



**HAL**  
open science

# L'accès aux soins dans l'Ouest guyanais. Représentations et pratiques professionnelles vis à vis de l'altérité : quand usagers et offre de soins viennent “ d'ailleurs ”

Estelle Carde

## ► To cite this version:

Estelle Carde. L'accès aux soins dans l'Ouest guyanais. Représentations et pratiques professionnelles vis à vis de l'altérité : quand usagers et offre de soins viennent “ d'ailleurs ”. Autre [q-bio.OT]. Université Paul Sabatier - Toulouse III, 2005. Français. NNT: . tel-00134997

**HAL Id: tel-00134997**

**<https://theses.hal.science/tel-00134997>**

Submitted on 6 Mar 2007

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

présentée et soutenue publiquement  
par

Estelle CARDE

Interne des Hôpitaux

le 17 janvier 2005

**L'accès aux soins dans l'Ouest guyanais**

**Représentations et pratiques professionnelles vis à vis de l'altérité :  
quand usagers et offre de soins viennent « d'ailleurs »**

**Directeur de thèse :  
Professeur Alain Grand**

### JURY

|                 |            |               |
|-----------------|------------|---------------|
| M. GRAND A.     | Professeur | Président     |
| M. FERRIERES J. | Professeur | Assesseur     |
| M. LANG T.      | Professeur | Assesseur     |
| Mme DUGUET A.M. | Docteur    | Assesseur     |
| Mme CUZIN L.    | Docteur    | Suppléant     |
| M. ALBERT J.P.  | Professeur | Membre Invité |



*Je tiens à remercier toutes celles et ceux qui ont pris le temps de me faire part de leurs expériences quotidiennes du système de soins en Guyane. Ce sont leurs témoignages qui forment la matière première de ce travail.*

*Ces remerciements s'adressent tout particulièrement à l'équipe du Cisih de l'hôpital de Saint Laurent du Maroni. Après lui avoir donné son impulsion initiale, le docteur François Bissuel a toujours soutenu ce travail et je lui suis sincèrement reconnaissante pour la confiance qu'il m'a accordée. Diane Vernon m'a accueillie avec beaucoup de gentillesse et m'a spontanément fait bénéficier de sa longue expérience d'anthropologue sur le Maroni. La présence enjouée et la disponibilité de Ghislaine ont donné leurs couleurs à mes observations dans le service. Enfin, je n'oublie pas les longues discussions et les incursions « sur le terrain » auxquelles Shannon m'a généreusement conviée.*

*En partageant ces aventures en terre et fleuve d'outre-mer, puis en me permettant d'en garder vivante la mémoire, Patrick et Pablo ont irrigué d'une sève précieuse ce travail au cours de chacune des étapes de sa maturation.*



# Sommaire

|   |            |
|---|------------|
| <b>SOMMAIRE.....</b>  | <b>5</b>   |
| <b>INTRODUCTION .....</b>   | <b>7</b>   |
| Objet d'étude.....  | 7          |
| La Guyane, terre d'immigration.....   | 12         |
| Une situation socio-sanitaire préoccupante.....   | 30         |
| Méthodologie .....  | 56         |
| <b>ACCES AUX DROITS A UNE COUVERTURE MALADIE ET PRISE EN CHARGE<br/>DU SIDA DANS L'OUEST GUYANAIS .....</b>                                     | <b>61</b>  |
| L'accès aux droits à une couverture maladie dans l'Ouest guyanais.....  | 61         |
| Prise en charge du sida dans l'Ouest guyanais.....  | 73         |
| <b>DISCOURS DES ACTEURS PROFESSIONNELS CREOLES.....</b>   | <b>83</b>  |
| Les catégorisations de l'autre.....   | 83         |
| Les pratiques différentielles justifiées par ces catégorisation.....  | 114        |
| <b>DISCOURS DES ACTEURS PROFESSIONNELS METROPOLITAINS .....</b>   | <b>137</b> |
| Introduction.....   | 137        |
| Le système socio sanitaire.....   | 139        |
| Les usagers du système de soins.....  | 200        |
| Illustration : l'application d'un système inadapté à sa population d'usagers.....   | 230        |
| Les pratiques différentielles justifiées par ces catégorisations.....   | 240        |
| <b>LE JEU DES APPARTENANCES ETHNIQUES AVEC LES INTERETS<br/>PROFESSIONNELS, LES CONTEXTES INSTITUTIONNELS ET LA LEGITIMITE<br/>DU SOIN.....</b> | <b>261</b> |
| Les demandes de jugements déclaratifs de naissance.....   | 263        |
| Légitimité des soins.....   | 282        |

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| Synthèse .....                 | 330        |
| <b>CONCLUSION .....</b>        | <b>335</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>     | <b>343</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>           | <b>351</b> |
| <b>TABLE DES MATIERES.....</b> | <b>377</b> |
| <b>RESUMES.....</b>            | <b>384</b> |

# Introduction

## Objet d'étude

L'état sanitaire en Guyane est généralement qualifié de « préoccupant ». Nous reviendrons sur la litanie des indicateurs (espérance de vie, mortalité périnatale, prévalence du VIH, etc.), énumérés comme autant de records qui retiennent le département aux dernières places du classement national. Mais surtout, nous allons nous intéresser aux causes de ces échecs, et plus précisément les causes que leur attribuent les acteurs professionnels du système sanitaire guyanais.

Pour une première approche de la situation, arrêtons-nous rapidement sur les explications causales avancées dans la littérature, grise ou scientifique. On peut, schématiquement, les répartir en deux groupes : les naturelles et les humaines.

Les premières surgissent en général dès les premières lignes de présentation de la Guyane : quand on a rappelé que ce département aux dimensions d'un pays (le Portugal),<sup>1</sup> dont plus de 90% de la surface est encore recouverte d'une épaisse forêt vierge, baigne dans un climat tropical humide équatorial<sup>2</sup>, on a déjà suggéré combien l'environnement pourra se révéler rétif aux tentatives de maîtrise sanitaire.

Nous avons qualifié d'humaines les secondes. Nous voulons parler de toutes ces caractéristiques populationnelles pointées du doigt comme autant d'obstacles à l'efficacité d'un système sanitaire : les données socio-économiques (précarité, analphabétisme), culturelles (« concurrence » avec d'autres systèmes de soins) ou encore démographiques (une désespérante stagnation suivie d'une croissance aussi brusque qu'irrépressible) en sont quelques unes. Un facteur revient régulièrement dans les analyses, tel un *proxy* des anglo-saxons, c'est à dire qu'il rassemble commodément toute une série de notions. C'est l'immigration. Celle-ci est en effet constituée, en Guyane comme ailleurs en France, d'une population pauvre, non francophone, dont les représentations de la maladie et du soin peuvent ne pas correspondre à celles de la biomédecine. Elle se caractérise en Guyane par son caractère « massif » qui achève de déséquilibrer une offre sanitaire déjà mise à rude épreuve par les obstacles naturels sus-évoqués.

Nous avons décidé de focaliser notre réflexion sur l'accès aux soins, faisant l'hypothèse que puisqu'il résulte de la confrontation d'une demande (individuelle, dès lors qu'est perçu le besoin de soins) avec une offre (celle du système sanitaire, telle que les acteurs professionnels la mettent en œuvre), il devrait exprimer les points cardinaux sus-dits : l'inadaptation du modèle métropolitain aux données guyanaises, tant naturelles que populationnelles.

Ce département, caractérisé par l'importation tant de son système de soins, élaboré sur un autre continent, que de sa population, dont la diversité ethnique bien connue est issue d'une immigration dont les débuts « documentés » remontent à l'aube du 17<sup>ème</sup> siècle, nous a inspiré les questions suivantes. Comment les acteurs professionnels chargés de mettre en œuvre ce

---

<sup>1</sup> La Guyane s'étend sur 91 000 km<sup>2</sup>, soit 1/6<sup>ème</sup> de la surface métropolitaine.

<sup>2</sup> La température, quasi constante, oscille entre 25 et 30° et l'hygrométrie avoisine les 85°.



système sanitaire pensé outre atlantique vivent-ils son « externalisation » en terre américaine ? Comment, dans un mouvement inverse, le « pluralisme ethnique » si caractéristique de la société guyanaise, avec ce jeu omniprésent des identités ethniques, vient-il imprimer sa patte sur le système de soins, ou en d'autres termes, de quelles empreintes l'ethnisation qui imprègne les relations sociales en Guyane marque-t-elle chacune des pratiques professionnelles et par suite chacun des parcours d'accès aux soins ? Et en retour, comment l'Etat (et ses services déconcentrés), avec ses normes, ses catégories et ses logiques, vient-il bousculer cette expérience quotidienne de l'interethnique, ses hiérarchies, ses valeurs ? C'est aux professionnels de l'accès aux soins que nous avons choisi d'adresser nos interrogations. En outre, l'accès aux soins recouvrant une notion trop vaste pour s'appréhender facilement, nous en avons resserré notre étude autour de deux angles d'approche.

Le premier est l'accès aux droits à une couverture maladie.

Malgré la mise en application, en Guyane comme dans le reste du pays, au 1<sup>er</sup> janvier 2000, de la réforme CMU-AMER, la proportion de la population résidant en Guyane dépourvue de couverture maladie y atteint des proportions inégales ailleurs en France. Comment expliquer un tel décalage entre la théorie (une couverture « universelle »), son application en métropole et son application en Guyane<sup>3</sup> ? Cette question illustre la première des caractéristiques que nous avons présentées ci-dessus à propos de la Guyane : la relative inefficacité du modèle importé de métropole, en suspectant bien-sûr qu'elle recouvre des explications « naturelles » mais aussi « humaines ».

Elle permet également d'appréhender la deuxième de nos questions, celle de la diversité des identités ethniques. Les professionnels de l'accès à une couverture maladie sont en effet en position de réaliser un tri, entre ceux qui accèdent au système socio-sanitaire, c'est à dire qui intègrent légalement une certaine « sphère de la légitimité », et ceux qui en restent exclus. Ce tri s'appuie sur les critères administratifs édictés par la loi. Mais ces critères administratifs sont soumis à interprétation et négociation au regard de divers enjeux. La bipolarité identité-altérité fonde l'un de ces enjeux : celui qui est perçu comme « l'autre », l'étranger (indépendamment de toute notion juridique), c'est à dire l'intrus, sera moins facilement inclus. L'objet de notre analyse est la reconnaissance des critères qui définissent, dans ce domaine de l'accès aux soins et en particulier de l'accès à une couverture maladie, l'identité et l'altérité. Ces critères ne prennent sens en tant que tels qu'au sein de leurs contextes socio-économiques, culturels, économiques, historiques particuliers. Par exemple, la condition de résidence en France pour l'accès à une couverture maladie, stipulée dès 1945 par le code de la Sécurité sociale, peut se voir, illégalement, tantôt « alourdie » d'une condition d'ancienneté de trois mois, tantôt à l'inverse complètement supprimée (en cas de besoin de soins urgents par exemple) : dans un cas il s'agit de limiter l'accès aux « trop » nouveaux-venus, dans l'autre de faire valoir la primauté de la légitimité du soin sur toute autre considération.

Enfin, l'accès aux soins proprement dits est auréolé d'une légitimité telle que le non accès, ou l'accès sur un mode différencié, ne s'affichent guère. L'accès à la couverture maladie, lui,

---

<sup>3</sup> Au 31 décembre 2001, 99% de la population résidente en métropole bénéficie d'une couverture maladie, selon la direction des statistiques de la CNAM. Celle-ci ne dispose en revanche pas des données concernant les DOM. Et pour cause : à la CGSS de Guyane, le responsable des statistiques reconnaît faire face à un « problème » : les fichiers de la CGSS (qui ne concernent que le régime général, laissant donc de côté, en particulier, les fonctionnaires) comptabilisent plus d'assurés et d'ayants-droits qu'il n'y a de résidents dans le département ... Est en revanche connu le nombre d'assurés et d'ayants-droits ayant bénéficié de soins pris en charge par l'assurance maladie de 2001 à 2003, soit 55% de la population estimée résidant à la même époque dans le département. On verra plus loin, à propos des hospitalisations, les éléments chiffrés qui laissent penser que le taux de non couverture est très élevé en Guyane.

placé en amont, fait plus volontiers appel aux critères administratifs qu'aux impératifs éthiques universels, et les tris par lesquels il peut procéder s'énoncent plus facilement, peuvent même s'écrire « noir sur blanc » dans un texte législatif ... ce qui n'empêche pas qu'ils fassent débat. Par exemple, la réforme CMU-AMER réserve aux étrangers en situation irrégulière sur le territoire français un accès différencié à la couverture maladie (l'Aide sociale plutôt que la Sécurité sociale), ce qu'ont ardemment contesté des militants des droits des étrangers ; autre exemple, on vient de dire que bien que la non résidence en France exclue légalement de toute possibilité de couverture maladie, on peut malgré tout s'en arranger, dans l'intimité du bureau de l'assistante sociale ...

Au total, la question de l'accès aux droits à une couverture maladie constitue un matériau propice à notre étude : elle pose la question de l'inadaptation du système national au contexte local, de façon approximativement quantifiable, elle est le lieu d'expression de l'altérité (quel est le sien que l'on accepte d'inclure au système, et l'autre qu'on en exclut), et ce d'autant plus que l'exclusion des droits à la couverture maladie peut s'énoncer plus facilement, voire légalement, que celle du soin, tout en faisant l'objet de débats collectifs et de réarrangements individuels.

