) et si besoin contentieux
- Demander des moyens humains et financiers supplémentaires de la CGSS et la sous préfecture (amélioration des conditions de travail des fonctionnaires et d'accueil des usagers)

Partenaires

L'ensemble des partenaires sont concernés ; un soutien spécifique d'avocats est mentionné.

Résultats attendus

- Meilleur accès à la sous-préfecture
- Continuité du service public

3. Promouvoir le développement des compétences de l'utilisateur

Mots-clés : savoirs, représentations et accompagnement

Les principales difficultés soulevées sont les suivantes :

- Manque de connaissances par les usagers de leurs droits
- Mépris de l'étranger, de l'étranger malade, de la personne « différente »
- Isolement géographique des usagers et peur de se déplacer (et de se faire arrêter)
- Quel suivi et accompagnement ?

Propositions d'actions

- Diffuser des informations adaptées aux usagers (ex : groupe de parole, langue), repérer des relais (commerce...) et les associer à la diffusion de ces informations
- Identifier le parcours des nouveaux arrivants (administrations, démarches...) et créer un support de d'information synthétique (ex : dépliant), adapté aux usagers (langue, format), en partant de l'existant. NB : un projet de livret d'accueil à l'hôpital est à considérer
- Développer l'instruction civique, la formation de professionnels (nouveaux arrivants), la diffusion de rapports officiels, enquêtes etc.
- Privilégier des actions de proximité auprès des usagers (ex : visites à domicile pour une information individuelle, mise en place d'un dispositif itinérant pour informations collectives)

Partenaires

La participation d'acteurs de proximité, notamment associatifs, est soulignée. Les acteurs cités sont nombreux :

- associations : Mama BOBI, AIDES, CRF, EPEGO, Réseau Matoutou, Inpact etc.
- dispositifs Politique de la Ville (Atelier Santé Ville, Programme de Réussite Educative association de quartiers, etc.)
- relais communautaires,
- centres de formation du PREFOB,
- administrations, institutions dont l'Education Nationale, les services sociaux, etc.
- collectivités locales (notamment PMI)
- structures hospitalières (centres de santé, CHOG et autres établissements)
- radios
- autres acteurs, parties prenantes du parcours du migrant etc.

La création d'un groupe de travail spécifique, axé sur la communication, a été recommandée.

Résultats attendus

- Uniformité et clarté du message
- L'utilisateur connaît ses droits et sait comment y accéder : l'utilisateur est informé et donc plus autonome
- Fluidité du parcours de l'utilisateur
- Meilleure connaissance du contexte (cultures, coutumes etc.) pour réduire la discrimination
- Rompre l'isolement administratif et rendre l'information plus accessible aux usagers peu ou pas mobiles

Restitution faite en la présence d'un des directeurs adjoints de l'hôpital, M. Narfez PEDURAND, de Mme Emilie CHERUBON, élève directeur (en stage d'observation), et du Dr LAM, cardiologue au CHOG. M. Pedurand a fait part de suggestions et a manifesté son souhait que le CHOG s'associe à cette démarche. Il a été proposé d'identifier un facilitateur/référent ; l'ASV a été plébiscité par les acteurs pour jouer ce rôle. Une réunion, à laquelle vous êtes tous conviés, et réunissant les participants au groupe de travail, se tiendra le 25 mars prochain à St Laurent.

Propositions du groupe de travail de Cayenne, 4 mars 2010

18 participants + 3 animateurs

3 axes stratégiques :

- Améliorer l'accès aux droits et refus de soins
- Améliorer l'accueil des personnes migrantes et en situation de précarité
- Renforcer la mise en réseau des acteurs

1. Améliorer l'accès aux droits et refus de soins

Problèmes :

- Refus des soins en médecine de ville
- Accès à la protection maladie :
 - o Rattachements des enfants
 - o Absence de traçabilité des dossiers (pas toujours de récépissé, dossier perdus etc.).
 - o Manque de points d'accueil CGSS
- Droit au séjour pour raison médicale :
 - o Traçabilité, délai de réponse. Manque d'interlocuteur au bureau des étrangers.
 - o Manque de connaissance des professionnels de santé concernant la procédure et notamment la différence entre rapport médical et certificat.

