

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2012

n° _____

**THÈSE
POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

MICHAUD Céline

Née le 26 mars 1982 à Strasbourg

Présentée et soutenue publiquement le : _____

***EVALUATION DE LA SANTE DES MIGRANTS EN
SITUATION DE RETOUR FORCE A BAMAKO :***

**Histoire de vie des « sans papiers » maliens expulsés
d'Europe**

Président de thèse : **Professeur Olivier BOUCHAUD**

Directeur de thèse : **Docteur Michel GALINSKI**

DES de Médecine Générale

A mon directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Michel Galinski,

Praticien Hospitalier

Responsable du Centre national de ressources de lutte contre la douleur

Je voudrais te témoigner toute ma reconnaissance pour ton écoute, ta patience, ta pédagogie et ta compréhension. Je suis vraiment touchée que tu aies accepté de diriger cette thèse. Un grand merci pour toutes les heures passées à relire mes grandes envolées politico-lyriques et à me guider dans la rédaction.

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur Olivier Bouchaud

Praticien Hospitalier, Professeur des Universités

Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

C'est un immense privilège pour moi que vous ayez accepté de présider ce jury et de me faire confiance.

Mon passage dans votre service a été le plus riche et le plus formateur. Je tenais à vous témoigner ma grande admiration pour la façon dont vous parvenez à garder le patient et son histoire au cœur de votre prise en charge.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Antoine Lazarus

Praticien Hospitalier, Professeur des Universités
Département interhospitalier de Santé publique, de Médecine Sociale,
d'Information médicale et biostatistique

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury. Trouvez ici le témoignage de ma respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Thierry Baubet

Praticien Hospitalier, Professeur des Universités
Chef de Service adjoint de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent,
de psychiatrie générale et toxicomanies

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse et de l'intérêt que vous avez manifesté, d'emblée, pour mon travail. Trouvez ici toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Marc Frarier

Professeur Associé de médecine générale

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury et pour vos conseils logistiques pré-soutenances. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Pascal Revault

Médecin généraliste et en santé publique

Directeur Opérationnel du COMEDE

Un remerciement particulier pour m'avoir reçu, guider et encourager lorsque ce travail de thèse n'en était qu'à ses balbutiements. C'est un grand honneur pour moi que vous ayez accepté de juger ce travail.

A toute l'équipe de l'Association Malienne des Expulsés

Un remerciement particulier à Monsieur Ousmane Diarra, président de l'AME pour la confiance dont il m'a témoigné pour mes recherches.

Merci à Monsieur Alassane Dicko, qui m'a accueilli à mon arrivée à l'association.

Merci à Monsieur Amadou Coulibaly et Madame Ina Touré pour avoir été mon lien avec les migrants.

Une pensée particulière à Monsieur Oumar Sidibé pour m'avoir accepté dans son bureau, guidé et soutenu tout au long de ce travail. Nos longues pauses débats autour du thé m'ont aidé à comprendre beaucoup de choses.

Une pensée aussi pour Madame Keme Keita, qui est devenue une amie.

Inicé à Fatim, Souad, Keita, Sibi, Konaté.

Un grand merci à Jean-Richard Tienou et au Docteur Cheikh Ndiaye pour nos discussions confraternelles.

Ini cé à tous ceux qui ont accepté de me raconter leur histoire et en particulier Diondiouma C, Daouda D, Souriba D, Ibrahim D, Foul D, Samba D, Ndji D, Moussa K, Donga K, Fousseyni M, Aboubacar N, Daouda S, Modibo S, Adama S, Adama T, Makamba T, Ibrahim T, Moussa T, Brihari T.

Une pensée pour Kanouté...

Un grand merci à toute l'équipe de Médecins du Monde,

Vos discussions et vos conseils m'ont aidée à structurer mon travail.

Toute ma reconnaissance à Madame Haddia Diarra pour les perspectives que tu m'as offertes au Mali. Grâce à toi, mes débuts dans l'humanitaire ont été si faciles. Merci infiniment.

A Bamako,

Ini cé à Dicko Seydou pour ton immense soutien à mon arrivée à Bacodjicoroni.

A ma famille et mes amis

Merci d'avoir toujours été là, de m'avoir donné foi dans la vie et le courage de poursuivre mes rêves. Merci de m'avoir soutenu et suivi dans mes pérégrinations. Merci de m'avoir supporté dans les derniers soubresauts de la rédaction.

Une immense gratitude pour tous mes relecteurs.

Dédicace particulière à Anne-Elise, Jean-Claude, Amandine, Manolo, Freud, Nat, Marie-Odile, André, Vic, Asty, Huguette, Kathrin, Johanna, Noélie, Carine, Elisa, Angèle, Clara, Audrey, Samba, Elodie, Mélanie...

Sommaire

INTRODUCTION	11
I. LE PARCOURS MIGRATOIRE DES MALIENS VERS L'EUROPE A TRAVERS LE TEMPS ET L'ESPACE ..	12
A. Aspects historiques et politiques	12
B. Une route longue et difficile vers l'Europe	15
1. Santé des migrants de passage et accès aux soins à la frontière algéro-malienne	16
2. Santé des migrants et accès aux soins en Algérie	18
3. Santé et accès aux soins au Maroc.....	18
C. Conditions de vie et santé des migrants sans autorisation de séjour dans les pays d'accueil européens.....	19
1. Etat des lieux des migrants subsahariens qui atteignent l'Europe	19
2. Conditions de vie en Europe	20
3. Santé et accès aux soins dans le pays d'accueil	21
II. EVALUATION DE LA SANTE DES MIGRANTS MALIENS EN SITUATION DE RETOUR FORCE A BAMAKO	24
A. Le retour forcé des migrants en situation irrégulière vers leur pays d'origine.....	24
1. L'entre deux monde de l'enfermement avant l'expulsion.....	25
2. Nombre de retours forcés vers le Mali.....	28
3. Absence de perspective au Mali.....	28
4. Difficile accès aux soins des populations au Mali.....	28
B. L'Association Malienne des Expulsés : des migrants en situation de retour forcé au chevet de leurs semblables.....	30
1. Naissance, parcours et action de l'association.....	30
2. Projet « Accès aux soins en santé mentale des migrants en situation de retour forcé »	34
C. Objectifs de notre étude	35
D. Méthode de notre étude.....	36
III. RESULTATS.....	39
A. Description des caractéristiques de la population d'étude	39
B. Accès aux soins en Europe	46

C.	Santé des migrants en situation de retour forcé	48
D.	Syndromes de stress post traumatique	50
E.	Ruptures de soins	54
F.	La période d'enfermement	59
IV.	DISCUSSION ET PERSPECTIVES	61
A.	DISCUSSION	61
1.	Une santé précaire et une prévalence importante de pathologie chronique chez les migrants en situation de retour forcé	61
2.	Rupture de soin et retour forcé.....	63
3.	Le PTSD ou le traumatisme à la lumière du parcours chaotique d'une vie	66
4.	Réflexions sur la santé mentale et les trajectoires migratoires	73
B.	Critique de l'étude.....	77
1.	Faiblesse de l'échantillon	77
2.	Lourdeur du questionnaire.....	78
3.	L'enquêtrice française	79
4.	Biais	79
C.	Perspectives et recommandations.....	83
	CONCLUSION	85
	ANNEXES.....	86
	Annexe 1 : Carte du Mali	86
	Annexe 2 : Morts sur les routes migratoires vers l'Europe	87
	Annexe 3 : Camps d'enfermement des étrangers en Europe	88
	Annexe 4 : Le système de soin malien	89
	Annexe 5 : Résultats partiels de l'étude rétrospective MdM-AME évaluant la santé mentale des migrants en situation de retour forcé à Bamako	90
	Annexe 6 : L'Aide Médicale d'Etat.....	92
	Annexe 7 : Droit aux soins pour les étrangers malades	94
	Annexe 8 : Questionnaire utilisé au cours des entretiens avec les 22 migrants de notre étude.....	97
	BIBLIOGRAPHIE.....	108

Table des illustrations

Cartes

Carte 1 : Les routes migratoires clandestines	16
Carte 2 : La passage frontalier entre le Mali et l'Algérie	17

Photo

Photo 1 : Tinzaouaten, à la frontière algéro-malienne	18
Photo 2 : Le siège de l'AME, à Bamako	31
Photo 3 : Prise de témoignage	33

Tableaux

Tableau 1: Description des caractéristiques socio-économiques des migrants en situation de retour forcé au Mali.....	41
Tableau 2: Migration et séjour en Europe	43
Tableau 3 : Conditions de vie depuis le retour.....	45
Tableau 4 : Accès aux soins en Europe.....	47
Tableau 5 : Etat de santé avant la migration et depuis le retour forcé	49
Tableau 6 : Plaintes et symptômes depuis le retour forcé.....	51
Tableau 7 : Orientation diagnostique en santé mentale.....	51
Tableau 8 : Caractéristiques des personnes présentant un PTSD.....	53
Tableau 9 : Accès aux soins depuis le retour forcé	54
Tableau 10 : Période de rétention.....	60

Abréviations

ACP : Afrique Caraïbe Pacifique

AME : Associations Maliennes des Expulsés

ANPE/DOEF : Agence Nationale Pour l'Emploi/ Département Observatoire de l'Emploi et de la Formation (Mali)

AQMI : Al Qaida au Maghreb Islamique

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (de Médecins du Monde)

CDI : Contrat à durée indéterminée

CHU : Centre Hospitalo Universitaire

CICR : Comité International de la Croix Rouge

CIGEM : Centre d'information et de gestion des migrations

COMEDE : COMité MEDical Des Exilés

CSCOM : Centre de Santé COMMunautaire

FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine, 1 Euro= 656 FCFA

FED : Fond Européen de développement

FMI : Fond Monétaire International

HTQ : Harvard Trauma Questionnaire

MdM : Médecins du Monde

MIIDS : Ministère de l'intérieur, de l'Outre Mer, des collectivités territoriales et de l'immigration (ex-Ministère de l'Intérieur, de l'Immigration, de l'Identité Nationale et du Développement Solidaire)

ODSE : Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers

PIB : Produit Intérieur Brut

PNUD : Programme des Nations Unis pour le Développement

UE : Union Européenne

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

La fin du vingtième et le début du vingt et unième siècle ont vu se poursuivre les phénomènes migratoires pour raisons économiques, politiques, climatiques, ou suite aux grands conflits de la fin du vingtième siècle. Parallèlement, la conjoncture économique mondiale a entraîné un durcissement des politiques d'immigration et du droit d'asile dans les pays développés associé à des mesures d'éloignement territorial. Ces différents facteurs ont entraîné plus de migrants sur les routes, plus de personnes en centre de rétention, plus de personnes expulsées vers leur pays d'origine.

Ces dix dernières années, de nombreuses études ont pointé du doigt les problèmes de santé et notamment de santé mentale des migrants en situation précaire, des demandeurs d'asile, des réfugiés, ou des déboutés du droit d'asile en centre de rétention. Ces recherches ont coïncidé avec une prise de conscience associative et médicale du problème que pouvait générer la gestion politique et sociale des migrants en situation irrégulière. Ainsi, les différentes études se sont concentrées soit sur les migrants présents sur le sol d'accueil, soit dans les camps de déplacés ou de réfugiés. Mais aucune n'a abordé le thème de la santé des personnes expulsées et renvoyées dans leur pays d'origine. Pourtant, eux aussi ont parfois subi des violences dans leur pays d'origine, les difficultés du trajet migratoire, l'enfermement en centre de rétention, l'incertitude quant à leur futur. A cela, s'ajoute le sentiment d'échec d'un projet de vie.

Aucune étude publiée n'a, à notre connaissance, évalué la santé de ces migrants expulsés d'Europe. Certes, il s'agit d'un groupe hétérogène, invisible et difficile d'accès. Mais au vue des travaux démontrant un lien entre enfermement et dégradation de la santé mentale, entre condition de vie dans le pays d'accueil et état de santé au retour, entre incertitude administrative et dégradation de la santé mentale sur le long terme, les personnes en situation de retour forcé sont susceptibles de présenter différentes pathologies.

L'étude, présentée ici, s'intéresse à une population laissée pour compte. Ayant disparu du pays d'accueil à cause de l'expulsion, les migrants en situation de retour forcé sont également invisibles dans leur pays d'origine portant le poids trop intolérable de la honte et de l'échec.

Notre objectif est d'évaluer la santé physique et mentale des Maliens en situation de retour forcé d'Europe à Bamako.

I. LE PARCOURS MIGRATOIRE DES MALIENS VERS L'EUROPE A TRAVERS LE TEMPS ET L'ESPACE

A. *Aspects historiques et politiques*

Les migrations maliennes vers l'Europe sont un phénomène qui remonte à la fin du dix-neuvième siècle. Elles concernent, à l'origine, des groupes de populations ayant déjà des traditions migratoires anciennes à travers l'Afrique (22). Elles vont progressivement s'accroître tout au long du vingtième siècle.

Pendant la première guerre mondiale, les tirailleurs subsahariens sont massivement recrutés pour participer à l'effort de guerre. Un certain nombre de ces soldats vont rester à la fin de la guerre et s'installer principalement à Paris et Marseille (8). Dans l'entre deux guerres, une migration de travail s'instaure, notamment depuis le Mali vers le grand bassin de culture d'arachide au Sénégal. Un certain nombre de ces migrants poursuivent leur voyage vers la France, avec ou sans autorisation. Après la deuxième guerre mondiale, la pénurie de main d'œuvre pousse au recrutement d'Africains : certains d'entre eux qui vivaient en transit dans les ports français sont embauchés, dès 1949, par des usines automobiles ou la voirie de Paris. Les autres sont recrutés directement dans les pays d'origine, grâce à l'Office Nationale de l'Immigration créé en 1945 par le Général de Gaulle. Les réseaux familiaux et communautaires jouent également un grand rôle dans les phénomènes migratoires. En 1963-64, sont signés des accords bilatéraux de mains d'œuvre entre la France et le Mali, instaurant une autorisation de travail. Le parcours vers la France se vit comme une migration temporaire de travail, avec un retour au village après quelques années et le remplacement par un cadet (70). A partir des années 1974, la migration pendulaire de travail fait place à une migration définitive, du fait de la grande sécheresse dans le Sahel mais aussi des fermetures des frontières françaises à la migration extra européenne. Les personnes arrivant en situation irrégulière n'ont plus les moyens d'être régularisées automatiquement. La situation des migrants africains se précarise (2). En 1977, l'idée d'un rapatriement des immigrés en situation irrégulière s'impose dans le discours politique. En parallèle, le gouvernement de Raymond Barre instaure une prime au retour volontaire, puis la loi Bonnet renforce le contrôle du séjour des étrangers. En 1981, les mesures de régularisation massive des personnes arrivées avant 1981, la suspension des expulsions et la facilitation du regroupement familial permettent une installation durable des migrants sur le territoire français. Elles ne règlent néanmoins pas la problématique de la régularité sur le territoire des nouveaux venus et

ne remet pas en cause la fermeture des frontières amorcée. L'ouverture du premier centre de rétention en France date de 1986, permettant l'expulsion rapide des clandestins. La restriction des politiques migratoires se poursuit, indépendamment de l'alternance politique.

Depuis 2007, l'existence d'un quota annuel de reconduite à la frontière des migrants en situation irrégulière, participe à la précarisation des « sans papiers ».

Nombre de migrants en situation irrégulière ayant été éloignés du territoire français ces 10 dernières années	
2001	6161
2002	7611
2003	9352
2004	12 720
2005	14 897
2006	16 616
2007	13 207
2008	29 799
2009	29 288
2010 (11 premiers mois)	25 511
Objectif 2011	30 000
<i>Données officielles MIIIDS</i>	

Depuis le début du vingt et unième siècle, le contrôle des flux migratoires est une préoccupation pour l'ensemble des pays européens. La France n'est pas la seule concernée. L'ouverture de l'espace intra-européen (Traité d'Amsterdam, 1997) modifie le rapport aux frontières et à l'étranger.

A partir de 2005, l'Union Européenne adopte le programme de la Haye qui fixe les dix priorités pour répondre au besoin de renforcement de l'espace de liberté, de sécurité et de justice au sein de l'Union Européenne. Ce programme introduit la notion d'approche équilibrée entre migration et gestion intégrée des frontières externes de l'Union, posant ainsi les bases de l'externalisation de la politique migratoire européenne. La mise en œuvre de la gestion intégrée des frontières externes de l'Europe (40) repose sur le dispositif Frontex (à travers l'Agence Européenne pour la Gestion de la Coopération Opérationnelle aux Frontières Extérieures des États membres de l'Union européenne) à partir de 2005.

Le Mali est ainsi indirectement concerné par l'un des programmes phare de Frontex, le programme HERA. Il s'agit d'une opération mise en œuvre au large des Canaries à partir de 2006 (48). Elle comprend le recueil de données sur les voies de passage des migrants, la surveillance des côtes grâce à des patrouilles conjointes (personnels originaires de 8 pays de

l'UE dont l'Espagne) et l'organisation d'opérations de retour. A partir de 2009, un système institutionnalisé, effectif 365 jours sur 365, permet la surveillance des côtes espagnoles sénégalaises et mauritaniennes, l'interception, l'identification puis le retour forcé des migrants. Depuis 2006, 55 581 personnes ont été interceptées grâce au dispositif HERA, dont un grand nombre a été reconduit vers les côtes d'Afrique de l'Ouest, principalement vers Nouadhibou en Mauritanie (40). Sur la même période, 4215 migrants sont refoulés à Nioro du Sahel, petite préfecture du Mali à la frontière de la Mauritanie (48).

L'Europe tente aussi, depuis 2000, de contrôler les flux migratoires en provenance de l'Afrique via la signature d'accords de réadmission avec les 79 pays de la zone Afrique Caraïbe pacifique (ACP). L'accord (Chappard, in 20) stipule que chaque état « *accepte le retour et réadmet ses ressortissants illégalement présents sur le territoire d'un état membre de l'Union Européenne, à la demande de ce dernier et sans autre formalité* ». Le Mali, comme la majorité des états africains, a refusé cette gestion concertée des flux migratoires dans le cadre des accords ACP avec l'Union Européenne. Par contre, un partenariat bilatéral conclu directement entre l'Espagne et le Mali est effectif depuis 2007 avec une facilitation des visas pour les travailleurs migrants est obtenue en contre partie de clauses de réadmission. L'Espagne a ainsi procédé à des retours forcés massifs de migrants en situation irrégulière de nationalité malienne mais aussi de migrants originaires de la sous région ayant transité par le Mali. Fort de cette expérience négative et sous la pression de la société civile, le Mali n'a toujours pas accepté de signer des accords de réadmission avec la France.

N'ayant pu parvenir à des accords d'envergure avec les pays de la zone ACP, l'Union Européenne a introduit la conditionnalité de l'Aide au développement grâce au Fond Européen pour le Développement¹ (FED), appui financier pour des projets dans les domaines de la santé, l'éducation ou la bonne gouvernance. Depuis 2008, le domaine de la migration et de gestion des flux migratoires bénéficie aussi d'un financement du FED au Mali, à travers le Centre d'Information de Gestion des Migrations (CIGEM). Institution malienne, il s'agit en réalité d'un projet pilote de l'Union Européenne². Son objectif est de « *contribuer à la définition et la mise en œuvre d'une politique migratoire au Mali* » (19). Les autres objectifs

¹ C'est le principal outil de l'aide communautaire aux pays de la zone ACP. Le Mali bénéficie ainsi d'une enveloppe de 559,3 millions d'Euros dans le cadre du dixième FED, sur 5 ans (2008-2012)

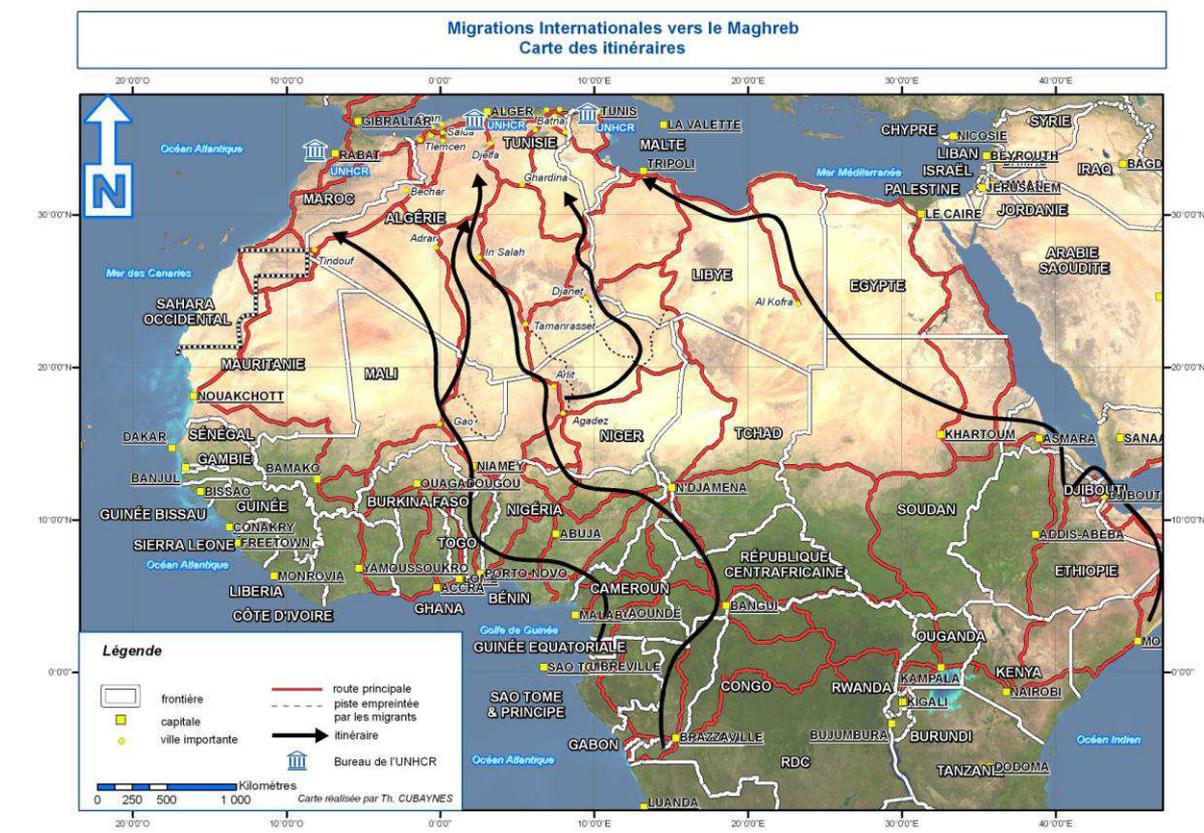
² Le CIGEM a été conceptualisé au cours de la première conférence ministérielle euro-africaine sur la migration et le développement en 2006 à Rabat. Ses objectifs affichés vers les politiques de co-développement lui permettent d'utiliser un reliquat de 10 millions d'Euros du 9eme FED pour voir le jour.

affichés sont la lutte contre l'immigration clandestine (54) et l'accompagnement du développement des migrations légales. Le CIGEM, implanté à Bamako, est chargé d'informer les Maliens avec un projet migratoire sur les modalités de séjour à l'étranger, avant leur départ. Les migrants de retour forcé sont aussi amenés à s'y rendre pour bénéficier d'aide à la réinsertion. Cette structure est perçue par les acteurs de la société civile, comme une autre preuve de « l'externalisation des frontières ». A. Traoré, parle, elle, de « *tour de guet de la Forteresse Europe, consécration de sa bunkérisation* (96) ». Malgré son absence d'implantation directe sur le territoire malien, les programmes de l'Union Européenne, développés dans l'océan Atlantique, en mer Méditerranée, aux postes frontières des grands aéroports européens ou à travers des programmes de lutte contre le départ des migrants par les voies clandestines ont des répercussions sur les trajectoires des migrants maliens vers l'Europe.

B. Une route longue et difficile vers l'Europe

Il est vrai que la plupart des migrants maliens arrivent en Europe avec un titre de séjour. Depuis quelques années pourtant, du fait des conditions de plus en plus restrictives pour atteindre l'Europe par des voies légales³, de plus en plus de migrants choisissent de traverser le désert puis tentent d'atteindre « l'Eldorado » par voie maritime. Plusieurs routes sont possibles pour gagner le nord (Carte 1) mais toutes vont confronter ces hommes et ces femmes à la rudesse du climat, à la faim (59), à la violence institutionnalisée et individuelle (99), mais aussi à une logique de survie où seule la réussite du projet compte. « *L'inhumanité du voyage est une expérience différente, un oubli de soi volontaire dans un univers fondé sur une violence symbolique continuelle...La vie n'a plus (...) qu'une valeur marchande* » (57, p39).

³ Pour la France, par exemple, il y a, certains jours, une impossibilité d'accéder au consulat. La liste des documents à produire est floue et ne cesse de changer selon l'interlocuteur. L'argent à verser pour les démarches n'est pas remboursé même si la demande est refusée. Il existe des soupçons de corruption. Les délais d'instruction sont extrêmement variables. Les refus sont oraux, sans explication ni motivation (100).



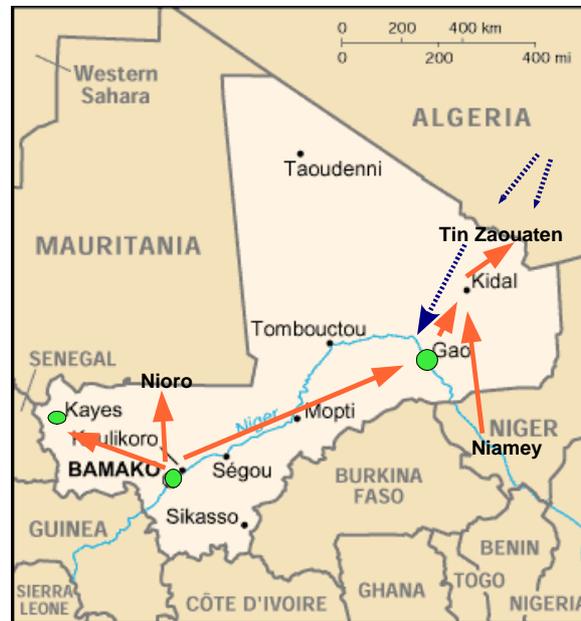
Carte 1 : Les routes migratoires clandestines

La fermeture de l'Europe et le contrôle des flux migratoires par les pays du Maghreb, la Libye et la Mauritanie induit des refoulements en cascades d'un pays vers un autre avec des périodes plus ou moins longues d'enfermement (17,20,26,48,57,59,4). Cela entraîne aussi une augmentation du temps passé sur les routes (13,20). La poursuite du projet migratoire oblige les migrants à prendre de plus en plus de risques tant pour se déplacer d'un point à un autre (traversées des frontières mais aussi entre les villes d'un même pays), que pour subvenir à leurs besoins quotidiens et tenter d'économiser pour continuer à avancer. Les pays de transit tendent à devenir des pays d'accueil temporaire pour une durée de plus en plus longue. Depuis quelques années, certaines organisations non gouvernementales ont tenté de dresser un état des lieux de la situation sanitaire des migrants subsahariens en transit dans les pays du Maghreb.

1. Santé des migrants de passage et accès aux soins à la frontière algéro-malienne

Il existe principalement deux points de passage à la frontière algéro-malienne dont l'affluence évolue au fil des présences policières et des retours forcés organisés par l'Algérie. Ils sont formés, chacun, par un village malien et un village algérien situé à quelques kilomètres l'un

de l'autre : Chibrish/Tinzaouaten et Bordj Mokhtar/Inhralite. Chacune de ces quatre localités frontalières est pourvue d'un centre de santé mais avec une dotation insuffisante en médicaments, malgré un approvisionnement correct en médicaments essentiels. Il existe une équipe médicale du coté Algérien et paramédicale avec un aide soignant du coté malien.



Carte 2 : La passage frontalier entre le Mali et l'Algérie

En 2004, dans un rapport (89), Médecins du Monde, souligne qu'à cette époque les problèmes de santé ne sont pas une préoccupation majeure pour les migrants et qu'ils ne semblent pas être en demande particulière de soins, malgré une souffrance psychique et un épuisement physique. Les rares migrants qui se sont présentés⁴ ont consulté essentiellement pour des problèmes liés à l'hygiène et aux conditions de vie (problèmes dermatologiques, conjonctivites, diarrhées).

Du fait de la rébellion touareg au nord Mali puis de l'implantation d'Al Qaida Au Maghreb Islamique (AQMI), il n'existe pas d'état des lieux plus récents de l'accès aux soins des migrants dans cette zone. Depuis 2009, le Comité International de la Croix Rouge (CICR), en partenariat avec la croix rouge malienne est présent sur le terrain pour apporter assistance aux victimes de conflits armés. Dans ce cadre, le CICR organise le rapatriement des migrants refoulés de Tinzaouaten, et apporte une aide alimentaire. Aucun rapport précisant l'état de santé des migrants ou les actes paramédicaux mis en œuvre ne sont disponibles. La priorité

⁴ Registre de consultation de l'aide soignant à Inhralite pour le mois d'août 2003 in (89)

pour la croix rouge est d'éloigner les personnes de la zone frontalière de conflit. Les malades et les blessés sont pris en charge à l'hôpital de Gao au Mali.