Le second angle d'approche est la prise en charge du VIH (soins préventifs, curatifs et prise en charge administrative et sociale associée).

L'épidémie du sida « flambe » en Guyane. Les questions d'inadaptation du système de soins français au contexte guyanais, par isolement géographique (à l'intérieur de la Guyane, et entre la Guyane et la métropole), décalage culturel et insuffisances quanti et qualitatives de l'offre sanitaire, prennent en ce domaine un caractère dramatique ... et pourrait-on ajouter, d'autant plus décrié que les professionnels de la prise en charge du VIH sont souvent des militants qui comparent l'offre de soins guyanaise avec un équivalent métropolitain particulièrement performant (c'est « le sida » qui, en métropole, a initié une vaste réflexion sur la nécessité d'un volet social et psychologique associé à la prise en charge médicale, l'impératif de la confidentialité, les déterminants de l'observance, etc.).

En ce qui concerne la deuxième de nos questions, celle de l'identité ethnique, rappelons que le malade du sida, plus que tout autre malade, est « l'autre » : l'autre d'abord ethnique (l'Haïtien puis l'étranger en général ; en Guyane plus de la moitié des séropositifs suivis sont étrangers<sup>4</sup>), mais aussi l'autre socio-économique (le VIH, maladie de l'exclus, du précaire) ou plus radicalement l'autre dont on ne veut pas chez soi (le séropositif mis au ban de la société, de sa communauté, de sa famille). Les représentations de l'autre, que l'on a déjà dit fort prégnantes dans la société guyanaise, sont ainsi tout particulièrement mobilisées pour appréhender le malade séropositif. « Concentré d'altérité », le malade du sida pose en outre de façon cruciale la question de la légitimité du soin en raison de la gravité de sa maladie, catalysant les enjeux sus-dits du droit au séjour ou de la résidence en France, notamment avec la question des titres de séjour pour soins.

En résumé, la prise en charge du sida, comme celle de la couverture maladie, exprime l'inadaptation du système national au contexte local et supporte de lourds enjeux identitaires. En revanche, l'exclusion du soin des séropositifs, contrairement à l'exclusion de la couverture

---

<sup>4</sup> Une autre association de l'altérité à la maladie, probablement une des plus anciennes qui soit documentée en Guyane, est évoquée par CHAPUIS (1996) à propos des Amérindiens Wajana « découverts » par les colons. Le « choc microbien » provoqué par leurs contacts avec les Européens a donné naissance, au sein de leur système nosologique, à des maladies particulières, dites les « maladies des Blancs » : « (...) une des premières images de l'altérité européenne réfléchie dans le miroir des Amérindiens de Guyane fut celle du semeur de mort collective et mystérieuse (...) » A la différence de peau s'ajoutait, beaucoup plus inquiétante, la « *différence morbide* (...) une *altérité dangereuse* » qui a structuré les rapports ultérieurs avec les Européens. (CHAPUIS, 1996, p. 51, souligné par l'auteur)

maladie – comme l'accès à un soin « simplement » minimal, contrairement à l'accès différencié à une couverture maladie - s'exprime difficilement. La gravité de la maladie donne en effet à sa prise en charge une légitimité quasi absolue ... les réinterprétations personnelles et les débats collectifs que l'on pourra saisir n'en seront que plus révélateurs des enjeux qui peuvent se jouer dans l'accès aux soins de l'autre.

Précisons enfin que notre position d'interne au CISIH à l'hôpital de Saint Laurent du Maroni pendant les six mois de notre terrain n'a pas été étrangère au choix de ces angles d'approche : le problème de l'accès à une couverture maladie se pose de façon aiguë dans ce service en raison de la précarité socio-économique que connaissent nombre de patients séropositifs et du coût élevé de leurs soins.

Ces deux domaines (la couverture maladie et le VIH) sont des angles d'approche, c'est à dire qu'ils sont appréhendés pour mettre en évidence des processus à l'œuvre dans l'accès aux soins. Ce ne sont pas eux en tant que tels qui nous intéressent, mais plutôt les mécanismes sociaux plus généraux qu'ils permettent de mettre à jour. C'est pourquoi des observations tenant à d'autres aspects peuvent figurer dans notre analyse, quand ils sont particulièrement significatifs. C'est pourquoi également, et surtout, ces deux angles d'approche ne structurent pas le texte qui suit. Nous aurions en effet pu présenter les résultats de notre recherche en deux parties, l'une portant sur l'accès à une couverture maladie, l'autre sur la prise en charge du VIH. Mais il nous a semblé plus didactique de faire reposer notre plan sur les processus plutôt que sur les domaines : ce sont les processus à l'œuvre dans l'accès aux soins (inadaptation locale du système national, catégorisations ethniques, traitements différentiels que ces dernières justifient, etc.) que nous cherchons à repérer, ce sont donc eux qui fondent l'architecture du texte.

Mais la distinction majeure sur laquelle repose le plan est encore ailleurs. Si en effet leurs sous-parties traitent bien, chacune, de processus, les deux premières parties du texte s'appuient sur une distinction ethnique, qu'il nous faut maintenant justifier.

La variable ethnique s'est avérée d'emblée déterminante dans la teneur des commentaires énoncés. Partant, il nous a semblé heuristique de mener l'analyse et d'en présenter les résultats en distinguant les professionnels selon leur appartenance ethnique. Les professionnels de l'accès aux soins en Guyane étant essentiellement créoles ou métropolitains, nous avons choisi de rédiger le texte en distinguant les commentaires tenus par des professionnels créoles de ceux énoncés par des métropolitains. On pouvait en effet suspecter, et l'analyse des entretiens l'a confirmé, que les commentaires portant sur l'adéquation du système national en Guyane et mobilisant des représentations sur les divers groupes constitutifs de la population guyanaise sont éminemment distincts selon qu'ils sont tenus par des professionnels locaux (créoles) ou non (métropolitains).

Il fallait cependant confronter cette variable ethnique aux autres variables définissant nos interlocuteurs (fonction professionnelle, cadre institutionnel d'exercice, etc.) : c'est l'objet de la troisième et dernière partie.

Reprenons. Deux éléments sont régulièrement avancés pour expliquer la situation préoccupante de l'état sanitaire départemental, à savoir l'inadéquation du système national au contexte guyanais d'une part, l'immigration avec sa cohorte de variables socio-économiques, culturelles et démographiques d'autre part. Des professionnels de l'accès aux soins (travailleurs sociaux, soignants et agents administratifs essentiellement) ont été interrogés sur leurs perceptions de l'impact de ces éléments sur les parcours d'accès aux soins, notamment

lors de l'accès aux droits à une couverture maladie et de la prise en charge de l'infection par le VIH.

Précisons en outre que l'enquête a surtout porté sur l'arrondissement de l'Ouest guyanais, caractérisé par une exacerbation des scores qui déjà caractérisent le département : citons en particulier la densité médicale, encore plus faible qu'ailleurs, l'immigration, exponentielle, et enfin une épidémie du VIH, débutée après celle de Cayenne, mais qui s'avère encore plus explosive.

Avant d'aller plus loin dans l'explicitation de notre méthodologie puis la présentation de nos résultats, reprenons les deux idées de départ, à savoir l'échec relatif du système de santé français en Guyane, et la prégnance du contexte migratoire, en commençant par la seconde. Cette présentation est livresque, il s'agit de tisser le canevas sur lequel pourront s'inscrire les discours recueillis sur le terrain auprès des acteurs interrogés.

## La Guyane, terre d'immigration

La Guyane, située au Nord-Est de l'Amérique du Sud, entre le Brésil et le Surinam, est une terre d'immigration : sur les 157 000 habitants recensés en 1999, on dénombre environ 7 000 Amérindiens, répartis en six groupes, dont un seul a pour ancêtres les habitants qu'ont découverts les premiers colons européens, au début du 16<sup>ème</sup> siècle. Le reste de la population est issue de vagues successives d'immigrants, issues d'horizons divers. Mais la Guyane est aussi une terre d'émigration : nombre de ces immigrants repartent. Pendant près de 350 ans, les arrivages incessants peinent à compenser les départs, tandis que « l'enfer vert » vient rapidement à bout de ceux qui restent. La population stagne aux alentours de 25 000 personnes. Pendant la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle s'installe une situation de déséquilibre : les arrivées prennent de la puissance, dépassant largement les retours, tandis que l'espérance de vie progresse enfin. 55 000 habitants en 1974, 157 000 en 1999, probablement 250 000 aujourd'hui ... Après avoir connu l'« obsession du peuplement » (CHERUBINI, 2002), les autorités désignent aujourd'hui l'immigration comme un souci majeur en Guyane.

### Les vagues migratoires

Retraçons rapidement les grandes étapes de ce peuplement. Son déroulement constitue en effet l'une des clés de compréhension de la configuration pluriculturelle actuelle de la Guyane et des relations entre ses différentes composantes.

La Guyane pré-colombienne est habitée par environ 25 000 Amérindiens dispersés sur un territoire immense. C'est au début du 16<sup>ème</sup> siècle que des Européens accostent pour la première fois en Guyane. La colonie devient française en 1604. Un demi-siècle plus tard démarre la traite des esclaves en provenance d'Afrique. La transplantation esclavagiste sera la plus importante et la plus longue des vagues migratoires que connaîtra la Guyane post-colombienne.

Parallèlement aux arrivages d'esclaves, se succèdent les tentatives d'implantation coloniale, et leurs échecs (la sinistre expédition de Kourou reste dans les mémoires : en 1763, sur 12 000 immigrants d'origine européenne envoyés en Guyane, 7000 périssent et 3000 sont rapatriés) : la Guyane acquiert sa réputation d'enfer vert.

Pendant ce temps, aussi, la population amérindienne est décimée. Plus que l'esclavage<sup>5</sup>, l'importation par les Européens de germes inconnus serait responsable de l'hécatombe (le « choc microbien »), dès les décennies qui suivent la découverte des Amérindiens ... ils sont moins de 2000 à la fin du 19<sup>ème</sup>. Les vagues épidémiques se succèdent et le processus ne prendra fin que dans les années 1950, avec la politique de vaccination (CHAPUIS, 1996).

A la suite de l'abolition de l'esclavage, en 1848, les colons font appel à une main d'œuvre contractuelle. Mais les quelques coolies indiens et chinois qui viennent remplacer les esclaves africains ne suffiront pas à éviter le démantèlement de l'économie de plantation.

---

<sup>5</sup> Il n'y eut en Guyane jamais plus de quelques dizaines d'esclaves indiens, d'après Hurault. (CHAPUIS, 1996)

Le bagne (1852-1938) est une énième tentative de peuplement, un énième échec (les bagnards, quand ils ont survécu à l'enfer tropical, ne restent pas sur place une fois libérés). La première immigration « spontanée », c'est à dire non décidée depuis la métropole, de l'histoire guyanaise post colombienne<sup>6</sup> est la ruée vers l'or (1880-1930). Ces migrants sont surtout des Créoles issues des Antilles voisines (Sainte-Luciens et Martiniquais).

En 1946, c'est la départementalisation des quatre plus anciennes colonies françaises. Les postes administratifs, médicaux, etc. fraîchement créés sont pourvus par des Français de métropole, dont le nombre va progressivement s'accroître. Surtout, un vaste mouvement migratoire issu d'Amérique du Sud et de la zone caraïbe, suscité par l'Etat français en quête de main d'œuvre pour alimenter les grands chantiers départementaux, démarre à la fin des années 70. Mais la maîtrise en échappe bientôt aux autorités. Les années 80 voient l'achèvement des grands chantiers et l'envolée du chômage, tandis que les flux de migrants fuyant les difficultés économiques et politiques de leurs pays et attirés par la « vitrine de la France » en Nouveau Monde, semblent toujours plus vigoureux. En 20 ans, l'immigration est devenue le « problème majeur » du département et fait aujourd'hui l'objet d'une politique répressive. Avant d'en examiner plus en détails les composantes récentes, arrêtons-nous sur les groupes qui tissent la « toile de fond » sur laquelle s'inscrit cette nouvelle donne migratoire.

### **Les « primo-occupants »**

Cette toile de fond est composée de trois groupes, les Amérindiens, les Noirs Marrons et les Créoles.

Après quelques tentatives de réduction en esclavage, les tribus amérindiennes ont été rapidement faites « nations libres » : nations indépendantes sous protectorat. Ce statut a perduré du 17<sup>ème</sup> jusqu'en 1969, date à laquelle ceux qui ne l'avaient pas encore se sont vus attribuer la nationalité française (excepté les Wajana qui l'ont refusée).

Les Amérindiens se répartissent aujourd'hui en six groupes : Galibi, Palikur, Wajana, Wajampi Arawak, Emerillon (par ordre d'importance démographique (CHAPUIS, 1996). Ils sont environ 7000.

Les Galibi, qui demandent désormais à être appelés Kalina, vivent sur la côte et sont les descendants des premiers Amérindiens découverts par des Européens. Fers de lances de la Fédération des Organisations Amérindiennes de Guyane (FOAG), depuis le début des années 80, militant pour la reconnaissance de leur autochtonie, leurs revendications culturelles, foncières et politiques se placent à l'échelle des frontières imposées par la métropole (notamment via l'élection de certains des leurs à la tête de collectivités locales) mais aussi du continent américain.

