

Ile de Saint-Martin : on n'expulsera pas l'épidémie par charter

La petite île antillaise de Saint-Martin, sous-préfecture française, « paradis » touristique connu pour ses plages de rêve et ses hôtels, ne passe pas pour un lieu de pauvreté et d'exclusion. Pourtant, elle a ses immigrants, ses bidonvilles et son épidémie de sida. Son cas démontre que, même sur le territoire d'un « Etat de droit », il n'est pas si facile d'appliquer les principes du Sommet de Paris (1).

SAINT-MARTIN a connu ces dernières années un développement économique important, axé sur le tourisme (près de 4 000 chambres, environ 1 million de touristes par an), et une explosion démographique (la population est passée de 8 000 personnes en 1982 à 29 000 au recensement de 1990). Les deux tiers de cette croissance démographique sont dus à une immigration de travailleurs d'origine caraïbe, venus d'Haïti, de Saint-Domingue, de la Dominique, de Saint-Kitts-Nevis, des Antilles néerlandaises... (2). Au recensement de 1990, les étrangers représentaient 55 % du total de la population, près de 60 % des salariés et, chose remarquable, les deux tiers de la population des 25-39 ans. Etant majoritaires dans les tranches d'âge à risque, ils sont bien sûr les plus touchés par l'épidémie. A cela s'ajoute leur situation sociale précaire : au premier janvier 1991, près de trois étrangers sur quatre, en âge d'activité, étaient en situation administrative irrégulière (3), essentiellement du fait de la généralisation de l'emploi non déclaré – de 1985 à 1991, les 2 685 entreprises officiellement recensées n'ont fait état que de la création de... 400 emplois (4, 5).

Les sources concernant la gravité de l'épidémie sont les données de l'hôpital de Saint-Martin, seule structure d'hospi-

talisation locale. Deux cent cinquante personnes séropositives ont été vues au moins une fois à l'hôpital de Saint-Martin de 1991 à 1993 ; plus de cinquante adultes atteints du sida ont été hospitalisés de 1991 à 1994 ; quinze enfants atteints du sida ont été hospitalisés de 1991 à 1993 : sur cette base de données récente, et donc sous-évaluée (pas de statistique avant 1991), le taux de sida cumulé peut être estimé à au moins un cas pour 500 habitants, ce qui est déjà quatre fois plus que le taux observé en France métropolitaine. La proportion des accouchées séropositives (117 sur 4 472 accouchements du 1^{er} janvier 1989 au 31 décembre 1994) est de 2,6 %, soit 25 fois le taux français (6), dix fois le taux parisien (7) et six fois le taux martiniquais (8).

Les pouvoirs publics ont été informés et ont parfois semblé prendre la mesure du problème (cf. la visite du directeur de la mission sida, en 1992, le développement par le conseil général de la Guadeloupe d'un programme de santé communautaire, les observations contenues dans le rapport Montagnier et le financement d'une recherche socio-anthropologique par l'ANRS). Mais, dans le même temps, l'administration hospitalière et sanitaire s'applique à rendre ces initiatives vaines ou sans véritable portée. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) note dans un rapport de juin 1992 que le programme de santé communautaire du Conseil général, qui est surtout destiné à mieux prendre en charge les étrangers, va entraîner pour l'hôpital public un surcroît d'activité qui « s'appliquera curieusement à une population qui, n'étant pas, pour une large proportion, en règle avec les autorités publiques, ne devrait pas s'y trouver » (9). Reprenant et précisant l'inspiration de l'IGAS, le directeur de l'hôpital de Saint-Martin fait paraître une interview, publiée en pleine page à la une du principal journal local (*The Guardian*, édité en anglais, l'île étant essentiellement anglophone), visant directement les migrants illégaux, intitulée « *Hospital of Saint-Martin: no ID, no treatment* » (« Hôpital de Saint-Martin : pas de