Photo 1 : Tinzaouaten, à la frontière algéro-malienne

2. Santé des migrants et accès aux soins en Algérie

En Algérie, les migrants en situation irrégulière bénéficient du principe de non discrimination pour accéder aux soins dans les hôpitaux publics (62), du fait notamment de leur quasi-gratuité. Par contre, les subsahariens sans titre de séjour préfèrent se tourner vers les pharmacies ou les médecins privés, en particulier pour éviter d'être repérés dans les structures officielles. Selon plusieurs échanges avec les migrants (62) en Algérie mais aussi à Bamako⁵, l'accès aux soins dans les structures publiques leur semble difficile voire inconcevable par peur de la stigmatisation, du rejet et des dénonciations. Le racisme reste ambiant surtout vis-à-vis des Subsahariens. Pour certains, y compris des soignants, l'amalgame est rapide entre migrants et infections sexuellement transmissibles/VIH. Paradoxalement, l'accès aux antirétroviraux semble possible pour les migrants de passage, même en situation irrégulière, que ce soit à Tamanrasset au sud ou dans la capitale (62).

3. Santé et accès aux soins au Maroc

La situation au Maroc est plus problématique. Les migrants en situation irrégulière ne peuvent pas bénéficier de l'assurance maladie car il faut être de nationalité marocaine ou posséder une carte de séjour pour y avoir droit (35). Il existe néanmoins une circulaire du Ministère de la santé publique datant de 2003, intitulée « Surveillance sanitaire des immigrés clandestins aux

⁵ Echanges avec une trentaine de migrants refoulés d'Algérie, rencontrés à l'Association Malienne des Expulsés entre juin et octobre 2010.

frontières ». Destinée en premier lieu à la police des frontières, elle énonce les principes de non discrimination et de prise en charge des maladies épidémiques.

Malgré des programmes mis en place par certaines organisations (Caritas, Médecins du Monde, Médecins Sans Frontière et le Croissant Rouge), visant à faciliter l'accès aux soins pour les migrants, il existe des disparités (35). La présence policière et militaire avec son lot de violences au niveau des zones frontalières (Oujda, Tanger, Nador, Tétouan et Laayoun) rend non seulement les conditions de vie des migrants difficiles mais restreint l'accès physique aux structures sanitaires pour les migrants en situation irrégulière. Dans ces zones, selon un rapport de Médecins sans frontière, sur un total de 9.350 consultations médicales effectuées entre avril 2003 et mai 2005, 23,5 % étaient directement ou indirectement liées à des violences subies, indistinctement du sexe. Dans les grandes villes, l'accès aux soins est plus aisé. A Rabat, par exemple, sur les 27 structures publiques de soins de santé primaire, 13 déclarent prendre en charge des migrants en situation irrégulière, et pour quatre centres de santé, cette population représente entre 5 et 10 % de la file active (35).

Souvent bloqués pendant plusieurs semaines ou mois, en transit dans les pays du Maghreb, les migrants subsahariens tentent par tous les moyens d'entrer en Europe. Au début des années 2000, ils franchissaient le détroit de Gibraltar. Puis, avec les répercussions de l'arsenal de protection déployé par l'Europe, les routes changent. Certains essaient de gagner les enclaves espagnoles de Ceuta et Melilla en franchissant les murs et les barbelés avec des échelles de fortunes, ou en nageant vers la plage avec un masque et un tuba. D'autres s'embarquent sur des pirogues depuis la Mauritanie pour tenter de gagner les Canaries. Quelle que soit l'option choisie, l'ultime trajet jusqu'en Europe est éprouvant physiquement et psychologiquement : épreuve de la première expérience en mer, embarcations surchargées, panne et rupture de vivres, personnes qui se jettent à l'eau de désespoir. 17 856 personnes seraient mortes aux frontières de l'Europe depuis 1988 (39).

C. Conditions de vie et santé des migrants sans autorisation de séjour dans les pays d'accueil européens

1. Etat des lieux des migrants subsahariens qui atteignent l'Europe

Les Maliens seraient 120 000 en France selon une estimation consulaire de 2001 et 13 884 en Espagne (43), d'après les registres de déclarations à la mairie de 2006. Nous ne disposons pas de données exhaustives concernant les migrants en situation irrégulière sur le territoire

européen. La grande majorité des Subsahariens entre en Europe avec un visa (la plupart du temps sur invitation d'un proche habitant dans le pays d'accueil) et reste sur le territoire après l'expiration du titre de séjour. Selon les travaux de de Hass, les Subsahariens dont les Maliens, qui réussiraient à entrer de manière illégale en Europe seraient 25 000 par an (39).

A titre de comparaison, pour la période 1995-2005, 1 578 695 Maliens ont migré vers l'extérieur, représentant 10,42% de la population malienne (43). L'immense majorité émigre vers d'autres pays d'Afrique. Seul un sixième (6) s'installe en Europe, en particulier en France et en Espagne⁶.

2. Conditions de vie en Europe

La plupart des migrants maliens qui gagne la France loge initialement dans un foyer de travailleurs (31, 81). Cet ancrage fort des migrants maliens dans leur communauté d'origine (28) offre une certaine protection et des facilités pour accéder à l'emploi. Ainsi, au sein de la communauté des réseaux sont clairement identifiés pour se procurer un faux titre de séjour permettant dans un second temps de s'insérer dans le tissu économique du pays d'accueil, en s'acquittant de ses droits (impôt sur le revenu, cotisation sociales).

Malgré la solidarité et la re-création dans le pays d'accueil de certaines habitudes de leur pays d'origine, la vie est difficile pour les Maliens en situation irrégulière. Loin de leur famille et sans possibilité de rentrer au pays pour des congés, la solitude y compris sexuelle est prégnante (2). Même lorsqu'ils occupent des emplois en contrat à durée indéterminée (CDI), ils vivent sous le jouc de la précarité (61), passibles à tout moment d'un contrôle d'identité au travail ou pendant les trajets. Par exemple, 58% des 18 920 personnes accueillies (72) dans les centres d'accueil de Soins et d'Orientation des Médecins du Monde sur l'ensemble du territoire français déclarent limiter leurs déplacements par peur des contrôles. Par ailleurs, ils occupent souvent des postes subalternes, avec des horaires de travail décalés et des risques majorés d'accident du travail. Les autres sont employés par des agences intérimaires, peu regardantes sur les titres de séjour, sont embauchés sans être déclarés ou effectuent des travaux journaliers.

⁶ 14,8% des migrants maliens s'installent en dehors de l'Afrique selon des données DNSI/INSAH 2004 in (6).

3. Santé et accès aux soins dans le pays d'accueil

Les migrants représentent une population particulièrement fragile quel que soit le pays où sont réalisées les enquêtes, et quel que soit le statut administratif. Paradoxalement, au départ, ils sont plutôt en meilleur état de santé que la population générale de leur pays d'origine. Le migrant a une relation ambiguë à son corps et à sa santé. Souvent occultée, la santé devient pourtant une préoccupation de premier ordre dès lors qu'une pathologie pourrait être un frein ou un accélérateur à la réussite du projet migratoire. Ceux qui franchissent les portes de l'Europe par la route et la mer arrivent souvent marqués dans leur corps et leur psychisme.

Sur le sol européen, les personnes sans autorisation de séjour se heurtent également à de nombreuses difficultés. Selon l'observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde (73), 70% des personnes sans autorisation de séjour ayant participé à une enquête en 2008 peuvent légalement bénéficier d'une prise en charge dans les pays⁷ où elles vivent. Mais, seuls 57% des personnes connaissent les démarches à suivre. Parmi elles, seules 65% ont effectivement engagé la procédure pour avoir accès aux soins. Dans cette étude, 45% des 1371 problèmes de santé identifiés ne sont pas du tout pris en charge au moment de l'enquête. Vingt-cinq pourcents des personnes ont vu au moins un de ses problèmes pris en charge trop tardivement au minimum une fois dans le pays d'accueil. Les obstacles dans l'accès aux soins sont dénoncés par 70% des personnes. Sont cités : les difficultés administratives, le prix trop élevé de la consultation, la complexité du système de soin, le prix trop élevé du traitement. Ces données concernent toutes les personnes en situation irrégulière quel que soit leur nationalité⁸. En Espagne et en France, l'accès aux soins est, certes, plus aisé que dans d'autres pays comme l'Allemagne ou la Grèce. Médecins du monde (72, 73) constate que les difficultés d'accès aux soins sont le fait d'un processus de connexion de plus en plus fort entre la situation administrative des étrangers et l'accès aux droits. Cette interdépendance résulte des réformes législatives mais aussi de l'évolution des pratiques des agents ayant intégré la conditionnalité de la protection sociale à la régularité du séjour (Green N, cité in 56).

En France, malgré un dispositif étatique pour encadrer les soins de l'ensemble de la population vivant sur son territoire, on constate que les personnes en grande précarité,

⁷ Les pays pour lesquels les données sont disponibles sont : la Belgique, l'Espagne, la France, la Grèce et l'Italie. Ce sont, surtout pour la France et l'Espagne des pays où s'installent beaucoup de Maliens en situation irrégulière.

⁸ Les Africains représentent 43% des effectifs mais les Maliens ne font pas partie des 5 nationalités les plus représentées

incluant les migrants en situation irrégulière restent exclues de la prise en charge. L'existence de l'aide médicale d'état (Annexe 6) et des permanences d'accès aux soins dans les hôpitaux publics ne permet que partiellement de réduire les inégalités. Des associations comme la Croix Rouge, Médecins du Monde ou plus récemment Médecins Sans Frontière ont créé des centres de santé, permettant de pallier aux insuffisances de l'état mais aussi de collecter des données sur la santé et l'accès aux soins des populations marginalisées, et notamment les migrants en situation irrégulière.

Les migrants, notamment maliens en situation irrégulière en France, représentent un groupe hétérogène de personnes dont l'état de santé est variable. Cette population est difficile à distinguer de celle possédant un titre de séjour dans le système de soins général. L'utilisation de papiers de poche, la possession d'une vraie carte vitale lorsqu'on travaille avec des faux papiers et/ou la méconnaissance de leur droits par les migrants complexifient la catégorisation des personnes pour les études. Quoi qu'il en soit, la précarité administrative entraîne une précarité sanitaire. Nous avons donc choisi, afin d'éclairer notre propos, de présenter les données de deux structures ayant une grande expérience auprès des populations étrangères précaires, Médecins du Monde et le Comede.

Le rapport de l'observatoire de l'accès aux soins (72) de Médecins du Monde analyse l'activité dans les centres d'accueil, de soin et d'orientation de l'ensemble du territoire français sur un total de 42 525 consultations concernant 28 160 patients. Les étrangers extra communautaires en situation irrégulière représentent 67,3% des personnes vues en consultations, les patients originaires d'Afrique Subsaharienne 26,3% (de l'ensemble des personnes, avec ou sans titre de séjour). Les données disponibles pour cette population (72) ont été utilisées pour éclairer notre étude sur la santé des migrants maliens en situation de retour forcé à Bamako après leur expulsion d'Europe. Ainsi Médecins du Monde constate que 24,7% des personnes en situation irrégulière accueillies dans ces structures auraient dû être prises en charge plus tôt. Plus de la moitié (58%) ont un retard de recours aux soins pour une pathologie chronique (72).

Les données obtenues (72) permettent une première approche de la santé de notre population d'étude, même si les patients maliens ne sont pas les plus nombreux dans les Centres d'Accueil de Soin et d'Orientation (CASO). On constate que les consultations par appareil pour l'ensemble des patients et sur l'ensemble du territoire concernent l'appareil respiratoire (20,3%), digestif (18,1%), ostéo-articulaire (16,3%), la peau (11,7%) les troubles

psychologiques (11,5%) et l'appareil cardiovasculaire (9,9%). Les autres causes représentent moins de 7%. 13% de l'ensemble des personnes ayant consulté un médecin présente au moins une pathologie grave. Parmi ces patients, 51% sont en situation irrégulière.

La prévalence des pathologies graves a été analysée dans le sous-groupe des étrangers, mais pas pour le sous groupe en situation irrégulière. L'hypertension artérielle représente 6,9%, le diabète 4,2%, l'Asthme 2,1%, les cancers 0,9% et les psychoses 0,6%.

Concernant les pathologies infectieuses et transmissibles, la prévalence retrouvée dans les CASO est largement supérieure à la moyenne nationale. Des actions spécifiques ont été menées en Ile de France (CASO de Paris et de Saint Denis) notamment de dépistage permettant d'obtenir des données plus fines sur la population migrante en région parisienne. Ainsi, la prévalence de VIH chez les personnes dépistées est de 2,57%, le taux est de 6,49% pour l'hépatite B et C. Pour la tuberculose, 1,3% des personnes dépistées présentent une tuberculose pulmonaire maladie (72).

En Ile de France, une autre structure, le Comité médicale pour les exilés, prend en charge les migrants pour la plupart primo-arrivant, et pour la plupart avec un statut administratif précaire ou inexistant. De par son mandat et grâce à des données (56) détaillées par pays, le Comede apporte un éclairage supplémentaire sur la santé des migrants en situation irrégulière sur le territoire français. En 2010, 4245 personnes originaires de 92 pays consultent, dont 199 Maliens (4%). Les consultations médicales (n=5957) concerne 2729 patients. Elles relèvent d'une expertise médico-judiciaire dans 49% des cas (avec 10% pour l'accès aux soins et 9% pour le droit au séjour). La prise en charge médicale concerne trois grands groupes de pathologies. Pour l'année 2010, les psycho-traumatismes représentent 23%, les maladies infectieuses et parasitaires 23% et les autres affections chroniques et risques médicaux graves 44%. Les taux de prévalences ont été détaillés pour la période 2004-2010, sur un total de 17 836 patients accueillis, par pays et par pathologie et selon le sexe. 763 Maliens ont été pris en charge sur cette période. Par ordre de fréquence chez les hommes : l'hépatite B a une prévalence de 233‰ (129‰ pour les femmes), l'asthme 68‰ (53‰ pour les femmes), la bilharziose urinaire 63‰ (38‰ pour les femmes), les maladies cardio-vasculaires 43‰ (167‰ pour les femmes), les psycho-traumatismes sévères 22‰ (68‰ pour les femmes), le diabète 19‰ (114‰ pour les femmes), la tuberculose 6‰, le VIH 6‰ (23‰ pour les femmes), l'hépatite C 5‰, la bilharziose digestive 5‰ (15% pour les femmes) et les cancers 3‰ (56).

Ces différentes données nous permettent d'évaluer la santé des migrants en situation irrégulière les plus précaires. Comme nous l'avons évoqué plus haut, un certain nombre de

migrants en situation irrégulière consultent aux urgences, un médecin généraliste ou les consultations de médecine générale hospitalière. Mathieu-Zahzam, dans sa thèse d'exercice (66) étudie la santé de 536 migrants consultant à Saint-Antoine, en médecine générale hospitalière d'un CHU parisien. Sa population d'étude est intéressante car 60 % des patients africains subsahariens sont en situation irrégulière et les Maliens représentent 11 % de l'ensemble des patients. Concernant l'évaluation de la santé, seuls 48% des migrants se déclarent en bonne santé, avec une perception qui se dégrade avec l'âge, les pathologies chroniques ou chez les femmes. 42% des migrants originaires de l'Afrique subsahariennes sont limités dans leurs activités pour des problèmes de santé. Les données sanitaires pour les migrants sans papiers montrent que les motifs de recours aux soins sont les mêmes que pour la population française générale. Par contre plus d'un migrant sur deux souffre d'une pathologie chronique (VIH, VHB et VHC pour les sujets jeunes et pathologies cardiovasculaires dont le diabète et l'hypertension artérielle pour les sujets plus âgés). Contre toute attente, les troubles psychiques n'affectent que 5 % des patients migrants (66), contrairement aux données des populations analysés par le Comede et Médecins du Monde (56,72).

Cette photographie de la santé des migrants dans trois structures françaises différentes met en exergue la moins bonne santé des populations migrantes en situation irrégulière, tant au niveau de la perception de la santé, que par les critères objectifs des pathologies prises en charge. Les auteurs soulignent que l'état de santé dépend des conditions de vie des migrants dans le pays d'accueil mais est aussi inhérent à des facteurs liés à la migration, et à la période précédant le parcours que ce soit pour les pathologies médicales mais aussi la santé mentale comme nous allons le développer (91).

II. EVALUATION DE LA SANTE DES MIGRANTS MALIENS EN SITUATION DE RETOUR FORCE A BAMAKO

A. Le retour forcé des migrants en situation irrégulière vers leur pays d'origine

Dans notre propos, le retour forcé décrit cette période plus ou moins longue comprenant l'arrestation, avec la garde à vue de quelques heures à 48 heures, la période de rétention (cas de la France, qui n'excède pas 32 jours) ou de détention en prison ou en centre fermé pour étrangers (cas de l'Espagne) et l'expulsion proprement dite, avec parfois plusieurs tentatives lorsque les migrants résistent.

1. L'entre deux monde de l'enfermement avant l'expulsion

Le retour forcé vers le pays d'origine est précédé d'une période plus ou moins longue d'enfermement. Cette première étape de mise à l'écart procède déjà d'une forme d'expulsion du territoire. C'est autour des années 2000 que les pratiques d'enfermement des réfugiés, des demandeurs d'asile et des migrants en situation irrégulière tendent à se généraliser dans les pays occidentaux (42).

Devant la généralisation de ces pratiques, les professionnels de la santé et les intervenants auprès de cette population se sont très vite interrogés sur les conséquences que pouvaient avoir ces mesures auprès de personnes fragilisées par leur parcours et ayant, pour un certain nombre d'entre elles, subi des traumatismes. Plusieurs travaux (42,47,85,93) réalisés dans les centres de rétention mettent en évidence l'effet péjoratif de l'enfermement, en particulier sur la santé mentale des personnes, et ce, même lorsque la période d'enfermement ne conduit pas à l'expulsion.

La première étude (93) évalue la santé mentale de 241 réfugiés sabéens, minorité originaire d'Iran et d'Irak vivant à Sydney parmi laquelle, plus de la moitié des personnes ont été détenues à leur arrivée en Australie. La prévalence des dépressions, des syndrômes de stress post traumatique augmente avec la durée d'enfermement, indépendamment des autres causes, et notamment des traumatismes subis. De plus, la détention semble avoir des effets délétères sur le long terme non seulement sur la santé mentale mais aussi sur la santé physique.

Une autre étude (47), réalisée au Japon auprès de 55 demandeurs d'asile afghans qui n'étaient plus retenus, objective, elle aussi, une augmentation des symptômes affectant la santé mentale pour les personnes ayant été détenues à leur arrivée (Comparaison des scores en santé mentale pour la dépression, l'anxiété et le syndrome de stress post traumatique). Il existe aussi lien de causalité entre la durée de l'enfermement et l'état de bien être. De plus, les auteurs insistent sur la sous-estimation des conséquences de l'enfermement sur la santé mentale des demandeurs d'asile dans la mesure où les personnes ne sont plus détenues au moment de l'enquête.

Une revue de la littérature (85) publiée en 2009, reprend les résultats des deux études ci-dessus ainsi que d'autres travaux (étude de cas et études comparatives) réalisés aux USA, en Grande Bretagne et en Australie. Outre l'effet délétère de l'enfermement sur la santé mentale, les auteurs soulignent le fait que les conditions de détention jouent un rôle sur la santé mentale et les difficultés des personnes pour faire face à leurs troubles.

La seule étude (42) réalisée à grande échelle a été publiée en 2010. Elle étudie la santé des personnes admises dans les centres de rétention « *Immigration detention centres* » australiens et les motifs de consultations des personnes retenues « *held in detention center* ». 7375 personnes sont passées par un des centres durant la période d'étude pour un nombre de jours cumulés de détention de 298 536. Durant cette période il y a eu 52192 contacts médicaux, pour des consultations ou pour des contrôles de routine, ce qui correspond à 1,2 consultations par personne et par semaine d'enfermement. Les principaux problèmes de santé rencontrés concernent les problèmes digestifs et bucco-dentaires (17,5%), les problèmes respiratoires (13,8%), les problèmes de peau (dont les automutilations) (12,6 %) et les problèmes de santé mentale (9,2%). Concernant la santé mentale, une durée de détention supérieure à 12 mois entraîne une fréquence importante de problèmes psychiatriques, sociaux et musculo-squelettiques. Quant aux personnes détenues depuis plus de 24 mois, elles présentent 3,6 fois plus de nouveaux problèmes psychiatriques que les personnes détenues pendant moins de 3 mois, et ce indépendamment des autres facteurs. Ces différents travaux ont servi de base à la construction de notre recherche.

Critères diagnostiques du syndrome de stress post traumatique (PTSD) selon le DSM IV

Critères d'exposition et de vécu (les 2 présents) :

- A été confronté ou témoin d'un événement violent et traumatisant
- L'a vécu dans la peur, l'horreur et le sentiment d'impuissance

Critères de reviviscence (Au moins 1 sur 5):

- Souvenirs répétitifs
- Rêves répétitifs
- Vécus ou agir « comme si »
- Détresse si exposé à indice évocateur
- Réactivité physio si exposé

Critères d'évitement et d'émoussement (Au moins 3 sur 7) :

- Evite les pensées évocatrices
- Evite les activités, lieux, gens évocatrices
- Amnésie d'un aspect du trauma
- Réduction d'intérêt pour les activités
- Sentiment de détachement par rapport à autrui
- Restriction des affects
- Sentiment d'avenir bouché

Critères d'activation neurovégétative (Au moins 2 sur 5) :

- Difficulté endormissement
- Irritabilité, colère
- Difficulté de concentration
- Hypervigilance
- Sursaut exagéré

Les perturbations durent plus d'un mois et entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D'après une présentation du Professeur L. Crocq La psychiatrie dans tous ses états Congrès 2010

2. Nombre de retours forcés vers le Mali

Selon les données disponibles, pour la période du 1 janvier 2008 au 31 décembre 2010, 875 personnes ont subi un retour forcé de France : 475 personnes en 2008⁹, 350 personnes en 2009 et 50 personnes en 2010¹⁰.

Les données pour l'Espagne sont plus difficilement interprétables dans la mesure où les refoulés et les expulsés sont comptabilisés tous ensemble. En 2008, le ministère des Maliens de l'extérieur fait état de 1410 personnes expulsées ou refoulées d'Espagne¹¹. Aucune donnée n'est disponible pour 2009. En 2010, 69 Maliens¹² ont été expulsés d'Espagne par charter.

3. Absence de perspective au Mali

L'absence de perspective avec le retour forcé doit être comprise à la lumière des données socio-économiques du Mali. 36,1% de la population vit avec moins de 1 dollars US par jour (Données PNUD *in* 6). Le chômage représente 17,3% à Bamako, 12,3% dans les villes de province et 5,5% en milieu rural (Données ANPE/DOEF Mali 2007 *in* 6). Il est en augmentation de 2 à 3 % par an. Le secteur informel représente une part importante des emplois (70% sur Bamako). Le retour forcé du migrant va donc augmenter la pression sur les ressources disponibles, notamment en milieu rural mais aussi amputer les ménages d'une ressource substantielle. A titre d'exemple, en 2007, les transferts de fond de la diaspora malienne représentaient 3,3% du PIB avec 212 Millions de dollars américains (Données FMI *in* 6). Dans certains quartiers populaires de Bamako, par exemple Bankoni, mais aussi en région, par exemple dans le cercle de Nioro du Sahel, les maisons à étage, parfois rutilantes, parfois encore en construction sont la preuve éclatante de la réussite de ces hommes qui sont partis à l'aventure et qui envoient, chaque mois, de quoi améliorer le quotidien de ceux qui sont resté au pays.

4. Difficile accès aux soins des populations au Mali

Le système de soin au Mali est basé sur l'initiative de Bamako, adoptée en 1988 et repose sur un système pyramidal dont la clé de voûte est le Centre de Santé Communautaire (Annexe 4). La décentralisation des structures a été précoce et volontariste mais n'a pas nécessairement permis l'amélioration de l'accès au soin et de la santé des populations. Malgré ces principes

⁹ Source AME/protection civile malienne

¹⁰ Estimation à partir des données de l'AME

¹¹ Source ministère des Maliens de l'extérieur

¹² Source AME

humanistes et sa vocation à soigner le plus grand nombre, le système de santé malien reste inégalitaire.

La démographie médicale est très faible. Il existe 0,7 médecin pour 10 000 habitants (contre une moyenne régionale ouest africaine de 2,4 médecins) et 2 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants (contre 10, 9 dans la région) (Données PNUD 2010). La décentralisation a rapproché les structures des usagers mais le nombre de médecins au Mali ne permet pas une bonne couverture médicale de l'ensemble du territoire. Les médecins se concentrent donc surtout dans les grandes villes. Par exemple, dans les zones rurales, pour 43,7% des patients, le médecin se trouve à plus de 15 km (Données PNUD 2010).

Les disparités dans l'accès au soin concernent aussi les plus pauvres. Les problèmes financiers sont un réel frein. Une étude (84) réalisée en 2004, dans un district rural et à Bamako, met en évidence le fait que les frais de santé nécessitent d'énormes sacrifices pour les ménages. Pour pallier aux contraintes financières, les populations recourent à 2 types de mécanismes : la solidarité familiale qui tend à diminuer (exode urbain et difficultés financières) et la médecine traditionnelle. Les plantes médicinales sont moins chères et les modalités de paiement chez le tradipraticien sont plus souples que dans le système de soin publique (paiement échelonné, différé ou en nature).

L'accès aux traitements limite une prise en charge optimale. Il existe des problèmes de gestion et d'approvisionnement dans les structures publiques. Le coût des médicaments reste prohibitif surtout dans les zones rurales (84) et pour les pathologies chroniques. Le constat est le même dans le secteur privé, même pour les génériques.

Il existe des dispositifs de prise en charge pour les plus pauvres dans l'initiative de Bamako. Au Mali, cela s'est traduit par la mise en place de fonds de solidarité dans les centres de santé communautaires utilisables pour les plus indigents. Sont ainsi visés les personnes âgées, les veuves, les handicapés très pauvres, les mendiants (84). Par contre, il n'existe pas de critère uniforme d'attribution de ce statut ou de carte spécifique pour la reconnaissance des droits. Dans les zones rurales où tout le monde se connaît, le discernement est plus facile que dans la capitale où règne un certain anonymat.

Certaines pathologies infectieuses sont prises en charge gratuitement. Les traitements antirétroviraux sont gratuits pour tous. La tuberculose, l'onchocercose, la dracunculose et la bilharziose bénéficient de programmes étatiques.

Néanmoins, la plupart de ces dispositifs, à l'exception de la gratuité pour les antirétroviraux et les antituberculeux, ne profitent pas à la population cible de notre étude. Le migrant en

situation de retour forcé se trouve dans une situation d'indigence sans pouvoir prétendre à ce statut ni en avoir au départ l'apparence. Il revient de l'extérieur, son parler ou son habillement révèle d'emblée sa situation « d'aventurier » de retour. Il est perçu comme nécessairement argenté par son entourage. Par ailleurs, il n'est plus inséré dans un maillage social. Il ne peut souvent pas réintégrer la grande famille par peur de la stigmatisation, du rejet. Il se retrouve dans une double précarité : une plus grande fragilité physique et psychique qui engendre un plus grand besoin d'accès au soin et une absence totale de moyen sans pouvoir accéder aux programmes, même ceux conçus pour aider les plus démunis.

Quant à l'accès aux soins en santé mentale, comme dans la plupart des pays, la psychiatrie est le parent pauvre de la médecine. La compréhension et le recours au soin en santé mentale s'inscrivent avant tout dans un codage culturel. Les tradipraticiens et les marabouts occupent une place importante dans le circuit de prise en charge des pathologies psychiatriques. Comme il n'existe qu'un service spécialisé de psychiatrie à Bamako, cela oblige, de fait, les populations des régions à trouver des alternatives de prise en charge en santé mentale. Mais, même dans la capitale, le recours aux professionnels de santé hospitalo-universitaires n'a souvent lieu que tardivement et en second recours. Ainsi, dans une étude (5) réalisée au CHU du Point G de Bamako de septembre 2004 à juin 2005, 41% des patients avaient consulté un tradithérapeute avant d'arriver aux urgences pour un problème psychiatrique.

Une des spécificités du fonctionnement hospitalier au Mali, réside dans l'obligation pour les patients hospitalisés, d'être accompagnés d'un proche qui va jouer le rôle de garde malade, soutien et aide soignant. Ce mode de fonctionnement, valable aussi en psychiatrie, a l'immense avantage d'être basé sur une approche communautaire et participative. Par contre, il trouve ses limites pour les personnes n'ayant pas de parent proche ou étant en situation de rupture familiale, ce qui peut être le cas pour les migrants en situation de retour forcé.

B. L'Association Malienne des Expulsés : des migrants en situation de retour forcé au chevet de leurs semblables

1. Naissance, parcours et action de l'association

L'Association (3) Malienne des Expulsés (AME) a été créée en 1996 à l'initiative d'Ousmane Diarra, lui-même expulsé d'Angola. Cette année-là, les Maliens en situation irrégulière de par le monde subissent des retours forcés massifs : de France par les charters Debré suite à l'occupation de l'église saint Bernard, d'Angola, du Libéria, d'Arabie Saoudite. Les expulsés se réunissent devant le haut conseil des Maliens de l'extérieur. Un collectif de soutien voit le

jour, regroupant à la fois des associations de la société civile malienne mais aussi des personnes de bonne volonté.