Les Wajana, sur le Litani (cours supérieur du Maroni), qui ont refusé en 1969 la citoyenneté française, hésitent aujourd'hui entre l'accepter (avec ses avantages) ou continuer à cultiver leur identité (via notamment le projet d'un « pays indien » transfrontalier).

---

<sup>6</sup> Les esclaves, les bagnards, mais aussi les travailleurs « engagés » (souvent contre leur gré et dans des conditions proches de celles des esclaves) sont des migrants contraints, pour leur main d'œuvre (celle des bagnards a en outre l'objectif de peupler la Guyane).

Les Noirs Marrons<sup>7</sup> sont les descendants des esclaves d'origine africaine enfuis, du milieu du 17<sup>ème</sup> à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle, des plantations de l'actuel Surinam<sup>8</sup>. Leurs maîtres sont des colons hollandais (le Surinam est à l'époque une colonie hollandaise) ou juifs portugais venus de l'actuel Brésil. Les esclaves marrons se réfugient dans le sanctuaire de l'épaisse forêt équatoriale, où ils constituent des communautés autonomes. Devant leur nombre croissant, l'encouragement au marronnage que représente l'accueil qu'ils réservent aux esclaves venus les rejoindre et l'impact économique et psychologique de leurs déprédations sur les plantations, le gouvernement du Surinam se voit contraint de signer, à partir de 1760, des traités de paix qui leur accordent un statut légal et des territoires en forêt. En échange, les Noirs Marrons s'engagent à ne plus accueillir d'autres esclaves en fuite et même à poursuivre les bandes de nouveaux fugitifs qui pourraient se former. Ils jouiront par la suite d'une large autonomie, au sein de leur aire géographique.

Ils se répartissent aujourd'hui en six groupes : Saramaka et Ndjuka qui sont les plus nombreux, Matawai, Boni ou Aluku, Paramaka et Kwinti.

Ils partagent donc avec les Créoles (descendants des esclaves émancipés) une origine africaine sur fond d'esclavage. Leurs bases socio-économiques, religieuses et linguistiques sont la synthèse d'apports culturels amérindiens (les Amérindiens aidaient les esclaves en début de marronnage), africains, européens (portugais, anglais et néerlandais) et judaïques<sup>9</sup>. Ils parlent différentes variantes du sranan ou nengue, dont l'une, le « taki taki », est parlée en Guyane avec les non Noirs Marrons. Pour VERNON (1993), le taki taki n'est le parler de personne, c'est simplement un bricolage permettant aux Noirs Marrons de communiquer avec les Blancs de Guyane.

Seuls les Aluku ou Boni et certains Ndjuka et Saramaka vivent aujourd'hui en France.

Les Boni sont le dernier groupe noir marron constitué, à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle. Chassés de Guyane hollandaise tant par les Hollandais que par les Ndjuka (qui ont signé des traités de

---

<sup>7</sup> « Marron » vient de l'espagnol « cimarron » qui, dans les colonies hispaniques, a qualifié l'animal domestique retourné à l'état sauvage, avant de désigner l'esclave fugitif, indien puis noir. Le terme s'est ensuite répandu dans les colonies françaises et anglaises (maroon). Ajoutons que le terme « marron » peut induire en erreur, homonyme fortuit de la couleur de peau comme de la région (la vallée du Maroni) ... L'expression de « Bushi Nenge » (homme de la forêt) est d'ailleurs de plus en plus utilisée, c'est le nom par lequel les intéressés se désignent eux-mêmes en ndjuka (cette expression étant elle-même issue de l'anglais *Bush Negroes* ou du hollandais *Bos Negers*).

<sup>8</sup> Ceux de Guyane française ont été beaucoup moins nombreux à marronner (une centaine, contre plusieurs milliers au Surinam). La plupart se sont faits rattraper par les soldats français. Les autres, ne parvenant pas à former des groupes viables, ont rejoint la population libérée à l'abolition.

<sup>9</sup> Le Surinam a d'abord été, pendant quinze ans, anglais avant d'être hollandais (les Anglais ont cédé le Surinam aux Hollandais en échange de New York). Pourtant, outre ses racines africaines, néerlandaises et portugaises, le nengue a des racines anglaises, ce qui interroge, étant donné la brièveté de la colonie britannique, et ce d'autant plus que les colons anglais sont partis en emmenant quasiment tous leurs esclaves. Il semblerait en fait que les éléments fondamentaux de la culture noire marronne (linguistique, religieuse ...) (plus que la créole qui a beaucoup évolué à la suite de l'abolition, alors que les Noirs Marrons sont restés relativement fermés aux influences extérieures jusqu'à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle) aient été mis en place avant même le départ des Anglais, c'est à dire dans les dix premières années de l'esclavage, puis transmis aux arrivants suivants, par synthèse d'éléments amérindiens, africains et occidentaux. Un fond culturel afro-surinamien est ainsi partagé par tous les descendants des esclaves de l'ancienne Guyane hollandaise, y compris les Créoles surinamiens actuels. Les systèmes thérapeutiques aluku, ndjuka et saramaka présentent en particulier de grandes similitudes. Certes, l'échelonnement chronologique de la formation des différents groupes noirs marrons (un siècle et demi) et leurs origines africaines diverses expliquent aussi des spécificités culturelles notables. (VERNON, 1993 et commentaires oraux)

paix avec les colons les engageant à leur livrer les nouveaux esclaves fugitifs), ils se réfugient sur la rive, aujourd'hui française, du fleuve Maroni<sup>10</sup>. Les Français leur assignent un territoire entre deux fleuves, le Maroni et la Mana, et leur reconnaissent en 1860 le statut de protégés français.

En 1969, le vaste territoire de l'Inini, qui occupe tout l'intérieur de la Guyane, c'est à dire ses 9/10, est redécoupé en communes. Les 3000 Boni et Amérindiens qui y vivent sont alors « francisés » : le système administratif (déclarations de naissance à l'état civil, etc.) pénètre – progressivement - l'intérieur des terres. Le passage d'une rive à l'autre du fleuve reste cependant libre.

Les Boni se trouvent ainsi être les plus anciens Français noirs marrons. Ils s'impliquent dans l'orpaillage qui connaît, depuis les années 90, un regain d'activité.

Les premières intrusions des Saramaca en Guyane française datent de la ruée vers l'or. Pour les orpailleurs, créoles, qui s'aventurent dans « les grands bois » (c'est à dire la forêt de l'intérieur), le réseau des fleuves représente le seul moyen de déplacement dans l'épaisseur de la forêt. Ils recrutent alors des Saramaca du Surinam et des Boni de Guyane française, dont ils apprécient la grande expérience de la navigation fluviale. Saramaca et Boni assurent le transport entre orpailleurs (à l'intérieur) et négociants (sur le littoral) de l'or dans un sens, des provisions dans un autre. Seule une partie des Saramaca s'installera définitivement en Guyane française.

L'arrivée des Ndjuka en Guyane est beaucoup plus récente. Si certains occupaient depuis longtemps, sur le Haut Maroni, le village français de Grand Santi, et si les allers-retours de part et d'autre du fleuve ont toujours été, ils vivent majoritairement au Surinam, où ils constituent, avec les Paramacca, 10% de la population nationale, qui restent peu intégrés au circuit économique.

En 1986 éclate un conflit armé qui les oppose au pouvoir militaire créole surinamien. Le massacre de leur population civile fait fuir 6 000 d'entre eux (ainsi que 1500 Amérindiens) sur le côté français du fleuve Maroni ... 200 ans après les Boni. Les autorités françaises en placent une partie dans des camps sur les communes de Saint Laurent et de Mana et leur attribuent le statut de PPDS : populations provisoirement déplacées du Surinam. Les autres, qui ne sont recensés ni comme travailleurs étrangers ni comme réfugiés, vivent à Saint Laurent ou dans des villages le long du fleuve, dont les populations doublent alors de taille sans que ne suive le développement des infra structures. L'administration française considérant que l'installation en France de l'ensemble de ces Noirs Marrons est temporaire, rien n'est fait pour leur intégration.

La guerre au Surinam s'achève en 1992. La plupart des Ndjuka décident de rester en Guyane, refusant l'indemnité de retour proposée par le gouvernement français et se retrouvant *ipso facto* en situation irrégulière. Ils s'enfoncent dans les forêts pour y défricher des abattis clandestins et se cacher des gendarmes.

Ils évoquent aujourd'hui ce second « marronnage » des années 90 en le comparant aux « premiers Temps » (fuite de leurs ancêtres esclaves des plantations). Ils sont désormais installés à Saint Laurent, dans les villages autour, le long du fleuve ou des routes (Mana-Cayenne, Mana-Saint-Laurent), la vie se réorganise dans ce nouvel environnement, un certain nombre ont pu être régularisés. Mais de nombreux Ndjuka continuent de venir s'installer en France, chassés cette fois par les difficultés économiques que connaît le Surinam depuis le début des années 80 et que la guerre a aggravées.

---

<sup>10</sup> Le Maroni constitue aujourd'hui la frontière entre le Surinam et la Guyane française.



L'arrivée massive des Ndjuka sur la rive française du Maroni réactive les tensions anciennes qui les opposent aux Boni, depuis qu'ils avaient chassé ces derniers. Si les Ndjuka l'emportent par leur nombre (50 000 avec ceux du Surinam contre 6 à 7000 Boni), les Boni jouissent de la nationalité française, sort enviable comparé au statut d'étranger, de surcroît irrégulier pour une bonne partie des premiers. Ainsi, les *kabiten* (autorité traditionnelle noire marronne) boni sont les seuls officiellement reconnus et rémunérés par les autorités françaises et sont censés représenter l'ensemble des clans noirs marrons ... mais aujourd'hui, les Ndjuka, en raison de leur nombre, réclament la reconnaissance de leurs propres représentants, au grand dam des Boni qui entendent rester au cœur des relations entre autorités françaises et Noirs Marrons (en attendant, les *kabiten* sont incapables de s'entendre, à la différence des représentants amérindiens, unis dans un mouvement politique à caractère ethnique affichant des revendications communes). En 1993, la commune de Grand Santi est créée sur le fleuve, après d'âpres discussions car elle constitue une enclave ndjuka au sein d'un vaste territoire traditionnellement boni. En 1997, c'est un tiers de la population saint-laurentaise qui est ndjuka. (PARRIS, 2002)

Le statut d'irrégulier des Ndjuka les place surtout en fâcheuse position face aux Boni, dans un contexte ancien de vas et viens de part et d'autre du fleuve Maroni, centre de leur univers (or le fleuve est officiellement une frontière, sur laquelle la circulation est réglementée depuis la guerre) et un contexte moderne qui voit les prestations sociales diverses générer une partie importante des ressources (or les étrangers sans papiers n'y ont pas droit)<sup>11</sup>. Enfin, nous verrons que l'ancienneté de la familiarisation avec le système administratif français s'avère être un critère majeur de l'accès aux soins.

La question des « papiers » (titres de séjour) provoque également des tensions au sein de leur propre groupe, opposant les « réguliers » aux autres, brouillant les lignes de partage traditionnelles, à savoir les lignages<sup>12</sup>.

Gilbert FOSSE, responsable de l'association « SOS Noirs-Marrons », demande pour toutes ces raisons à ce que les territoires occupés par les Noirs Marrons leur appartiennent (le long du fleuve le Maroni, de Maripasoula à Apatou), qu'une carte frontalière soit remise aux personnes dépourvues de papiers d'identité, leur permettant de circuler, que les *kabiten* puissent établir des extraits d'actes de naissance ou de décès pour les personnes résidant loin des institutions administratives ... et que des Noirs Marrons soient employés même à Bac plus 1 ou 2 par l'Education nationale et dans le système judiciaire, sur « leur territoire » (en gras et en italique dans le texte), car « on n'est jamais mieux servi que par soi-même ! ». (FOSSE, 1998)

---

<sup>11</sup> Pour ARTIERES (1999), l'histoire des Ndjuka et leur situation sociale et administrative actuelle constituent un exemple significatif de l'artificialité de la notion de frontière. « Plus de deux siècles après leur faute, les Ndjuka payent leur faute : celle de n'être ni d'une rive, ni de l'autre, celle d'avoir préféré à l'espace clos de la plantation celui de la forêt puis du fleuve, celle de s'être constitué en peuple du milieu. » Ils incarnent ceux que Gilles Deleuze nommait « les hommes du milieu. » :

« Les nomades sont toujours au milieu.

Ils n'ont ni passé ni avenir, ils ont seulement des devenirs.

Les nomades n'ont pas d'histoire,

Ils ont seulement de la géographie. »

Gilles Deleuze

<sup>12</sup> De la même façon, en 1988 est construite à Saint Laurent la Charbonnière, ensemble de logements sociaux destinés aux Noirs Marrons de la ville. Beaucoup reprochent à l'organisation de la Charbonnière d'ignorer les identités lignagères des Noirs Marrons (tous se voient assignés de façon uniforme une identité de « Noirs Marrons ») et de s'apparenter à un ghetto isolé du reste de la ville.

Mentionnons enfin une nouvelle menace qui pèse actuellement sur les Noirs Marrons (surtout les Saramaca) vivant encore au Surinam. Le gouvernement vend à des compagnies indonésiennes d'exploitation forestière les territoires de l'intérieur du pays sur lesquels ils avaient obtenu le droit de vivre lors de la signature des traités de paix (sans droit de propriété associé). Chassés de leurs terres ancestrales, seront-ils contraints à un nouveau marronnage ?