Propositions :

- Documenter, objectiver le nombre et les raisons de refus de soins
 - o Testing, phoning, compilations des infos.
 - o Signalement à la CGSS, Préfecture et à l'Ordre des Médecins, DSDS/ARS.
- Diffuser de l'information réglementaire aux acteurs du secteur médico-social, sensibilisation de la direction de la CGSS et recours si besoin au contentieux.
- Sensibiliser la CGSS et la Préfecture à la remise systématique des récépissés de dépôt de demande
- Créer des points d'accueil plus proches de la population dans les communes à forte densité ou isolées
- Renforcer les effectifs/moyens humains en Préfecture
- Identifier des référents au sein des administrations, accessibles pour les professionnels du médico-social (échanges d'informations par fax, mail, téléphone, etc.)
- Sensibiliser les médecins hospitaliers et leur secrétariat, les médecins de ville, à la rédaction des rapports et certificats médicaux

Partenaires

- Associations
- Médecins, Ordre des Médecins
- Mairies
- Hôpitaux : CHAR, CMCK et CHOG
- Préfecture, CGSS

Résultats attendus

- Meilleure connaissance des raisons des refus
- Diminution des refus de soins
- Multiplication des points d'accueil CGSS

2. Améliorer l'accueil des personnes migrantes et en situation de précarité

Problèmes :

- Absence de prise en compte de la vulnérabilité des migrants (interprétariat/langue, résidence, aspect physique, consommation de stupéfiants, double violence faite aux femmes, peur des migrants de se déplacer, dimension psychologique)
- Efforts à poursuivre pour améliorer l'accueil des migrants dans les administrations (écoute, sécurisation...)
- Manque de structures hébergeantes adaptées pour personnes en difficulté
- Problèmes alimentaires, d'accès à une aide alimentaire d'urgence
- Refus de certains médecins libéraux (généralistes/spécialistes), de recevoir et soigner les migrants « AME » ou même CMU
- Représentations négatives de l'étranger

Actions

- Formation des professionnels de santé :
 - o amélioration des outils de travail
 - o prise en compte de la dimension culturelle (Vision de la pathologie, de son sens différent selon les ethnies)
 - o clarification des procédures de constitution des dossiers, procédures, pièces à fournir...
- Sensibilisation des agents de police/gendarmerie/paf sur l'accès aux soins
- Promouvoir une stratégie avancée, en s'appuyant sur des médiateurs qui vont vers les lieux de vie et assurer le suivi des actions de proximité
- Pérenniser les postes de médiateurs et repérer des intervenants locaux
- Augmenter la disponibilité en accueil en urgence
- Créer des structures ciblées pour accueillir un public vulnérable
- Rendre opérationnel et effectif la banque alimentaire, pour une meilleure coordination de l'aide alimentaire (en projet depuis 2005....)

Partenaires

- Prefecture
- DSDS/ ARS, CGSS, CMP
- Médecins coordinateurs du CHAR, URML, Conseil de l'ordre des médecins
- Associations et réseaux associatifs
- Collectivités territoriales, PMI
- CARRUD
- 115 (centre bas seuils)
- Centres d'éducation à la santé
- Education Nationale
- Entreprises privées
- Commissariats de police, gendarmeries, PAF, polices municipales

Résultats attendus

- Formations visant à améliorer l'accueil
- Accueil et prise en charge pertinente
- Meilleure accessibilité à l'information

3. Renforcer la mise en réseau des acteurs

Problèmes :

- Accès limité des professionnels et des usagers aux administrations
 - Mauvaise organisation de certains acteurs, notamment associatifs, pour travailler étroitement avec un référent unique avec administrations
 - Opacité des procédures de la régularisation des étrangers malades
 - Manque de coordination entre secteur social et médical (cloisonnements)
 - Difficultés à travailler avec des médecins, notamment libéraux, qui méconnaissent le plus souvent les missions des partenaires
 - Manque de réseau inter associatif réunissant divers corps professionnels
 - Turn-over et épuisement des professionnels, et pas de mémoire de l'historique/existant;
- Conséquences :
- o changement d'interlocuteurs
 - o absence de continuité
 - o changement de politiques/pratiques