Photo 2 : Le siège de l'AME, à Bamako

A l'époque, les personnes en situation de retour forcé étaient emprisonnées à leur arrivée au Mali. Une des premières actions du collectif, en 1997, est l'organisation d'une marche dans Bamako pour faire libérer les Maliens expulsés de France par le trente-sixième charter Debré. Un petit local est loué à Korofina, quartier de Bamako, pour pouvoir fournir un lieu d'accueil, d'écoute et de regroupement aux migrants en situation de retour forcé. Les personnes blessées ou nécessitant des soins, notamment suite à des grèves de la faim, sont orientées vers un médecin¹³. L'exiguïté des lieux ne permet pas encore d'hébergement. La structure fonctionne initialement grâce à l'engagement de son président fondateur et d'aides bénévoles. Pendant une dizaine d'années, l'AME va, avec peu de moyens, venir en aide aux personnes en situation de retour forcé et capitaliser ses connaissances.

Le forum social mondial polycentrique de Bamako en janvier 2006 permet une redynamisation de l'association. Cette mise en relation de nombreuses associations de défense des droits des migrants coïncide avec la prise de conscience de la problématique et des enjeux de la migration par une partie de l'opinion publique. L'Association Malienne des Expulsés s'installe dans de nouveaux locaux plus spacieux, recrute des intervenants, tout en gardant son caractère propre d'association créée par et pour les expulsés.

¹³ L'AME déplore néanmoins durant cette période, le décès de 2 personnes faute de soin.

Raison d'être de son existence, l'accueil des migrants a été modulé et amélioré au fil des ans en tenant compte des modifications des politiques migratoires et des répercussions sur les retours forcés, leur nombre, leur provenance. La prise en charge s'axe autour de plusieurs thématiques.

Une permanence est assurée, chaque soir, à l'heure d'arrivée des vols Air France et Aigle Azur en provenance de Paris, à l'aéroport de Bamako-Senou. Très nombreuses et quasi quotidiennes en 2007 et début 2008, les expulsions ont fortement diminué depuis mi-2010. L'accueil des migrants en situation de retour forcé est géré par un des intervenants de l'association. Il a pour rôle principal d'atténuer le traumatisme du retour. Il prend aussi les coordonnées administratives et éventuellement téléphoniques des migrants et leur fournit une carte avec le contact de l'association. Disposant d'un véhicule, il envisage ensuite, avec eux, la meilleure solution pour la suite de la prise en charge. Certains ont de la famille sur Bamako, qui peut les accueillir. Ils seront, à ce moment là, recherchés par des proches qu'ils ont pu joindre grâce au téléphone mis à disposition ou bien conduits dans leur famille. Les personnes sont néanmoins invitées à se rendre au siège de Djélibougou dans la semaine qui suit pour faire le point sur leur situation. D'autres n'ont pas de famille proche dans la capitale, ou ils n'ont plus suffisamment de contacts avec eux pour les appeler au milieu de la nuit. Dans ce cas, ils sont hébergés et nourris au siège de l'AME pour quelques jours, le temps de trouver une situation acceptable.

La présence de l'AME à l'aéroport participe à la veille militante des retours forcés par voie aérienne en permettant un recensement des personnes. L'accueil des migrants en situation de retour forcé est aussi extrêmement important dans la mesure où le migrant arrive fragilisé et démuné lors de son atterrissage à Bamako-Senou, après plusieurs années d'absence. Le fait de pouvoir être pris en charge par un intervenant qui a, lui-même, subi cette expérience permet d'atténuer, dans une certaine mesure, le traumatisme du retour.

Les personnes qui n'ont aucune possibilité d'hébergement sur Bamako sont prises en charge pendant 72 heures à l'AME. Elles peuvent bénéficier de trois repas par jour et d'une natte pour dormir. Cette prise en charge a été facilitée par la configuration des nouveaux locaux et par la gestion d'un restaurant par l'AME qui s'occupe des repas. Au cours de ces trois jours, ils peuvent reprendre contact avec leur famille. Ce temps leur permet de se reposer et d'entrevoir la réalité de leur retour. Ils peuvent bénéficier de groupes de parole mais aussi de l'appui des différents intervenants (soutien, aide juridique, soin).

L'association a acquis, à travers ses différentes mobilisations, une reconnaissance au sein de la société civile malienne. Souvent, au cours de leur retour chaotique, les migrants apprennent l'existence de l'AME. Ils se tournent vers la structure pour avoir un soutien mais aussi dans l'espoir d'un retour possible dans le pays d'accueil. Les personnes se présentent spontanément au siège de Djélibougou. Cela peut être quelques semaines ou quelques mois après le retour forcé, voire même parfois quelques années. Elles arrivent en principe le matin avec l'ensemble de leurs documents justificatifs. Sur le même principe, la porte de Djélibougou reste ouverte à ceux qui ont envie de bavarder, de prendre le thé ou ont un rendez vous avec un des intervenants associatifs.

Dans ce contexte de soutien aux personnes en situation de retour forcé, la prise de témoignage par les intervenants de l'association est un point clé de la prise en charge. Il permet d'une part un recueil de données pour le suivi de la personne et d'autre part d'accorder un temps de parole à la personne en situation de retour forcé.



Photo 3 : Prise de témoignage

« J'ai laissé mes droits en France...¹⁴ ». Si l'accueil avec un repas, une oreille attentive et un coin de natte est une nécessité humanitaire, la défense des droits est une des premières doléances de ces migrants en situation de retour forcé. Bien souvent, ils ont laissé un travail, des affaires et des arriérés de salaire derrière eux. Ils ne comprennent pas comment l'expulsion a pu avoir lieu alors même qu'ils travaillaient, cotisaient et respectaient les lois du pays d'accueil. Pour certains, des démarches de régularisations étaient même en cours. Tous les espoirs mais aussi toutes les rancœurs des personnes renvoyées au Mali sans aucun moyen se cristallisent souvent sur les démarches juridiques.

¹⁴ Formule entendue à plusieurs reprises lors des entretiens menés de juillet 2010 à octobre 2010 à l'AME avec des personnes en situation de retour forcé de France,

Face à des situations individuelles insolubles, le plaidoyer offre une alternative d'espoir à moyen terme quant à une modification des politiques migratoires européennes mais aussi de considérations des migrants à travers le monde.

2. Projet « Accès aux soins en santé mentale des migrants en situation de retour forcé »

Le projet¹⁵ est né de la rencontre, en 2008, de l'Association Malienne des Expulsés et de Médecins du Monde, autour du constat de rejet des migrants en situation de retour forcé et de la difficulté pour faire face à leur souffrance et leur détresse psychologique. Le but de ce partenariat est de favoriser la prise en charge et l'accès aux soins en santé mentale des migrants en situation de retour forcé.

Le projet a débuté en février 2009 et s'est décliné selon trois phases. La première phase a concerné la formation des intervenants de l'AME par une psychologue, pour qu'ils puissent s'approprier des outils pour l'accueil, l'écoute et l'accompagnement psychologique des personnes expulsées ou refoulées. Leurs capacités acquises sur le terrain ont ainsi été renforcées grâce à des mises en situation pratique, des cas cliniques et l'initiation aux grilles de repérage des signes de souffrances psychologiques. Les différentes formations ont aussi insisté sur les critères de santé mentale qui conduisent les intervenants à orienter les migrants vers des professionnels de santé pour un suivi.

La deuxième phase du projet a permis la création d'un réseau de professionnels en santé mentale pour la prise en charge des migrants référés par les intervenants. Ce réseau est constitué d'un psychologue indépendant, de l'équipe du service de psychiatrie de l'hôpital du point G (avec un médecin référent) et de la psychologue de Médecins du Monde.

Le psychologue indépendant est chargé du suivi, à l'AME, des personnes adressées par les intervenants ou en demande de soutien. Il intervient aussi dans la prise en charge des migrants lors des arrivées massives (charter de Libye ou d'Europe, refoulements massifs à Tinzaouaten à la frontière Algéro-Malienne). Il tient deux à trois permanences par semaine au siège de l'association. Un bureau de consultation lui est dédié. Son travail est essentiellement basé sur des psychothérapies de soutien et des thérapies cognitivo-comportementales.

Lorsqu'un traitement médicamenteux est nécessaire ou que la prise en charge devient trop lourde, le psychologue réfère les patients en psychiatrie.

¹⁵ Médecins du Monde 2008 Termes de référence du projet Mali-Migrants 1, partenariat AME-PNUD-MdM

La création de ce réseau, outre la facilitation pour la prise en charge des patients, a aussi pour but de sensibiliser les professionnels en santé mentale sur la problématique de la migration, avec la mise en place de groupes de travail, de réflexion et de renforcement des capacités.

La troisième phase du projet a comme objectif de faire mieux connaître les conditions et les conséquences du retour forcé par les migrants, leurs proches et la société tout entière. Cette phase de plaidoyer est directement en lien avec les soins. En effet, une meilleure connaissance de la problématique par la société ne peut qu'induire une baisse de la stigmatisation et un soutien plus important par les proches. Dans ce but, plusieurs activités ont été mises en place : des séances de sensibilisation dans les quartiers et les régions, des passages dans les émissions radio, des séminaires. Des maraudes ont aussi été organisées autour des gares routières et auprès des familles des migrants ayant subi un retour forcé. Celles-ci vont au devant des migrants en situation de fragilité dans les gares routières ou aux abords des marchés. Auprès des familles des migrants, elles permettent d'évaluer la réintégration de la personne suivie à l'AME et de dépister des troubles susceptibles d'apparaître ultérieurement (avec parfois une référence vers le psychologue). Ces maraudes permettent aussi une information, sensibilisation et visibilité du thème « santé et migrations » dans les quartiers.

Toutes ces activités sont à replacer dans le contexte du Mali où l'accès aux soins est problématique pour une grande partie de la population. Dans ce pays qui fait face à de nombreuses difficultés, la santé n'est pas une priorité, d'autant plus que le retour des migrants a entraîné l'arrêt brutal d'une entrée régulière d'argent, rendant les budgets des familles encore plus tendus.

C. Objectifs de notre étude

Les migrants maliens tout au long de leur parcours de vie, font face à de nombreuses difficultés. La route migratoire vers l'Europe est semée d'embûches. Les conditions de vie, de travail et d'accès aux soins dans le pays d'accueil sont précaires et se dégradent continuellement. De nombreuses études (45,69,72,73,56,) ont mis en évidence que la santé des migrants est moins bonne que celle de la population générale des pays d'accueil. Le processus d'enfermement en vue de l'éloignement du territoire semble impacter encore un peu plus une santé déjà fragilisée (42). En situation de retour forcé dans leur pays d'origine, les migrants sont confrontés à un difficile accès aux soins. A notre connaissance, il n'existe pourtant aucune étude publiée permettant d'évaluer spécifiquement la santé des migrants après leur expulsion vers le pays d'origine.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la santé et la précarité des migrants maliens en situation de retour forcé d'Europe.

Les critères principaux sont :

- Les plaintes et les symptômes depuis le retour forcé, en santé physique et en santé mentale avec la recherche de signes de stress post-traumatiques
- Les antécédents de santé avec la recherche d'une éventuelle rupture de soins

Les critères accessoires sont :

- L'accès aux soins
- La réintégration dans le pays d'origine depuis le retour forcé

D. Méthode de notre étude

Il s'agit d'une **étude observationnelle et prospective** réalisée à Bamako de juin à octobre 2010 et de février à avril 2011 au sein de l'Association Malienne des Expulsés. Le recueil de données était basé sur des entretiens en vis-à-vis avec des personnes qui ont subi un retour forcé.

Un **questionnaire** (Annexe 8) a servi de fil conducteur tout en laissant la place à des échanges libres. Il s'est inspiré de différents modèles préexistants et des travaux sur la santé des demandeurs d'asile et des réfugiés. La difficulté de son élaboration vient du fait qu'il doit évaluer la santé des migrants en situation de retour forcé sans conduire à une consultation médicale. Nous avons besoin d'un outil adapté à cette position ambivalente qui interroge plusieurs moments dans la vie des migrants. Nous nous sommes inspirés de quatre outils en particulier : le questionnaire ODSE de Médecins du Monde, le questionnaire SF-36 sur la qualité de vie, le Hopkins symptom checklist axé sur les symptômes dépressifs, le Harvard Trauma Questionnaire (HQT ou HSCL-25) utilisé pour la recherche des signes de stress post traumatiques. Nous avons aussi inclus deux questions sur les douleurs (céphalées et algies diffuses) qui apparaissent comme corrélées à un état de santé délétère, notamment chez les personnes demandeurs d'asile et migrants en situation irrégulière (42). Il n'a pas été traduit en Bambara¹⁶. Nous avons pris le parti d'utiliser les services d'un interprète en cas de besoin¹⁷.

¹⁶ Langue d'usage sur Bamako

¹⁷ La question portant sur la présence de flash-back (« Présentez vous des flash-back ou cauchemars éveillés ? ») a été explicitée en bambara dans la mesure où il s'agit d'une notion psychiatrique peu familière pour la population générale. L'expression « cauchemar éveillé » a été traduit par « (l bé) sogo djougou kè »

Les **critères d'inclusion** de notre population-cible, recrutée à travers l'Association Malienne des Expulsés, sont :

- Expulsion d'un pays d'Europe entre le 1^{er} janvier 2008 et le 30 avril 2011
- Avoir séjourné sur le territoire européen pour une période supérieure à un mois
- Personne majeure et acceptant de participer à l'étude

Les critères de non-inclusion sont :

- Migrants mineurs
- Retour forcé depuis plus de 2 ans et 6 mois au moment de l'entretien
- Séjour en Europe exclusivement dans un centre fermé (centre de rétention, prison, centre d'accueil de la croix rouge)
- Migrants non maliens

C'est en 2007, dans un contexte de radicalisation des politiques migratoires européennes que j'entreprends d'élaborer le cadre de recherche de ma thèse. Une recherche sur internet et auprès d'associations de migrants en France me permet de découvrir l'Association Malienne des Expulsés. Après une première prise de contact téléphonique, puis un entretien au siège de l'association à Bamako en août 2009, le président Ousmane Diarra, accepte de m'accueillir le temps de ma recherche et de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour faciliter mon travail.

Un registre des personnes en situation de retour forcé accueillies au sein de l'association existe depuis fin 2007. Sont disponibles selon le type de prise charge dont a bénéficié la personne : son pays d'expulsion/de refoulement et la date de retour forcé, ses coordonnées, éventuellement le recueil du témoignage linéaire. A partir de ces éléments, un listing des personnes joignables et répondant aux critères a été établi. Les personnes-cibles étaient démarchées par téléphone. Pour améliorer la compliance à l'étude, cette première étape était déléguée aux deux intervenants de l'AME habituellement chargés de l'accueil des migrants. Ils présentaient brièvement le travail de recherche en bambara, recueillaient un premier accord de principe oral et fixaient un rendez-vous à la personne au siège de l'association pour me rencontrer.

(Traduction par un professeur d'anglais bambarophone puis retraduit par les intervenants de l'association et un psychologue pour vérifier la bonne compréhension et éviter les contre-sens).

Du fait de la précarité des personnes-cibles et pour éviter une non-participation à cause du surcoût du transport, il a été décidé de dédommager, à hauteur de 2000 CFA¹⁸, les personnes acceptant de répondre à l'étude. Cette somme permettait de subvenir au transport aller-retour en SOTRAMA¹⁹, de couvrir le repas de midi (dans un restaurant bon marché autour 600 CFA) et d'avoir 500 CFA de bénéfice. Cette pratique peut, à première vue, sembler choquante voire non déontologique. Elle a fait l'objet d'intenses discussions avec les membres de l'Association Malienne des expulsés. Elle est à replacer dans le contexte malien qui veut que lorsqu'une personne aux faibles moyens se déplace chez quelqu'un de plus argenté, ce soit l'hôte qui contribue au prix du transport. Ce système de sponsor (comme cela est appelé au Mali) pour les migrants en situation de retour forcé qui se rendent à l'AME a été mis en place par l'équipe de l'association depuis 2009 (indépendamment de notre étude) et s'élève à 1000 CFA. A noter que les personnes passent généralement la journée à l'AME et mangent le midi au restaurant de l'association. Avant 2009, le président de l'association aidait les migrants en situation de grandes difficultés sur ses propres fonds par de petites sommes leur permettant de se déplacer.

Soulignons aussi que notre étude ne comporte ni consultation, ni examen clinique mais uniquement des entretiens individuels sur la santé (même s'ils sont menés par une professionnelle de la santé). Une prise en charge médicale aurait de fait contre-indiqué toute forme de rétribution financière.

Le choix du lieu nous semblait important pour créer l'espace de confiance propice aux échanges. Nous avons décidé, en concertation avec l'équipe de l'AME, de privilégier les rencontres au siège de l'association. Nous avons écarté l'option d'une rencontre dans le lieu de vie des personnes du fait de leur précarité et du sentiment de honte par rapport à leur situation. Bien souvent les migrants sont hébergés par des membres de la famille élargie ou des amis, dans des conditions parfois difficiles. Nous voulions que les échanges puissent avoir lieu en toute confidentialité. Cela pouvait difficilement être le cas à domicile, dans la cour commune du carré ou même dans un café. Il nous semblait aussi important que les migrants de retour puissent se tourner vers des interlocuteurs connus en cas de questions, de remarques ou d'incompréhension. Une pièce a été mise à disposition pour les entretiens au siège de l'AME.

¹⁸ 1 Euro=655 FCFA, donc 2000 FCFA environ 3 E

¹⁹ Minibus collectif dont le coût moyen aller-retour pour traverser la ville est de 700 à 1000 CFA (1 E à 1,5 E)

Les entretiens vis-à-vis soit exclusivement avec le migrant, soit en présence de l'accompagnant ou d'un intervenant de l'AME se sont déroulés en français. Au début de l'échange, j'expliquais brièvement le but de l'étude, ma fonction, répondais aux éventuelles questions et recueillis une nouvelle fois un accord de principe oral.

Le questionnaire utilisé permettait d'introduire un cadre dans les échanges tout en laissant la place au développement narratif de certaines étapes migratoires et aux discussions libres. Ces entretiens semi-dirigés ont permis d'approfondir certains éléments médicaux ou du vécu qui nous semblait pertinents pour notre étude.

Au vue de la réaction négative des premières personnes sollicitées, et dans un contexte de méfiance du travail journalistique²⁰, j'ai choisi de ne pas enregistrer la conversation mais plutôt de prendre des notes. La prise de note, dans ce contexte s'apparente plus au mode de recueil de données médicales lors d'une consultation.

L'analyse des entretiens a été double : d'une part une analyse quantitative grâce au logiciel sphinx plus²-V5 et d'autre part une analyse qualitative. Les données ont été interprétées à la lumière des diagnostics posés, grâce à un interrogatoire médical précis et la confrontation éventuelle avec des ordonnances et/ou des comptes-rendus médicaux en possession des migrants en situation de retour forcé.

III. RESULTATS

A. Description des caractéristiques de la population d'étude

La consultation des archives et de l'ensemble des données disponibles à l'Association Malienne des Expulsés nous a permis d'établir une liste de 50 personnes disposant de numéro de téléphone et ayant été expulsées de France principalement mais aussi d'Espagne.

Parmi ces personnes cibles :

- 22 ont été incluses, soit 44 % des personnes répondant aux critères de pré-sélection
- 18 sont considérées comme perdues de vue (numéro de téléphone non attribué ou appel resté sans suite après plusieurs relances sur la période des 6 mois, pour tenir compte des éventuels migrants rentrés au village uniquement pour les récoltes)

²⁰ Au moment de mon arrivée, l'AME avait accueilli E.Vincent une journaliste du Monde pour un article sur l'AME. Elle avait au final dressé un portrait un peu condescendant d'un des intervenants, paru dans le Monde du 28 septembre 2010 et intitulé *Keita le Toubab de l'aéroport*.

- 4 ont refusé de participer, soit par manque de temps, soit par manque d'intérêt
- 6 personnes ne se trouvaient plus sur Bamako lors de l'appel : 5 étaient en région et n'avaient pas l'intention de se déplacer sur Bamako et 1 était repartie à l'aventure à Abidjan (Information délivrée par la famille qui avait gardé le téléphone du migrant).

Les migrants en situation de retour forcé inclus dans notre étude sont tous des hommes. La moyenne d'âge est de 37 ans au moment du retour forcé. Ils sont célibataires dans près de 2/3 des cas et originaires de la région de Kayes pour 16 d'entre eux, avec une forte prédominance de ruraux. Un peu plus de la moitié vivait avec leurs parents avant de prendre la route. Près de 60% des migrants ne sont pas allés à l'école républicaine mais la moitié a suivi des cours d'alphabétisation en Europe (Tableau 1).

Sur le plan professionnel, 20 personnes sur les 22 avaient une activité régulière avant de « partir à l'aventure ». Ils travaillaient aux champs avec la daba²¹ mais aussi comme commerçant dans l'exploitation familiale, ce qui explique que plus de la moitié ne touchait pas de salaire (Tableau 1).

²¹ Houe en bambara

Tableau 1: Description des caractéristiques socio-économiques des migrants en situation de retour forcé au Mali

Sexe	Homme	n= 22 (100%)
Age	Médiane=35 ans [29 ans- 56ans]	n=22 (100%)
Région d'origine	n=22	(%)
<i>Région de Kayes</i>	16	(73)
<i>Région de Koulikoro (Bamako)</i>	5	(23)
<i>Région de Gao</i>	1	(4,5)
Situation matrimoniale actuelle	n=22	(%)
<i>Célibataire</i>	13	(59)
<i>Marié</i>	8	(36)
<i>Concubinage</i>	1	(4,5)
<i>A des enfants</i>	5	(23)
	<i>Dont 1 personne a des enfants en Europe (4,5%)</i>	
Scolarité	n=22	(%)
<i>Jamais scolarisé</i>	10	(45,5)
<i>Ecole Coranique</i>	3	(14)
<i>Primaire</i>	6	(27)
<i>Collège</i>	2	(9)
<i>Etudes supérieures après le bac</i>	1	(4,5)
<i>Cours du soir en Europe</i>	11	(50)
Mode de vie avant la migration	n=22	(%)
<i>Avec ses parents</i>	12	(54,5)
<i>Avec sa femme/enfants</i>	2	(9)
<i>Avec des amis</i>	4	(18)
<i>Seul</i>	1	(4,5)
Activité avant la migration	n=22	(%)
<i>Aucune activité</i>	2	(9)
<i>Agriculture</i>	9	(41)
<i>Commerce</i>	4	(18)
<i>Bâtiment</i>	2	(9)
<i>Autre</i>	2	(18)
	<i>(Transport, Tailleur, Ouvrier à l'usine)</i>	
<i>Etudiant</i>	1	(4,5)

La plupart des migrants interrogés dans notre étude ont été expulsés de France. La durée médiane de séjour en Europe est de 8 ans. Les migrants en situation de retour forcé sont partis principalement pour des motifs économiques et à la recherche d'une vie meilleure. Aucun n'a émigré pour des raisons médicales. La quasi-totalité avait des connaissances dans le pays d'accueil.

La moitié des personnes occupaient un emploi en contrat à durée indéterminé (CDI) au moment de l'arrestation conduisant au retour forcé. Elles travaillaient dans les domaines du bâtiment, de la restauration, du nettoyage ou de la sécurité, parfois dans la même entreprise depuis leur arrivée. Quelle que soit leur situation, les trois quart des personnes envoyaient régulièrement de l'argent à leur proches restés au pays (Tableau 2).

La précarité de leur situation administrative est omniprésente. Les migrants ont été contrôlés en moyenne 3 fois avant leur arrestation. Quatre personnes avaient déjà été enfermées soit en centre de rétention (n=1) soit en prison²² (n=3). Vingt et une personnes ont fait au moins une tentative de régularisation, avec une médiane de nombre de dépôts de dossier égal à 2 : demande de régularisation par le travail (n=17) mais aussi titre de séjour pour soin (n=4) alors même qu'au départ les migrants ne sont pas partis pour des motifs médicaux (Tableau 2). Les migrants en situation irrégulière ont principalement été appréhendés lors de contrôles systématiques dans la rue, lors d'une « traversée de la route en dehors du passage piéton », en allant faire des courses, ou « lors d'une halte sur un banc ». Mais ils ont aussi été arrêtés alors qu'ils étaient convoqués à la préfecture ou qu'ils se rendaient à un rendez vous médical (n=1) (Tableau 2).

²² Lorsque l'absence de titre de séjour était pénalisée.

Tableau 2: Migration et séjour en Europe

Pays d'accueil/d'expulsion	n=22	(%)
<i>France</i>	19	(86)
<i>Espagne</i>	3	(14)
Durée de séjour en Europe Médiane	8ans [2ans- 20ans]	n=22
Motifs de migration	n= 22	(%)
<i>Plusieurs réponses citées</i>		
<i>Motifs économiques/Recherche d'une vie meilleure</i>	16	(73)
<i>Désir de découvrir le monde</i>	4	(18)
<i>Volonté de la famille</i>	4	(18)
<i>Problèmes familiaux</i>	3	(14)
<i>Etude</i>	2	(9)
<i>Raison médicale</i>	0	(0)
Modalité de travail au moment de l'expulsion	n=22	(%)
<i>CDI</i>	11	(50)
<i>Travail irrégulier</i>	8	(36)
<i>Dont Interim, travail journalier, CDD</i>		
<i>Sans emploi</i>	3	(14)
Type de régularisation déposée	n=21	(%)
<i>Plusieurs modalités possibles</i>		
<i>1 personne n'a jamais déposé de dossier</i>		
<i>Travail</i>	17	(77)
<i>Raison médicale</i>	4	(18)
<i>Présence sur le territoire supérieure à 10 ans</i>	2	(9)
<i>Demande d'asile</i>	2	(9)
<i>Vie privée et familiale</i>	1	(4,5)
Nombre de personnes envoyant de l'argent au pays	n=16/22	(73%)
Cadre de l'arrestation	n=22	(%)
<i>Contrôle systématique dans la rue</i>	8	(36)
<i>Préfecture</i>	4	(18)
<i>Lieu de travail</i>	3	(14)
<i>Convoqué au commissariat</i>	2	(9)
<i>Autres</i>	3	(14)
<i>Dont 1 personne devant l'hôpital</i>		
Nombre de personnes ayant subi des violences lors du retour forcé	n=9/22	(42%)

Au terme du retour forcé, 9 personnes sur 22 déclarent avoir subi des violences, que ce soit des coups et blessures au moment de l'arrestation ou de l'expulsion, des propos insultants ou des situations dégradantes telles que des fouilles au corps approfondies en maintenant la personne nue. Les violences physiques ou morales provenaient toujours des forces de l'ordre, même si d'autres migrants insistent sur la compassion de certains policiers qu'ils ont côtoyés en garde à vue ou en centre de rétention. (Tableau 2).

A l'arrivée au Mali, 16 personnes ont été prises en charge par l'Association Malienne des Expulsés. La plupart se sont réinstallées à Bamako, dans leur famille plus ou moins proche. 3 personnes logeaient au siège de l'AME, 2 parce qu'elles venaient d'arriver et 1 parce qu'elle a été embauchée comme gardien de l'association (Tableau 3).

Plus de deux tiers des personnes n'ont pas retrouvé d'emploi, la plupart par manque d'opportunité, quelques uns refusant « de travailler pour moins d'un euro²³ par jour ». Plus de la moitié des migrants déclarent avoir beaucoup souffert de la différence entre l'Europe et le Mali : le fait d'être subitement devenu inactif, l'emprise de la famille, l'alimentation, le climat sont les principales raisons citées pour expliquer les conséquences de ce « retour profond en arrière²⁴ ». Près de deux tiers se sentent mis à l'écart depuis leur retour forcé.

Au terme de l'entretien, 14 personnes sur les 22 souhaitent poursuivre leur parcours migratoire (Tableau 3).

²³ 1euro=655 FCFA, en sachant que les travaux journaliers dans le bâtiment sont rémunérés entre 500 et 1000 CFA par jour

²⁴ Entretien 10

Tableau 3 : Conditions de vie depuis le retour

Durée écoulée depuis le retour forcé Médiane=11 mois [2 jours- 2ans et 2 mois] n=22		
Accueillant à l'aéroport	n=22	(%)
<i>AME</i>	16	(73)
<i>Famille</i>	4	(18)
<i>Aucun accueil</i>	2	(9)
Lieu de réinstallation	n= 22	(%)
<i>Capitale</i>	21	(95,5)
<i>Village</i>	1	(4,5)
Mode d'hébergement	n=22	(%)
<i>Famille</i>	16	(73)
<i>Amis</i>	3	(14)
<i>AME</i>	3	(14)
Emploi depuis le retour	n=22	(%)
<i>Aucun emploi</i>	15	(68)
<i>Travail occasionnel</i>	2	(9)
<i>Travail régulier</i>	5	(23)
Sentiment de réintégration	n=22	(%)
<i>Se sent réintégré</i>	6	(27)
<i>Se sent mis à l'écart</i>	13	(59)
<i>Ne sait pas</i>	3	(14)
Souhaite repartir à l'aventure	n= 22	(%)
<i>Oui</i>	14	(64)
<i>Non</i>	6	(27)
<i>Ne sait pas</i>	2	(9)

B. Accès aux soins en Europe

Concernant l'accès aux soins, les migrants maliens participant à notre étude n'évoquent pas d'entrave particulière en Europe. Les modes de recours sont les généralistes et l'hôpital. Une seule personne déclare avoir utilisé un service médical gratuit²⁵ ²⁶. Plus de la moitié des personnes interrogées ont été hospitalisées au moins une fois dans le pays d'accueil (Tableau 4).

4 personnes consultaient le système de soin tous les mois, ce sont les mêmes qui prennent un traitement quotidien : antipsychotique, anti hypertenseur, antalgique et anti tuberculose font partie des médicaments concernés.