Il y a donc en Guyane française des Noirs Marrons français, étrangers clandestins, et étrangers régularisés depuis plus ou moins longtemps, pour un total estimé à 20-25 000.

Si Kourou est la « ville blanche » de Guyane (avec les Métropolitains du centre spatial), Saint Laurent est devenu, en l'espace de quelques années, une « ville noire »<sup>13</sup>.

### Les Créoles

Les plantations n'ayant pu surmonter le départ de leur main d'œuvre servile, le groupe des colons blancs a disparu dans les décennies qui ont suivi l'abolition de l'esclavage en 1848. Le terme « Créole » qualifie depuis les descendants des esclaves émancipés (même si souvent métissés avec une autre ascendance) et non, comme aux Antilles, ceux des colons blancs.

Les Créoles ont représenté jusqu'aux années 1980 la majorité de la population guyanaise. La Guyane se différenciait en cela non seulement des autres DOM, où s'est perpétué un groupe blanc créole, mais aussi des Guyanes voisines, où d'autres groupes représentaient des parties importantes de la population (35% d'Indiens (d'Inde) et 15% d'Indonésiens au Surinam, 50% d'Indiens (d'Inde) au Guyana). (CHERUBINI, 2002)

A partir de la départementalisation en 1946, les Créoles, qui vivent surtout sur le littoral, c'est à dire dans la partie la plus occidentalisée du département, investissent le système politique guyanais, puisque l'absence de descendants des colons blancs et la marginalisation des minorités dites « tribales » (Amérindiens et Noirs Marrons, ces derniers ayant perdu avec la fin de l'or leur rôle important dans le ravitaillement par canot des villages miniers de l'intérieur) leur laissent le champ libre. Leurs positions seront encore renforcées avec la décentralisation, quand l'administration française délèguera aux élus locaux (en grande majorité créoles) les pouvoirs jusqu'alors détenus par ses représentants métropolitains. Notons cependant le « réveil » contemporain des autres communautés, en particulier celle des Amérindiens kalina, qui demandent aussi à être représentées. Une commune kalina, gérée par des élus kalina, a ainsi été créée.

Or, parallèlement à cette progressive maîtrise du pouvoir politique local par les Créoles, les vagues migratoires des dernières décennies ont fondamentalement changé la donne démographique. Les Créoles représentaient encore 75% de la population dans les années 60, cette part est passée à 30% trente ans plus tard, les immigrés récents étant désormais plus nombreux qu'eux. (JOLIVET, 1997). Au total, les Créoles subissent un renversement de rapport démographique contemporain de la départementalisation qui leur a donné un pouvoir auparavant aux mains de la minorité métropolitaine : « les Créoles sont passés de l'état de majorité dominée à celui de minorité dominante ». (p. 815, JOLIVET, 1997)

Jusqu'alors, en effet, le groupe créole avait absorbé les vagues migratoires : les enfants d'un immigré, nés sur place et élevés comme les jeunes Créoles, étaient créoles. Ainsi, les immigrants de la ruée vers l'or - antillais (Ste-Lucie, Martinique, Dominique et Guadeloupe) -

---

<sup>13</sup> Avant la guerre du Surinam, Saint Laurent et la plupart des villages en amont sur le Maroni étaient à prédominance créole, même si c'est là que vivaient la plupart des rares Noirs Marrons de Guyane (Boni), hormis un territoire en amont sur le fleuve qui est habité depuis longtemps par des Amérindiens (Wajana).

s'étaient bien intégrés car ils étaient porteurs de cultures proches et assumaient le travail que les Guyanais, plus intéressés par les commerces, étaient heureux de leur laisser.

Les immigrants actuels sont des Haïtiens fuyant la misère et la violence de leur pays et des Noirs Marrons réfugiés de la guerre du Surinam, des Brésiliens et des Guyaniens (du Guyana) venant pour « affaires » ... Pour JOLIVET (1990, 1997, 2002, a et b), les Créoles leur font porter la responsabilité de la progression de la délinquance ambiante et du chômage, leur reprochent d'entrer en compétition avec eux et craignent les forces de certaines de leurs pratiques (vaudou haïtien, rituels des Noirs Marrons), en bref, les rejettent : la dynamique de créolisation, cette intégration des nouveaux-venus au sein du groupe créole, n'opère plus, par repli des Créoles sur la conception de leur groupe en terme d'« ethnie », c'est à dire de patrimoine, d'héritage, d'identité fixée<sup>14</sup>. Résultat, ces populations d'immigrés, qui ont des taux élevés de natalité, connaissent une forte croissance, tandis que celle des Créoles ne progresse plus, au sein d'une population totale qui a plus que triplé : « Qu'ils [les Brésiliens, Haïtiens, Guyaniens<sup>15</sup>] soient ou non en situation régulière ne change guère le sentiment xénophobe qu'éprouvent à leur égard les Créoles qui, implicitement mais fondamentalement, reprochent à ces migrants de les avoir réduits en moins de trente ans à l'état de minorité. » (JOLIVET, 2002, a, pp. 30-31).

En trente ans, la Guyane, de petit pays surtout créole un peu engourdi, est devenue un pays multiculturel en effervescence où les Créoles (environ 50 000) ne sont qu'un groupe parmi d'autres.

### **Les immigrants de la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle**

Envisageons maintenant les vagues migratoires de trente dernières années, dont on a déjà donné les grandes lignes.

L'immigration, qui avait marqué une pause à la fin des années 40-50 (fin de l'orpaillage), reprend à la fin des années 60 avec notamment la construction de la base spatiale de Kourou puis le barrage de Petit-Saut. Pour ces chantiers, qui vont se succéder jusque dans les années 80, l'Etat organise la venue d'une main d'œuvre composée surtout de Brésiliens, d'Haïtiens et de Surinamiens noirs marrons. Puis, alors que les flux migratoires ne se sont pas interrompus en dépit de l'arrêt des grands chantiers, de la progression du chômage et des premières tentatives des autorités pour les enrayer (meilleur contrôle aux frontières, expulsions), se superposent ceux composés de Surinamiens chassés par la guerre civile (Noirs Marrons ndjuka et Amérindiens kalina) et de Guyaniens en quête d'avantages économiques.

Les migrants arrivent par avion (à Cayenne) ou par bateau (à Cayenne, par le fleuve Maroni ou ses affluents (depuis le Surinam, le Guyana ou même Haïti) ou par le fleuve Oyapock (depuis le Brésil)).

---

<sup>14</sup> Les Créoles mettent en avant la créolité, identité de « leur » groupe ethnique, tendent à « s'ethniciser », quitte à assimiler guyanité à créolité (tandis que les Noirs Marrons et les Amérindiens cultivent leurs particularismes ethniques) et à s'affirmer comme les véritables autochtones de la Guyane (Mme Taubira-Delanon, députée et créole, considère par exemple que la majorité des Amérindiens actuellement présents en Guyane ont immigré et que les Noirs Marrons viennent pour l'essentiel du Surinam et que par conséquent les plus autochtones sont les Créoles. (DUPUY, 1999)

<sup>15</sup> Pour les Hmong, la situation est légèrement différente : leur implantation première a été strictement organisée, ils sont reconnus pour leur utilité économique (productions maraîchères et fruitières), se cantonnent dans les deux villages qui leur ont été assignés au départ, ne sont pas soupçonnés d'être responsables des désordres ambiants, la xénophobie à leur égard est plus discrète.

Aujourd'hui, malgré les politiques migratoires répressives, les employeurs ont volontiers recours à la main d'œuvre clandestine, non qualifiée et bon marché, qu'ils recrutent dans des bidonvilles de plus en plus visibles et qu'ils préfèrent souvent ne pas déclarer pour mieux lui imposer leurs dures conditions de travail.

Présentons les principaux groupes.

Les Métropolitains ont commencé à venir en Guyane avec la départementalisation. Ils sont fonctionnaires ou cadres du centre spatial, artisans, mais aussi commerçants, médecins, infirmiers et sages femmes, gendarmes, militaires, marginaux. Même s'ils repartent, pour la plupart, au bout de quelques mois ou de quelques années, leur nombre augmente (plus de 15 000).

L'immigration des Chinois a commencé à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, à l'époque de l'or. Ils ont été bien intégrés, ont épousé des femmes guyanaises, leurs descendants sont créoles. Il en va autrement des Chinois plus récemment arrivés (deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle), qui restent volontiers en communauté très fermée, faisant venir leurs épouses de Chine.

Très vite, ils sont devenus boutiquiers ou restaurateurs. Leurs épiceries (de grands bazars) ont eu bientôt raison de leurs concurrentes créoles, et aujourd'hui ils sont en quasi monopole<sup>16</sup>.

Les Sainte-Luciens, Créoles des Antilles anglaises, ont eux aussi commencé à venir en Guyane au moment de la ruée vers l'or, à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. Eux aussi se sont bien intégrés, et aujourd'hui nombre de Créoles guyanais ont des ascendants de Sainte-Lucie. Ces immigrants n'ont jamais été en rivalité économique avec les Guyanais : au temps de l'or, ils prenaient les places des Guyanais sur les placers, les laissant se tourner vers les activités commerciales ; aujourd'hui aussi, ils occupent les emplois (manœuvres, petits agriculteurs) délaissés par les Guyanais. Et même si ces emplois, en temps de chômage économique, sont l'objet de concurrence, ce sont des Guyanais d'ascendance Sainte-Lucienne qui y prétendent, il n'y a donc pas de rejet.

Les Guadeloupéens et les Martiniquais, Créoles des Antilles françaises (5 à 10 000) occupent des positions différentes. Les Guadeloupéens (25% d'entre eux) sont dans la même situation que les Saintes-Luciens (sous prolétariat), ne sont pas rejetés. Les Martiniquais (75%) sont venus eux aussi au moment de l'or, puis après l'éruption de la Montagne pelée en 1902. Eux aussi sont bien intégrés (nombre de Guyanais en ont pour ascendants), mais les rapports sont assez tendus envers les immigrés récents qui cherchent les carrières les plus valorisées par les Créoles Guyanais - commerces indépendants et administration -, d'autant plus que français, ils ont les mêmes droits que les Guyanais, y compris dans la vie politique.

Les Hmong, partis de Chine du Sud, ont fui le Laos puis les camps de réfugiés de Thaïlande. Dans le cadre de probablement l'une des dernières entreprises de peuplement de la Guyane organisées par l'Etat français, un millier de Hmong ont été amenés en Guyane, entre 1977 et 1979. Répartis dans deux villages (Cacao à l'est du département et Javouhey à l'ouest), où ils vivent depuis en communauté fermée, ils pratiquent une agriculture maraîchère intensive qui

---

<sup>16</sup> Le terme d' « épicerie » n'est plus usité, remplacé par l'expression « aller chez le Chinois » (comme à la Réunion d'ailleurs).

assure leur réussite économique et approvisionne le département en fruits et légumes frais (pour la moitié de ses besoins)<sup>17</sup>.

Les Brésiliens ont commencé à venir en Guyane à la fin des années 60 pour travailler sur les chantiers de construction. Depuis de début des années 90, les besoins sur les chantiers se sont considérablement réduits et les Brésiliens se sont tournés vers l'artisanat, la restauration, le ménage, la vente. Nombreux sont aussi les chercheurs d'or clandestins, depuis 1995, dans les régions transfrontalières de l'Oyapock et du Maroni, où ils évoluent dans des milieux socialement difficiles et sans loi (la forêt).

Sur les 100 000 Brésiliens venus en Guyane depuis les années 60, et les 20 à 35 000 habitant encore en Guyane, seuls 5000, vivant souvent en communauté à Cayenne, ont obtenu la nationalité française ou une carte de résident. (BOURDIER, 2001)

L'immigration des Haïtiens a débuté dans les années 1960, pour fuir les difficultés économiques et politiques de leur pays. La mise en place d'un visa d'entrée pour les Haïtiens, en 1980, destinée à maîtriser la vague migratoire, a surtout modifié le trajet emprunté par les immigrants : au lieu d'arriver directement en avion à Cayenne, ils atterrissent à Paramaribo (capitale du Surinam) et franchissent le Maroni. Désormais quasi tous les nouveaux arrivants sont clandestins.

En 1985, ils sont déjà 20 à 25 000, alors que seulement 2500 cartes de séjour et 1700 cartes de travail ont été délivrées. (CHERUBINI, 2002, TAVERNE, 1991)

Ils seraient aujourd'hui 20 à 30 000, dont la moitié en situation irrégulière. (BUTON, 2002)  
Ils font depuis les années 80 l'objet d'un violent rejet de la part de la population créole : pauvres, on leur reproche en outre d'avoir importé le virus du sida.

Les Guyaniens (originaires du Guyana), d'immigration plus récente, sont moins nombreux (moins de 2500 officiellement recensés en 1999) et vivent dans des situations socio-économiques souvent particulièrement précaires.

Enfin, mentionnons la présence de Dominicains et de quelques Libanais et Indonésiens

Nous reproduisons ci-dessous le tableau donné par CHERUBINI (2002), en supprimant cependant la ligne « Créoles et métis » dans laquelle l'auteur cumule les 6 dernières lignes car elle ne nous semble pas pertinente au regard de ce que nous avons dit plus haut sur l'interruption du processus de créolisation, et surtout en mettant en garde le lecteur contre les approximations par lesquelles procède nécessairement la constitution d'un tel tableau : les catégories ethniques ne figurent pas dans les recensements de population, le nombre d'étrangers en situation irrégulière est tout particulièrement délicat à évaluer. Il s'agit donc simplement ici de donner une image, certes grossière, de l'évolution démographique de la Guyane de ce dernier siècle.