Propositions

- Encourager chaque structure à actualiser les informations la concernant, et les partager avec GPS pour diffusion plus large
- Proposer un accompagnement physique des usagers, en s'appuyant sur des personnes dédiées (ex : pool de médiateurs mis à disposition)
- Avoir un interlocuteur privilégié/référent au sein des administrations pour les professionnels
- Identifier un référent pour chaque structure qui se présenterait aux administrations
- Créer un groupe de travail en partenariat avec les associations des usagers
- Proposer l'organisation d'échanges entre acteurs des secteurs médical et social
- Sensibiliser les médecins à la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants.
- Créer un collectif pour informer sur les pratiques et faire respecter le droit

Partenaires

L'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux, notamment :

- Assistantes sociales des structures
- Usagers
- Associations, notamment ARMSP, GPS
- Administrations concernées (DSDS, CGSS, CAF, Préfecture, MDPH)
- Militants
- Ordre des médecins à mobiliser

D'autres acteurs, intervenant dans des secteurs complémentaires (recherche, formation) ont été cités : UAG, IRD, ORSG, Institut Pasteur, IRDTS

Résultats attendus

- Mise en réseau des acteurs
- Echanges de pratiques
- Création d'une boîte à outils partagée et commune aux acteurs (ex : via Google groups)
- Création d'une liste de diffusion pour poser des questions et y répondre
- Annuaire des acteurs sanitaires et sociaux régulièrement mis à jour
- Professionnels formés/informés
- Outils disponibles pour les médecins

Liste des participants aux groupes de travail

- Cayenne

STRUCTURE	NOM	PRENOM	FONCTION
ADER	PINAS	Helianté	Médiatrice culturelle
AFDG	RIVERA BRITO	Wendy	Médiatrice
APADAG	GAULTIER	Emilie	Assistante de service social
Appartements de Coordination Thérapeutique - Groupe SOS	MELLARD	Julie-Anne	Directrice
ARBRE AU FROMAGER	MERTODIKROMO	Cindy	Monitrice éducatrice
CIMADE	BELLAHOUEL	Edwina	Juriste
CONSEIL GENERAL	BACOU	Giselle	Assistante Sociale
COREVIH	ADRIOUCH	Leila	Médecin coordonnateur
DAAC	RAMDASS	Calvin	Bénévole
DAAC	GOMEZ	José	Médiateur
DGSP	PIGNARD	Amandine	Assistante service social
MAISON DES ADOS	PAUILLAC	Eric	Educateur spécialisé
MDM	DAMASE	Sheila	Travailleur social
PASS/SAU - CHAR	COGNET	Julie	Assistante Sociale
PMI	GUILLOT	Dominique	Médecin
PMI de MATOURY	VENTURIN	Cathy	Médecin
SAMU Social	CAQUINEAU	Fabienne	Educatrice spécialisée
SIS	CASSIN	Denyse	Déléguée régionale

- **St Laurent du Maroni**

STRUCTURE	NOM	PRENOM	FONCTION
Maison des Adolescents de l'Ouest Guyanais	AUGE-LARIBE	Emilie	Responsable
PIPS/EPEOG	BEBA	Géraldine	Infirmière
Mission Locale Régionale Guyane	BILLY	Murielle	Conseillère référente santé
CARRUD INPACT	CRETON	Jérémie	Educateur spécialisé
CHOG	FORESTIER	Catherine	Assistante sociale
CCAS	GAST	Maya	Travailleur social
AIDES	GIROU	Claire	Présidente
Equipe réussite Educative	GUERIN	Sophie	Coordinatrice
Service Social Départemental	JEAN-FRANCOIS	Guylaine	Assistante sociale
CHOG	LAUDREL	Stéphanie	Coordinatrice risques sexuels
AIDES	LE BOULICAUT	Anne	Déléguée d'actions
Réseau Matoutou	LECOCQ	Emilie	Assistante sociale
EPEOG	LEGER	Francisca	Secrétaire Référente du "Point Info Famille"
MAMA BOBI	LIENGA	Randolf	Médiateur interculturel
CHOG	LITHAW	Claudine	Secrétaire de l'EHPAD
Service Social Départemental	LOZANO DELGADO	Griselda	Assistante sociale
CHOG	MARIE	Florence	Assistante sociale
CCAS	MASSEMIN	Joanne	Coordinatrice
AIDES	MICHELSON	Hélène	Volontaire
PIPS/EPEOG	TAN	Béatrice	Infirmière
AIDES	LAMAZON	Trevor	Animateur prévention
INPACT	FAYOLLE	Pauline	Assistante sociale