²⁵ Migrant refoulé d'Espagne, entretien N°19

²⁶ Une personne (entretien N°9) a été prise en charge par le Comede mais a considéré que c'est une structure hospitalière du fait de sa localisation à l'intérieur du CHU Kremlin-Bicêtre.

Tableau 4 : Accès aux soins en Europe

Recours aux soins	n=22	(%)
<i>Médecin</i>	15	(68)
<i>Hôpital</i>	14	(64)
<i>Association/service médical gratuit</i>	1	(4,5)

Fréquence d'accès aux soins	n=22	(%)
<i>Rarement (1 fois par an)</i>	7	(32)
<i>De temps en temps (tous les 3 mois)</i>	11	(50)
<i>Souvent (1 fois par mois ou plus)</i>	4	(18)

Prise de traitement	n=22	(%)
<i>Prise de traitement</i>	17	(77)
<i>Dont prise tous les jours</i>	4	(18)
<i>Pas de prise de traitement</i>	5	(22)

Hospitalisation	n=22	(%)
<i>Au moins 1 fois</i>	12	(54,5)
<i>Jamais</i>	10	(45,5)

C. Santé des migrants en situation de retour forcé

Lors des entretiens, les migrants en situation de retour forcé ont pu revenir sur leur histoire médicale, depuis la période ayant précédé la migration jusqu'à la période actuelle faisant suite au retour forcé.

Cinq personnes (23%) évoquent des problèmes de santé avant de partir en Europe : accès palustre sévère ayant nécessité une hospitalisation, cure de hernie inguinale traitée dans l'enfance, tuberculose ganglionnaire, dépression réactionnelle (Tableau 4).

Par contre, depuis le retour, seules 4 personnes (18%) déclarent n'avoir aucun antécédent de santé. Toutes les autres citent au moins un antécédent médical et/ou chirurgical et/ou psychiatrique (Tableau 4). Outre des problèmes bénins, comme des allergies, des problèmes dermatologiques ou des troubles du transit :

- 1 personne présente une hernie inguinale bilatérale
- 2 personnes ont eu un accident de travail. L'un, une fracture de la main et l'autre un problème au niveau du rachis lombaire suite à une chute mécanique sur un chantier (Nous n'avons pu déterminer s'il s'agissait d'un tassement vertébral dans la mesure où le patient n'avait aucune radio ou compte rendu. Par ailleurs, il ne semblait pas être particulièrement gêné dans sa vie quotidienne).

Cinq personnes (23%) ont une pathologie chronique présente dans le pays d'accueil (Tableau 4) :

- un patient est porteur d'une hépatite chronique active et hypertendu,
- deux patients sont psychotiques chroniques, dont un est aussi hypertendu
- un patient présente des séquelles invalidantes de tuberculose rachidienne
- un patient est porteur de séquelles de chirurgie articulaire dans un contexte de fracture du col de l'humérus

Près de la moitié des personnes interrogées évoquent des addictions, principalement au tabac, et dans une moindre mesure à l'alcool. La proportion de personnes est stable entre les deux périodes avant la migration et depuis le retour forcé. Par contre, 5 personnes sont devenues tabagiques en Europe et 4 ont commencé à consommer de l'alcool. Une personne parle d'éthylisme chronique. Il s'agit du patient psychotique, sans domicile fixe les quatre dernières années. Il précise que la boisson lui permettait de « résister à la rue » et de lutter contre une insomnie rebelle. Il évoque le cercle vicieux de l'épuisement physique et psychologique dû au manque de sommeil qui entraîne une surconsommation d'alcool mais déclare être sevré depuis son retour, sans mise en évidence de signe de manque.

Tableau 5 : Etat de santé avant la migration et depuis le retour forcé

Nombre de personnes présentant des antécédents de santé notables			
Avant le parcours migratoire n=5/22 (23%)		Depuis le retour forcé n=18/22 (82%)	
<i>ATCD médicaux</i>	3 (14%)		14 (64%)
<i>ATCD chirurgicaux</i>	1 (4,5%)		5 (23%)
<i>ATCD psychiatriques</i>	1 (4,5%)		2 (9%)
Nombre de personnes avec des addictions			
Avant le parcours migratoire n=9/22 (41%)		Depuis le retour forcé n=10/22 (45,5%)	
<i>Tabac</i>	9 (41%)		10 (45,5%)
<i>Cannabis</i>	1(4,5%)		2 (9%)
<i>Alcool</i>	1 (4,5%)		2 (9%)
<i>Aucun toxique</i>	13 (60%)		12 (54,5%)
Nombre de personnes avec une pathologie chronique n=5/22 (23%)			
Nombre de personnes ayant subi une rupture de soin au retour forcé n=6/22(27%)			
Nombre de personnes décédées au cours de l'étude n=1/22 (4,5%)			

D. Syndromes de stress post traumatique

Les migrants en situation de retour forcé ont des plaintes multiples dans des registres différents. Certaines sont l'expression du « choc » ressenti entre le pays d'accueil et le pays d'origine avec des plaintes concernant les conditions de vie malienne, les moustiques, la promiscuité, la chaleur, avec parfois des préjugés témoignant d'une méfiance envers leur pays d'origine, comme lorsque certains migrants ne font pas confiance aux traitements disponibles en pharmacie, sous prétexte que les médicaments d'Europe sont les seuls efficaces. D'autres sont l'expression de symptômes, témoignant de souffrances physiques et/ ou psychiques (Tableau 6).

La plupart des migrants disent « trop penser ». Les principales idées noires verbalisées sont : « l'absence de moyen empêchant de vivre ²⁷ » « j'ai trop peur de mourir ici, je sens que je vais mourir ²⁸ » « je ne dois pas penser au suicide ²⁹ » « sans travail, sans argent que vais-je faire ? Ca tourne dans ma tête ³⁰ » « beaucoup de soucis ³¹ » « ma tête chauffe, je pense trop, je pense à tout le temps perdu ³² » « parfois, j'ai des envies de violence, de mettre une bombe mais je sais que ça sert à rien ³³ ». D'autres se plaignent de trouble de la concentration, en particuliers en groupe ou en regardant la télévision ³⁴ qui leur rappelle leur vie antérieure. Ils pensent trop au pays dont ils ont été expulsés, qui prend toute la place et les déconnecte de leur nouvelle réalité.

²⁷ Entretien 4

²⁸ Entretien 9

²⁹ Entretien 10

³⁰ Entretien 11

³¹ Entretien 13

³² Entretien 14

³³ Entretien 18

³⁴ En particulier TV5 Monde avec les informations françaises diffusées.

Tableau 6 : Plaintes et symptômes depuis le retour forcé

Autoévaluation de sa santé	n=22	(%)	
<i>Bonne santé</i>	12	(54,5)	
<i>Mauvaise santé</i>	10	(45,5)	
Plaintes et Symptômes présentées :	n=22	(%)	
<i>Algies diffuses</i>	8	(36)	NR=1 (4,5%)
<i>Céphalée</i>	10	(45,5)	
<i>Stress</i>	19	(86)	
<i>Troubles de l'appétit</i>	6	(27)	NR= 10 (45,5%)
<i>Troubles du sommeil</i>	15	(68)	
<i>Idées Noires</i>	14	(64)	
<i>Flash back</i>	10	(41)	NR= 4 (18%)
<i>Troubles de la concentration</i>	6	(27)	NR= 3 (14%)
NR= non réponse			

Tableau 7 : Orientation diagnostique en santé mentale

Santé mentale	n=22	(%)
Signes de stress post traumatique	10	(45,5)
Elements dépressifs	3	(14)
Psychose chronique	2	(9)
Pas de trouble	10	(45,5)

L'analyse plus fine et le regroupement des symptômes permettent d'esquisser des cadres nosographiques en santé mentale, tout en sachant que certains symptômes se recoupent entre la dépression et le syndrome de stress post traumatique. On constate ainsi que 10 personnes présentent au moins 3 signes existant dans le syndrome de stress post traumatique (PTSD) (45,5%). Pour quatre d'entre eux (18%), le diagnostic a été également posé par le psychologue chargé du suivi des patients dans le cadre du projet « accès aux soins en santé mentale » à l'AME. Deux patients supplémentaires (9%), ayant refusé de rencontrer le psychologue, présentent tous les caractéristiques du PTSD, à savoir au moins un critère de reviviscence, au moins 3 critères d'évitement et d'émoussement et au moins 2 critères d'activation neurovégétative. Pour les 4 patients restant, l'ensemble des critères ne sont pas présents même si la symptomatologie et le retentissement sont fortement évocateurs cliniquement. L'analyse qualitative et diagnostique des 22 entretiens permet de mettre en évidence que pour 10 migrants en situation de retour forcé (en dehors des troubles dissociatifs), la symptomatologie évoquée évolue depuis plus d'un mois et provoque une altération du fonctionnement social (Tableau 7). Chez 3 personnes (un des deux patients psychotiques et deux personnes avec des éléments orientant vers un PTSD), il existe aussi des éléments dépressifs.

On constate que les personnes présentant un PTSD depuis leur retour forcé ont un âge médian de 36 ans, ils sont pour deux tiers d'entre eux originaires de la région de Kayes. La plupart ont passé au moins 5 ans en France. Tous travaillaient, dont 9/10 en CDI. Ils se considéraient en bonne santé (n=8) malgré des antécédents d'hospitalisation pour 6 d'entre eux, et de pathologies chroniques pour 2 d'entre eux. Durant le retour forcé, 4 estiment avoir été victimes de violence. Sept sont de retour forcé depuis au moins 6 mois. Ils vivent tous à Bamako. Neuf considèrent être mis à l'écart par leur société d'origine. Le même nombre souhaite repartir à l'aventure (Tableau 8).

Tableau 8 : Caractéristiques des personnes présentant un PTSD

Nombre de personnes présentant un PTSD	n= 10	(%)
Age médian	36 ans	
Région d'origine :		
<i>Kayes</i>	6	(60)
<i>Région de Koulikoro (Bamako)</i>	3	(30)
<i>Gao</i>	1	(10)
Statut matrimonial		
<i>Célibataire</i>	5	(50)
<i>Marié</i>	5	(50)
<i>A des enfants</i>	3	(30)
Mode de vie en France		
<i>Durée de séjour supérieur à 5 ans</i>	9	(90)
<i>CDI</i>	9	(90)
<i>Au moins 2 demandes de régularisation</i>	7	(70)
<i>Au moins 1 contrôle policier avant l'arrestation</i>	10	(100)
Santé en Europe		
<i>Bonne santé en Europe</i>	8	(80)
<i>Prise de toxique en Europe</i>	6	(60)
<i>Hospitalisation</i>	6	(60)
<i>Problème de santé chronique</i>	2	(20)
<i>Présence d'une rupture de soin</i>	3	(30)
Retour Forcé		
<i>Victime de violence durant le retour forcé</i>	4	(40)
<i>Durée de séjour > 6 mois depuis le retour forcé</i>	7	(70)
<i>Absence d'emploi au Mali</i>	7	(70)
<i>Sentiment de mise à l'écart</i>	9	(90)
<i>Souhaite repartir à l'aventure</i>	9	(90)

E. Ruptures de soins

En dépit d'un accès aux soins possible pour les migrants en situation de retour forcé dans notre étude (Tableau 8) et facilité par l'Association Malienne des Expulsés³⁵, on constate une rupture de soin pour 6 personnes (Tableau 5).

Tableau 9 : Accès aux soins depuis le retour forcé

	Nombre de personne	n=22	(%)
Prise de médicaments	9		(41)
Dont traitements quotidiens	2		(9)
Consultation médicale	12		(54,5)
Consultation tradithérapeute	3		(14)
ATCD de suivi psychologique dans l'association	8		(36)
Dont suivi encore en cours	6		(27)
Déclare ne pas avoir de moyen pour consulter	1		(4,5)
Nombre d'hospitalisation	0		(0)

Rupture de soin n°1 :

Le patient porteur d'une hépatite B chronique a été expulsé alors qu'il était régulièrement suivi et traité par son médecin traitant et une équipe d'hépatologue avec un rendez vous d'hospitalisation prévue pour la réalisation d'une ponction biopsie hépatique. Ce patient est arrivé en apparente bonne santé en Europe, par le désert et l'Atlantique, après une première étape migratoire en Côte d'Ivoire puis au Gabon. En situation de précarité, affaibli physiquement et psychologiquement par son parcours, des compatriotes lui conseillent de consulter au Comede. Il bénéficie du bilan de dépistage standard proposé aux patients originaires d'Afrique de l'Ouest³⁶ qui diagnostique une hépatite B. Il est alors orienté vers le service de droit commun où il est pris en charge de manière intermittente. Deux ans après son dépistage, l'hépatite B chronique active est confirmée, avec la mise en évidence d'une dégradation de la fonction hépatique. Une ponction-biopsie du foie est proposée au patient mais il la refuse. S'ensuit alors une période de nomadisme médical dans plusieurs CHU

³⁵ Projet d'accès aux soins en santé mentale et accompagnement de certains migrants aux centres de santé par les intervenants

³⁶ Sérologie VIH, VHB, VHC, parasitologie des selles et des urines, radio du thorax, glycémie

parisiens avec escalade et redondance des examens complémentaires ayant probablement renforcé un sentiment de mauvaise santé, alors même que le patient ne se plaignait d'aucun symptôme hormis de vagues douleurs occasionnelles. Son expulsion intervient justement au moment où un suivi s'était réamorcé avec programmation de la biopsie hépatique et instauration d'un traitement pour l'hépatite B. Il était vraisemblablement porteur de lésions de cirrhose et fibroses hépatiques. Le médecin du centre de rétention avait apparemment émis un avis défavorable concernant le maintien en rétention administrative et l'éloignement du territoire. Dès son retour, en 2008, le patient a fait part de sa pathologie chronique à ses proches. L'AME l'a alors orienté vers un hépatologue du CHU Gabriel Touré. Il a bénéficié d'un suivi clinique régulier, tous les 3 mois, mais sans contrôle biologique. Le patient aurait pris de la lamivudine pendant 1 mois, fin 2009, prescrit et fourni par son médecin hospitalier. Le traitement n'a pas pu être poursuivi du fait du prix³⁷. Fin 2010, le patient développe une hypertension artérielle mal contrôlée malgré l'instauration d'une bithérapie. Son état général se dégrade progressivement avec une perte de poids importante et une asthénie croissante. Début mars, l'hypertension artérielle s'aggrave avec des pics hypertensifs à 210/140, l'alitement devient permanent. Aucun bilan complémentaire n'a pu être réalisé, le patient refuse de consulter au CSCOM, qui est la porte d'entrée dans la structure de soin au Mali. L'hospitalisation est, dans tous les cas, problématique dans la mesure où le patient n'a aucun proche sur Bamako pour l'accompagner et lui prodiguer les soins de nursing à l'hôpital. Le patient est finalement rapatrié auprès de ses parents dans la région de Kayes. Il décède le lendemain, le 8 mars 2011.

Rupture de soin n°2 et n°3 :

Les deux patients psychotiques (nous reviendrons sur l'histoire de leur maladie dans la discussion) ont subi un retour forcé alors que l'un était clairement en pleins troubles dissociatifs et que l'autre avait tenté de mettre fin à ses jours.

Le premier, au moment du retour forcé, vivait dans un foyer de travailleurs de la région parisienne. Il ne travaillait plus mais était suivi par l'assistante sociale de son secteur. Il bénéficiait de la solidarité au sein du foyer pour ses besoins de première nécessité. Il avait interrompu son traitement par Zyprexa mais continuait à consulter son médecin généraliste pour le renouvellement de son traitement anti-hypertenseur. Les mois précédents son expulsion, il était visiblement en plein épisode dissociatif productif avec des projets mégalomanes. Il était, selon lui, en route pour le Mali, après avoir « refusé la nationalité »

³⁷ Un mois de traitement par interféron coûte 600 000 FCFA (plus de 900 E)

française « pour faire des affaires, développer l'exploitation d'or avec des partenaires allemands et fonder une association humanitaire transcontinentale type Resto du Cœur ». Il dit ne pas avoir souffert de la rétention, dans la mesure où l'important était « de rentrer au pays pour aider les Africains ». A son retour, l'état du patient s'est aggravé, avec l'apparition d'hétéro-agressivité envers la femme de son frère chez qui il logeait, dans un contexte de délire paranoïaque. Ses proches « voulaient en réalité lui voler ses idées et le dénoncer aux services secrets ». Il ne quitte plus son sac à dos, contenant l'ensemble de ses pièces justificatives de France. La mise en place du projet « Accès aux soins en santé mentale » permet une prise en charge psychiatrique avec l'instauration d'un traitement anti-psychotique de fond. Des injections intra-musculaires de risperdal retard permettent progressivement l'enkystement de son délire et une meilleure adaptation à son environnement. Les tentatives de diminution de dose se soldent par la réapparition de troubles du comportement. Par ailleurs, ses proches n'ont pas les moyens de prendre le relais et d'assurer le paiement des médicaments. Jusqu'à présent, le traitement médical est pris en charge par l'AME, à raison de 4 ampoules par mois qui coûte 51 000 FCFA³⁸, tout en sachant que ce financement est tributaire des différents bailleurs extérieurs.

Le deuxième patient psychotique était sans domicile fixe depuis 4 ans au moment de son arrestation au cours d'une rixe en état d'ébriété. Il logeait parfois chez des amis, parfois dans les jardins publics. Il travaillait, de manière intermittente, comme horticulteur auprès d'un sous-traitant de la ville de Paris qui lui avait fait une promesse d'embauche en vue d'une régularisation par le travail. Il se considérait en bonne santé malgré un problème d'éthylisme chronique. Il avait été hospitalisé en psychiatrie à Saint-Anne pendant un mois puis un suivi ambulatoire avait été instauré. Un traitement médicamenteux antipsychotique sédatif avait été prescrit, cherché par le patient chaque mois à la pharmacie hospitalière mais jamais pris par le patient. La période de rétention a entraîné de fait un sevrage auquel s'est ajouté un stress important. Le patient fait deux tentatives de suicide. Il tente de se « tuer avec les draps de lit parce que c'était trop dur, [il] n'arrive pas à faire face à ce qui allait l'attendre à son retour ». Il voit un psychologue et un médecin en centre de rétention qui prescrit des sédatifs. Le patient est malgré tout expulsé vers le Mali en octobre 2010. Il est vu en entretien à J 2 de son retour forcé, où il présente une anhédonie, une anorexie, des troubles du sommeil, des hallucinations auditives. Il est orienté vers le psychologue.

³⁸ 78 euros

Rupture de soin n°4 :

Le patient pris en charge pour une fracture du col de l'humérus droit était en France depuis 4 ans et partageait un appartement avec un ami. Il a un accident de la voie publique en mai 2009 qui interrompt une activité professionnelle intermittente sur les chantiers. Conduit au CHU le plus proche, il est pris en charge via les urgences. Son membre supérieur droit est immobilisé grâce à une attèle orthopédique. Une intervention chirurgicale est programmée 3 semaines après. En août 2009, suite à un déplacement secondaire et l'absence de consolidation, il subit une ré-intervention, avec mise en place d'une plaque et d'une vis. Dans les suites de la chirurgie le patient se plaint de douleurs neuropathiques justifiant l'introduction transitoire de laroxyl. Il est arrêté en octobre 2009, alors qu'il se rendait à une consultation de contrôle avec son chirurgien. Son récépissé de titre de séjour pour soin se périmait ce jour-là. Il faisait de la rééducation 3 fois par semaine au moment de son arrestation et le matériel chirurgical était toujours en place. Il ne prenait plus que des antalgiques simples. Depuis son retour au Mali, le patient a re-développé des douleurs insomniantes du bras droit de type neuropathique. Il présente une impotence fonctionnelle partielle au niveau de l'articulation gléno-humérale avec une réduction significative de l'amplitude articulaire et de la force musculaire. Du fait de son impossibilité à se rendre au contrôle post chirurgical, le patient se focalise sur son problème de santé. La prise en charge ayant été suspendue du fait de l'expulsion, il ne parvient pas à envisager un avenir et se focalise sur sa fracture, avec exacerbation progressive des douleurs, anhédonie et symptômes de reminiscence par rapport à son arrestation « dans le tram, à deux station de l'hôpital » et son expulsion, « menotté et scotché dans le dos malgré son antécédent de fracture ». Depuis, le patient est pris en charge par le psychologue pour un syndrome de stress post traumatique. Il n'a jusqu'à présent pas pu bénéficier de contrôle clinique par un chirurgien orthopédiste, ou radiologique pour réévaluer la consolidation.

Rupture de soin n°5 :

Ce patient, âgé de 56 ans, est pris en charge pour une spondylodiscite tuberculeuse en janvier 2008, alors que le patient a déjà passé 8 ans en France. Il a comme seul antécédent de santé une tuberculose pulmonaire traitée au Mali. Au moment de son problème de santé, il vivait dans un foyer de travailleurs de Seine Saint Denis. Il travaillait de manière continue, dans le bâtiment et le nettoyage. Le traitement est médical avec un traitement anti-tuberculose pour une durée totale de 12 mois et orthopédique avec la pose d'un corset plâtré les 3 premiers mois. Sa pathologie infectieuse a interrompu son activité professionnelle, réduisant ainsi considérablement ses moyens. Elle lui a néanmoins permis d'obtenir une certaine stabilité administrative du fait de l'octroi de visa de 3 mois renouvelable pour soin. Durant cette

période le patient est arrêté une première fois, maintenu en rétention puis relâché du fait de son suivi médical. La fin du traitement anti-tuberculose a signé la fin de la régularité administrative. Le patient est arrêté une nouvelle fois fin décembre 2008, il lui reste une semaine de bithérapie anti-tuberculose à prendre pour achever les 12 mois de traitement. Le patient a été expulsé alors que sa pathologie était considérée comme consolidée par le corps médical (et donc sans renouvellement de son certificat pour soin) mais qu'il présentait encore des douleurs rachidiennes invalidantes. Il achève son traitement en centre de rétention et est expulsé vers le Mali en janvier 2009. Depuis son retour, les douleurs se sont majorées, et la limitation de l'amplitude articulaire au niveau du rachis est stable.

Rupture de soin n°6 :

Ce patient, avec une hernie inguinale bilatérale, n'a pas d'autre problème de santé ou de pathologie chronique. Arrivé en France en 2001, après un an et demi sur les routes, via le Maroc et plusieurs refoulements à Gao, il travaillait de manière régulière pour une agence d'intérim (cariste, bâtiment principalement). Il consultait de temps en temps son médecin généraliste. En mars 2009, il subit une cure de hernie inguinale gauche, programmée, dans un contexte de hernie inguinale bilatérale. L'intervention se passe sans complication, il bénéficie, pendant sa prise en charge, d'un récépissé de demande de titre de séjour pour soin, qui lui permet de rentrer 3 semaines au Mali. En juin 2009, il est arrêté une première fois, mais relâché du fait de son titre de séjour provisoire. Il revoit son chirurgien l'été 2009 qui lui confirme l'indication d'une prise en charge controlatérale sans urgence. A l'automne 2009, il fait partie du mouvement des grévistes sans papier. Il se fait arrêter à la préfecture en voulant déposer sa demande de régularisation, il est expulsé vers le Mali en novembre 2009, malgré une gêne au niveau abdominal et l'extériorisation intermittente de sa hernie inguinale droite. Depuis son retour, la gêne a augmenté avec une extériorisation de sa hernie au moindre effort ou port de charge. Il n'a pas les moyens d'accéder aux soins ni pour des traitements antalgiques ni pour bénéficier d'un traitement chirurgical qui coûte entre 100 et 200 000 FCFA au Mali³⁹.

³⁹ Selon que l'opération soit faite dans le cadre de l'activité hospitalière (200 000 CFA) ou en semi-ambulatoire, par des praticiens en plus de leurs activités (100 000 CFA)

F. La période d'enfermement

Les migrants de notre étude ont été maintenus en rétention pendant une médiane à 18 jours⁴⁰. Plus de la moitié ont consulté un médecin en plus de la visite médicale d'entrée (effectuée chez tout le monde), principalement pour des troubles du sommeil ou du stress (Tableau 9). A noter qu'un patient a fait une tentative de suicide. La consultation a donné lieu à une prescription médicamenteuse dans 12 cas sur 13 (92%), principalement des traitements symptomatiques (Tableau 9). 3 des 5 patients avec une pathologie chronique en ont fait part au médecin et/ou au juge sans que cela n'ait eu d'effet sur leur retour forcé.

⁴⁰ 2 personnes ont été expulsées après moins de 6 jours de rétention, délai qui ne permet pas de faire un recours à la décision de justice. En effet, le placement en rétention par le préfet est valable pour les 48h premières heures. Après ce délai, le juge des libertés doit être saisi. En cas de prolongation, un recours doit être fait dans les 24 heures après la notification. Le juge des libertés et détention doit statuer dans les 48 heures. La durée totale de ces démarches est de cinq jours ouvrés. Ainsi 5 personnes n'ont pas pu faire de recours de justice : 2 expulsés avant l'aboutissement de la démarche (qui n'est pas suspensive), 2 n'ont pas voulu faire de recours, résignées par rapport l'issue de la procédure et 1 qui croyait aller au tribunal mais qui était en fait conduit à l'avion pour l'expulsion (figure 53). 1 personne a été maintenue 2 mois en centre fermé en Espagne La loi est différente en Espagne avec une durée en rétention plus longue, et des expulsions facilitées par les accords bilatéraux avec le Mali. (<http://vosdroits.service-public.fr> rétention administrative, consulté le 18/11/2011)

Tableau 10 : Période de rétention

Durée de l'enfermement	Médiane= 18 jours	n=22 (1NR)
Soutien pendant la rétention	n=22	(%)
<i>Pas de soutien</i>	4	(18)
<i>Proches</i>	8	(36)
<i>Juristes</i>	12	(54,5)
<i>Personnel médical/paramédical</i>	11	(50)
<i>Psychologues</i>	2	(9)
<i>Intervenant associatif</i>	2	(9)
Problèmes de santé ayant conduit à consulter le médecin en rétention	n=13/22 (1NR)	(59%)
<i>Stress</i>	3	(14)
<i>Troubles du sommeil</i>	10	(45,5)
<i>Douleurs</i>	4	(18)
<i>Pathologie chronique</i>	3	(14)
Prise de traitement en rétention	n=12/22 (2NR)	(54,5%)
<i>Antalgique</i>	5	(23)
<i>Somnifère</i>	4	(18)
<i>Antihypertenseur</i>	1	(4,5)
<i>Anti-tuberculose</i>	1	(4,5)
<i>Sédatif</i>	1	(4,5)
Préoccupation exprimées en rétention	n= 22 (1NR)	(%)
<i>Retour au pays</i>	5	(23)
<i>Honte</i>	4	(18)
<i>Pays d'accueil quitté</i>	2	(9)
<i>Proches</i>	2	(9)
<i>Avenir</i>	2	(9)

NR= non renseigné

IV. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

A. DISCUSSION

1. Une santé précaire et une prévalence importante de pathologie chronique chez les migrants en situation de retour forcé

Dans notre étude, 5 personnes (23%), sur les 22 migrants en situation de retour forcé, sont atteintes d'au moins une pathologie chronique diagnostiquée en Europe. La prise de traitement quotidienne ainsi que les hospitalisations multiples dans le pays d'accueil sont superposables avec le nombre des patients chroniques de notre étude (Tableau 4 et 5).

Les pathologies chroniques mises en évidence peuvent être classées en 4 catégories⁴¹ :

- Les pathologies cardio-vasculaires (2 hypertensions artérielles)
- Les pathologies infectieuses et transmissibles (1 hépatite B, 1 tuberculose osseuse)
- Les pathologies psychiatriques (2 psychoses chroniques ayant entraîné chez un des patients un éthylysme chronique)
- Les pathologies chirurgicales ostéo-articulaires (une fracture du col de l'humérus avec atteinte articulaire séquellaire post chirurgicale)

Les pathologies chroniques présentées par les patients sont le reflet à la fois de facteurs pré ou per migratoire (Tuberculose, Hépatite B) mais aussi de problèmes liés aux conditions de vie et au vieillissement dans le pays d'accueil (Problèmes cardio-vasculaires, fractures traitées chirurgicalement, hernies inguinales).

Nos résultats doivent donc être lus en fonction des données existantes sur la santé au Mali, mais aussi en Europe.

Comme beaucoup d'états d'Afrique subsaharienne, le Mali doit faire face à un niveau socio-économique bas, des conditions d'hygiène défavorables, d'un accès difficile à l'eau courante associés à des conditions climatiques qui favorisent l'émergence et la propagation des

41 A noter qu'un patient peut être porteur de plusieurs pathologies chroniques, d'où un nombre de pathologies supérieur à 5.

maladies transmissibles⁴². Malgré des progrès à tous les niveaux du fait de l'initiative de Bamako, la plupart des indicateurs de santé sont inférieurs à la moyenne régionale ou mondiale.

L'espérance de vie des Maliens est de 49 ans. Le taux de mortalité pour les adultes est de 386 pour 1000 et pour les enfants de moins de 5 ans de 194 pour 1000⁴³. Cette réalité s'explique par plusieurs facteurs (71).

Premièrement, il faut souligner l'importance des maladies transmissibles. Les principales causes de mortalité chez les adultes sont la tuberculose et le VIH, avec des prévalences de 750 pour 100 000 habitants pour la tuberculose et de 15 pour 1000 pour le VIH, du fait d'une implication nationale volontariste au début des années 2000. Le paludisme, quant à lui, est actuellement considéré comme la cause principale de morbidité (71).