---

<sup>17</sup> ... en dépit des projets que formaient à leur égard les autorités françaises qui, à Cacao, avaient soutenu des projets de développement tous soldés par des échecs (citron-limes et chevrette), pendant que leurs productions maraîchères, non subventionnées, devenaient très florissantes. (BOURGAREL, 1994)

|                                   | 1885          | 1946          | 1969         | 1974          | 1985           | 1996           |
|-----------------------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|----------------|----------------|
| Amérindiens                       | 1500          | 1700          | 2000         | 2500          | 4000           | 5600           |
| Noirs Marrons                     | 1500          | 2600          | 3500         | 4000          | 6000           | 8400           |
| Européens                         | 2500          | 750           | 4000         | 5000          | 8000           | 15 000         |
| Chinois                           | 300           | 200           | 300          | 300           | 800            | 4000           |
| Hmong                             |               |               |              |               | 1200           | 2000           |
| Divers                            | 200           | 100           | 200          | 300           | 500            | 1000           |
| Créoles guyanais                  | 17 000        | 17 000        | 29 000       | 35 000        | 43 000         | 58 000         |
| Antillais français                |               | 2000          | 3500         | 4000          | 5000           | 8000           |
| Haïtiens                          |               | 100           | 100          | 500           | 22 000         | 28 000         |
| Surinamiens                       | 10 000        | 200           | 200          | 500           | 1000           | 5000           |
| Antillais (ex. Brit) et Guyaniens |               | 2100          | 2200         | 1500          | 3500           | 3500           |
| Brésiliens                        | ?             |               | 1000         | 1500          | 5500           | 11 500         |
| <b>Total</b>                      | <b>37 000</b> | <b>25 000</b> | <b>46000</b> | <b>55 100</b> | <b>100 500</b> | <b>150 000</b> |

(estimations sur la base de recensements INSEE de 1967, 1974, 1982 et 1990 ; statistiques reprises in S. Mam Lam-Fouck, *Histoire de la Guyane contemporaine, 1940-1992*, Paris, Editions Caraïbéennes, 1992).

## Les politiques d'immigration

La Guyane a pendant longtemps importé une main d'œuvre nombreuse et bon marché (travaux agricoles d'abord, puis, dans la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, de construction). A partir des années 80, ce besoin faiblit, le chômage croit et les politiques gouvernementales en matière d'immigration opèrent un renversement, cherchant désormais à réfréner les flux migratoires qu'elles ont tenté de susciter pendant plus de trois siècles. Pourtant les flux continuent, s'accroissent même. Ils sont liés aux troubles que connaissent les pays voisins (politiques en Haïti et au Surinam, économiques au Brésil et au Guyana) et à l'attrait économique de la Guyane, « corps étranger dans une région du monde qui continue à appartenir au tiers-monde. » (p. 94, ASSOKA et al 1996).

Un certain nombre d'articles et de rapports, émanant notamment de milieux associatifs, caritatifs ou militants, et de syndicats de juristes, condamnent les méthodes répressives des autorités en matière d'immigration. « L'obsession du peuplement » a fait place à une inopportune « obsession de l'autodéfense » et au « complexe de la citadelle » (ASSOKA et al, 1996). Présentons leurs arguments les plus saillants<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Les documents suivants ont été étudiés, en n'en conservant pour notre travail que les observations les plus récurrentes et les plus récentes : ALAUX (1997), ASH (2003, c), ASSOKA, CCFD, GISTI, MEDEL, CIMADE, SAF & SM (1996), DENIS (1999), FARINE (2002, b), GISTI (2001), KERHOUSSE (1998), PLEIN DROIT (1999, a et b ; 1991 ; 1989), MARTINI (1999), RODIER (1999), VERNON (1998).

Une rapide énumération des titres de quelques-uns de ces articles et rapports en suggère déjà les grands traits<sup>19</sup> : « Des DOM en mini-droit », « En Guyane et à Saint-Martin : des étrangers sans droits dans une France bananière », « En Guyane : comme une guerre de basse intensité » « Tollé associatif contre des atteintes aux droits des étrangers en Guyane et à Saint-Martin », « Les expulsions d'étrangers : une police hors-la-loi », « Guyane : le travail clandestin se porte bien », « La traite des immigrés en Guyane », etc.<sup>20</sup> En somme, les méthodes employées pour refouler une partie des étrangers et les conditions de vie qui sont imposées aux autres feraient de la Guyane une société s'apparentant plus aux sociétés coloniales ou aux dictatures voisines qu'au berceau des droits de l'homme que prétend représenter la France.

Précisons que les dispositifs de lutte contre l'immigration sont les suivants :

- DICILEC : Direction centrale du contrôle de l'immigration et de la lutte contre l'emploi clandestin
- La gendarmerie (territoriale (départementale) et escadrons de mobiles de métropole en place pour trois mois)
- Les polices municipales
- L'armée, sur les fleuves : RIMA (infanterie de marine) sur le Maroni et Légion étrangère sur l'Oyapock.

### **Un système juridique d'exception**

Si la départementalisation de 1946 marquait une rupture avec le droit colonial (différent d'un territoire à un autre, selon le principe de spécialité), en calquant le droit des DOM sur celui de la métropole (« principe d'assimilation »), la possibilité d'adapter ce dernier au contexte de l'outre-mer a été maintenue et reprise par la Constitution de 1958 qui prévoit pour les DOM des « mesures d'adaptation » sur le plan législatif et administratif (art. 73).

Les spécificités juridiques concernent par exemple la fiscalité, la législation sociale ou la circulation des étrangers. Elles sont justifiées tantôt par des particularismes locaux qui perdureront, tantôt par la volonté de résorber des écarts considérés comme temporaires. Envisageons les aménagements, en Guyane, de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur l'entrée et le séjour des étrangers en France, qui ne s'y applique d'ailleurs que depuis 1980. La

---

<sup>19</sup> Plusieurs d'entre eux traitent simultanément de la Guyane et de la partie française de l'île Saint-Martin (archipel de la Guadeloupe), où les constats sont comparables à de nombreux égards. Le nombre de résidents étrangers en situation irrégulière, notamment haïtiens, y est en effet là aussi considérable et les problèmes sanitaires induits par leur grande précarité sont des plus préoccupants (notamment flambée de l'épidémie de sida). La situation guyanaise semble cependant plus grave encore car l'insularité de Saint Martin facilite le contrôle des entrées sur son territoire (les étrangers déjà présents sont venus à une époque où leur main d'œuvre était désirée).

<sup>20</sup> « Des DOM en mini-droit » (ALAUX, Jean-Pierre, *Plein Droit*, n° 36-37, décembre 1997)  
« En Guyane et à Saint-Martin : des étrangers sans droits dans une France bananière » avec en sous-partie : « En Guyane : comme une guerre de basse intensité » (ASSOKA, CCFD, GISTI, MEDEL, CIMADE, SAF & SM, 1996)  
« Tollé associatif contre des atteintes aux droits des étrangers en Guyane et à Saint-Martin » (ASH, 31 janvier 2003, n° 2296, pp. 37-38)  
« Les expulsions d'étrangers : une police hors-la-loi » (*Plein Droit*, n° 43, septembre 1999, pp. 28-31)  
« Guyane : le travail clandestin se porte bien » (entretien avec un inspecteur du travail, *Plein Droit*, mars 1991, pp. 43-44)  
« La traite des immigrés en Guyane » (entretien avec Jean Yves Urfié, *Plein Droit*, août 1989, p. 34-37)

« situation particulière » de la Guyane a été mise en avant par le Conseil Constitutionnel pour justifier l'un de ces aménagements, à savoir la possibilité de contrôler l'identité de tout un chacun en l'absence des conditions habituelles (infraction, délit ou crime commis ou en préparation), dans les 20 km en deçà des frontières ou du littoral (c'est à dire là où vivent 90% de la population)<sup>21</sup>. Le Conseil Constitutionnel a déclaré ces dispositions conformes à la Constitution car nécessitées par la sauvegarde de l'intérêt public en Guyane, la « situation particulière » de la Guyane se caractérisant par l'importance de la circulation internationale et la sensibilité stratégique du centre spatial de Kourou.

Outre cette extension des contrôles, les dispositions protectrices de l'ordonnance du 2 novembre 1945 ne sont pas opérantes en Guyane (ni dans la partie française de l'île Saint Martin, alors qu'elles le sont dans les autres DOM).

- Le recours devant les juridictions administratives contre un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière n'est pas suspensif (en métropole, il est suspensif, c'est à dire que la reconduite est bloquée jusqu'à que le Président du Tribunal Administratif à qui il est adressé ait statué).
- En cas de refus de la délivrance d'un titre de séjour par le préfet, celui-ci n'a pas à saisir une Commission du titre de séjour (qui donne un avis consultatif).
- Enfin, le Juge n'intervient qu'au bout de 48h de rétention. Si un moyen de transport pour ramener l'étranger dans son pays est trouvé avant 48h, celui-ci sera reconduit avant qu'aucun Juge n'ait pu contrôler la régularité de la procédure. Or non seulement celle-ci est souvent sujette à la critique, comme on va le voir ci-dessous, mais de plus la rétention est souvent inférieure à 48 h pour les raisons suivantes : absence de recours suspensif, les opérations de police se déroulent en fonction de la disponibilité des avions, les reconduites d'étrangers vers le Surinam par voie fluviale sur le Maroni sont immédiates (Surinamiens mais aussi Haïtiens qui ont pénétré en Guyane par le Maroni).

Au total, il n'y a ni recours effectif, ni contrôle juridictionnel. L'administration agit « en totale liberté sans autre contrôle que la conscience des fonctionnaires. » (ASSOKA et al, 1996, p. 106).

Le projet de loi sur la sécurité intérieure prévoyant en 2003 la pérennisation de ces deux dispositions spécifiques à la Guyane et à la partie française de l'île Saint Martin, après avoir été adoptées pour une durée de cinq ans à l'occasion de la loi Chevènement du 11 mai 1998, entend « permettre à ces deux collectivités de faire face plus facilement aux difficultés qu'elles rencontrent en matière d'immigration clandestine ». (cité dans ASH, 2003, c)

Ce projet a provoqué l'indignation d'une douzaine d'associations, dont les Groupe d'information et de soutien des immigrés, la Ligue des droits de l'homme, le Mouvement contre le racisme et l'amitié entre les peuples, Act Up Paris et Droits devant. Ces associations qualifient ces mesures de « discriminatoires » et dénoncent : « Outre le fait que cet état d'exception est inadmissible dans une République qui se flatte de compter l'égalité parmi ses principes fondateurs, la réduction des droits des étrangers de Guyane et de Saint Martin légitime la permanence d'une sorte de régime néo-colonial à la faveur duquel la Guyane peut, par exemple, éloigner chaque année plus de 10 000 étrangers soit presque autant que la totalité du reste de la France. » (cité dans ASH, 2003, c). Constatant que les Domiens sont enfin placés à égalité avec les Métropolitains sur les plans du SMIC et des droits sociaux, ces représentants associatifs déclarent toujours attendre la parité juridique pour leurs étrangers.

Paradoxalement, notait déjà l'avocat KERHOUSSE en 1998, ce sont les délinquants étrangers qui accèdent le mieux aux garanties que leur confère le droit français (garanties du droit

---

<sup>21</sup> En outre, au sein de la vaste « aire spéciale de surveillance du Centre Spatial Guyanais », les forces de la police et de la gendarmerie disposent de pouvoirs encore élargis, notamment en matière de contrôle d'identité.



pénal, respect des libertés individuelles) par le biais de la commission d'office systématique d'un avocat, le service automatique d'un interprète, le passage obligé devant un juge ... tandis que les étrangers dont le seul délit est l'absence de titre de séjour, dans le cadre de la rétention administrative « peuvent se voir totalement privés de toutes garanties en raison du caractère expéditif de la procédure, des privations de droit et des méthodes employées à leur encontre, pas toujours orthodoxes, ceci étant sans doute la conséquence de cela ». (p. 151-152) Arrêtons-nous maintenant sur ces dernières.

### **Non respect des procédures légales**

Des avocats de Cayenne témoigneraient de ce que les autorités abusent de ces lois déjà plus répressives qu'ailleurs. De multiples plaintes seraient déposées au tribunal contre des reconduites à la frontière présumées illégales. (FARINE, 2002, b)

Les articles et les rapports décrivent des contrôles d'identité « dignes du Far West » (ASSOKA et al, 1996) ou au faciès ; les violations de domicile<sup>22</sup> rappèlent les procédures de la police des Duvalier en Haïti : les portes des cases de bidonvilles sont enfoncées, les serrures cassées, le domicile fouillé sans mandat, les plafonds et les murs percés à la recherche de clandestins. Les enfants sont embarqués, ils peuvent aussi être abandonnés sur place, même ceux encore au sein. Demandeurs d'asile, parents d'enfants français, conjoints de Français, malades et même des personnes en règle, tout le monde est arrêté. Les policiers ou les gendarmes demandent aux enfants à la sortie de l'école de les conduire à leurs parents. Ces rafles sont destinées à emplir immédiatement des avions-charters programmés d'avance.

Il n'y a qu'un seul centre de rétention en Guyane, situé à proximité de Cayenne, à Rochambeau, où il a été construit en 1995. Des témoins racontent la restriction des droits de visite (deux heures par jour au lieu de permanent), l'absence d'interprètes, etc.