papiers d'identité, pas de traitement ») (10). Difficile d'être plus clair en matière d'exclusion ! Quant à la tutelle hospitalière départementale, elle bloque à deux niveaux. D'abord, elle ne contrôle pas l'utilisation des fonds destinés à l'hôpital de jour, qui se retrouvent évidemment absorbés dans la masse d'un budget hospitalier déficitaire, si bien que l'hôpital de jour ne sera jamais ouvert. La réponse embarrassée du préfet à la demande d'explication du ministre des Affaires sociales mérite d'être citée : « Vous m'indiquez que les crédits accordés au CH de Saint-Martin pour la lutte contre le sida n'ont jamais été versés à leurs destinataires. [...] Il est possible que les crédits alloués au budget, qui sont dorénavant globalisés par groupes fonctionnels, n'aient pas été, en l'absence de rapport d'activité et de comptabilité analytique, affectés à la prise en charge des patients atteints du sida. » (11) Ensuite, elle minimise la réalité de l'épidémie : elle refuse de prendre en compte les rapports alarmants des médecins de l'hôpital, ne cherche pas à les vérifier et publie dans son bulletin statistique officiel des chiffres invraisemblables : aucun cas jusqu'en 1990, huit cas en 1991, cinq cas en 1992 et, en 1993... zéro cas ! (12) Conséquence nécessaire, les moyens financiers pour la prise en charge hospitalière du sida disparaissent quasiment : leur niveau chute de 600 000 F en 1993 à 60 000 F en 1994 (alors que la seule consommation de médicaments antiviraux, pour les trois derniers mois de 1994, s'élève à 80 000 F).

Au total, il n'y a actuellement, à l'hôpital de Saint-Martin, ni accueil des personnes séropositives, ni consultations spécialisées (en dehors d'une vacation mensuelle du CISH de la Guadeloupe), ni structure d'hospitalisation adaptée, ni soutien psychologique ou social, ni véritables moyens d'information sur les risques de la maladie et sa prévention. Bref, l'administration hospitalière abdique ses responsabilités face à l'épidémie. On s'en doute, en filigrane de ce refus se dessine un alibi qui évacue les problèmes sanitaires

« Hôpital
de Saint-Martin :
pas de papiers
d'identité,
pas de traitement »,
déclare le directeur
dudit hôpital
au journal local
« The Guardian ».

en les renvoyant aux contraintes de la politique d'immigration. Ce dont témoigne la phrase finale du rapport de l'IGAS : « La réalité est que la solution des problèmes sanitaires de Saint-Martin est inséparable de celle de l'immigration. » (13)

La politique locale d'immigration est d'une grande ambiguïté : d'un côté elle reconnaît la nécessité économique de la population migrante et prend des mesures de régularisation (portant actuellement sur moins de la moitié des familles d'étrangers) ; de l'autre, cette régularisation est précaire. Les titres de séjour sont de très courte durée, excédant rarement un an ; et les expulsions se poursuivent, apparemment nombreuses (la préfecture se refuse à en fournir les chiffres), souvent brutales et, de toute façon, expéditives et sans garanties judiciaires. Au total, un message brouillé fragilisant la population immigrée et la poussant au choix de la clandestinité, ce qui est préoccupant d'un point de vue sanitaire, particulièrement en période d'épidémie. C'est ainsi qu'une proportion très importante de personnes dépistées sont perdues de vue. Par exemple, sur les 97 femmes dépistées à l'occasion de leur grossesse, de 1989 à 1993, 79 (soit 80 %) ne se sont pas représentées à l'hôpital et ne sont suivies nulle part ailleurs (14). Au bout du compte, sont créées les conditions d'un développement sans contrôle de l'épidémie du sida, qui menace toutes les couches de la population, étrangère ou non.

On le sait, le développement rapide et exclusif du tourisme de masse déstabilise les petites communautés, dotées au départ de ressources étroites, peu diversifiées (à Saint-Martin, la récolte du sel de mer, un peu d'élevage et un peu de pêche), et de moyens de planification limités. On connaît les conséquences de cette « monoculture » du tourisme : perte de l'identité communautaire, remise du pouvoir à des lobbies financiers constructeurs et gérants d'hôtels, et surtout voyagistes (les fameux « tours operators »), transferts financiers et, finalement, appauvrissement réel de la population locale (15). De plus, lorsque de grandes stations touristiques s'installent dans des zones au départ peu peuplées, qui n'ont pas connu auparavant une grande activité touristique, s'ajoute un phénomène important d'immigration (pour la construction, la gestion, les services), responsable d'une crise générale des structures publiques (logement, éducation, santé) (16). La société saint-martinienne n'a été épargnée par aucun de ces phénomènes (17, 18). C'est au

Saint-Martin
sous le sida
oblige à imaginer
d'urgence
une véritable
politique
d'intégration
sociale.

niveau de l'hôpital que la crise du système public trouve une de ses expressions les plus évidentes : pour 30 000 habitants, seulement 50 lits, dont neuf lits d'obstétrique pour 750 à 800 accouchements par an, soit un taux d'occupation d'environ 200 % ; aucun lit de pédiatrie (pour près de 10 000 enfants de moins de seize ans), les enfants malades étant admis dans un service d'adultes, sans moyens de prise en charge et de surveillance spécifique.