Deuxièmement, les carences nutritionnelles impactent également sur l'état de santé des Maliens à tous les niveaux : plus grande susceptibilité aux infections, complications lors des grossesses, des accouchements et pour les nouveaux nés. Par exemple, le pourcentage de femmes ayant un indice de masse corporel inférieur à 18,5 est de 16,2 %.

Au Mali, par contre, les pathologies non transmissibles (cancers et les maladies cardiovasculaires) restent minoritaires. Elles ne représentent que 17% d'années de vie perdue. Le tabagisme, qui est l'un des facteurs de risque majeur associé à ces groupes de pathologies est sans commune mesure avec les statistiques européennes. Seuls 18,3 % des hommes maliens sont fumeurs.

Les données sanitaires sur les pathologies chroniques affectant les migrants maliens en situation irrégulière en France peuvent être approchés par plusieurs études.

La première étude, Trajectoire et Origine (45), a été réalisée en 2008, en population générale en France auprès de 21 000 personnes dont 10% déclarent être immigrés. Dans cette étude, 17% des immigrés déclarent présenter au moins une pathologie chronique.

Les données recueillies par le Comede (56) et dans les CASO de Médecins du Monde (72) permettent d'appréhender de manière plus détaillée la santé des migrants maliens en situation irrégulière. Parmi les patients consultant au Comede, 44 % présentent une affection chronique

⁴² Selon le rapport OMS santé Mali, les pathologies transmissibles sont responsables de 83% des années de vie perdues.

⁴³ Rapport OMS Profil Santé Mali Août 2010

et/ou un risque médical grave (56). Ceux fréquentant les CASO sont 41% à devoir bénéficier d'une prise en charge supérieure à 6 mois (72).

Pour les pathologies cardio-vasculaires, la prévalence de l'hypertension est de 6,9% chez les patients consultant dans les CASO de l'ensemble du territoire français (72). Le taux de prévalence des pathologies cardio-vasculaires parmi les hommes maliens ayant fréquenté le Comede entre 2004 et 2010 est de 0,43% (56).

Pour les pathologies infectieuses et transmissibles, la prévalence d'hépatite B parmi les personnes dépistées dans les CASO d'Ile de France est de 6,49%. Celle retrouvée parmi les patients maliens consultant au Comede est de 23,3%. La prévalence des tuberculoses pulmonaires dépistées est de 0,6% chez les Maliens suivis au Comede et 1,3% pour les migrants en situation irrégulière dans les CASO d'Ile de France (56,72).

Le nombre de patients porteurs de pathologies chroniques dans notre étude est important et n'était pas attendu. Est-ce dû à leur histoire de vie ? Au parcours migratoire ? A leur plus grande précarité socio-économique en Europe ? A leur plus grand isolement affectif (59% sont célibataires) malgré une bonne insertion communautaire ? Facteurs de désintégration et de précarité du fait d'une incapacité à travailler, d'impotence fonctionnelle ou de désadaptation sociale, leur présence a un impact indéniable sur la qualité de vie et la santé des migrants en Europe. On peut se poser la question d'une plus grande vulnérabilité des migrants atteints de pathologies chroniques vis-à-vis des mesures de maîtrise des flux migratoires. Est-ce que leur état de santé prédispose d'un plus grand risque d'expulsion et donc d'une probable rupture de soin ?

2. Rupture de soin et retour forcé

Parmi notre population d'étude, le retour forcé a entraîné une rupture de soin chez 6 patients (27%) dont les 5 présentant une pathologie chronique. L'histoire clinique de ces 6 patients est éclairante sur plusieurs points.

Premièrement, la rupture de soin prédispose de l'existence d'expulsion de migrants en situation irrégulière en dépit de problèmes de santé, y compris des pathologies chroniques. On constate que, même si les patients ont, pour certains, tenté de faire valoir leur situation, soit auprès des médecins, soit auprès des juges, cela n'a pas permis d'éviter le retour forcé.

Il n'existe, à notre connaissance, pas de données sur le nombre de personnes expulsées d'Europe avec des pathologies chroniques. Une étude (11) réalisée au centre de rétention de Bobigny en France évalue la santé des migrants en situation irrégulière. Il y a eu 2072

placements en rétention entre septembre 2008 et septembre 2009. Douze pourcents des personnes de l'étude ont effectivement été reconduites dans leur pays d'origine ou leur dernier pays de transit avant l'Europe. Une consultation médicale est systématique. Les Maliens représentent 9% des personnes vues par le médecin (et la troisième nationalité mise en rétention à Bobigny après les Roumains et les Algériens (15)). Par rapport aux données de la visite médicale d'entrée de 1654 personnes, on constate que 59% des personnes n'ont aucun antécédent de santé, 29% ont des antécédents médicaux et 17% des antécédents chirurgicaux. Plus de la moitié des personnes ont consulté en France pour les pathologies déclarées. Les pathologies chroniques en tant que telles ne sont pas individualisées. L'étude fait simplement référence à 18 patients sur les 1654 personnes vues en consultation et ayant un dossier médical qui avait un suivi médical prouvé (1,08%). Par ailleurs, 84 patients (5%) ont nécessité un transfert vers une structure hospitalière. Chez 33 patients (2%), un traitement antihypertenseur a été instauré et chez 464 (8%) un inhibiteur de la pompe à proton (11). C'est la dernière photographie disponible de la santé des migrants en situation irrégulière avant leur éventuel éloignement du territoire.

Dans notre étude, au vue de l'état sanitaire du Mali et des pathologies présentées au moment de l'expulsion de France⁴⁴, au moins 4 des 6 patients de notre étude étaient porteurs de pathologies répondant aux critères donnant droit à un titre de séjour pour soin temporaire. En effet, ils présentent des pathologies dont « *le défaut de prise en charge pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité* » en considérant que les personnes « *ne pourraient effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans leur pays d'origine* » selon la législation française⁴⁵. La psychose chronique peut difficilement être prise en charge au Mali dans la mesure où il n'existe qu'un seul service de psychiatrie, dans la capitale, et que les traitements sont financièrement inaccessibles pour un grand nombre de personnes (le prix mensuel d'un anti psychotique retard, par exemple, représente près du double du salaire minimum mensuel⁴⁶). Malgré la prévalence importante de l'hépatite B dans la population malienne, la prise en charge reste complexe du fait de difficultés à doser la charge virale, et du prix prohibitif des traitements existants qui ne sont pas disponibles de façon continue au Mali.

⁴⁴ La loi a été modifiée depuis le 17 juin 2011.

⁴⁵ Dans notre étude, aucun patient dans ce cas n'a été expulsé d'Espagne, nous ne reviendrons donc pas sur les difficultés d'obtention d'un titre de séjour pour soin dans ce pays.

⁴⁶ 1Euro= 656 Francs CFA. Le SMIG fixé est à 28 460 FCFA. Un ouvrier journalier va gagner 500 à 1000 CFA par jour. Un instituteur 40 à 50 000 CFA.

Quant à l'hypertension artérielle, elle fait partie de ces diagnostics, qui, à long terme, ont des répercussions importantes sur la santé, provoquant athérosclérose, micro/macro-angiopathie, cardiopathie et sur-risque d'accident vasculaire cérébral.

Deuxièmement, la rupture de soin se vit par rapport aux conditions de vie, à l'accès aux soins et à la prise en charge dans le pays d'accueil.

Dans notre étude, près des trois quarts avaient consulté un médecin dans l'année précédent l'expulsion⁴⁷ (Tableau 4). En comparaison, dans la grande enquête Trajectoire et Origine réalisée en population française, 77% des migrants d'Afrique Subsaharienne ont vu un médecin au cours des 12 mois précédents l'enquête (45). Dans l'étude auprès des personnes en centre de rétention, seules 48% des personnes avaient vu un médecin dans l'année précédente (11).

L'accès aux soins de notre population d'étude est à envisager sur la durée et à travers ce statut particulier de travailleur « légal » en situation irrégulière. Ainsi les migrants interrogés à Bamako, avaient, au moment de l'expulsion, un accès privilégié aux soins pour la moitié d'entre eux puisqu'ils bénéficiaient de la carte de sécurité sociale (carte vitale en France et carte de santé en Espagne, leur permettant un accès aux soins identiques aux nationaux). Un long séjour en situation irrégulière sur le territoire entraîne une certaine maîtrise des structures administratives et du fonctionnement du pays, y compris du système d'accès aux soins. Les migrants de notre enquête n'étaient donc plus forcément limités par la complexité du système ou les difficultés administratives.

Au contraire, au Mali, même si les migrants en situation de retour forcé ont pu accéder aux soins (Tableau 9), ils se heurtent non seulement à un système qui fonctionne moins bien qu'en France (Voir chapitre II. A. 4 : Difficile accès aux soins des populations au Mali) mais aussi à un système qu'ils ne comprennent pas ou envers lequel ils sont méfiants.

Troisièmement, il est important de comprendre que, pour les patients, la rupture de soin se vit en filigrane de la rupture du parcours de vie des personnes en situation de retour forcé. Il est intéressant de constater que chacune des personnes interrogées fait le parallèle entre sa vie d'avant et sa vie d'après l'expulsion et tente de reconstruire son histoire à travers cette double rupture. Pour plusieurs d'entre eux, la rupture de soin et ses éventuelles répercussions sur la santé cristallisent une vie qui n'est plus et qui ne pourra pas être reconquise. L'exacerbation

⁴⁷ La moitié des personnes consultent de temps en temps, tous les deux à trois mois. 4 personnes consultaient tous les mois, chiffre qui est superposable à une personne près avec le nombre de patient porteurs d'une pathologie chronique. Ces deux groupes représentent 73 % de notre population.

des douleurs, le développement de signes de stress post traumatique sont autant d'éléments qui témoignent de difficultés de réadaptation au pays d'origine et de souffrances psychologiques générées par le retour forcé.

Enfin et quatrièmement, il est nécessaire de s'interroger sur le rôle que joue l'AME pour ces patients en rupture de soin. Est-ce que la rupture de soin fragilise les migrants au point où ils n'auraient même pas les ressources intérieures nécessaires pour se tourner vers le milieu associatif ? Ou au contraire, les migrants sont-ils plus enclins à demander de l'aide, et vont au devant des structures leur permettant de poursuivre le suivi médical et éventuellement de faire valoir leurs droits auprès du pays expulseur ? En tout cas, pour tous les migrants interrogés au cours de notre étude (ceux pris en charge pour le suivi médical et les autres), l'AME était un point de repère fixe et une source de soutien.

Le recul de notre étude (8 mois à Bamako, avec 6,5 mois de recueil de données) est trop court pour envisager les éventuelles conséquences à long terme de la rupture de soin, notamment pour les patients avec une pathologie chronique qui ont une évolution péjorative sur le long terme. Il nous semble néanmoins important de souligner que le patient porteur d'une hépatite B et hypertendu est décédé près de trois ans après son retour forcé. Un des deux patients psychotiques a vu son état psychiatrique se dégrader, avec des passages d'auto et hétéro-agressivité le mettant en danger, lui et ses proches, avant une stabilisation lente et progressive sous anti-psychotique. Le patient avec la fracture du col de l'humérus présentait au moment de l'entretien une amyotrophie importante, notable en face à face, sans examen médical approfondi. Même s'il est toujours difficile d'extrapoler des généralités à propos de cas singuliers, il nous semble néanmoins capital que les retours forcés de migrants en situation irrégulière organisés par la France doivent respecter la législation en vigueur, notamment concernant les étrangers malades.

3. Le PTSD ou le traumatisme à la lumière du parcours chaotique d'une vie

Dans notre étude, on constate que 10 personnes sur les 22 migrants (45,5%) en situation de retour forcé présentent un syndrome de stress post traumatique (PTSD).

Le diagnostic positif de PTSD, selon les critères du DSM IV est lié à une « *confrontation avec un événement violent et traumatisant* » qui a été « *vécu avec un sentiment de peur, d'horreur*

et d'impuissance »⁴⁸. Dans notre étude, nous sommes partis du postulat que le retour forcé constituait, en lui-même, un évènement violent, et ce pour plusieurs motifs. L'ensemble des récits fait état d'une incompréhension face à l'évènement brutal de l'arrestation qui casse le cours de la journée et de l'existence. Les personnes sont placées en rétention, sans avoir immédiatement accès à leurs affaires. Cette période a été considérée comme stressante ou horriblement stressante pour 21/22 personnes interrogées. La plupart des personnes « savent ce qui va leur arriver » et ont l'impression que rien ne peut changer le cours des choses. Certains migrants font état de renoncement à lutter devant une « issue connue d'avance ». La reconduite dans le pays d'origine s'effectue au mieux menotté, au pire « tabassé, ligoté et bâillonné ». Au terme de cette période 9/22 personnes (42%) déclarent avoir subi des violences qu'elles soient physiques ou psychologiques.

La santé mentale des migrants maliens de retour a été évaluée dans une étude rétrospective de Kamaté (50) sur une période de 10 ans. L'échantillon comporte 359 migrants maliens de retour (volontaire ou forcé) pris en charge dans le service de psychiatrie du point G à Bamako. Ils représentent 5% des patients pris en charge sur cette période. 90,2% sont des hommes. La tranche d'âge prédominante concerne les 27-37ans. Les principales raisons d'émigrer évoquées sont les difficultés socio-économiques (79%) et le rapprochement familial (15%). 16% des patients ont vécu en Europe (France, Espagne, Italie). 45% des personnes vivaient à l'étranger en situation irrégulière. Les facteurs de souffrances psychologiques évoquées par les patients sont les difficultés d'insertion (24%) et le retour forcé (22%). Les principales pathologies diagnostiquées sont les psychoses aiguës dans 42% des cas et la schizophrénie dans 28,4%. Le reste des diagnostics concerne les troubles anxio-dépressifs. La prévalence du syndrome de stress post traumatique n'a pas été individualisée dans cette étude en tant que tel, mais a été inclus dans le groupe des psychoses aiguës. Ainsi, tous les 68 migrants en situation de retour forcé pris en charge en psychiatrie (représentant 19% de tous les migrants de retour) présentaient des signes de psychoses aiguës réactionnelles.

Une autre étude rétrospective est en cours pour évaluer la santé mentale des migrants subsahariens en situation de retour forcé, expulsés ou refoulés au Mali (Voir chapitre II. B. 2 Projet d'accès aux soins en santé mentale des migrants en situation de retour forcé). Les premiers résultats (Voir annexe 5) de cette étude conduite à l'AME, en partenariat avec Médecins du Monde, sur une période d'un an, nous permet d'obtenir une prévalence des troubles mentaux dépistés par le psychologue après le retour forcé parmi les 70 personnes

⁴⁸ Définition du PTSD selon le DSM 4

ayant eu une prise en charge psychologique. Les patients ont bénéficié d'une consultation suite à une demande de soin (émanant des intervenants de l'AME ou des patients eux-même) ou à titre systématique lors des retours massifs. Ils sont majoritairement maliens (77%) mais aussi originaires d'autres pays de la sous région. Ils ont été, pour la plupart, expulsés (61%) de Libye et de France ou refoulés (33%) d'Algérie et d'Espagne. Pour 37 personnes (53%), il s'agissait d'un retour massif, soit par la route, soit par un charter affrété spécialement. Les principaux troubles présentés sont les syndromes dépressifs (34%), le PTSD (26%) et les psychoses aiguës (6%) ou chroniques (3%). Seules 20 personnes ne présentent aucun trouble (29%). Il semblerait que celles vues immédiatement après le retour présentent plus de syndromes dépressifs, alors que les migrants pris en charge plus à distance développeraient plus de PTSD. Cette étude, qui est encore en cours, met en évidence un problème en santé mentale chez près de trois quart des personnes avec un syndrome de stress post traumatique chez un quart de l'ensemble des patients ayant consulté le psychologue.

Nos résultats, ainsi que les deux études présentées ci-dessus, vont dans le sens de plusieurs travaux menés auprès des réfugiés et des demandeurs d'asile par rapport aux traumatismes qu'ils ont vécus et aux conséquences sur leur santé mentale.

Selon la convention de Genève, « *les réfugiés et les demandeurs d'asile sont une population spécifique, ayant été exposée, dans son pays d'origine ou le pays de sa dernière résidence, à de sérieux préjudices ou qui craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques. Sont considérées notamment comme préjudices sérieux la mise en danger de la vie, de l'intégrité corporelle ou de la liberté, de même que les mesures qui entraînent une pression psychique insupportable*⁴⁹ ».

Dans une revue (53) de la littérature, Kinzie présente les données actuelles et les implications en psychiatrie des mouvements de population (Immigrés, Réfugiés, et Demandeur d'asile). Selon l'auteur, ces mouvements sont l'objet de forces opposées : d'une part, le désir ou le besoin d'améliorer ou de sauver sa vie et d'autre part, les restrictions des flux migratoires par les états. Les deux troubles les plus fréquemment retrouvés dans la littérature, chez les réfugiés et les demandeurs d'asile sont le *Post Trauma Syndrome Disease* (PTSD) et les troubles anxio-dépressifs avec des taux allant jusqu'à plus de 50% des populations étudiées. La plupart des personnes interrogées ont subi des migrations forcées, des privations de nourriture, des expériences de morts imminentes, des tortures, la perte de proche, ou ont été

⁴⁹ Définition de la convention de Genève 1951

témoin de morts violentes et/ou de tortures. La symptomatologie tend à diminuer avec le temps, de manière plus importante pour la dépression que pour le PTSD.

Dans une étude (76) rétrospective auprès de 134 demandeurs d'asile (dont 84% ont été victimes de torture et la majorité est originaire d'Afrique sub-saharienne) consultant dans un centre de santé mentale, Piwowarczyk montre que 82% de personnes souffrent de PTSD et 96% de troubles anxio-dépressifs⁵⁰ alors que la majorité des personnes ne présentaient pas d'antécédent psychiatrique avant le traumatisme. Cette étude est également intéressante dans la mesure où elle liste les plaintes somatiques des patients : 30% présentent des céphalées, 26% des troubles de la libido, 12% des douleurs chroniques et 11% des troubles gastro-intestinaux. Ces plaintes psychosomatiques peuvent être le reflet d'une anxiété ou l'expression du traumatisme.

Outre le traumatisme de vie et des violences subies, le caractère traumatique de l'enfermement pour les migrants a été mis en évidence dans plusieurs travaux (42,47,76,85,93), en particulier lorsque la durée d'enfermement dépasse 6 mois. En France, l'étude de Boraud et al (11), dans un centre de rétention français souligne le caractère anxiogène de l'enfermement, même pour des périodes de rétentions limitées, mais sans toutefois évaluer l'impact sur la santé psychique en termes de PTSD.

Toute la difficulté des recherches sur le syndrome de stress post traumatique provient du fait que les répercussions d'un traumatisme sur la santé mentale ne peuvent s'envisager uniquement à la lumière de l'événement traumatique. L'environnement et les conditions de vie de la personne avant, pendant et après avoir subi cette difficile expérience influent aussi sur le développement du PTSD.

Dans notre étude, on constate que les migrants maliens en situation de retour forcé qui ont développé un syndrome de stress post traumatique avaient tous sauf un, un emploi fixe en France (tableau 8) et seuls trois d'entre eux ont retrouvé un emploi précaire au Mali, malgré un retour forcé supérieur à 6 mois. Cette perte de revenu et de statut social est prégnante dans le discours de ces migrants de retour. Ils ont honte de ne plus pouvoir subvenir aux besoins de leur famille en versant le prix du condiment, trahissant ainsi l'éthique de responsabilité inculquée par leurs mères (12,97). Le sentiment de rejet qu'ils éprouvent est plus fort que pour les autres migrants de notre étude, la différence entre le pays d'accueil européen et le

⁵⁰ Un patient peut présenter un ou plusieurs diagnostics.

Mali plus marqué. Ils ne parviennent pas à s'inscrire dans leur pays d'origine et à construire leur avenir et 9/10 souhaitent repartir à l'aventure.

S'il est évident que les migrants en situation de retour forcé ne peuvent en aucun cas être assimilés à des réfugiés, ces deux groupes présentent plusieurs caractéristiques communes. Premièrement, ils ont, tous les deux, été soumis à un déplacement forcé : pour l'un, un départ dicté par une recherche de protection, pour l'autre un retour lié à une application législative. Deuxièmement, leurs parcours de vie sont parfois identiques. Par exemple, certains migrants maliens avaient initialement migré et vécu dans des pays de la sous région en proie à des conflits internes (Côte d'Ivoire, Libéria, Sierra Leone). C'est parfois dans un second temps qu'ils ont modifié leur trajectoire migratoire vers l'Europe. Troisièmement, les routes migratoires pour parvenir jusqu'au Nord et demander le statut de réfugié pour les uns ou un visa de travail pour les autres sont semés des mêmes embûches : enfermement, violences physiques et sexuelles, privation de nourriture, témoins de violence et/ou mort brutale.

Dans les entretiens réalisés au cours de notre étude, les migrants en situation de retour forcé évoquent des séjours plus ou moins prolongés dans des pays tiers, avec un emploi stable et bien rémunéré ou un cheminement au gré des moyens et des possibilité de travail pour poursuivre sa route ; des aller-retour entre le Sénégal et la Mauritanie ou le Mali et l'Algérie au gré des refoulements en vue de prendre une patera⁵¹ pour l'Espagne continentale ; des transits dans le gourbi⁵² au Maroc, près de Ceuta et Melilla en attendant de franchir la frontière ou de gagner le rivage avec des palmes ; des étapes plus ou moins longues en Libye ou en Algérie, dans la mesure où pendant les années 1990-2000, ces pays étaient des destinations de choix pour les travailleurs africains⁵³. Les refoulements sont fréquents soit d'Espagne vers la Mauritanie ou le Maroc, ou du Maroc vers la Mauritanie. Les témoignages des migrants corroborés par plusieurs rapports (3,4,17,35,48) font état de violence et de non respect des droits de l'homme lors de l'arrestation, de la détention et du refoulement au Maghreb. Au vu des éléments narratifs et malgré la relative discrétion des migrants sur des épisodes douloureux (notamment lors des refoulements, de la traversée du désert ou même d'exploitation par le travail proche de l'esclavage), on peut conclure que toutes les personnes ayant gagné l'Europe par des voies irrégulières ont vécu des événements difficiles.

⁵¹ Grande pirogue permettant de gagner l'Espagne

⁵² Forêt aux abords des enclaves espagnoles de Ceuta et Melilla dans laquelle se réfugient les migrants subsahariens avant de tenter de pénétrer en Europe

⁵³ Du fait de la croissance économique et de la création de nombreux emplois subalternes notamment des régions pétrolifères avec des nationaux qui délaissent ses emplois fatigants, mal rémunérés dans des zones climatiques difficiles.

Néanmoins, nous nous garderons bien d'affirmer que ces éléments ont été des traumatismes pour les migrants l'ayant vécu. Plusieurs concluent d'ailleurs leurs anecdotes douloureuses en affirmant que ces épreuves leur ont permis de grandir, de devenir des hommes et les ont enrichis d'une grande expérience de la vie. Ces traumatismes potentiels n'entraînent pas nécessairement des troubles dans la mesure où ils s'inscrivent dans une histoire qui fait sens pour les personnes interrogées, au vu de la réussite initiale de leur projet migratoire. Par contre, il est important de s'interroger sur la réactivation, au moment du retour forcé, de certains traumatismes qui agiraient comme des catalyseurs.

Plusieurs études, réalisées auprès de réfugiés et demandeurs d'asile dont le statut juridique particulier est défini par le/les événements traumatisants subis, mettent en évidence l'aspect multifactoriel de la genèse d'un syndrome de stress post traumatique.

Une méta-analyse (77) de Porter et al fait la synthèse des facteurs contextuels avant et après le déplacement (dont la source, sinon le moteur est l'évènement traumatisant) agissant comme des modulateurs de la santé mentale des personnes réfugiées et déplacées. Tout d'abord, on note l'influence des conditions d'accueil « *post-displacement conditions* » sur la santé mentale. Le logement dans lequel les personnes sont hébergées (dans des logements privés versus logements institutionnels temporaires) influe sur l'état psychologique. Les opportunités économiques, quant à elles, (droit de travail, accès à l'emploi, maintien du statut socio-économique) sont responsables, de manière linéaire, d'un meilleur état de santé mentale. Ensuite, les caractéristiques des personnes réfugiées « *pre-displacement conditions* » impactent également sur la santé mentale. L'âge est relié de manière significative avec les ressources personnelles : les plus jeunes s'en sortent mieux, les personnes âgées de plus de 65 ans éprouvent plus de difficultés à faire face à leur nouvel environnement. L'origine sociogéographique joue également un rôle : on observe un meilleur état de santé mental chez les citadins que chez les ruraux. Les réfugiés les plus éduqués et originaires d'un milieu socio-économique plus élevé sont plus affectés sur le plan de la santé mentale. Les auteurs considèrent que les pathologies psychiatriques développées par les réfugiés ne sont pas uniquement les conséquences post-traumatiques inévitables de conflits ou d'évènements pourvoyeurs de stress important. L'état mental dépend aussi terriblement des conditions sociales, économiques et culturelles d'origine des réfugiés et de l'acculturation et des conditions dans lesquelles les personnes sont accueillies après leur déplacement forcé.

Kinzie (53), dans sa revue de la littérature évoque le cas de réfugiés cambodgiens, réinstallés de manière durable aux Etats-Unis depuis plus de 20 ans. 60% d'entre eux présentent encore

des signes de stress post traumatiques, et 51% un syndrome dépressif sévère « Major depression ». Les prévalences sont plus importantes que celles de Cambodgiens victimes du conflit mais restés dans leur pays (33% de PTSD et 13% de troubles de l'humeur). Ces résultats pourraient suggérer que la migration par elle-même augmente la prévalence des troubles mentaux liés aux traumatismes. Par ailleurs, l'auteur insiste aussi sur le fait que le degré de traumatisme généré par la séparation des proches, ainsi que le niveau d'éducation et l'emploi impactent l'émergence des troubles post-traumatiques, rejoignant ainsi les résultats de Porter et Al (77).

Dans une étude (51) réalisée auprès de 3371 réfugiés en Afrique de l'Est, 48% des réfugiés présentent des signes de stress post traumatiques, 48% des déplacés versus 18% pour la population locale. Parmi cette population, 76% ont subi au moins une fois dans leur vie une migration forcée. Les auteurs confirment l'importance de facteurs tels que l'âge, le sexe, le degré d'éducation et la profession qui sont associés de manière significative avec le développement du syndrome de stress post traumatique. Par contre, il est intéressant de souligner que, selon cette étude, un processus migratoire antérieur au déplacement ayant conduit à l'acquisition du statut de réfugié serait protecteur par rapport à l'émergence du PTSD, et ce, quel que soit le type de traumatisme subi. Ce facteur protecteur peut être lié aux facultés d'adaptation acquises par les personnes ayant déjà vécu un processus migratoire, avec la rupture et la réadaptation à un nouvel environnement.

Une autre étude (95) évalue la santé de 580 Kosovars réfugiés en Suisse durant le conflit dans les Balkans puis rapatriés au Kosovo. La population d'étude, deux ans après la fin des hostilités et plusieurs mois après le retour volontaire, présente un taux important de pathologies chroniques « *chronic illness or disability* » et une santé mentale plus basse. 26% des personnes interrogées présentent un syndrome de stress post traumatique. 27% déclarent que leur santé s'est dégradée dans l'année précédant l'interview. Cette étude pointe du doigt les mauvaises conditions matérielles de vie depuis le retour mais montre qu'il existe aussi un lien statistiquement significatif entre de mauvaises conditions de vie dans le pays d'accueil et la présence d'un syndrome de stress post traumatique. Les chances de guérison semblent être moindres lorsque les conditions d'accueil des réfugiés sont précaires, indépendamment des autres facteurs. Par contre, le soutien de la communauté serait un facteur préservant la santé mentale. De manière inattendue, dans cette étude, la durée de séjour est corrélée à une détérioration de la santé mentale. L'adaptation à un pays étranger constituerait donc un traumatisme, indépendamment des conditions de vie. On peut aussi se poser la question du traumatisme du retour d'une population initialement rurale, ayant développé des mécanismes

d'adaptation à une grande ville occidentale et rapatriée dans son milieu originel à la campagne.

Enfin, il faut souligner que la lecture de la santé mentale, à travers le prisme du traumatisme, des migrants maliens en situation de retour forcé d'Europe répond aussi à une perception sociale du statut de victime qui a évolué au cours du 20ème siècle. Fassin et Rechtman (37) souligne que « *le traumatisme est à lecture variable, en fonction des constructions politiques auxquelles il sert* » (37). Ils étayent leur propos d'exemples de prise en charge psychologique dans le cadre de missions humanitaires dans les zones de conflits et de grandes catastrophes et montre comment la naissance de la psychiatrie humanitaire a modifié la prise en charge des patients. Ils évoquent la nécessité de réfléchir au sens à « *donner aux évènements et à leurs conséquences lorsque l'on introduit dans le soin et le témoignage le langage du traumatisme* » (37). Dans notre propos, l'introduction de la notion de traumatisme et donc de stress post traumatique par rapport au retour forcé des migrants, légitime leur position de victime, à un moment de leur histoire. Cela contribue, en quelque sorte, à reconnaître leur existence. La présence de signes de stress post traumatiques permet, ainsi, d'attester de la réalité de leur retour forcé dans un pays où revenir les mains vides est une honte et où les expulsions sont considérées par les proches des migrants comme la conséquence d'actes de délinquance commis dans le pays d'accueil. Ce statut de victime ne doit pas « *éluder la diversité et la complexité des expériences, la manière dont elles s'inscrivent dans des déterminations multiples, dans une histoire collective, dans une trajectoire personnelle, dans un moment biographique* » (37).