Les reconduites peuvent se dérouler sans « examen attentif du dossier » (ex : expulsions de mineurs nés en Guyane, de mères d'enfants français car de père français), sans notification d'arrêté préfectoral de reconduite (notamment à la frontière à Saint Laurent du Maroni), sans présence d'un interprète au moment de la notification des droits. Signalons enfin le crash d'un avion en 1995 qui a tué seize Haïtiens rapatriés et quatre Français, posant la question de la sécurité réservée à ces vols.

On parle de 2000 reconduites à la frontière en 1988, 12 000 en 1994 (pour 114 000 habitants en 1990), 15 000 en 1995 et autant en 1997, et environ 10 000 par an depuis (dont les 2/3 depuis Saint Laurent), contre 10 000 chaque année en Métropole. (ASSOKA, 1996 ; KHEROUSSE, 1998, CONSEIL NATIONAL DU SIDA, 2003)

La demande principale de droit des étrangers est celle d'une carte de séjour. Cependant, même si la plupart vivent en Guyane depuis longtemps, nombreux sont-ils à être entrés illégalement. Pour ces derniers, l'obtention d'un titre de séjour ne peut relever que d'une mesure de bienveillance exceptionnelle du Préfet.

Pour les autres, les procédures administratives de demande de titre de séjour sont longues et complexes (par exemple, demande d'une multitude de preuves de la résidence pour l'obtention d'une carte de dix ans ou aux conjoints de Français), interférant avec les situations socio-économiques (la délivrance de titres de séjour de courte durée à renouveler

---

<sup>22</sup> L'interpellation au domicile est interdite, « même » en Guyane.

régulièrement induit par exemple le risque d'interruption du versement des allocations familiales qu'ils conditionnent). Les longs délais d'attente, avec multiples remises de convocations et demandes de justificatifs, peuvent générer des pratiques clientélistes (entre préfecture et associations communautaires représentant les étrangers) voire un véritable « racket des étrangers » : une place dans la file d'attente devant la préfecture s'achète 500 Frs, des filières demandent 15 000 Frs pour obtenir une carte de séjour temporaire et 60 000 Frs pour une carte de résident ... ceux qui jouent le jeu de la légalité ou qui n'ont pas d'argent se retrouvent en position d'attente et d'insécurité.

Les demandes d'asile, déjà compliquées par les distances (l'OFPRA et la CRR<sup>23</sup> sont situés en région parisienne, les frais de voyage et de séjour en métropole sont à la charge du requérant) font l'objet d'informations erronées (les agents de la préfecture expliquent que l'asile ne peut pas être demandé depuis un DOM) voire de pratiques illégales menant à leur échec (il n'est pas rare que les requérants se voient remis une simple convocation ou un titre de séjour provisoire au lieu du récépissé de demande de titre de séjour, prévu par la loi et indispensable à l'accès au territoire de la métropole).

Signalons enfin que la circulaire de régularisation (pour l'examen de dossiers de « sans papiers ») de 1994 n'a concerné que les étrangers arrivés avant août 1991 (alors que de nombreux Haïtiens sont arrivés après la dictature militaire installée le 30 septembre) et qu'elle a permis la régularisation des patrons autant que celle des étrangers puisque ces derniers devaient être accompagnés par leur patron pour déposer une demande. Enfin, celle de 1997 n'a pas été appliquée en Guyane ni dans aucun des DOM, alors que nombre d'étrangers auraient pu en bénéficier, vivant depuis longtemps en Guyane.

### **L'« hypocrisie » des pratiques répressives**

Ces restrictions au séjour, légales et illégales, s'accompagnent d'une limitation généralisée de l'accès aux droits des étrangers ainsi contraints à la clandestinité : les bidonvilles qu'ils habitent en payant un loyer ne font l'objet d'aucun projet urbanistique autre que l'installation des infrastructures minimales de survie (eau plus ou moins électricité), les autorités se contentant de limiter les « effets pervers » (délinquance, maladies infectieuses, etc.) qui pourraient en essaimer vers le reste de la ville. Les écoles n'acceptent pas leurs enfants. L'aide médicale hospitalière leur est refusée alors qu'elle est subordonnée à une condition de résidence de fait (donc même en situation irrégulière). Les maladies qui leur sont attribuées (sida, tuberculose) ne bénéficient d'aucune initiative locale en matière de prévention<sup>24</sup>.

Le contrôle généralisé des identités porte atteinte à la liberté individuelle de tous, étrangers et Français (ex : les Noirs Marrons, qu'ils soient français ou surinamiens sont traités de la même façon, étant indistinguables physiquement et également mobiles de part et d'autre du fleuve<sup>25</sup>)

---

<sup>23</sup> L'OFPRA est l'Office français de protection des réfugiés et apatrides et la CRR est la Commission de recours des réfugiés.

<sup>24</sup> « Cette intégration insidieuse du secteur de la santé dans le dispositif de lutte contre l'immigration mine toute politique cohérente de santé publique. (...) L'association, dans l'inconscient collectif local travaillé par la xénophobie, entre immigration et maladies infectieuses » pourrait en effet invalider toute action de prévention organisée et efficace. « Si, par exemple, le sida est présumé appartenir en propre aux étrangers, il faudrait et il suffirait de chasser les immigrés pour supprimer l'endémie. » (p. 136, ASSOKA et al, 1996)

<sup>25</sup> ... rappelant l'époque coloniale, où la couleur valait comme présomption de servitude, quand la lutte contre les « faux libres » imposait aux « vrais libres (les esclaves affranchis) de prouver sans arrêt la réalité de leur statut de libre. (BONNIOL, 1992)

... exceptés les Créoles guyanais et les Métropolitains, épargnés par ces contrôles, ce qui évite toute protestation des élites politiques ou administratives.

Au-delà des violations des droits fondamentaux de l'homme<sup>26</sup>, est dénoncée l'hypocrisie et le cynisme de ces pratiques répressives en matière d'immigration. Ces dernières sont en effet populaires auprès de la population guyanaise, laquelle les justifie notamment par le coût social des étrangers<sup>27</sup>. Les associations de droit des étrangers suspectent au contraire que les gaspillages et la corruption sont les vrais responsables de la fiscalité locale très élevée. Surtout, quand les Guyanais reprochent aux étrangers d'entrer en concurrence avec eux sur le marché du travail, les associations rétorquent que non seulement les étrangers n'occupent que les emplois dont ne veulent pas les Guyanais<sup>28</sup>, mais que de plus les employeurs préfèrent embaucher des travailleurs non déclarés<sup>29</sup>, d'où un cercle vicieux : un emploi est nécessaire à l'obtention d'un titre de séjour, or les patrons préfèrent embaucher des sans papier et les heureux étrangers enfin régularisés ne trouvent plus de travail ... C'est l'alliance désormais classique « entre répression du séjour irrégulier et complaisance à l'égard du travail illégal, terrain privilégié pour l'exploitation des hommes. » (RODIER, 1999). La politique à l'égard des bidonvilles en est une illustration : il s'agit pour les autorités de garder un effectif satisfaisant de main d'œuvre corvéable, sans compromettre pour autant la santé et l'ordre publics par une marginalisation excessive.

### Les propositions

Les trois mesures souhaitées de façon récurrente dans l'ensemble de cette bibliographie sont les suivantes : répression plus active du travail clandestin, coopération renforcée avec les Etats voisins pour faire régresser l'attrait de la Guyane (modernisation des structures de santé

---

<sup>26</sup> Notons que l'on peut aussi considérer les choses autrement ... « Une cité qui étouffe sous la pression des bidonvilles qui se multiplient à la périphérie. Des zones de non-droit où la police n'entre pas et où s'entassent par ethnies des populations de clandestins. Elles y vivent de la débrouille, de rapines et de trafic en espérant être un jour reconnues et profiter des prodigalités républicaines : RMI et allocations familiales. » Trafic du crack, insécurité. Les travaux pour le centre spatial et le barrage du Petit saut, dans les années 70, ont fait venir des travailleurs. Depuis, les travaux sont finis, « laissant sur place une colonie de chômeurs. » FLEURY (2000)

<sup>27</sup> Circulent des rumeurs selon lesquelles l'hôpital de Cayenne fait payer 1500 F leur admission aux sans papiers, auxquels il attribue son déficit.

<sup>28</sup> Citation du maire de Montjoly (commune jouxtant celle de Cayenne) dans *le Monde* du 7 avril 1990 : « sans Haïtiens, il n'y aurait plus de ramassage d'ordures ni d'enterrements. Sans Brésiliens, plus de constructions. Et sans les Hmong, plus de produits frais. » (cité par ASSOKA et al, 1996)

<sup>29</sup> L'opération de régularisation engagée en 1994 non seulement a permis aux employeurs d'être amnistiés pour avoir employé des clandestins, mais en plus a vu le dépôt de peu de dossiers, les employés préférant garder clandestins leurs travailleurs (les étrangers devaient présenter un employeur prêt à déclarer leur travail pour déposer un dossier de régularisation).

Un inspecteur du travail raconte déjà en 1991 (PLEIN DROIT, 1991) combien progresse le travail clandestin, atteignant tous les secteurs de l'économie et surtout le bâtiment et comment les entreprises se placent pénalement à l'abri en n'employant pas elles-mêmes ces étrangers sans papiers : elles sous-traitent avec deux ou trois artisans, le plus souvent étrangers qui, eux, emploient un grand nombre d'étrangers en situation irrégulière, qu'ils ne déclarent pas à la CGSS et exploitent en terme de montant des salaires, durées de travail, conditions de sécurité au travail, etc. ... il arrive aussi que les salaires ne soient pas payés. Les ouvriers n'osent alors se plaindre, au bout de plusieurs mois, qu'auprès de l'inspection du travail, laquelle peut témoigner de nombreuses affaires de ce type.

et scolaires notamment) et surtout libre circulation, à l'intérieur de la zone caraïbe, avec autorisation de travail.

S'il est en effet possible de réprimer le travail clandestin et de régulariser les travailleurs, une politique du tout répressif est vouée à l'échec, en raison des frontières incontrôlables pour des raisons géographiques et des flux irrépessibles pour des raisons économiques et culturelles<sup>30</sup>. Aussi, plutôt que d'utiliser la tradition de mobilité pour répondre à des besoins de main-d'œuvre et concevoir les frontières comme des clôtures, « ne serait-il pas plus judicieux de jouer la carte de l'appartenance à l'environnement en admettant la liberté de circulation comme une donnée structurelle et comme le prix à payer de la présence de la France dans des mondes qui ne sont pas les siens ? » (ASSOKA et al, 1996, p. 132) Mais aujourd'hui, on déplore au contraire que les autorités ne surveillent pas l'emploi illégal et investissent leurs forces sur le séjour irrégulier, infligeant aux étrangers en situation irrégulière les conditions de vie sus-décrites.

Dans une communication présentée à l'occasion d'un colloque sur l'accès au droit en Guyane, VERNON (1998) souligne que si les Noirs Marrons surinamiens, notamment ndjuka et paramaka, qui se retrouvent en situation irrégulière dès lors qu'ils abordent la rive française du fleuve, demandent un titre de séjour, ce n'est pas, comme on le dit trop souvent, pour obtenir des prestations, mais pour pouvoir circuler de part et d'autre du fleuve, comme ils l'ont toujours fait. C'est ce qu'ils ont d'ailleurs demandé dès les années 70 quand le Surinam leur a attribué des cartes d'identité surinamiennes. Par leur régularisation, ils ne cherchent qu'à récupérer ce que le droit français leur a ôté.

Elle remarque en outre combien l'interdiction de circuler qui leur est faite les prive d'exercer leurs activités commerciales transfrontalières, activités qui ne peuvent qu'être économiquement bénéfiques à la région : « L'application d'un système de droit qui transforme les vivants en fantômes légaux décourage l'initiative individuelle ou collective en matière de productivité ». Combien d'agricultures ou d'artisans ne peuvent vendre leurs produits, pourtant demandés localement, simplement parce qu'ils ne sont pas en situation régulière ?

D'un autre côté, le lien « inapproprié » entre régularisation et prestations rend les quelques régularisés dépendants financièrement et objets du racisme des autres. Pourtant, produire et vendre ses productions est une activité généralement considérée comme une contribution socialement plus louable que la recherche de prestations.

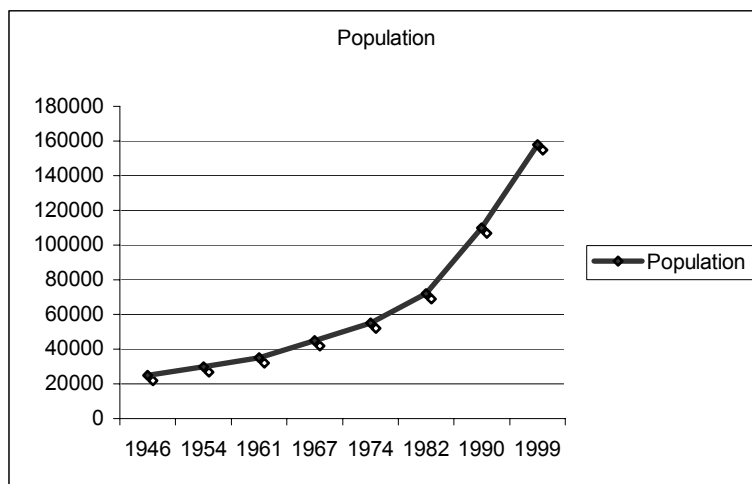
« Reconnaître aux peuples frontaliers le droit à l'existence et la subsistance, à la mobilité et la productivité sur les berges qu'ils ont toujours fréquentées, paraît s'imposer. » (p. 112) Un rapport propose de leur remettre des « cartes de visiteurs », sans autre droit que le séjour (y compris pas de droit de vendre leurs productions) et d'une durée deux semaines : « de clandestins, deviendront-ils touristes ? » (p. 112) VERNON recommande plutôt la remise de documents qui ne donneraient pas droit à des prestations mais qui permettraient de circuler et de poursuivre librement les activités productives.