Ce maldéveloppement a été jusqu'à présent bien supporté par la société, d'autant que les principales victimes en étaient les étrangers dont la présence pouvait à tout moment être dénoncée, ce qui décourageait toute rébellion et garantissait une apparente tranquillité sociale. L'épidémie du sida change les règles du jeu. L'exclusion du système sanitaire – de droit ou de fait (par incapacité de la structure sanitaire à répondre aux besoins existants) – d'une partie importante de la population crée les conditions d'extension de l'épidémie dans la population générale, et l'institution hésite entre le déni et l'affrontement de l'épidémie, qui impliquerait à terme la mise à niveau de tout le système de santé en fonction des besoins réels de la population.

Prendre en compte l'épidémie du sida obligerait à renoncer à une société duale au sein de laquelle les étrangers, considérés comme une ressource naturelle illimitée, peuvent être appelés et renvoyés en fonction des intérêts économiques dominants, et se voir refuser un minimum de droits sociaux (notamment l'accès aux soins).

De ce point de vue, le cas de Saint-Martin présente un double intérêt. Il est exemplaire des problèmes sanitaires et sociaux que l'épidémie du sida ne manquera pas de créer dans les conditions actuelles de développement de l'industrie touristique en pays tropical, et en particulier dans les îles. D'autre part, Saint-Martin sous le sida oblige à imaginer d'urgence une véritable politique d'intégration sociale, dont l'échec ou la réussite pourrait être riche d'enseignements pour une modernité confrontée aux aspects négatifs de la croissance économique que sont l'exclusion et la dissolution du lien social.

Franck Bardinnet,
praticien hospitalier, chef de service de la maternité de l'hôpital de Saint-Martin,
François de Caunes,
praticien hospitalier,
pédiatre à l'hôpital de Saint-Martin,
J. L. Hamlet,
infirmier anesthésiste, président de l'Association pour la promotion de la santé à Saint-Martin (qui gère le CDAG).

NOTES

- (1) Sommet des chefs de gouvernement contre le sida. résolution finale. Paris. 1^{er} décembre 1994.
- (2) C. Maris, « Travail illégal et immigration irrégulière dans les départements d'outre-mer : le cas Saint-Martin », ministère des Départements et territoires d'outre-mer. Paris. 1991.
- (3) C. Maris, *op. cit.*
- (4) C. Maris, *op. cit.*
- (5) J. Cazenave, « Cap sur les îles du nord de la Guadeloupe : l'explosion de Saint-Martin », Antiane-Eco, INSEE, 17 mars 1992.
- (6) R. Henrion, E. Henrion-Géant et al., « Etude épidémiologique de 200 femmes enceintes infectées par le VIH », *Press. Med.* 1991, 20 : 1421-4.
- (7) R. Henrion, *op. cit.*
- (8) Chout, Conférence internationale sur le sida. Stockholm. 1988.
- (9) C. Dorion, J. Tchériatchoukine, Rapport relatif à l'organisation sanitaire de l'île de Saint-Martin (Guadeloupe). Inspection générale des affaires sociales, juin 1992.
- (10) *The Guardian*, vol. IV, n° 589. 1^{er} décembre 1993.
- (11) Lettre du 8 septembre 1994 du préfet de la Guadeloupe au ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.
- (12) Réseau national de santé publique, surveillance du sida, situation au 31 décembre 1993, départements d'outre-mer.
- (13) G. Dorion, J. Tchériatchoukine, *op. cit.*
- (14) F. Bardinnet, B. Dorak, F. de Caunes, J. Hamlet, « L'infection VIH chez la mère et l'enfant à Saint-Martin, approche épidémiologique et réponse institutionnelle », réunion inter-CISIH, Guyane, octobre 1994.
- (15) E. De Kadt, « Tourisme : passeport pour le développement ? Regards sur les effets culturels et sociaux du tourisme dans les pays en développement », séminaire Unesco-Banque mondiale, Washington, 1976, Editions Economica, Paris, 1979.
- (16) E. De Kadt, *op. cit.*
- (17) Y. Monnier, « L'immuable et le changeant », étude de la partie française de Saint-Martin, Centre d'études et de recherche sur le tourisme (université Bordeaux III) et Centre d'études et de géographie tropicales (CNRS), collection « Illes et Archipels », n° 1, Bordeaux, 1983.
- (18) R. R. Bellemare, « L'économie touristique française dans les Caraïbes », université de droit, d'économie et de sciences sociales Paris II, thèse de doctorat 3^e cycle, Paris, 1985.