Programme de la formation « Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire »

Date et lieux des 2 sessions de 3 jours de formation

LIEU		DATES et HORAIRES
Saint-Laurent du Maroni	CHOG (Salle B14) Avenue du Général de Gaulle	<u>Du mardi 23 au jeudi 25 février 2010</u> de 8h à 12h30 et de 14h à 16h30
Cayenne	MGEN 2844 Route de Montabo	<u>Du lundi 1^{er} au mercredi 3 mars 2010</u> de 8h à 12h30 et de 14h à 16h30

Objectifs de la formation :

La formation a pour finalité d'aider les acteurs à améliorer les soins et l'accompagnement des populations migrantes/étrangères en situation précaire vivant en Guyane. Elle vise ainsi plus particulièrement à :

- doter les participants d'une maîtrise du cadre réglementaire concernant le séjour pour raison médicale et la protection maladie ;
- aider les acteurs à affiner leurs méthodes de prise en charge et à améliorer les relations entre citoyens et administrations ;
- clarifier les priorités de soins et de prévention par rapport aux situations de vulnérabilité rencontrées chez les étrangers/migrants ;
- améliorer la maîtrise des enjeux éthiques, déontologiques et médico-juridiques liés au statut administratif de l'étranger ;
- aider les acteurs à affiner leurs méthodes de prise en charge et à améliorer les relations entre citoyens et administrations ;
- clarifier le positionnement de chaque acteur.

Public : Cette formation s'adresse à tout acteur du médico-social impliqué dans les actions auprès des migrants : acteurs institutionnels ou associatifs, personnels soignants ou socio-juridiques, professionnels ou bénévoles. Nombre de participants par formation : 20 personnes maximum.

Contenu détaillé

1^{er} jour

-
- **Problématique de santé des migrants : migrants, étrangers, vulnérabilité et état de santé**
 - **Epidémiologie médico-psychologique**
 - **Expertise et certification médicale :** contexte et motivations, certification et demande d'asile, certification et demande de carte de séjour pour raison médicale
 - **Outils opérationnels** en soutien des actions dans le contexte guyanais

2^{ème} jour

■ **Introduction au droit au séjour des étrangers en France** : les étrangers en France, principes généraux du droit au séjour et la hiérarchie des normes

■ **Le droit au séjour pour raison médicale**

- Les textes applicables
- Les cinq conditions légales de la régularisation
- Chronologie détaillée et les acteurs de la procédure
- Certificats et rapports médicaux
- Rappel déontologique et éthique autour de la décision médicale

■ **Points techniques** dont :

- Evaluation préalable : l'existence d'une éventuelle ancienne mesure d'éloignement
- Le refus de séjour, l'« Obligation de quitter le territoire », les recours
- Le coût (taxes de chancellerie, taxe OFII...)
- APS ou carte de séjour temporaire
- Accompagnateurs de malade
- Absence de passeport
- Double demande asile-soins

■ **Cas pratiques et situations individuelles**

3^{ème} jour

■ **L'accès aux soins et introduction au système français de protection maladie**

■ **Actualisation sur la notion de « résidence en France » (synthèse et confrontation à la situation des frontaliers de la Guyane)**

■ **Assurance maladie et CMU-C**

- L'obligation de détenir un titre de séjour : définition des conditions légales et réglementaires du séjour « stable et régulier » pour l'assuré et l'ayant droit
- Les exceptions à l'exigence de séjour régulier
- Délai d'ouverture des droits : admission immédiate, rétroactivité et factures