---

<sup>30</sup> A propos des Amérindiens, Noirs Marrons et Brésiliens, on décrit une « culture régionale transfrontalière relativement homogène, au sein de laquelle la liberté de circulation a précédé les découpages politiques actuels. » (ASSOKA et al, 1996, p. 132)

## Données démographiques<sup>31</sup>

La forte croissance de la population (3,6% par an pour la période 1990-1999) est due pour moitié à l'apport migratoire et pour moitié au taux de natalité (31,7 pour mille, supérieur à ceux des autres DOM et au métropolitain (12,8) en 1999). Après avoir stagné autour de 25 000 personnes pendant 350 ans, le « décollage » démographique tant attendu a démarré au lendemain de la départementalisation grâce aux progrès sanitaires et a pris une vigueur inattendue ces dernières décennies, porté par un flux migratoire soutenu : 55 000 habitants en 1974, 157 000 en 1999. Entre 1990 et 1999, la population s'est accrue de plus 37% (plus qu'en métropole (3,4%) et que dans les autres DOM (19% à la Réunion, le plus « croissant » des autres DOM). Le recensement de 1999 sous-estimerait même la taille réelle de la population, que l'on évalue volontiers plutôt à 200 000 en 2002<sup>32</sup>.



source : ORRU (2001) (INSEE, 1996 & 2000)

Ce bilan démographique positif profite surtout aux trois principales communes du département : Cayenne (où vit plus de la moitié de la population et où s'est développée une économie tertiaire avec prépondérance du secteur public), Kourou (ville nouvelle créée à la fin des années 60 qui abrite le centre spatial européen) et Saint-Laurent (forte immigration de noirs marrons surinamiens).

40% de la population recensée en 1999 est immigrée (dont la moitié en situation irrégulière<sup>33</sup>), issue surtout du Brésil, du Surinam, d'Haïti et du Guyana.

<sup>31</sup> Les données sont issues des documents suivants : ALAUX (1997) ; ASSOKA et al (1996) ; BAZELY & CATTEAU (2001) ; CONSEIL NATIONAL DU SIDA (2003) ; DDASS de la Guyane (2001, a) ; DELANEAU et al. (1999).

<sup>32</sup> Ainsi, le médecin tenant des permanences au poste de santé d'Organobo déclare y recevoir environ 2000 personnes, pour l'essentiel noire marronnes surinamiennes en situation irrégulière ... or 88 personnes ont été recensées habiter Organobo et ses environs, en 1999.

<sup>33</sup> Mais le nombre d'étrangers en situation irrégulière est probablement bien plus élevé, on l'évalue parfois à 40 voire 50 000. (BUTON, 2002)

Les 60% de « non immigrés » (qu'ils soient français ou non) sont créoles, métropolitains, amérindiens, noirs marrons et asiatiques (Chinois et Hmong).

Enfin, sa proportion élevée d'immigrés contribue à donner à la population guyanaise sa diversité ethnique et sa forte croissance, mais aussi, dernière caractéristique saillante, sa jeunesse : en 1999, 43% des habitants ont moins de 20 ans (contre 25% en Métropole et 36% à la Réunion, le plus « jeune » des autres DOM), 6% ont plus de 60 ans (contre 21% en Métropole et 10% à la Réunion).

## **Une situation socio-sanitaire préoccupante**

La Guyane française, avec ses 84 000 km carrés, est une petite partie du vaste plateau des Guyanes (1,5 millions de km carrés, 20 fois sa population), qui inclut, du Nord au Sud et d'Ouest en Est, une partie du Venezuela, le Guyana, le Surinam, la Guyane française et une partie du Brésil.

Elle constitue, avec le Surinam, ex Guyane néerlandaise, et le Guyana, ex Guyane britannique, une enclave dans le monde hispano-lusophone de l'Amérique du Sud. Ces trois entités, posées sur l'extrémité nord du sous-continent, sont peu tournées vers ce dernier. Leur territoire étant fermé au sud par la forêt, elles s'ouvrent plutôt en effet, au nord, sur l'océan et vers l'Europe, sous la tutelle de laquelle elles ont d'ailleurs longtemps été.

Mais si le Guyana et le Surinam, en accédant à l'indépendance, se sont ouverts à l'international, la Guyane est restée dans une relation exclusive avec sa métropole, seule puissance coloniale à avoir gardé un « confetti de l'Empire » en Amérique. Les écarts de niveau de vie qui se sont creusés pendant ces dernières décennies ont encore désolidarisé la Guyane française des deux autres. On a vu par ailleurs qu'outre son histoire politique, la Guyane s'en distingue par sa population : une forte majorité de Créoles a prévalu pendant longtemps en Guyane française, par faiblesse relative des populations immigrées d'Asie, au contraire élevées dans les deux autres Guyanes.

Les données populationnelles distinguent également la Guyane des DOM voisins, les Antilles françaises, dont la « toile de fond » est encore plus homogène que celle de la Guyane, par absence de Noirs Marrons et d'Amérindiens. Les données naturelles les différencient aussi, puisque la Guyane, contrairement aux autres DOM, n'est ni une île ni un archipel, mais « le morceau d'un continent enserré entre le Surinam et le Brésil, géant en plein essor et cent fois plus grand ». (DUVAL-COTTERAU, 1994, p. 8). Enfin, la Guyane est la seule terre francophone de toute l'Amérique du Sud et la moins densément peuplée des pays d'Amérique.

Au total, la Guyane dépare, au sein de son environnement (les autres Guyanes, les autres DFA (départements français d'Amérique) et le reste du continent). « Vitrine française » en Amérique, ses caractéristiques socio-économiques et sanitaires expriment pourtant aussi son appartenance géographique. Le tableau socio-sanitaire brossé ci-dessous nous donne à voir les difficultés d'application du modèle occidental en Amérique du Sud.

## **Une société de consommation sous développée économiquement**

### **De l'auto-suffisance à l'assistance**

Rappelons d'abord que la Guyane n'a pas toujours été le territoire « assisté » par sa métropole que l'on décrit aujourd'hui. Pendant 350 ans, la petite colonie se voit contrainte d'assurer, tant bien que mal, son auto-suffisance. La France la délaisse, lui préférant les terres plus

productives des Antilles voisines, voire voudrait faire de la Guyane le garde-manger de ces dernières.

Pourtant la colonie guyanaise est déjà très dépendante de l'état du marché français, y exportant 80% de ses productions (monocultures), même si les échanges entre la France et la Guyane ne représentent que 3,6% des échanges de la France avec ses colonies.

A la suite de l'abolition de l'esclavage en 1848, l'économie de plantation s'effondre. L'organisation collective (et contrainte) des plantations fait place à l'individualisme qui marquera la société créole (JOLIVET, 1982). La marque humaine s'atténue dans le paysage. Les esclaves émancipés, qu'on appelle désormais les Créoles, occupent un territoire immense, sur lequel ils s'installent par familles nucléaires disséminées (les « habitations »). Les installations de grandes envergure comme les polders sont abandonnées, on revient à la culture sur brûlis.

Avec la ruée vers l'or (1885 à 1940), l'agriculture est définitivement délaissée, au profit du commerce et des services. Les orpailleurs s'aventurent dans les « grands bois » et reviennent sur la côte pour le commerce. Mais l'orpaillage rapporte peu d'argent au département, dont il pollue de surcroît les eaux et les sols (mercure) et la France ne s'intéresse toujours pas à sa colonie : elle cède à la Hollande et au Brésil de grandes superficies riches en or<sup>34</sup>.

La baisse des importations métropolitaines pendant les deux guerres mondiales et l'épuisement des gisements aurifères font sortir les orpailleurs des grands bois, ils reviennent dans les villes. Une urbanisation de « type Tiers Monde » prend son essor : sans industrialisation, avec pénurie d'emplois, de logements, d'équipements ...

La Constitution de 1946 donne à chaque colonie la possibilité de devenir soit un DOM, soit un TOM. Les quatre plus anciennes choisiront le statut départemental. Leur dépendance économique envers la Métropole va s'accroître, tandis qu'elles se désolidarisent de leur contexte géographique : de « confettis de l'Empire », elles deviennent « régions ultra-périphériques » de l'Europe.

D'autonomie économiquement, chaque ancienne colonie bénéficie désormais de trois financements : FIDOM, Europe, budgets nationaux. Vont apparaître des sociétés pseudo-industrielles reposant sur une économie de transfert.

### ***L'inadaptation du modèle occidental***

Reprenons très succinctement quelques points développés par JOLIVET (1982) à propos des échecs socio-économiques de la départementalisation en Guyane.

L'épuisement des gisements aurifères et la seconde guerre mondiale ont plongé le département dans une grave crise économique que la départementalisation va s'avérer incapable de résoudre, par inadaptation du modèle occidental à la Guyane, tant de sa logique économique capitaliste que de son système d'assistance sociale.

La mise en place de structures administratives calquées sur celle des départements métropolitains se révèle en effet inadaptée au département guyanais, trop peu développé démographiquement, ce qui induit notamment une hypertrophie du secteur public.

Surtout, la départementalisation est sous-tendue par une volonté de « rattrapage économique » qui passe par l'imposition du mode de production capitaliste (avec incitation de l'essor du secteur industriel privé). Mais à la suite des premiers échecs économiques, une « départementalisation sociale » est bientôt mise en œuvre, pour améliorer les conditions de vie grâce aux aides sociales. Le secteur public déjà pléthorique s'accroît encore, les Guyanais

---

<sup>34</sup> En 1895, les 2/3 de la Guyane, entre les fleuves Oyapock et Amazone, sont cédés au Brésil. En 1933, 4000 kilomètres carrés à l'ouest du fleuve Tapanahony sont cédés au Surinam



acquièrent progressivement les différents avantages sociaux dont bénéficient les Français de métropole : sécurité sociale, allocations familiales, congés payés, SMIG, etc. La politique gouvernementale bascule d'une volonté d'aide au développement sur un mode capitaliste à une assistance aux personnes. Mais cette politique de prestige (la fameuse « vitrine française » en Amérique voulue par de Gaulle) portée par une assistance stérile ne produit qu'un pseudo-développement social. La départementalisation sociale, « cette extension à la Guyane du régime social métropolitain, sans extension parallèle du mode de production dans le cadre duquel fonctionne le régime original, va bientôt engendrer l'un des principaux blocages au développement économique » (p. 214) : les grands projets de décollage économiques se succèdent, se soldant tous par des échecs en raison, précisément, des effets de la départementalisation sociale : la main d'œuvre est aussi chère qu'en Europe bien qu'aussi peu qualifiée que celle du Tiers Monde<sup>35</sup>. Bref, la Guyane, par sa double appartenance (département français/pays sous développé économiquement) est peu compétitive, dans la logique capitaliste. Or seul justement le développement économique pourrait rentabiliser ce système social.

Au total, les contradictions inhérentes à la départementalisation (modèle capitaliste et assistance sociale stérile) sont responsables de l'échec économique. Parallèlement, la dépendance des Guyanais à l'égard de la métropole et singulièrement de l'Etat français, représenté par les fonctionnaires métropolitains de l'administration en Guyane, s'est accrue puisqu'en l'absence de développement économique, le maintien des conditions de vie passe désormais par l'assistance. La Guyane, artificiellement dotée d'un niveau de vie relativement élevé, parvient à être le cadre d'une société de consommation tout en restant largement sous développée économiquement.

### **Etat des lieux**

Cette analyse de JOLIVET a vingt ans, mais force est de reconnaître toute l'actualité des processus décrits ... si ce n'est que la situation semble s'être aggravée, comme si les logiques repérées au début des années 80 avaient par la suite entraîné le département dans une spirale descendante.

Une mission d'information pour la Commission des Affaires sociales du Sénat dresse en 1999 le bilan d'une « crise de développement particulièrement sensible sur le plan sanitaire et social. (...) Si cette crise s'explique avant tout par les spécificités démographiques et géographiques du département, elle est également alimentée par l'inadaptation croissante des politiques publiques au contexte local » (DELANEAU et al, 1999, p. 9). La mission préconise non seulement le rattrapage du retard du point de vue des infra-structures sanitaires et sociales, mais aussi la prise en compte des spécificités guyanaises. On en revient à la question de double appartenance, géographique et politique, de la Guyane.