4. Réflexions sur la santé mentale et les trajectoires migratoires

Dans notre étude, 2 patients présentent des troubles psychotiques chroniques diagnostiqués en Europe (9%).

Le premier patient est arrivé en France en 1993 à l'âge de 27 ans. Il dit n'avoir jamais eu de problème de santé hormis des accès palustres simples. Il entre sur le territoire avec un visa de tourisme et rejoint son frère. Il loge dans un foyer de jeunes travailleurs avec un membre de sa famille et d'autres compatriotes. Le diagnostic de psychose chronique semble avoir été posé en 1995 (Une ordonnance avec la prescription d'un anti psychotique est daté de cette année-là), la même année que la prise en charge pour une tuberculose ganglionnaire. Il dit ne pas avoir consulté en France avant son hospitalisation mais souligne ne pas avoir eu « de

problème de communication » auparavant. Il est difficile de savoir si la pathologie dissociative précédait la migration ou est apparue après. L'âge du diagnostic (29ans) est un peu tardif par rapport à l'âge habituel de diagnostic de schizophrénie, surtout chez les garçons, qui est habituellement avant 25 ans (87).

Le deuxième patient qui présente une psychose chronique arrive en France à l'âge de 20 ans, avec un visa d'étudiant. Le processus migratoire a été organisé par sa famille, contre son gré et dans un contexte de fragilité psychologique. Quelques mois auparavant, son frère avec qui il travaillait dans une entreprise de transport meurt dans un accident de la route, le camion qui était le moyen de subsistance de la famille est irrécupérable. Le patient dit lui-même que cela « l'a trop marqué dans la tête ». Il devait rejoindre son oncle et épouser une cousine promise. Il refuse finalement le projet de mariage, s'opposant à la volonté familiale. Après cet affront, il construit sa vie, travaille et s'installe en concubinage. A l'âge 29 ans, soit plus de 8 ans après son arrivée en France, il se sépare de sa compagne, quitte l'appartement commun. Il semble se désocialiser progressivement, travaillant de manière intermittente, dormant à droite à gauche pour finalement vivre complètement dans la rue. Pour essayer de soulager ses troubles du sommeil, il commence à boire et devient rapidement éthylique chronique. Au cours d'une de ses nuits d'alcoolisation il est pris en charge par les pompiers/Samu puis est hospitalisé en psychiatrie à Saint Anne pendant un mois. Un traitement anxiolytique et antipsychotique est instauré durant l'hospitalisation, un suivi est mis en place avec des consultations mensuelles. Selon ses dires, le patient s'y rend régulièrement, cherche son traitement à la pharmacie hospitalière mais ne le prend pas, ne supportant pas les effets secondaires. Il est arrêté par la police en 2010 au cours d'une rixe nocturne, amené en rétention où il fait une tentative de suicide. Il est finalement reconduit au Mali.

Dans ce deuxième cas, il est aussi difficile de déterminer si le patient présentait déjà des troubles psychotiques à son arrivée en France. Au vu de son intégration, à la fois par le travail et dans sa vie de couple, il est plus probable qu'il ne présentait pas de trouble majeur. Il est néanmoins indéniable que son histoire comprend plusieurs critères de fragilité : d'abord le décès de son frère avec une dépression réactionnelle, ensuite le projet migratoire vers l'Europe organisé contre son gré, enfin la rupture au moins symbolique avec sa famille, à travers son refus d'épouser la femme promise. Ce patient illustre particulièrement les propos de Denoux (32) qui met en évidence « *le poids étiopathogénique de la contradiction entre les normes du pays d'accueil et les normes du pays d'origine* ». Pour lui, le sur-risque de pathologie en santé mentale chez les migrants proviendrait du degré d'intégration du projet migratoire dans un projet familial, garantissant une stabilisation ou entraînant une rupture

d'équilibre. Même si dans son étude, la catégorie de migrants le plus à « *risque de pathologie mentale a fait le choix monoculturel du pays d'origine, le survalorisant par rapport au pays d'accueil* », il met aussi en évidence un sur-risque de pathologie mentale chez les personnes hyper adaptées au pays d'accueil mais en rupture avec les choix et valeurs familiales ce qui est le cas ici.

Cette prévalence plus importante de psychose chronique dans notre échantillon n'était pas attendue. Elle peut être liée à un biais de sélection ou de taille de l'échantillon, tout en sachant que les deux patients ont été pris en charge par l'Association Malienne des Expulsés à leur descente de l'avion. Un des patients a été interrogé alors même qu'il bénéficiait déjà d'un suivi psychiatrique au sein de l'association et qu'il a probablement pu être recruté dans notre étude grâce à son suivi. Par contre, l'autre patient a été interrogé immédiatement après son retour forcé. Il avait été pris en charge par les intervenants de l'association puis a été vu en entretien dans le cadre de notre étude. C'est au cours de notre échange que j'ai eu connaissance, d'abord de sa tentative de suicide et de son addiction. Puis des propos persécutifs, des doutes sur des troubles du cours de la pensée à type de barrage m'ont permis de suspecter des troubles dissociatifs. Le patient m'a ensuite parlé d'un antécédent d'hospitalisation « pour se reposer » à l'hôpital psychiatrique de Saint-Anne. La suspicion du diagnostic de psychose a été confortée par cet élément puis confirmée par le psychologue du projet « Accès aux soins en santé mentale » qui a pris le patient en charge.

Des études réalisées dans différentes zones géographiques auprès de personnes ayant vécu une/des migrations, volontaires ou forcées, nous apportent des précisions sur la prévalence des troubles psychiatriques dans cette population.

Dans l'étude de Boraud et al (11), 10% des 1733 personnes passées par le centre de rétention administrative à Bobigny pendant un an présentent des antécédents psychiatriques. Une autre étude (76) réalisée aux Etats Unis, auprès de 134 demandeurs d'asile ayant été inclus dans un programme de santé mentale (dont 82,1% en provenance d'Afrique), retrouve, quant à elle, une prévalence plus basse d'antécédents psychiatriques avant la persécution (4,5%) sachant qu'aucun ne présente de psychose chronique. Seule 1/134 personne présente des troubles psychotiques (0,7%) au moment de la prise en charge (76). Médecins du Monde retrouve la même prévalence (0,7%) dans les CASO en 2010 (72).

Une autre étude danoise (75) a été réalisée auprès de 1 101 658 personnes nées entre 1971 et 1990 et suivies jusqu'en 2006. Parmi elles, 92 731 âgées de 15 à 35 ans ont émigré. 0,22% des migrants danois ont un antécédent personnel de schizophrénie et 2,4% des personnes ont un « contact psychotique ». L'étude met en évidence qu'un antécédent personnel de

schizophrénie diminuerait la probabilité d'émigrer, indépendamment des autres facteurs. Par contre, après standardisation les Danois vivant à l'étranger auraient une prédisposition plus grande à développer une schizophrénie (OR=1,08). Il faut souligner que cette étude a été réalisée en Europe du Nord, dans un contexte où les processus migratoires concernent les pays scandinaves en grande partie, voire le reste de l'Europe et les Etats-Unis. Les contextes socio-culturels du pays d'origine et du pays d'accueil sont bien plus proches que dans notre étude, où la migration a été transcontinentale entre le Mali et l'Europe.

Une étude américano-mexicaine (14) s'est penchée sur le lien entre santé mentale et immigration. Une comparaison entre la santé mentale des migrants d'origine mexicaine installés aux USA et celle de Mexicains habitant Mexico, la capitale, a été réalisée à partir de grandes études de comorbidités (National Comorbidity Survey Replication aux USA et Mexican National Comorbidity Survey au Mexique). Breslau et al (14) mettent en évidence que les migrants ont une prévalence plus importante des troubles de l'humeur et d'anxiété que les habitants de Mexico, quelle que soit la période considérée, les 12 derniers mois ou la vie entière écoulée, ce, indépendamment des conditions de vie, de l'âge de l'immigration ou de la durée de séjour dans le pays d'accueil. Par ailleurs, les Mexicains ayant émigré aux Etats-Unis rapportent des troubles anxieux préexistants à tout projet migratoire dans une proportion plus importante que les personnes ayant les mêmes caractéristiques (âge, sexe et milieu d'origine) mais restées dans leur pays d'origine (odd-ratio= 3). L'immigration est aussi statistiquement liée à l'installation du premier trouble anxieux (odd-ratio= 2). Les deux principaux facteurs à prendre en compte sont l'âge lors du processus migratoire et la durée de séjour dans le pays d'accueil. Enfin, l'immigration est statistiquement significative pour la persistance des troubles anxieux : plus les gens sont âgés au moment de la migration, plus ils restent longtemps dans le pays d'accueil et plus les troubles anxieux et de l'humeur ont tendance à persister, indépendamment de l'âge d'installation de troubles, du temps écoulé depuis les premiers événements psychiatriques et des caractéristiques socio-économiques. Cette étude semble discréditer l'hypothèse selon laquelle les migrants seraient en meilleure santé que la population générale. Malgré les biais de sélection des échantillons, ces travaux permettent, en tout cas, de souligner l'impact de la trajectoire migratoire et de l'acculturation sur les troubles de l'humeur.

C'est aussi une thèse que développe et affine Denoux (32). Pour l'auteur, « *la migration repose sur trois illusions : l'illusion du provisoire, l'illusion du travail comme seul alibi et l'illusion de la neutralité politique. L'adaptation psychologique de l'immigré dépend du caractère accepté ou non, temporaire ou permanent de l'acculturation. Sa gestion de la triple*

illusion et la représentation d'une destinée contraignante sous l'aile de la nécessité économique, politique et familiale et le recodage culturel lors des retours au pays détermine la psychopathologie des migrants. Un des premiers facteurs de déséquilibre est la non-intégration de la migration à un projet familial. (...) Ainsi, le psychologue définit un groupe plus à risque de pathologie mentale ayant fait le choix mono culturel du pays d'origine, le survalorisant dans les choix familiaux et marginalisé par rapport au pays d'accueil. Ces migrants sont très médicalisés, ce sont des habitués des institutions. Ils n'ont quasiment aucune vie familiale ou collective dans le pays d'accueil alors qu'ils sont originaires du monde agricole dans lequel ces valeurs sont fortement ancrées ».

Selon lui, ce n'est pas la migration en tant que telle qui est source de pathologie mentale mais son degré d'intégration dans un projet familial qui garantit une stabilisation ou entraîne une rupture d'équilibre compromettant la santé mentale (32)

Selon son modèle, *« l'acculturation n'accroît les risques de maladies mentales que lorsqu'elle ne s'inscrit pas dans une modification structurelle de la famille dans le sens du pays d'accueil »*. Se surajouterait aux effets de l'acculturation, la pression maritale et familiale avec le *« poids étio-pathogénique de la contradiction entre les normes du pays d'accueil et les normes du pays d'origine »* (32).

B. Critique de l'étude

1. Faiblesse de l'échantillon

Les 22 migrants qui ont participé à notre étude ne représentent qu'un petit échantillon de l'ensemble des migrants maliens expulsés d'Europe, autour de 2% si l'on raisonne sur les données disponibles pour ceux expulsés de France (19 migrants expulsés de France dans notre étude et sur la même période, 875 migrants maliens en situation de retour forcé, en considérant que du fait de l'amélioration des contrôles aux frontières, les refoulements de France sont minoritaires). Nous ne disposons en effet de coordonnées téléphoniques à l'AME que pour 6% des personnes (n=50) expulsés de France. Même si une grande partie des migrants de retour de France est en contact avec l'Association Malienne des Expulsés, au moins à leur arrivée, seule une faible proportion laisse des coordonnées. Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons.

Jusqu'en 2010, l'intervenant privilégiait les rapports humains, le soutien et la gestion de situation difficile au détriment du recensement qui rappelle, pour un certain nombre de migrants, la période d'arrestation ou de rétention. Il n'existe donc pas, jusqu'à cette période

de liste nominative des personnes en situation de retour forcé. Il faut souligner le caractère potentiellement traumatique et intrusif du recueil systématique de données dès l'arrivée. L'identité de ces hommes (et femmes) a été bien souvent bafouée du fait de leur situation irrégulière. Le migrant a parfois jonglé avec les noms et les statuts. Finalement c'est le laissez-passer signé par le service consulaire malien, qui acte la validité de l'identité et de l'origine et permet la mise en œuvre de l'expulsion ou du refoulement.

Les personnes en situation de retour forcé se retrouvent sur le territoire malien après une longue absence et ont, en outre perdu leur statut identitaire de financeur de la famille. A leur arrivée, ils sont parfois dans l'incapacité de se présenter ou même de parler⁵⁴. Beaucoup de migrants n'ont pas de contact téléphonique malien initialement et sont réticents à donner les coordonnées de membre de la famille qu'ils n'ont pas vu depuis longtemps.

Un certain nombre de migrants arrivent à l'aéroport, se font conduire dans leur famille par l'intervenant ou utilisent son téléphone pour contacter des proches mais ne vont pas se présenter au siège à Djélibougou (Bamako) dans les semaines ou les mois qui suivent. Il peut s'agir de migrants originaires des régions qui préfèrent partir directement au village et ne restent pas sur Bamako.

On peut envisager que certains n'ont pas le courage ou la volonté de s'impliquer dans le milieu associatif les renvoyant à leur échec. Ils peuvent aussi choisir de s'impliquer ailleurs. Il existe d'autres associations de migrants sur Bamako⁵⁵.

2. Lourdeur du questionnaire

Comportant 142 questions, le recueil de données nécessitait une concentration importante de la part des personnes interrogées, avec des allers-retours entre le passé et le présent. L'importance de la sollicitation a pu générer une lassitude avec une moins bonne sensibilité des réponses vers la fin de l'entretien. Lourdeur du questionnaire aussi sur le plan émotionnel, avec reviviscence d'évènements difficiles et possibilité de surévaluer ses problèmes de santé à la lumière du retour forcé.

Ces deux biais sont néanmoins à replacer dans le contexte de notre étude. Au Mali, le temps passé à parler et débattre est plus long qu'en Europe. Pour exemple, les échanges sont

⁵⁴ Entretien avec Mahamadou Keita, l'intervenant de l'AME responsable de l'accueil à l'aéroport

⁵⁵ FORAM Forum pour un Autre Mali, ARTD Association Retour Travail Dignité entre autres pour les plus investies auprès des migrants en situation de retour forcé d'Europe

amorcés par des salutations de plusieurs minutes et un temps pour s'enquérir de la santé de son interlocuteur, de sa famille, son travail, son quartier. Le moment passé avec chacun au cours des entretiens pour notre étude a été considéré comme une marque d'attention. Les migrants interrogés font parti de l'Association Malienne des Expulsés dont la raison d'être est le retour forcé. Pousser la porte de l'association revient, de toute façon, à être replongé dans son expérience passée.

3. L'enquêtrice française

Comme dans toutes les études en sciences sociales, les caractéristiques de l'enquêteur influent sur les résultats de l'enquête. C'est particulièrement vrai dans notre étude où nous, Français, nous intéressons aux conséquences de la mise en œuvre des politiques européennes envers les migrants Maliens. La relation singulière établie lors des entretiens est entachée du passé d'abord avec les stigmates de l'histoire de l'esclavage, puis de la période de colonisation avec le Soudan Français (certains migrants expulsés de France ont un de leurs vieux parents qui avait la nationalité française). Cette relation singulière est aussi, comme en médecine, une asymétrie fondamentale⁵⁶. Elle est déséquilibrée à cause des politiques migratoires qui génèrent une liberté de circulation pour les uns mais pas pour les autres. Ce déséquilibre est partiellement compensé par le fait que je suis dépendante de leur collaboration, que je leur apporte peu et repars avec un bout de leur histoire⁵⁷.

Certains ont accepté les règles de l'échange et les 2000 CFA de dédommagement du transport, comprenant bien que je ne pourrai rien pour eux personnellement. Pour d'autres, la rencontre a ravivé l'espoir de l'Europe générant une attente importante. On peut se questionner, alors, sur l'influence consciente ou inconsciente de cette recherche de bénéfice secondaire sur les réponses recueillies au cours des entretiens.

4. Biais

Il existe des biais de sélection. Notre échantillon, du fait de sa taille, ne peut pas être considéré représentatif ni des migrants maliens partant en Europe en situation irrégulière, ni de ceux de retour forcé d'Europe.

⁵⁶ Tchobroutsky G, Wong O Le métier de médecin PUF 1996

⁵⁷ Lors d'un de mes entretiens, K. T pointe du doigt une couverture d'une revue de la Cimade et me dit : « J'ai raconté mon histoire, accepté de faire des photos, suis en première page d'une revue qui coûte 5 euros et je n'ai rien touché. »

Notre étude a été faite sur Bamako. Or, 73% des migrants sont originaires du monde rural (6) avec un fort apport de personnes de la région de Kayes (émigration de 40% de la population de cette région). Il est probable qu'une partie d'entre eux rentre au village directement pour s'établir. Ils n'ont donc pu être inclus dans notre recherche.

Nous avons envisagé, à un moment, d'élargir le recrutement aux régions en particulier la première région d'où sont originaires la majorité des migrants (inclusion notamment des 5 personnes que nous avons pu joindre au téléphone). Nous n'avons finalement pas entériné ce choix pour plusieurs raisons : enclavement important de la région de Kayes particulièrement pendant la saison des pluies avec des villages nombreux difficilement accessibles par la route, problèmes logistiques financiers et de temps, problèmes de sécurité à la frontière Mali-Mauritanie.

Le recrutement de la population-cible s'est fait grâce à l'Association Malienne des Expulsés. Notre étude a donc évalué la santé globale des migrants suivie à l'AME. Dans ce cadre, deux éventualités doivent être prises en compte. Premièrement, on peut partir du postulat que les migrants qui fréquentent l'AME sont plus en difficulté, raison pour laquelle ils se tournent vers le milieu associatif. Les problèmes de santé, dans ce contexte, vont être considérés comme plus nombreux que ce qu'ils devraient être. Deuxièmement, on peut aussi envisager que les personnes accédant à l'AME sont ceux qui ont des ressources internes. Les personnes brisées physiquement ou psychologiquement n'auraient même pas la possibilité d'aller demander un soutien. Dans ce cas de figure, la santé de notre échantillon serait donc évaluée comme meilleure que celle de l'ensemble des migrants en situation de retour forcé sur Bamako.

Au moment de la conception de ce travail de recherche et lors de la première prise de contact avec l'Association Malienne des Expulsés, je n'étais pas informée de la mise en œuvre d'un projet d'accès aux soins en santé mentale par Médecins du Monde. Ce n'est qu'à mon arrivée à Bamako que j'ai constaté qu'un suivi psychologique était en place depuis février 2010 pour les migrants en situation de retour forcé avec des consultations uniques mais aussi des suivis psychologiques sur quelques mois. Un biais évident de recrutement est induit par ce projet. Les migrants en souffrance psychologique et suivis par le psychologue (27%, n=6) étaient de fait plus accessibles pour l'étude puisque le suivi était proposé une à deux fois par semaine au siège de l'association. Pour les 27% de personnes incluses dans notre étude et qui bénéficiaient ou avaient bénéficié parallèlement d'un suivi psychologique, le fait d'avoir pu exprimer, et analyser leur souffrance a nécessairement eu un impact sur leur réponse, en particulier pour les questions ayant trait à la santé mentale : verbalisation plus facile des idées

noires ou des flash-back, lien de cause à effet entre retour forcé et état de santé mais aussi amélioration de l'état de santé du fait de la psychothérapie. Néanmoins, l'existence du projet d'accès aux soins en santé mentale m'a donné la possibilité de pouvoir référer les migrants vers un professionnel de santé plus compétent en cas de besoin. Ma position était donc plus confortable intellectuellement sachant que je ne portais pas seule la responsabilité diagnostique et/ou thérapeutique des personnes interrogées. Ce projet, à travers les données recueillies par le psychologue, nous permet aussi d'avoir un référentiel pour notre travail, comme une photographie de la santé des migrants de retour forcé (expulsés et refoulés d'Europe et du Maghreb) pris en charge par le psychologue.

Notre étude comporte un biais de mémoire important dans la mesure où elle fait appel à des souvenirs anciens pour différentes périodes de la vie de la personne. Lorsque nous avons amorcé l'étude nous ne pensions pas que la durée médiane de séjour en Europe serait de 8 ans, majorant de fait le biais de mémoire pour les données concernant la période avant et même pendant la migration.

Pour réduire l'impact de ce biais sur l'état de santé et la symptomatologie actuelle provoquée par le retour forcé, seules les personnes expulsées d'Europe depuis moins de deux ans et demi ont été incluses dans l'étude. La narration des différentes étapes de leur parcours est marquée non seulement par les défaillances de la mémoire mais aussi par la reconstruction, à posteriori, de leur histoire en fonction des événements marquants. Cette vision subjective par rapport à des éléments du passé est accentuée lorsqu'il s'agit de relater des symptômes. Néanmoins, même si ce biais de mémoire est un des principaux biais de notre étude, on peut s'interroger sur la place qu'occupe la mémoire dans la genèse et l'expression d'une plainte somatique. Par exemple, un des migrants est en France depuis 4 ans, suivi pour une fracture du tiers supérieur de l'humérus droit traité chirurgicalement au moment de son expulsion. Il a travaillé de façon occasionnelle avant son accident, sa situation était précaire. Pourtant, lorsqu'on l'interroge, tout allait bien jusqu'à sa fracture qui lui a fait perdre son travail. Puis la guérison était en marche grâce à la rééducation et au suivi chirurgical, ce qui lui aurait permis de reprendre son travail. Ce double processus de guérison et de retour à l'emploi a été interrompu par l'arrestation puis par le retour forcé. Son expulsion a stoppé le cours de sa vie, sa guérison et sa recherche de travail pour subvenir à ses besoins. La plainte douloureuse qui n'existait pas avant (selon le patient) est devenue l'expression de cette cassure. Réelle ou psychosomatique, évaluée par le biais de mémoire ou pas, elle induit néanmoins un repli sur soi et une impossibilité à avancer. L'évaluation péjorative de son état de santé est bien réelle.

Notre étude s'est donnée pour but d'évaluer la santé des migrants en situation de retour forcé sans mettre en place de consultation de dépistage avec un examen médical. Il ne nous semblait pas opportun de créer un système pour quelques mois dans des locaux non adaptés à un exercice médical. La création d'une consultation faite par un médecin non thésé, pour quelques mois seulement, aurait désorganisé l'association et les modalités de recours aux soins déjà préexistants. Par contre, lorsqu'ont été dépistés des problèmes de santé nécessitant une prise en charge, des conseils ont été donnés aux migrants pour consulter le centre de santé de leur quartier. Certains patients ont été référencés vers le psychologue ou le médecin généraliste consultant de manière ponctuelle auprès des migrants à l'AME.

De ce fait, les données recueillies aux cours des entretiens n'ont pas pu toutes être vérifiées. Certains antécédents médicaux ont été corroborés par des ordonnances médicales ou des comptes rendus hospitaliers mais d'autres sont le fruit de déductions et/ou d'interprétations médicales. Par exemple, un antécédent d'exérèse ganglionnaire inguinale avec traitement de 6 mois correspond probablement à une tuberculose ganglionnaire même si le traitement n'est habituellement pas chirurgical d'emblée et que la durée de l'antibiothérapie anti-tuberculose est plutôt de 9 mois.

Ensuite, on sait que l'évaluation de la santé est plus fiable lorsqu'elle est effectuée par un non-médecin ce qui n'est pas mon cas. Ma position, lors des entretiens, était néanmoins un peu différente de celle d'un praticien, pas tout à fait médecin puisque je ne pratiquais pas mais pas tout à fait anthropologue non plus puisque mes connaissances et ma formation médicale formaient malgré tout les échanges.

Les modalités du questionnaire avec le critère avant- après le retour forcé est réducteur. Les travaux développés dans la première partie de notre propos montrent bien que la santé dépend de plusieurs facteurs non seulement avant et pendant la migration, mais aussi des conditions de vie dans le pays d'accueil. De plus, la méthodologie avant-après comporte ses propres limites. Le choix de ne pas appairer les migrants de retour forcé avec d'autres migrants en situation irrégulière en France et en Espagne n'a pas été dicté par des motifs méthodologiques mais par des limites de temps, de moyens financiers et par la complexité d'un véritable appariement.

C. Perspectives et recommandations

Notre étude nous a permis d'envisager les conséquences sanitaires des retours forcés tant sur la santé physique que sur la santé mentale pour notre échantillon de 22 migrants en situation de retour forcé. Si nos résultats ne peuvent pas être généralisés, ils nous permettent néanmoins d'esquisser certaines pistes de réflexions et de prises en charge dans le contexte en perpétuelle adaptation des phénomènes migratoires entre l'Afrique et l'Europe.

Les conditions de vie des migrants en situation irrégulière sur le territoire européen se dégradent avec un accès aux soins de jour en jour plus difficile. En France, par exemple, la remise en cause du droit de séjour des étrangers malades (Annexe 7) et l'instauration d'un forfait de 30 euros (Annexe 6) pour accéder à l'aide médicale d'état contribuent à précariser encore un peu plus ceux qui ont des problèmes de santé, en particuliers les patients présentant des pathologies chroniques. Dans ce contexte, une augmentation du nombre de retour forcé de personnes atteintes de pathologies chroniques et n'ayant pas pu renouveler ou obtenir un titre de séjour est probable. Il est nécessaire de réfléchir aux conséquences sanitaires de ces retours forcés et de ruptures de soin.

Les consultations médicales systématiques dans les centres de rétentions administratives doivent être maintenues et renforcées pour permettre un dépistage de ces patients bénéficiant atteints de pathologies chroniques ou en cours de suivi médical. La prise en charge ne doit pas seulement pallier aux plaintes des patients par des traitements symptomatiques comme c'est actuellement le cas selon Boraud et Al (11) et les témoignages de migrants refoulés et expulsés d'Espagne. Le patient doit être envisagé dans la globalité de son histoire et à la lumière de cette période excessivement stressante du retour forcé. Le dépistage de ces patients en situation irrégulières et la transmission des informations doivent être facilitée, lorsque l'affection pourrait conduire à une suspension de la mesure d'éloignement du territoire.

Dans le cas où l'expulsion n'a pas pu être empêchée, les migrants en situation de retour forcé doivent pouvoir récupérer leurs affaires⁵⁸, en particulier leur dossier médical et les papiers administratifs afin de faciliter la suite de la prise en charge ultérieure et/ou le recours éventuel.

A leur arrivée au Mali, les migrants en situation de retour forcé doivent bénéficier d'une consultation médicale systématique pour faire le point sur les antécédents médicaux, l'état de

⁵⁸ Et cela a été une demande récurrente de la part des migrants en situation de retour forcé au cours de tous les entretiens menés.

santé actuel, les éventuelles violences subies. La prévention contre les maladies transmissibles au sens large doit avoir toute sa place. Ces personnes ont parfois passé plus de 10 ans dans le pays d'accueil et sont donc considérées comme naïves en matière de paludisme par exemple. Il serait également intéressant de vérifier les vaccinations contre la fièvre jaune, le tétanos et éventuellement l'hépatite B. Le dépistage des troubles en santé mentale pourrait se faire dans ce cadre. Les modalités de mise en place à large échelle restent à affiner : peut-elle se faire dans le cadre du système de soin malien, grâce notamment aux fonds pour les indigents ? Est-elle condamnée à rester dans un cadre strictement associatif comme c'est le cas à l'Association Malienne de Expulsés où Médecins du Monde a développé un programme d'accès aux soins en santé mentale et vient de l'élargir, pour certains, à la santé physique ?

La capitalisation des données sanitaires, à plus large échelle, sur cette population oubliée du pays d'accueil et invisible dans le pays d'origine est indispensable. Notre étude s'est d'abord intéressée aux migrants maliens en situation de retour forcé d'Europe. Mais notre approche nous a aussi permis d'entrevoir la problématique de ceux qui n'ont même pas pu gagner l'autre rive de la Méditerranée. La fin de 2010 et l'année 2011, ont vu se tarir progressivement les retours forcés de migrants maliens d'Europe. Parallèlement à ce phénomène, le nombre de refoulés de migrants subsahariens en provenance des pays du Maghreb vers le Mali a augmenté de manière exponentielle. A l'heure des bouleversements géopolitiques dans le Maghreb et au Sahel et du repli des pays de l'Union Européenne, la condition de ces migrants subsahariens en direction du Nord se dégrade. Condamnés à survivre dans le Maghreb, en attendant un hypothétique passage en Europe, ils sont refoulés d'un pays de transit vers un autre. Il nous semble essentiel de pouvoir aussi collecter, dans l'avenir, des données sur la santé globale de ces refoulés.

CONCLUSION

Notre enquête, réalisée auprès de 22 migrants maliens en situation de retour forcé d'Europe, souligne les conditions de vie et les difficultés auxquelles doivent faire face ces hommes de retour dans leur pays d'origine après plusieurs années passées en France ou en Espagne. Aboutissement douloureux d'un parcours migratoire porteur de si grands espoirs, le retour forcé est une rupture, source de honte, de souffrances physiques mais aussi psychiques pour les migrants.