■ **Durée du droit : l'étranger qui devient « en séjour irrégulier »**

- Devenir de la couverture de base et devenir de la couverture complémentaire (passage vers l'AME)

■ **Immatriculation, numéros provisoires et Carte Sésame-Vitale**

■ **AME (réforme de 2002 et 2003)** : AME de droit commun - AME sur décision du Ministre – Procédure : Code de l'action sociale et des familles ; décrets du 28 juillet 2005 et circulaire du 27 septembre 2005 ; instruction prioritaire

■ **Le fond L254-1 CASF dit « soins urgents et vitaux » et les circulaires d'application**

■ **La situation spécifique des étrangers nouvellement arrivés en France**

■ **Confrontation aux pratiques de la CGSS de Guyane ; échange sur des cas pratiques, rôle des différents acteurs et méthode de recours.**

Listes des participants aux deux sessions de formation

- Cayenne

STRUCTURE	NOM	PRENOM	FONCTION
ADER	PINAS	Heliente	Médiatrice culturelle
AFDG	RIVERA BRITO	Wendy	Médiatrice
APADAG	GAULTIER	Emilie	Assistante de service social
Appartements de Coordination Thérapeutique - Groupe SOS	MELLARD	Julie-Anne	Directrice
Arbre Fromager	MERTOLIKROMO	Cindy	Monitrice éducatrice
CIMADE	BELLAHOUEL	Edwina	Juriste
CONSEIL GENERAL	BACOUL	Giselle	Assistante Sociale
COREVIH	ADRIOUCH	Leila	Médecin coordonnateur
DAAC	RAMDASS	Calvin	Bénévole
DSP St Laurent	GUIRAN-FRANCOIS	Myriam	Stagiaire ASS
JCLT Mayouri	SAINT-PHLOUR	Virginie	Chef de service du placement familial
MAISON DES ADOS	PAUILLAC	Eric	Educateur spécialisé
MDM	DAMASE	Sheila	Travailleur social
PASS/SAU - CHAR	COGNET	Julie	Assistante Sociale
PMI	GUILLOT	Dominique	Médecin
PMI de MATOURY	VENTURIN	Cathy	Médecin
SSIC/ACT	ROBEIRI UNYON	Rayline	ES/CAFERUIS

- **St Laurent du Maroni**

STRUCTURE	NOM	PRENOM	FONCTION
AIDES	LE BOULICAUT	Anne	Déléguée d'actions
AIDES	MICHELSON	Hélène	Volontaire
APAJH/SESAM de SLM	CHARLES	Mariama	Assistante de service social
CARRUD INPACT	CRETON	Jérémie	Educateur spécialisé
CCAS	GAST	MAYA	Travailleur social
CHOG	LAUDREL	Stéphanie	Coordinatrice risques sexuels
CHOG	FORESTIER	Catherine	Assistante sociale
CHOG	ANAISSANT	Romain	Agent de la PASS
CHOG	VAN ELS	Christophe	Agent des bureaux des entrées
CHOG	LITHAW	Claudine	Secrétaire de l'EHPAD
Equipe réussite Educative	GUERIN	Sophie	Coordinatrice
Maison des Adolescents de l'Ouest Guyanais	AUGE-LARIBE	Emilie	Responsable
Mission Locale Régionale Guyane	BILLY	Murielle	Conseillère référente santé
PASS du CMCK	JONS	Jennifer	Technicien administratif au service social
PIPS/EPEOG	TAN	Béatrice	Infirmière
PIPS/EPEOG	BEBA	Géraldine	Infirmière
PMI de Saint-Laurent	SAINTE-ROSE	Francine	Puéricultrice
Réseau Matoutou	LECOCQ	Emilie	Assistante sociale
Service Social Départemental	LOZANO DELGADO	Griselda	Assistante sociale
Service Social Départemental	JEAN-FRANCOIS	Guylaine	Assistante sociale
Service Social Départemental	LAURENT	Nathalie	Assistante sociale

Photos de la formation à Cayenne



Photos du groupe de travail à St Laurent