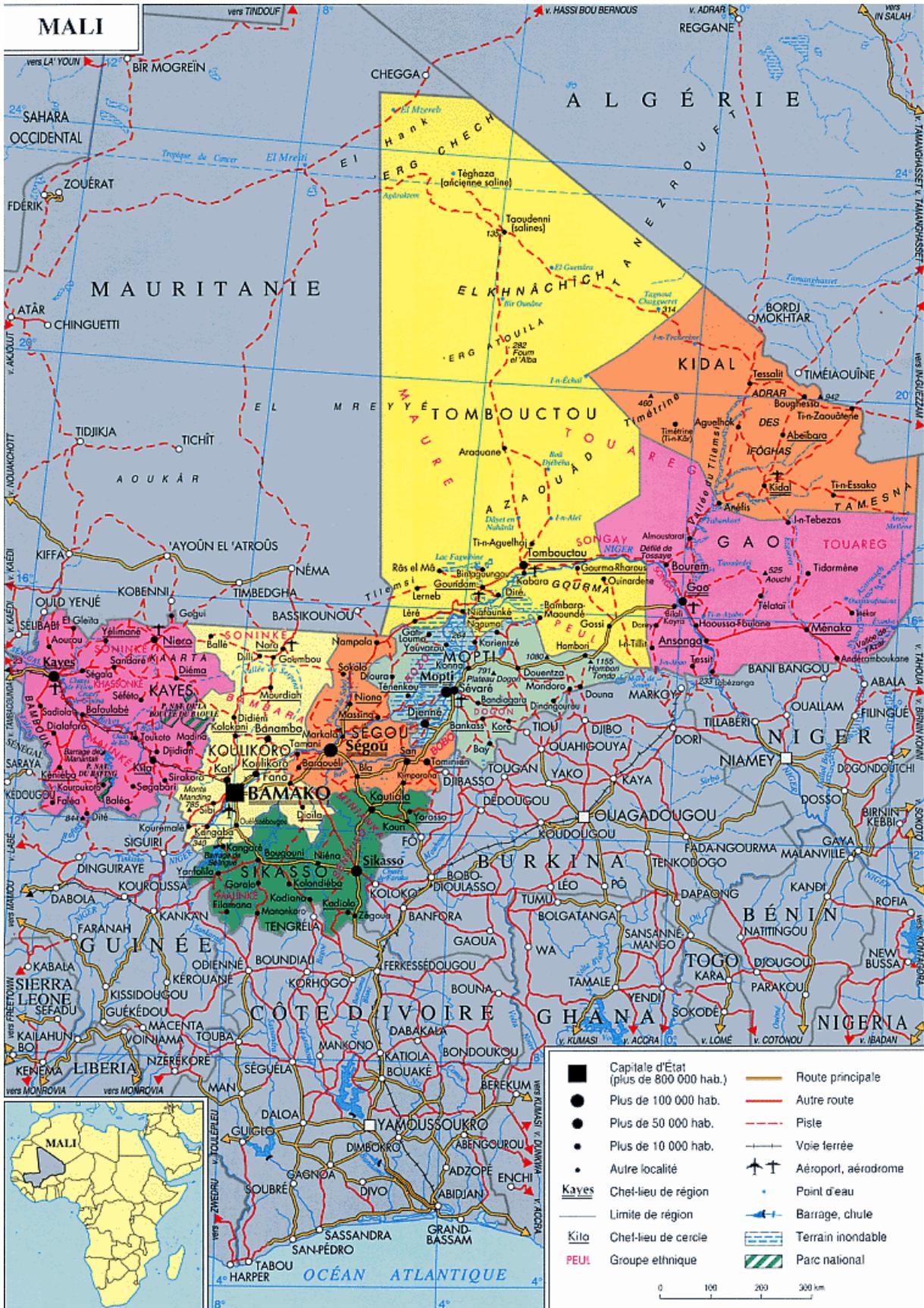
Cette étude auprès d'un petit nombre de migrants maliens ne permet pas d'extrapoler l'ensemble des résultats à tous les migrants en situation de retour forcé. Elle souligne néanmoins que la santé peut devenir un problème central, notamment lorsque l'expulsion entraîne une rupture de soin. La santé, à travers les troubles psychologiques développés au retour, cristallise aussi une partie des difficultés, des limites et des attentes de ces personnes expulsées d'Europe vers le Mali.

Les recherches futures devront évaluer la santé des migrants en situation de retour forcé en s'intéressant à un grand nombre de personnes, expulsées mais aussi refoulées vers le Mali. Une comparaison de cette population-cible avec un échantillon de la population malienne mais aussi avec un groupe de migrants malien en situation irrégulière en Europe permettrait de mieux appréhender les conséquences sanitaires des retours forcés.

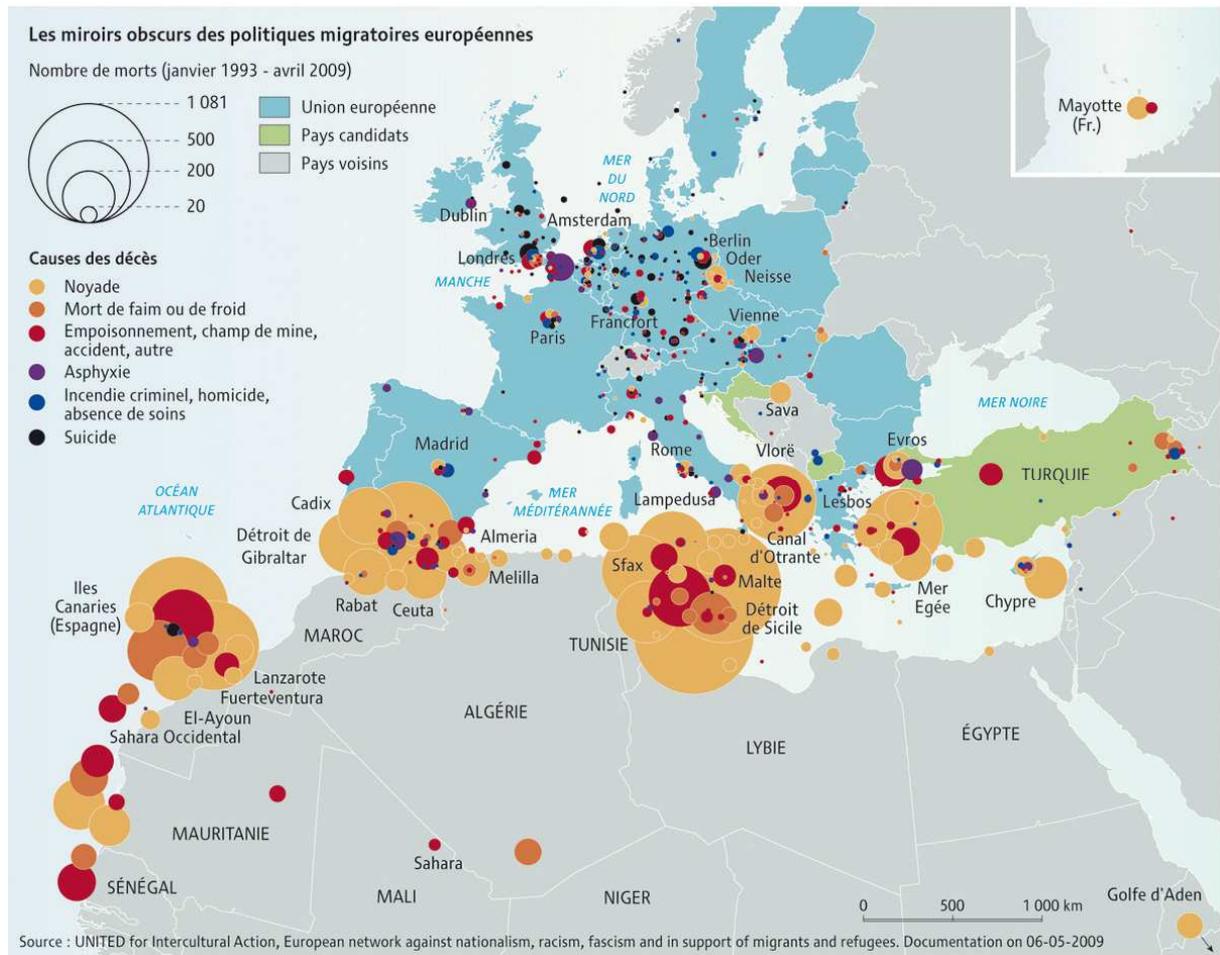
Cette collecte de données sur la santé globale de ces migrants nous semble essentielle pour porter leurs conditions de vie sur le devant de la scène et poser les jalons de pistes de réflexion et d'interventions futures, pour nous, médecins et acteurs de la société civile.

ANNEXES

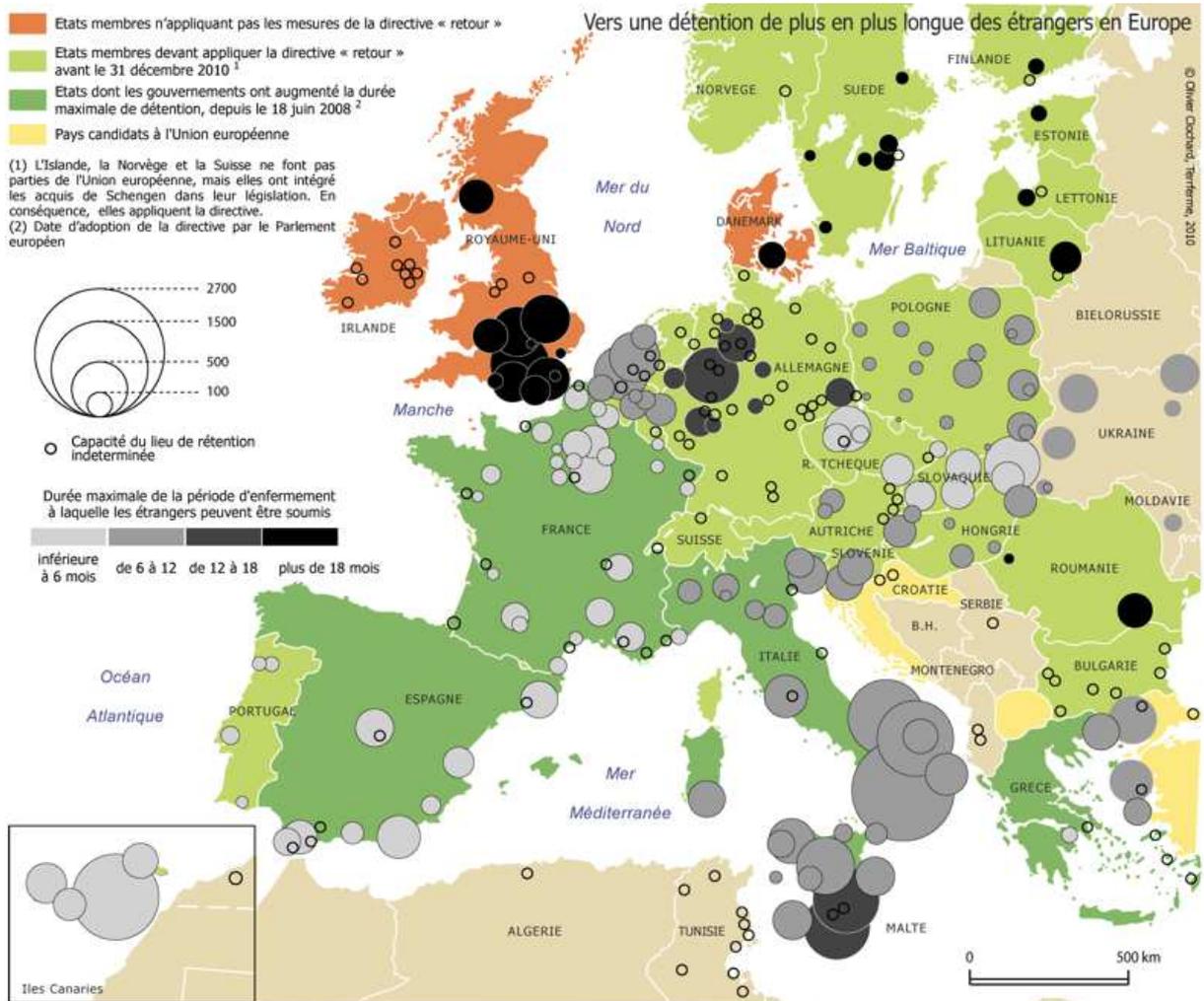
Annexe 1 : Carte du Mali



Annexe 1 : Morts sur les routes migratoires vers l'Europe



Annexe 2 : Camps d'enfermement des étrangers en Europe



Annexe 3 : Le système de soin malien

Le système de soin au Mali est basé sur l'initiative de Bamako, adoptée en 1988 et mise en œuvre dès 1991. Il repose sur un système pyramidal dont la clé de voûte est le Centre de Santé Communautaire (CSCOM). C'est la porte d'entrée dans le système de soin et le premier échelon dans la pyramide de soin qui prend en charge les patients dans un rayon de 15km. Il est sous la responsabilité d'un infirmier, sauf à Bamako et dans les autres grandes villes du pays. Il fonctionne grâce à un système de recouvrement des coûts et une gestion associative. Dans la pratique, les capacités de gestions villageoises sont disparates. La revente des médicaments et la facturation des prestations ne permettent pas toujours de couvrir les frais de fonctionnement. Le deuxième niveau de soin est le centre de santé de référence (CSREF). Il gère les cas ne pouvant pas être pris en charge dans les CSCOM. Les patients doivent être référés par le personnel soignant du CSCOM. Cette structure de deuxième niveau est sous la responsabilité d'un médecin. Le suivi gynéco-obstétrical s'effectue par les sages femmes. La structure comprend un bloc opératoire pour la chirurgie simple (césarienne, appendicectomie, cure de hernie). Elle bénéficie d'une ambulance pour la référence des patients. Le troisième niveau de soin est hospitalier. Les hôpitaux régionaux ont un service de médecine, de chirurgie, de gynéco-obstétrique, de pédiatrie. Les radios et les examens biologiques sont disponibles. Lorsque les pathologies sont trop complexes ou nécessitent des examens plus spécialisés, les patients sont référés vers un des CHU de Bamako. C'est le dernier niveau de la pyramide sanitaire.

Le système public pyramidal est complété à tous les niveaux par un secteur privé (41) qui prend de plus en plus d'ampleur. Il permet de pallier, pour les plus riches et une partie des citoyens, aux carences du système de soins public.

L'application de l'initiative de Bamako a été précoce et volontariste, notamment pour la décentralisation du système de santé. Cela a, certes, permis un rapprochement des structures sanitaires des patients mais pas toujours l'amélioration de l'accès au soin et de la santé des populations comme nous allons le voir ci-dessous. Malgré ces principes humanistes et sa vocation à soigner le plus grand nombre, le système de santé malien reste inégalitaire

Annexe 5 : Résultats partiels de l'étude rétrospective MdM-AME évaluant la santé mentale des migrants en situation de retour forcé à Bamako

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux de la santé mentale des personnes en situation de retour forcé au Mali. L'objectif secondaire est d'évaluer le parcours migratoire et les violences subies.

L'étude est une analyse rétrospective du dossier clinique de 70 migrants en situation de retour forcé au Mali référés par les intervenants vers un psychologue de mars 2010 à mars 2011, parmi les 1200 personnes accueillies au sein de l'Association Malienne des Expulsés.

Figure 1 : Caractéristiques socio-économiques des migrants en situation de retour forcé

CARACTERISTIQUES DES MIGRANTS DE RETOUR FORCE	n=70	(%)
<i>Homme</i>	69	99%
<i>Femme</i>	1	1%
Age moyen	n=70 (2NR)	32 ans
Situation matrimoniale	n=70	(%)
<i>Célibataire</i>	36	51%
<i>Marié</i>	29	41%
<i>Autre</i> <i>Dont divorcé, séparé, veuf</i>	5	7%
Pays d'origine	n=70 (1NR)	(%)
<i>Mali</i>	54	77%
<i>Autre pays</i>	15	21%
Professions	n=27 (39%)	43 NR
<i>Agriculteur</i>	6	22%
<i>Ouvrier</i>	9	33%
<i>Commerçant/chef d'entreprise</i>	4	15%
<i>Sans profession identifié</i>	6	22%
<i>Etudiant</i>	1	4%
<i>Autre</i>	2	7%
Niveau d'étude	n=70 (3NR)	(%)
<i>Non scolarisé</i>	38	54%
<i>Ecole coranique</i>	3	4%
<i>Primaire</i>	17	24%
<i>Secondaire</i>	5	7%
<i>Lycée</i>	3	4%
<i>Université</i>	1	1%
Pays d'accueil/d'expulsion/de refoulement	n= 70	(%)
<i>Libye</i>	22	31%
<i>France</i>	21	30%
<i>Algérie</i>	16	23%
<i>Espagne</i>	7	10%
<i>Autres (Canada, Gabon, Mauritanie)</i>	3	4%
Durée moyenne de séjour à l'extérieur	n=70 (4NR)	4ans
Travail dans le pays d'accueil	n=42/70 (14 NR)	60%

NR=non réponse

Figure 2 : Traumatisme du retour forcé

Traumatisme lors du retour forcé	n=70	(%)
Retour massif	37	53%
Dont par convoi par la route		
Enfermement	65 (4NR)	93%
Dont enfermement >3 mois	10	14%
Souffrance de la faim	20	29%
Victime de vol de toutes ses affaires	17	24%
Violence	34	49%
Témoin de mort violente/torture	6	9%

Figure 3 : Prise en charge psychologique 2010-2011

Symptômes	n=70	(%)
<i>Trouble du sommeil</i>	36	51%
<i>Confusion</i>	5	7%
<i>Propos délirants</i>	7	10%
<i>Hallucination</i>	3	4%
<i>Sentiment de honte</i>	18	26%
Anxiété	16	23%

Diagnostic	n=70 (2NR)	(%)
<i>Syndrome dépressif</i>	24	34%
<i>PTSD</i>	18	26%
<i>Psychose aiguë</i>	4	6%
<i>Psychose chronique</i>	2	3%
<i>Trouble anxieux</i>	2	3%
<i>Suspicion d'affection organique</i>	2	3%
<i>Aucun trouble</i>	20	29%

Un patient peut présenter 2 diagnostics

Suivi	n=70	(%)
<i>Consultation unique</i>	45	64%
Parmi ceux ayant bénéficié de plusieurs séances (n=25) :		
<i>Suivi prolongé >3 mois</i>	10	14%
<i>Amélioration clinique en moins de 3 mois</i>	7	10%
<i>Prise en charge en cours</i>	1	1%
<i>Interruption de soin</i>	7	10%

Annexe 6 : L'Aide Médicale d'Etat

En France, l'accès aux soins est basé sur la sécurité sociale à travers le principe de solidarité nationale. Théoriquement tout le monde peut avoir accès aux soins, y compris les personnes en situation irrégulière que ce soit en médecine ambulatoire, ou à l'hôpital.

L'aide médicale gratuite existe dans le droit français depuis 1893 pour les étrangers et les démunis. A la création de la sécurité sociale en 1945, chacun y était affilié automatiquement, soit par le biais du travail, soit en tant que personne démunie. En 1999, la création de la complémentaire maladie universelle devait initialement unifier le système de soin. Mais les étrangers en situation irrégulière n'ont pas été intégrés dans ce nouveau système, contrairement aux démunis. Ils sont donc restés les seules bénéficiaires de l'aide médicale d'état. En 2004, son accès a été limité aux seuls étrangers pouvant justifier d'une présence ininterrompue de 3 mois sur le sol français. La dernière modification de l'aide médicale d'état date de décembre 2010, après une loi votée le 2 novembre dans un contexte de politique de gestion des migrations de plus en plus restrictive et de déficit public important de la sécurité sociale. La stigmatisation des étrangers « sans papier profiteurs et fraudeurs » a également contribué à nourrir ce débat.

Depuis le premier mars 2011, les modifications suivantes concernant l'Aide Médicale d'Etat sont entrées en vigueur⁵⁹ :

- Droit d'entrée annuel de 30 euros pour chaque adulte bénéficiaire, effectif à compter du 1er mars 2011 (pas de suspension du ticket modérateur).
- Mise en place par décret d'un Fonds de gestion de l'AME
- Réduction du panier de soins : exclusion des « *actes, les produits et les prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie* », sauf pour les mineurs, par décret au conseil d'Etat.
- Entente préalable à l'hôpital, pour les soins hospitaliers dont le coût dépasse un seuil fixé par décret au Conseil d'Etat. L'agrément est accordé après vérification des conditions de ressources et de stabilité de résidence.
- Limitation des ayants-droits aux seuls conjoints et enfants: exclusion des ascendants, descendants, collatéraux.
- Nouvelle définition de la stabilité de résidence

⁵⁹ Note interne à l'usage des acteurs des missions France de Médecins du Monde

Ce sont ces nouveaux critères qui sont appliqués pour délivrer une attestation d'aide médicale d'état qui permet à tous les étrangers en situation irrégulière, résidents en France depuis plus de 3 mois, d'avoir accès à la médecine de ville, à l'hôpital, aux soins préventifs, aux examens complémentaires et à la prise en charge des médicaments et traitements ayant un service médical rendu moyen ou important. Selon le rapport conjoint de l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales, les bénéficiaires de l'Aide médicale d'état sont des hommes majoritairement seuls, dans un état de santé dégradé, ne recourant aux soins et à une couverture maladie qu'en cas de besoin. Leur consommation annuelle pour 2008 est de 1714 euros par an. 97% des personnes accèdent aux soins en ville mais les dépenses sont néanmoins concentrées sur l'hôpital (63). Il n'existe pas encore, à ce jour, de données évaluant les répercussions du forfait de 30 euros effectif depuis le 1 mars 2011. Ce frein supplémentaire conduira probablement plus de personnes à être exclues des soins.

Annexe 7 : Droit aux soins pour les étrangers malades

Depuis le 11 mai 1998, le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) stipulait, dans l'article 313-11, qu'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » était délivrée de plein droit, à condition que sa présence ne constitue pas une menace pour l'ordre public, « à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire (...) ». La circulaire d'application du 12 mai 1998 précisait, de façon extrêmement claire, que « La possibilité pour l'intéressé de bénéficier ou non du traitement approprié à son état dans son pays d'origine dépend non seulement de l'existence des moyens sanitaires adéquats, mais encore des capacités d'accès du patient à ces moyens. Les moyens sanitaires et sociaux à prendre en considération sont les structures, équipements et financements existants ainsi que les personnels compétents pour l'affection en cause ; il importe de savoir si ces moyens sont suffisants en quantité et qualité et accessibles à tout patient. L'accès aux structures éventuelles est fonction de la distance entre le lieu de résidence du patient et la structure de soins qui conditionne le suivi médical régulier, mais aussi, s'agissant de personnes le plus souvent démunies, de l'existence d'une couverture sociale et de son étendue ou d'une prise en charge financière des soins par la collectivité »⁶⁰. Ce dispositif concerne 28 000 personnes (chiffre stable depuis 2006), soit 0,8 % des étrangers vivant en France (23). Le nombre de nouveaux titres délivrés chaque année pour ce motif a diminué de 25% entre 2004 (pic historique) et 2007, passant de 7580 à 5680. Il demeure stable en 2008 avec 5697 nouveaux titres et représente un peu moins de 3 % de l'ensemble des 192 181 nouveaux titres de séjours accordés pour la même période⁶¹.

Les étrangers gravement malades étaient ainsi protégés de l'expulsion pendant la durée des soins. Ils pouvaient également travailler si leur état de santé le permettait, ayant ainsi l'opportunité d'améliorer leur condition de vie et combattre plus sereinement leur pathologie. Pourtant, ce dispositif s'est dégradé parallèlement aux politiques migratoires et au durcissement des conditions d'obtention de l'Aide Médicale d'Etat.

⁶⁰ Circulaire du 12 mai 1998 du ministre de l'intérieur aux préfets, n° NOR INT D9800101c, p. 21-22.

⁶¹ Données 2008 du Ministère de l'immigration, de l'Intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire

Ainsi en 2006, une circulaire tente de substituer l'avis médical des médecins de santé publique pour l'appréciation des risques médicaux encourus en cas d'expulsion par l'avis préfectoral. Le texte est rapidement abandonné.

Une année plus tard, en 2007, le Comité Interministériel de Contrôle de l'immigration publie des fiches pays recensant l'existence de l'offre de soin et sa répartition géographique sans tenir compte de l'accès effectif. Par exemple, pour le Mali, un questionnaire a été envoyé à l'Ambassade de France de Bamako. Les fonctionnaires basés dans la capitale et ne travaillant pas exclusivement dans le domaine de la santé, ont dû évaluer la disponibilité et l'accessibilité de traitements tels que les anti-infectieux, antidiabétiques, cardio-vasculaires ou anticancéreux dans un pays où les disparités médicales sont énormes. Il est important de souligner qu'une grande partie des Maliens en France, éventuellement concernés par le droit au séjour pour soin sont originaires des zones rurales de la Région de Kayes, souvent enclavées pendant la saison des pluies. L'instauration du système de fiche-pays a obligé à une rupture du secret médical pour le traitement des dossiers de demande de titre de séjour pour soin. Les préfets se devaient de rendre leur avis par rapport au traitement effectivement prescrit aux patients et aux indications figurant sur les fiches pays. Ils ne pouvaient plus se satisfaire uniquement de l'avis rendu par le médecin de santé publique, régulièrement accusé de complaisance.

Le 16 juin 2011 est finalement voté en deuxième lecture la loi N° 2011-672 relative à l'immigration, l'intégration et la nationalité. La notion « *d'impossibilité à bénéficier d'un traitement approprié* » est remplacée par « *l'absence* » d'un traitement approprié dans le pays d'origine, ce qui équivaut, de fait, à supprimer la protection des étrangers malades contre une expulsion. En effet, ce n'est pas parce qu'un traitement est « disponible » dans un pays qu'il y est « accessible ». Ruptures de stocks, inexistence de couverture maladie, insuffisance de l'offre quantitative et qualitative de soins, prix prohibitifs des traitements ou encore manque de personnel soignant peuvent entraver l'accès effectif aux soins dans les pays d'origine (61). La loi introduit également la notion de « *circonstance humanitaire exceptionnelle* » laissée d'une part à la discrétion du médecin de l'Agence Régionale de Santé et d'autre part, à la discrétion du préfet après avis du directeur de l'Agence Régionale de Santé qui ne sont pas des médecins⁶². Outre l'introduction de l'arbitraire dans l'octroi des titres de séjour, cette disposition implique de fait, une levée du secret médical. Il est encore trop tôt pour évaluer, à grande échelle, les effets délétères des modifications ci-dessus. Malgré les communications

⁶² Principales dispositions de la loi du 16 juin 2011 relative à l'immigration, l'intégration et la nationalité. Analyse de la Cimade. Juil 2011

rassurantes de la part des députés, insistant sur le fait que l'esprit de la loi n'était pas changé et malgré la circulaire du 17 juin 2011 rappelant que « dans l'ensemble des pays en développement, il n'est pas encore possible de dire que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs du VIH⁶³ », de manière sporadique des étrangers malades se sont vu refuser le renouvellement de leur titre de séjour, y compris des patients infectés par le VIH. On peut donc s'attendre à une dégradation de la santé des personnes en situation irrégulière sur le territoire français mais aussi à une augmentation de retour forcé d'étrangers malades.

⁶³ Circulaire N°IOC-K-11-10771C

Annexe 8 : Questionnaire utilisé au cours des entretiens avec les 22 migrants de notre étude

1. Comment vous appelez vous ? (Anonymisation du questionnaire grâce aux initiales)
2. D'où venez-vous ?
3. Etes-vous marié ?
4. Avez-vous des enfants ?
5. Quel âge avez-vous ?
6. Où avez-vous votre famille ?
 - a. En Europe
 - b. Au Mali
 - c. Dans un autre pays d'Afrique

Antécédents de santé :

7. Avez-vous des problèmes de santé ?
 - a. Oui
 - b. Non
8. Si oui, lesquelles ?
9. Avez-vous déjà été opéré ?
 - a. Oui
 - b. Non
10. Avez-vous déjà été hospitalisé ?
 - a. Oui
 - b. Non
11. Actuellement, est-ce que vous vous trouvez en bonne santé ?
 - a. Oui tout à fait
 - b. Oui un peu
 - c. Non pas vraiment
 - d. Non pas du tout
 - e. Ne sait plus
12. Est-ce que vous fumez ?
 - a. Oui
 - b. Non
13. Quelle quantité ?
 - a. Un paquet par semaine
 - b. Un paquet par jour
 - c. Plus qu'un paquet par jour
14. Est-ce que vous prenez de l'alcool ?
 - a. Oui, rarement
 - b. Oui, une fois par semaine
 - c. Oui, plusieurs fois par semaine
 - d. Oui tous les jours
 - e. Non
15. Est-ce que vous consommez des drogues ?
 - a. Du shit
 - b. De la cocaïne
 - c. De l'héroïne
 - d. Non
16. Avez-vous des céphalées ?

- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
17. Avez-vous des douleurs dans le corps ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
18. Avez-vous des problèmes de sommeil ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
19. Avez-vous des problèmes d'appétit ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
20. Etes-vous stressé, anxieux ? ini toro lè kung do ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
21. Avez-vous des idées noires ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
22. Avez-vous des flash back ? Yi be sogo djougou kè ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
23. Avez-vous des problèmes de concentration en regardant la télé, en lisant ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
24. Si oui à un de ces symptômes, précisez la durée.
25. Allez-vous consulter un docteur ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
26. Allez-vous consulter un tradipraticien ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
27. Prenez-vous des médicaments ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps

- e. Non, jamais
28. De quel type ?
- a. Contre les douleurs
 - b. Contre le paludisme
 - c. Des antibiotiques
 - d. Pour avoir des forces
 - e. Autre
29. Où les achetez-vous d'habitude ?
- a. Dans la rue
 - b. En pharmacie

Contexte avant d'arriver dans le pays d'accueil :

Situation économique, sociale, état de santé physique et mental

30. Où viviez-vous avant d'émigrer en Europe ?.....
- a. Dans la capitale
 - b. Dans une ville de province
 - c. Dans un village
31. Avec qui viviez-vous ?
- a. Vos parents
 - b. Votre mari/femme/enfant
 - c. Des membres de la famille
 - d. Des amis
 - e. Seul(e)
32. Avez-vous été à l'école ?
- a. Non
 - b. A l'école coranique
 - c. Jusqu'en primaire
 - d. Jusqu'au collège
 - e. Jusqu'au lycée
 - f. Jusqu'à la faculté
33. Est-ce que vous travailliez ?
- a. Oui de façon régulière
 - b. Oui de façon occasionnelle
 - c. Non
34. Dans quel domaine ?
- a. Artisan
 - b. Commerçant
 - c. Alimentation
 - d. Usine
 - e. Agriculteur
 - f. Etudiant
 - g. Autre
35. Combien gagniez-vous par semaine ?
- a. Moins de 3500 CFA
 - b. Entre 3500 et 5000 CFA
 - c. Plus que 5000 CFA
 - d. Pas de salaire
36. Est-ce que vous aviez des problèmes de santé à l'époque ?
- a. Oui
 - b. Non
37. Est-ce que vous vous trouviez en bonne santé ?
- a. Oui tout à fait
 - b. Oui un peu
 - c. Non pas vraiment
 - d. Non pas du tout
 - e. Ne sait plus
38. Aviez-vous céphalées ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais

39. Aviez-vous des douleurs dans le corps ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
40. Aviez-vous des problèmes d'appétit ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
41. Aviez-vous des problèmes de sommeil ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
42. Etiez-vous stressé, anxieux ? i ni toro lè kung do ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
43. Aviez-vous besoin d'aller chez le docteur ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
44. Alliez-vous consulter le tradipraticien ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
45. Aviez-vous été hospitalisé plusieurs jours ?
- Oui, une fois
 - Oui, plusieurs fois, précisez.....
 - Non, jamais
46. Aviez-vous besoin de médicaments ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
47. De quel type ?
- Contre les douleurs
 - Contre le paludisme
 - Des antibiotiques
 - Pour avoir des forces
 - Autre
48. Où les achetiez-vous d'habitude ?
- Dans la rue
 - En pharmacie
49. Est-ce que vous fumiez ?
- Oui
 - Non
50. Quelle quantité ?
- Un paquet par semaine
 - Un paquet par jour
 - Plus qu'un paquet par jour
51. Est-ce que vous preniez de l'alcool ?

- a. Oui, rarement
- b. Oui, une fois par semaine
- c. Oui, plusieurs fois par semaine
- d. Oui tous les jours
- e. Non

52. Est-ce que vous aviez l'habitude de consommer des drogues ?
- a. Du shit
 - b. De la cocaïne
 - c. De l'héroïne
 - d. Non

Le processus migratoire :

53. Qu'est ce qui vous a convaincu de partir ?.....
54. Quel avait été votre mode d'entrée dans ce pays ?
- a. Avec un visa tourisme
 - b. Avec un visa étudiant
 - c. Par regroupement familial
 - d. Sans titre de séjour
 - e. Avec les papiers de quelqu'un d'autre
55. Aviez-vous déjà des proches à l'étranger avant votre arrivée?
- a. Père /mère/ frère/ ou sœurs
 - b. Mari/Femme /enfants
 - c. Famille agrandie
 - d. Non

Contexte et situation dans le pays d'accueil :

Durée du séjour, mode de vie, économie, accès aux soins, santé

56. Combien de temps avez-vous passé en Europe ?
- a. Moins de 1mois
 - b. Plus de 1 mois
 - c. Plus de 6 mois
 - d. Plus de 1 an
 - e. Plus de 5 ans
57. Quel était votre statut matrimonial ?
- a. En couple
 - b. Marié
 - c. Concubinage
 - d. Célibataire
58. Avez-vous des enfants en Europe ?
- a. Oui
 - b. Non
59. Est-ce que vous travailliez de manière continue ?
- a. Oui
 - b. Non
60. Dans quel domaine ?
61. Avez-vous résidé dans la même région ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Laquelle ?
62. . Pourquoi ?
63. Avez-vous subi des contrôles de police ?
- a. Jamais
 - b. Une fois
 - c. Deux fois
 - d. Plus que 5 fois
 - e. Plus que 10 fois
64. Avez-vous tenté de régulariser votre situation administrative ?
- a. Oui

- b. Non
65. Si non, pourquoi ?.....
66. Si oui, par quel moyen ?
- Demande de visa vie privé et familiale /regroupement familial
 - Demande de visa pour raison de santé
 - Demande de visa travail
 - Demande d'asile
67. Combien de fois avez-vous fait les démarches ?
68. Aviez-vous gardé des contacts avec vos proches au Mali ?
- Oui
 - Non
69. Si oui, par quel moyen ?
- Téléphone
 - Internet
 - Envoi de colis par des compatriotes
 - Envoi d'argent
70. Avec quelle fréquence retourniez-vous au Mali ?
- Tous les ans
 - Tous les 2 ans
 - Moins souvent
 - Jamais
71. En Europe, comment faisiez-vous pour vous soigner?
- Jamais eu besoin
 - Hôpital
 - Association médicale /Service médicale gratuit
 - Médecin de ville
 - Tradipraticien
72. Combien de fois consultiez-vous le médecin en Europe ?
- Souvent, une fois par mois
 - De temps en temps, tous les 2 à 3 mois
 - Rarement, une fois par an
 - Jamais
73. Avez-vous des problèmes de santé chronique ?
- Oui
 - Non
74. En Europe, avez-vous eu des problèmes de santé si graves que vous avez dû être hospitalisé ?
- Une fois
 - Plusieurs fois
 - Jamais
75. En Europe, consommiez-vous ?
- Du Tabac
 - De l'alcool
 - Du shit
 - De la cocaïne, de l'héroïne, des solvants
 - Pas de prise de toxique
76. En Europe, aviez-vous l'impression d'être ?
- En très bonne santé
 - En bonne santé
 - En mauvaise santé
77. En Europe aviez-vous l'impression de tomber plus souvent malade que les autres ?
- Oui, beaucoup plus souvent
 - Oui un peu plus souvent
 - Non
 - Ne sais pas
78. En Europe, aviez-vous l'impression que vous alliez tout le temps tomber malade ?
- Oui
 - Non
 - Ne sait pas

79. Est-ce que vous vous trouviez en bonne santé ?
- Oui tout à fait
 - Oui un peu
 - Non pas vraiment
 - Non pas du tout
 - Ne sait plus
80. Aviez-vous céphalées ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
81. Aviez-vous des douleurs dans le corps ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
82. Aviez-vous des problèmes d'appétit ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
83. Aviez-vous des problèmes de sommeil ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
84. Etiez-vous stressé, anxieux ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
85. Aviez-vous besoin d'aller chez le docteur ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
86. Alliez-vous consulter le tradipraticien ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
87. Avez-vous été hospitalisé plusieurs jours ?
- Oui, rarement
 - Oui, parfois
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
88. Aviez-vous besoin de médicaments ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
89. De quel type ?

Période autour du retour forcé : rétention, conditions d'expulsion

90. Dans quel cadre a-t-il eu lieu ?

- a. A votre arrivée à l'aéroport
 - b. Contrôle systématique des papiers dans la rue
 - c. Sur le lieu de travail
 - d. Descente dans un foyer
 - e. A la préfecture
 - f. Infraction
91. Où avez-vous été emmené initialement ?
- a. Au poste de police
 - b. En centre de rétention/prison
 - c. En centre de transit à l'aéroport
92. A cette occasion, vous a-t-on expliqué ce qui se passait et quel serait votre devenir ?
- a. Oui
 - b. Non
93. Avez-vous été :
- a. Coursé
 - b. Insulté
 - c. Menotté
 - d. Brutalisé
 - e. Tabassé
 - f. Aucune des ces différentes actions
94. Avez-vous eu la possibilité de voir un médecin lors de votre arrestation ?
- a. Oui
 - b. Non
95. Combien de temps avez-vous passé en centre de rétention ?
- a. Mois de 1 semaine
 - b. De 1 à 4 semaines
 - c. Plus que 4 semaines
96. Au cours de votre rétention avez-vous eu droit à :
- a. Des visites de proches
 - b. Des conseillers juridiques /avocats
 - c. Du personnel médical/paramédical
 - d. Des psychologues/psychiatres
 - e. Pas de visite
97. Lors de la rétention (avant l'expulsion proprement dite) pensez-vous avoir subi :
- a. Des violences verbales
 - b. Des violences physiques
 - c. Des violences morales
 - d. Aucune violence
98. Si oui, ces violences provenaient :
- a. Des policiers chargés de la surveillance du centre
 - b. Des bénévoles et autres personnels sur place
 - c. Des autres personnes retenues
99. Si oui, avez-vous pu en parler à quelqu'un :
- a. Oui
 - b. Non
100. Avec qui ?
- a. Personnels du centre
 - b. Autre retenus
 - c. Personnel médical
 - d. Psychologue
101. A-t-on accepté de vous délivrer un certificat de coups et blessures ?
- a. Oui
 - b. Non
102. Lors de votre rétention, avez-vous pu faire un recours de justice ?

- a. Oui
 - b. Non
103. Si non, pourquoi ?.....
104. Si oui, avez-vous eu droit à :
- a. Un avocat commis d'office
 - b. Un avocat faisant partie d'une association
 - c. Un avocat payé par vous-même ou des proches
 - d. Un traducteur
105. Avez-vous assisté à la procédure judiciaire vous concernant ?
- a. Oui
 - b. Non
106. Durant cette période, avez-vous eu des problèmes de santé ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Ne sait pas
107. Avez-vous eu des problèmes de sommeil ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
108. Faisiez-vous des cauchemars ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
109. Etiez-vous ?
- a. Horriblement stressé
 - b. Très stressé
 - c. Un peu stressé
 - d. Pas du tout stressé
110. Aviez-vous des problèmes d'appétit ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
111. Aviez-vous des problèmes de concentration en regardant la télé, en lisant ?
- a. Oui, rarement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Oui, souvent
 - d. Oui, tout le temps
 - e. Non, jamais
112. A quoi pensiez-vous le plus souvent ?
- a. A votre arrestation
 - b. A vos proches
 - c. Au retour au pays
 - d. A ce que vous quittiez en France
 - e. A l'avenir
 - f. Autre
113. Avez-vous augmenté votre consommation de tabac ?
- a. Oui beaucoup
 - b. Oui un peu
 - c. Non
 - d. Ne fumait pas
114. Avez-vous eu des problèmes de santé lors de votre rétention ?
- a. Oui
 - b. Non
115. De quel type ? Précisez

116. Avez-vous pris des médicaments ?
- Oui prise unique
 - Oui prise sur plusieurs jours
 - Non
117. Avez-vous été informé de votre expulsion à l'avance ?
- Oui
 - Non
118. Combien de temps ?
- Le jour même
 - La veille
 - Plusieurs jours à l'avance
119. Dans quelles conditions a eu lieu votre rapatriement forcé ?
- Par un vol régulier avec d'autres passagers
 - Par un vol affrété uniquement pour les expulsions
120. Combien de policiers vous accompagnaient ?.....
121. Vous êtes vous débattu avant et/ou pendant l'embarquement ?
- Oui
 - Non
122. Avez-vous été violenté ?
- Menottes
 - Insultes
 - Coups
 - Passage à tabac
 - Pas de violence
123. Cela a-t-il eu une répercussion sur votre rapatriement ?
- Non
 - Report
 - Annulation
124. A cette occasion avez-vous eu des soins ?
- Oui
 - Non

Contexte actuel : socio-économique, santé, recherche de signes de stress et d'altération de la santé mentale.

125. Depuis combien de temps êtes-vous de retour au Mali ?
- Depuis moins de 1 mois
 - Depuis mois de 6 mois
 - Depuis plus de 2 ans
126. A votre arrivée, est-ce que quelqu'un vous a accueilli à l'aéroport ?
- De la famille
 - Des amis
 - Personne
127. Où vous êtes-vous installé ?
- Dans la capitale
 - Dans une ville
 - A la campagne
 - Dans votre région natale
128. Où logez-vous ?
- Dans la famille
 - Chez des amis
 - Dans votre propre logement
 - Autre
129. Avez-vous retrouvé du travail ?
- Non
 - Oui

Dans quel domaine ?

130. Les gens que vous rencontrez sont-ils courant de votre situation ?
- Oui
 - Non
131. Diriez-vous que vous êtes :
- Très bien réintégré
 - Plutôt bien vous réintégré
 - Plutôt mis à l'écart
 - Complètement mis à l'écart
 - Ne sait pas
132. Avez-vous souffert de la différence de mode de vie entre l'Europe et le Mali ?
- Pas du tout
 - Un peu
 - Beaucoup
133. Depuis votre arrivée au Mali, avez-vous consulté ?
- Un médecin
 - Un tradipraticien
 - Un infirmier
 - Un pharmacien
134. Avez-vous rencontré un psychologue/psychiatre ?
- Oui
 - Non
135. Avez-vous été hospitalisé plusieurs jours ?
- Oui, une fois
 - Oui, plusieurs fois
 - Non, jamais

Perspectives :

136. Etes-vous capable de parler de ce qui vous est arrivé ?
- Oui, rarement
 - Oui, de temps en temps
 - Oui, souvent
 - Oui, tout le temps
 - Non, jamais
137. Si oui, avec qui ?
- La famille
 - Les amis
 - Les personnes qui ont vécu la même la chose que vous
 - Des médecins/psychologues
138. Qu'est ce qui vous a le plus choqué/traumatisé dans votre histoire/ les différents évènements ?
139. Si c'était à refaire, est ce que vous choisiriez de retenter votre chance en Europe ?
- Oui tout à fait
 - Plutôt oui
 - Ne sait pas
 - Plutôt non
 - Non pas du tout
140. Qu'auriez vous aimer voir changer lors de votre expulsion, à la fois dans la prise en charge au Mali et en Europe ?
141. De quoi avez-vous le plus souffert ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Agier M. Gérer les indésirables : Des camps de réfugiés aux gouvernements humanitaires. Paris : Flammarion, 2008. 349 p.
2. Amiri L. Stora B. *in* Stora B, Temine E. Immigration : Les politiques de l'immigration en France du début du XXème siècle à nos jours. Paris : Hachette Littérature, 2007. 382 p.
3. Association Malienne des Expulsés www.expulsesmaliens.info
4. Aux frontières de l'Europe, Contrôles, Enfermements et Expulsions. Rapport Migreurop 2009-2010.
5. Baby M. Les urgences psychiatriques au Mali : Etude épidémiologique-clinique dans le service de psychiatrie du Point G à Bamako. Thèse d'exercice de médecine. Bamako : Université de Bamako, 2005.
6. Ballo M. Migration au Mali. Profil 2009. Genève : OIM, 2009. 129 p.
7. Bhui K, Abdi A, Abdi M. Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees, preliminary communication. Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol. 2003 Jan ; 38(1) : 35-43
8. Blanchard P. La France Noire Trois siècles de présence des Afriques, des Caraïbes, de l'océan Indien et d'Océanie. Paris : La découverte, 2011. 359 p.
9. Bolton P. Cross-cultural validity and reliability testing of a standard psychiatric assessment instrument without a gold standard. J NervMent Dis. 2001 Apr ; 189 (4) : 238-42
10. Bolton P. Local perceptions of the mental health effects of the Rwandan genocide. J NervMent Dis. 2001 Apr ; 189 (4) : 243-8
11. Boraud C, Dang C, Brouard A. Etrangers places en rétention administrative : constats

médicaux, approche sanitaire et socio-économique. Bobigny (France), 2008-2009. BEH 26 oct 2010 ; 40-41

12. Bouilly E, Chopin A, Gubert F. Migrants ouest africains : Miséreux, Aventuriers ou Notables, Politiques Africaines 2008, 109 : 5-107
13. Brachet J. Migrations transsahariennes vers un désert cosmopolite et morcelé. Terra. Bellecombes en Bauge : Le Croquant, 2009. 322 p.
14. Breslau J, Aguilar-Gaxiola, Borges G. Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans Psychiatry Research 2007, 151 : 115-122
15. Centres de rétention administrative. Rapport La Cimade 2008
16. Chappart P. Expérience de retour forcé au Cameroun, récit de franchissement de frontière. Laboratoire Migrinter Poitiers 2009, dans le cadre de la préparation d'une thèse en sciences sociales : Retour des étrangers en situation irrégulière et politiques migratoires européennes : franchissement de frontière et rapport à la loi.
17. Charbonneau A-L. Migration et violences sexuelles : la femme africaine, monnaie d'échange sur la route de la migration transsaharienne vers le Maroc. Mémoire de recherche en sciences politiques. Lyon : Sciences po – UNHCR, 2010.
18. Choukri H. Des mouvements sociaux « sur une tête d'épingle » ? Le rôle de l'espace physique dans le processus contestataire à partir de l'exemple des mobilisations dans les foyers de travailleurs migrants. Politix, 2008/4 ; 84 : 145-165
19. CIGEM www.cigem.fr
20. Clochard O. Atlas des migrations en Europe, géopolitique critique des politiques migratoires européennes. Paris : Armand Colin, 2009. 142 p.
21. Conseil National du Sida. Note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raison médicale envisagé dans le cadre du projet de loi N°2400 « Immigration, Intégration, Nationalité ». Conseil national du Sida. 10 fev 2011
22. Coquery-Vidrovitch C. Petites histoires de l'Afrique : l'Afrique au Sud du Sahara de la préhistoire à nos jours. Paris : Broché, 2011. 222 p.
23. Cordier A, Salas F. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'état. Rapport IGF-IGAS Nov 2010.

24. Crumlish N, O'Rourke k. A systematic review of treatments for PTSD among refugees and asylum seekers J NervMent Dis 2010 ; 198 : 237-251
25. Cunningham M, Cunningham JD. Patterns of symptomatology and patterns of torture and trauma experiences in resettled refugees. Aust N Z J. Psychiatry 1997 Aug ; 31 (4) : 555-65
26. Daniel S. Les routes clandestines : l'Afrique des immigrés et des passeurs. Paris : Hachette littérature, 2008. 279 p.
27. Daum C. Les immigrés et le co-développement, Ceras - revue Projet n°288, Septembre 2005.
28. Daum C. Les associations de Maliens en France, migration, développement et citoyenneté. Paris : Karthala, 1998. 253 p.
29. De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. JAMA 2001 Aug 1. 286 (5) : 555-62.
30. Dembele D. Le Mali et la migration irrégulière. Note d'analyse et de synthèse 2010/ 39
31. Deniaud F, Legros P, Collignon A. Dépistages ciblés proposés dans 6 foyers de migrants à Paris en 2005 : étude de faisabilité et d'impact, Santé Publique, 2008 : 20 (6) 547-559
32. Denoux P. La trajectoire comme facteur étiopathogénique des troubles mentaux dans la migration Annales médico-psychologiques 2007. 165 (7) : 492-502
33. Derckx V. Expulsion of illegal residents (aliens) with medical problems and Article 3 of the European Convention on Human Rights. Eur J Health Law. 2006 Dec. 13 (4) : 313
34. Ergbersen G. Les stratégies de séjour des immigrés clandestins. Acte de recherche en sciences sociales 2009. 129 : 26-38
35. Escoffier C, Tainturier P, Halasa A. Droits économiques et sociaux des migrants et des réfugiés la region Euromed : Accès aux soins de santé et au marché du travail: Etude de cas France, Jordanie, Maroc. 2008

36. Eytan A, Durieux-Paillard S, Whitaker-Clinch B. Transcultural validity of a structured diagnostic interview to screen for major depression and posttraumatic stress disorder among refugees. *J Nerv Ment Dis.* 2007 Sep; 195 (9) : 723-8.
37. Fassin D, Rechtman R. *L'empire du Traumatisme*. Paris : Flammarion, 2007. 452 p.
38. Fischer N. *Entre urgence et contrôle : Elément d'analyse du dispositif contemporain de rétention administrative pour les étrangers en situation d'éloignement du territoire*. Terra. Paris : Esquisses, 2007.
39. Fortress Europe. <http://fortresseurope.blogspot.com/p/la-strage-negata-17317-morti-ai-confini.html>
40. Frontex. <http://www.frontex.europa.eu>
41. Gobbers D. L'organisation du système de soin en Afrique de l'Ouest. *adsp Mars* 2000 : 35-42
42. Green JP, Eagar K. The health of people in Australian immigration detention centres. *Med J Aust.* 2010 Jan 18 ; 192 (2) : 65-70
43. Haas de H, *Migration irrégulière d'Afrique Occidentale en Afrique du nord et en union Européenne : Une vue d'ensemble des tendances générales Série Migration research de l'OIM* 2008 ; 32
44. Hadley C, Tegegn A, Tessema F. Food insecurity, stressful life events and symptoms of anxiety and depression in east Africa: evidence from the Gilgel Gibe growth and development study. *J Epidemiol Community Health.* 2008 Nov ; 62 (11) : 980-6
45. Hamel C, Moisy M. *L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins. Trajectoire et Origine : enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats.* Oct 2010
46. Hollifield M, Warner TD, Lian N. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA.* 2002 Aug 7; 288 (5) : 611-21
47. Ichikawa M, Nakahara S, Wakai S. Effect of post-migration detention on mental health among Afghan asylum seekers in Japan. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006 Apr ; 40 (4) : 341-6

48. Jacquelot de G, Wender AS. Prisonniers du désert, Enquête sur les conséquences des politiques migratoires européennes à la frontière Mali-Mauritanie Rapport de la Cimade 2010.
49. Kaaya SF, Lee B, Mbwambo JK. Detecting depressive disorder with a 19-item local instrument in Tanzania. *Int J Soc Psychiatry*. 2008 Jan ; 54 (1) :21-33
50. Kamaté Z. Etude des troubles psychiatriques des émigrés dans le service de psychiatrie du point G. Thèse d'exercice de médecine. Bamako : Université de Bamako, 2009.
51. Karunakara UK, Neuner F, Schauer M. Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *Afr Health Sci*. 2004 Aug ; 4 (2) : 83-93
52. Keller AS, Rosenfeld B, Trinh-Sheverin C. Mental health of detained asylum seekers. *Lancet* 2003 ; 362 : 1721-1723
53. Kinzie JD. Immigrants and refugees: the psychiatric perspective. *Transcult Psychiatry*. 2006 Dec ; 43 (4) : 577-91
54. Konaté A, directeur du CIGEM, interview *in* Malbos C. Au Mali, inauguration de la tour de guet avancée de l'Europe. Médiapart 15 oct 2008
55. La régularisation pour raison médicale en France, un bilan alarmant. ODSE. Rapport 2008
56. La santé des exilés. COMEDE. Rapport d'activité et d'observation 2010
57. Laacher S. Le peuple des clandestins. Paris : Calmann Levy, 2007. 214 p.
58. Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003, Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. Etude et résultats (Drees) 2005 ; 436 : 1-12
59. Lecadet C. Itinéraire de la faim des migrants subsahariens expulsés d'Algérie vers le Mali : du rationnement carcéral à l'organisation de la survie. *Anthropology of food*. dec 2010
60. Lecadet C. Le front mouvant des expulsés : Lieux et enjeux des migrants expulsés au

Mali. Thèse d'anthropologie. Paris, EHESS 2011.

61. Lecadet C. Stratégies de visibilité ambiguë en situation irrégulière : Sans papiers et migrants expulsés vers le Mali : dialectique du visible et de l'invisible dans les formes inédites de luttes sociales @migrinter 4-18 2009
62. Leprince C. Etude de faisabilité d'un projet visant à renforcer l'accès aux droits et aux soins des migrants en Algérie. Rapport de Mission Médecins du Monde. Mai 2010
63. Les chiffres choisis de l'immigration. Plein droit - Revue du GISTI. 2008 juin ; 77
64. Loutan L, Bierens de Haan D. The health of asylum seekers: from communicable disease screening to post-traumatic disorders. Bull Soc Pathol Exot. 1997 ; 90 (4) : 233-7
65. Martin L. Sans papiers, sans abris comment ils se soignent? Panorama du Médecin. Juin 2010. 5189 : 16-21
66. Mathieu-Zahzam L. Etude sur la santé des migrants consultant en médecine générale hospitalière. Thèse d'exercice de médecine. Paris : Université de Paris V, 2011.
67. Menet Gacebe Y. Demande de soin psychiatrique : données épidémio-clinique en milieu hospitalier au CHU du Point G de Bamako. Thèse d'exercice de médecine. Bamako : Université de Bamako, 2005.
68. Momartin S, Steel Z, Coello M. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. Med J Aust. 2006 Oct 2; 185 (7) : 357-61.
69. Moreno GP, Engel JL, Polo SA. Diagnosis of depression in Sub-Saharan immigrants. AtenPrimaria. 2007 Nov ; 39 (11) : 609-14
70. Ndiaye P. La condition noire Essai sur une minorité française. Paris : Gallimard, 2009. 521 p.
71. Nube M, Overbosch GB, Health in central west Africa countries commodities and disparities in Kouassi, B. Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest. Paris : Karthala, 2008. 285 p.

72. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. Médecin du monde. Rapport sur l'activité 2010. Oct 2011
73. Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe. Rapport de l'enquête 2008, sept 2009
74. OTHILY G, BUFFET F. Rapport de la commission d'enquête sur l'immigration clandestine, Sénat, tome 1, n°300, 2006, 237 p.
75. Pedersen C, Mortensen P, Cantor-Graae E. Do risk factors for schizophrenia predispose to emigration ? Schizophrenia Research 2011 April ; 127 (1-3) : 229-234
76. Piwowarczyk L. Asylum seekers seeking mental health services in the United States: clinical and legal implications. J NervMent Dis. 2007 Sep ; 195 (9) : 715-22.
77. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. JAMA. 2005 Aug 3 ; 294 (5) : 602-12.
78. Principales dispositions de la loi du 16 juin 2011 relative à l'immigration, l'intégration et la nationalité. Analyse de la Cimade. Juil 2011
79. Rapport d'audit de la politique d'immigration de Nicolas Sarkozy. Ouvrage collectif. Cette France-là. 2010
80. Rekacewicz P. Migration, sauvetage en mer et droit humain. Le Monde diplomatique 27 sept 2009
81. Renaut S. D'un recensement à l'autre : 1990-1999, la population immigrée en foyers de travailleurs. Retraite et société, 2006/1 ; 47 : 170-192
82. Renner W, Salem I. Post-traumatic stress in asylum seekers and refugees from Chechnya, Afghanistan, and West Africa: gender differences in symptomatology and coping. Int J Soc Psychiatry. 2009 Mar ; 55 (2) : 99-108
83. Renner W. The effectiveness of psychotherapy with refugees and asylum seekers: preliminary results from an Austrian study. J Immigr Minor Health. 2009 Feb ; 11 (1) : 41-5

84. Ridde V, Girard JE. Douze ans après l'initiative de Bamako : constat et implication politique pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé publiques* 2004 ; 15 (1) : 37-51
85. Robjant K, Hassan R, Katona C. Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2009 Apr ; 194 (4) : 306-12
86. Sayad A. *Immigration ou les paradoxes de l'attente : l'illusion du provisoire*. Paris : Raison d'agir, 2006. 205 p.
87. Schizophrénie débutante : Diagnostic et modalités thérapeutiques. Conférence de consensus française. Janvier 2003
88. Schmitz J. *Migrants ouest africains : Miséreux, Aventuriers ou Notables, Politiques Africaines* 2008, 109
89. Seris N. Programme d'accès aux soins pour les populations migrantes d'origine subsaharienne en transit à Tamanrasset et à la frontière algéro-malienne. Rapport Médecins du Monde France. Juin 2004
90. Silove D, Steel Z, Susljik I. The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers : a longitudinal study. *Am J Disaster Med*. 2007 Nov- Dec ; 2(6) : 321-9.
91. Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. *Emerg Themes Epidemiol*. 2011 Aug 15 ; 8 (1) : 6
92. Steel J, Dunlavy A, Stillman A. Measuring depression and PTSD after trauma: Common scales and checklists. *Injury* 2011 March ; 42 (3) : 288-300
93. Steel Z, Silove D, Brooks R. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *Br J Psychiatry*. 2006 Jan ; 188 : 58-64
94. Synthèse de la législation de l'Union Européenne : Agence pour la gestion des frontières extérieures Frontex :
http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/institutions_bodies_and_agencies/133216_fr.htm

95. Toscani L, Deroo LA, Eytan A. Health status of returnees to Kosovo: do living conditions during asylum make a difference? *Public Health*. 2007 Jan ; 121 (1) : 34-44
96. Traoré A, *in* Malbos C. Au Mali, inauguration de la tour de guet avancée de l'Europe. Médiapart 15 oct 2008
97. Traoré A. L'Afrique humiliée. Paris : Fayard, 2008. 294 p.
98. Traoré A. Le viol de l'imaginaire. Paris : Fayard- Actes Sud, 2002. 206 p.
99. Valluy J. Postface p100-110 *in* Lépine J. DzokouNewa P. Une marche en liberté : émigration subsaharienne. Paris : Maisonneuve et Larose, 2006. 123p.
100. Visa refusé : Enquête sur les pratiques des consulats de France en matière de délivrance de visa. La Cimade. Rapport 2010
101. Yeomans PD, Herbert JD, Forman EM. Symptom comparison across multiple solicitation methods among Burundians with traumatic event histories. *J TraumaStress*. 2008 Apr ; 21 (2) : 231-4