L'assistance s'est en effet accrue. La Guyane est devenue en 1989 une région française de la zone « ultra-périphérique » de l'Europe. Des aides du programme POSEIDOM et de différents fonds structurels européens lui sont attribuées en raison du retard de son développement économique et social. La Guyane est en outre la première région de France pour la part d'aides reçues de l'Etat rapportée au nombre d'habitants. (CONSEIL NATIONAL DU SIDA, 2003) La départementalisation sociale s'est poursuivie, avec la parité

---

<sup>35</sup> Les « grands chantiers » départementaux ont employé, avant 1969, les Noirs Marrons et les Amérindiens de l'Inini, et après, des étrangers (malgré la pression des élus locaux pour que la population locale soit embauchée), donc une main d'œuvre ne bénéficiant pas des droits sociaux des Français.

sociale (égalisation des prestations sociales entre DOM et métropole<sup>36</sup>) voire son dépassement<sup>37</sup>.

Pourtant, le développement économique reste en panne et les indicateurs socio-économiques sont au rouge ... même si, relativement à ses pays voisins d'Amérique du Sud et des Caraïbes, la Guyane reste riche : meilleur indice de développement humain de l'ONU pour la zone caraïbe, derrière les deux autres DFA, en 1995 ; son PIB annuel par habitant est plus de 10 fois supérieur à ceux du Surinam et du Guyana et 20 fois celui de Haïti en 1997.

**« Cette société qui consomme mais ne produit pratiquement rien »<sup>38</sup>**

L'économie de la Guyane, comme celle des autres DOM, est dépendante des transferts de ressources de la métropole et elle est peu diversifiée. Son enclavement par sa situation dans la forêt amazonienne équivaut quasiment à l'insularité des autres DOM, avec lesquels elle partage l'éloignement de la métropole (à 8000 kilomètres), le coût des transports, celui du travail et l'étroitesse des marchés locaux, qui constituent autant de freins à son développement, auxquels il faut encore ajouter la difficulté des transports intra-départementaux (il n'y a qu'une seule route, elle longe le littoral, les déplacements à l'intérieur des terres se font par les fleuves ; les transports publics urbains et péri-urbains sont notoirement insuffisants). Le coût de la main d'œuvre y est supérieur que dans les pays voisins, d'où des difficultés à l'exportation des richesses naturelles : malgré les subventions de l'Etat, les productions locales ne se développent pas. L'entrée dans le marché européen accuse encore la concurrence. Le volume des exportations n'atteint pas 15% des importations. (CONSEIL NATIONAL DU SIDA, 2003)

L'économie sous-industrialisée est dualiste, sans articulation de sa modernité (secteur tertiaire hypertrophié ; en 1999, 56% des emplois relèvent du secteur public, lequel se réserve en outre la partie la plus qualifiée de la population. (DELANEAU et al, 1999)) avec ses activités traditionnelles (agriculture vivrière des Amérindiens et des Noirs Marrons).

L'agriculture (en rapport sans doute avec la mauvaise image qu'ont les Créoles du travail manuel et de l'agriculture, associés à l'esclavage et au bagne) et le tourisme sont moins développés que dans les autres DOM. L'exploitation de l'or et la recherche spatiale européenne<sup>39</sup> semblent être les seuls secteurs créateurs d'emplois, mais les retombées de la première ne concernent qu'une partie infime de la population active de Guyane. La politique des grands travaux a été stoppée après la construction du barrage hydraulique EDF à Petit-Saut. Pêche et bâtiment sont entrés en crise, malgré le recours à une main d'œuvre clandestine bon marché.

---

<sup>36</sup> Exemples :

1988 : suppression du critère d'activité pour l'obtention des prestations familiales

1991-1993 : alignement progressif du montant des allocations familiales sur celui de la métropole

<sup>37</sup> Ainsi, en matière de couverture maladie, les DOM sont désormais mieux lotis que la métropole : depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2003, le plafond de ressources pour l'attribution de la CMU est dans les DOM supérieur de 10,8% par rapport au métropolitain (627, 28 euros / mois pour une personne seule contre 566, 50 en métropole).

<sup>38</sup> (CHERUBINI, 2002)

<sup>39</sup> Le Centre Spatial Guyanais installé à Kourou en 1965 est la locomotive économique de la Guyane. Occupant une superficie égale à celle de la Martinique, il forme à lui seul un pôle économique et représente le tiers des emplois. (DELANEAU et al, 1999)

L'absence de développement économique inquiète donc, et ce d'autant plus que la population a fortement progressés ces vingt dernières années, même si elle ne pèse toujours pas lourd au regard des critères nationaux<sup>40</sup>.

### ***Précarité***

Le taux de chômage atteint 26% en mars 2000 (contre 10% en Métropole, mais moins que la moyenne des DOM), en rapport avec le déficit d'activités économiques (exceptées les activités non déclarées, telles que l'orpaillage, qui sont nombreuses) et la forte croissance de la population (et son faible niveau de formation).

Fin 2000, 6 900 ménages, soit 18% de la population (31 000 personnes), vivent au-dessous du seuil de pauvreté (2 300 Frs de revenu mensuel).

Les revenus de transfert n'ont cessé de croître. Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, 3,6% de la population<sup>41</sup> bénéficie de l'API, 1,3% de l'AAH et 11,3% du RMI. Ces taux élevés par rapport à la Métropole (respectivement de 1,1%, 1,6% et 3,1%) reflètent la fréquence des situations de précarité et, par rapport aux autres DOM (où on compte moins de bénéficiaires de l'API mais plus d'AAH et de RMI), la jeunesse de la population et le taux élevé de natalité dans un contexte familial « déstructuré ».

Le fréquent cumul des prestations sociales à une activité dans le secteur informel peut être mis en rapport, au moins en partie, avec la précarité des emplois et la cherté de la vie en Guyane (plus chère globalement que dans les autres DOM, moins chère que Paris pour l'éclairage, mais plus pour la santé par exemple)

Les logements sont en nombre insuffisant et trop souvent insalubres, sans eau potable, électricité ou téléphone. La Guyane est le seul DOM où subsistent des bidonvilles. Ces derniers sont situés dans les grandes agglomérations du littoral.

De profondes inégalités marquent le département. Par exemple, les inégalités de développement des moyens de communication sont criantes : « on apprend avec stupeur que le bureau de la Poste à Cacao vient seulement, en 1998, d'être doté de l'électricité, d'un fax, etc.... (...) dans ce département d'où partent les fusées plaçant sur orbite des satellites permettant des communications tous azimuts, le téléphone portable n'est pas encore possible et la télévision ne couvre pas tout le territoire ... » (KERHOUSSE, 1998, p. 169-170)

---

<sup>40</sup> La population guyanaise représente en 1999 9,3% de la population des DOM et 0,26% de la population française. La densité moyenne reste faible : 2 hab/km<sup>2</sup>. DDASS (2001, a)

<sup>41</sup> La « population » concernée pour les bénéficiaires de l'API (Allocation Parent Isolé) est celle des femmes âgées de 15 à 49 ans ; celle des personnes âgées de plus de 20 ans ou plus pour l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) ; celles des personnes âgées de 20 à 59 ans pour le RMI (Revenu Minimum d'Insertion).

## Les difficultés du système de santé

L'étude des différents indicateurs de santé illustre la double appartenance de la Guyane, politique et géographique, par la mise à l'épreuve du système de santé national dans un département inséré dans un monde en voie de développement. La notion de transition épidémiologique en permet une approche globale. L'exemple de l'épidémie du VIH/sida en donne un exemple particulièrement saillant. Nous entrerons ensuite plus avant dans le cœur de notre problématique : l'offre sanitaire.

### Les indicateurs de santé<sup>42</sup>

L'espérance de vie à la naissance en Guyane en 1997, malgré une forte progression depuis le début des années 90, est plus brève de 4 ans pour les femmes (78,7 contre 82,1) et de 2 ans pour les hommes ((72,4 contre 74,2) que celle des habitants de la Métropole.

La mortalité (nombre de décès pour 1000 habitants) est de 3,8 en Guyane contre 9,2 en Métropole, mais la comparaison à âge équivalent révèle une surmortalité de 40% en Guyane.

Les causes de mortalité par ordre décroissant sont les mêmes qu'en Métropole : pathologies cardio-vasculaires, tumeurs, traumatismes (violences (homicides, etc.), suicides et accidents de la route) et maladies infectieuses. Mais les pathologies cardio-vasculaires, les traumatismes et les maladies infectieuses, ainsi qu'en 6<sup>ème</sup> position, les pathologies endocriniennes, ont des taux comparatifs supérieurs en Guyane.

La Guyane cumule ainsi les causes de mortalité propres aux pays développés (cardio-vasculaires, tumeurs) et celles qui le sont aux pays en développement (traumatismes, maladies infectieuses). Ces dernières sont également les grandes responsables d'années potentielles de vie perdues (APVP) : traumatismes (accidents de la circulation surtout) et empoisonnements sont les premières causes d'APVP en 1993-1997 ; les maladies infectieuses et parasitaires arrivent en seconde position.

La mortalité infantile, en baisse depuis les années 70, s'est stabilisée dans les années 90, à un niveau deux fois supérieur au taux métropolitain<sup>43</sup> et supérieur à celui des autres DOM, taux qui rapproche la Guyane des pays en voie de développement (surtout la composante périnatale).

Les 3 causes de sur morbidité sont la périnatalité (les accouchements représentent 25% des séjours hospitaliers, soit 3 fois plus qu'en Métropole), les traumatismes et les maladies

---

<sup>42</sup> Ces données ont été recueillies dans les documents suivants : BAZELY & CATTEAU (2001) ; CONSEIL NATIONAL DU SIDA (2003) ; DDASS (2001, a) ; DDASS (2001, b.) ; MEISSONIER & RODRIGO (1997).

<sup>43</sup> La mortalité infantile est passée de 55 (décès de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes) en 1971 à 11,1 en 1998 (contre 5,2 en Métropole).

La mortalité périnatale (nombre de mort-nés et de décès de moins de 7 jours pour 1000 naissances totales) est passée de 29,8 en 1987 à 19,5 en 1997 (Métropole, respectivement 9,9 à 7).

La mortalité maternelle (nombre de décès pour 100 000 naissances) a progressé, passant de 64,6 en 1987-90 à 79,3 en 1993-97 (9,5 en Métropole en 1987-1990).

Les éléments pouvant expliquer l'importance de la mortalité infantile sont les suivantes : accouchement en France de femmes étrangères (surinamiennes, brésiliennes) ne s'étant pas faites suivre en cours de grossesse, hygiène et alimentation du nourrisson de mauvaise qualité (éducation sanitaire insuffisante, déficit d'équipement : pas d'eau courante, pas de réfrigérateur car pas d'électricité), difficultés d'accès aux soins et à la prévention (distance à parcourir pour accéder aux soins dans l'intérieur, etc.). L'enquête périnatale de l'Inserm de 1998 révèle en outre que 28% des femmes enceintes vivent seules (contre 7% en métropole).

infectieuses<sup>44</sup>. Ces 3 sur-morbidités sont caractéristiques des pays en voie de développement. La Guyane est le seul département français où l'on voit encore des kwashiorkors (sur les fleuves en particulier).

De nouveaux problèmes sanitaires sont apparus ces dernières années en Guyane : l'alcoolisme et la toxicomanie. 20% des jeunes consomment de la drogue, peu par injections intra-veineuses, en revanche le crack représente 70% des drogues consommées.

L'équipement sanitaire individuel en eau et assainissement reste insatisfaisant<sup>45</sup>, en particulier dans les communes isolées et les concentrations humaines plus ou moins spontanées péri urbaines, exposant à des risques d'épidémies de diarrhées infectieuses (typhoïde, gastro-entérite). Ces risques sont également présents chez les populations qui ne consomment pas l'eau potable à laquelle elles ont accès, lui préférant l'eau du fleuve.

En outre, le mercure rejeté par les activités d'orpaillage contamine les fleuves (le Maroni surtout), y est absorbé par les poissons, exposant les populations fluviales qui consomment les produits de la pêche (les Amérindiens en particulier) à un risque de toxicité neurologique.

### **Une transitions épidémiologique inachevée**

La notion de transition démographique se réfère au passage, en trois phases, d'une situation de mortalité élevée et de fécondité élevée à une situation de mortalité faible (d'abord) et fécondité faible (ensuite). La baisse de mortalité a été enclenchée par les développements économiques en Europe, alors qu'elle les précède dans les pays en voie de développement.

La transition démographique n'est pas achevée en Guyane : la baisse de la mortalité ne s'est pas suivie d'une baisse de fécondité aussi importante qu'ailleurs. Le taux de natalité augmente en effet en Guyane alors qu'il baisse dans les autres DOM, traduisant la forte migration issue de pays moins avancés dans la transition démographique.

Le modèle d'évolution sanitaire proposé par Omran (1971), la transition épidémiologique, se déroule également en trois phases : à la suite du déclin des maladies infectieuses et parasitaires (MIP) et de la famine parmi les premières causes de mortalité, l'espérance de vie s'allonge, la population s'accroît, les maladies dégénératives et les sociopathies apparaissent<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> Les maladies infectieuses les plus problématiques sont les suivantes :

- Le paludisme : 4056 cas autochtones en 1999, dont 90% dans la région du Maroni, chimiorésistance élevée aux antipaludéens
- La dengue et la fièvre jaune : menaces permanentes
- Les maladies sexuellement transmissibles et le sida (cf. ci-dessous) : considérable augmentation de la prévalence ces dernières années
- La tuberculose : 2/3 des malades sont étrangers
- La lèpre : reste présente même si décroît

<sup>45</sup> Seuls 79% de la population sont approvisionnés par une eau de bonne qualité, 1,4% le sont par une eau de très mauvaise qualité.

<sup>46</sup> Si en Occident la transition a débuté au 18<sup>ème</sup> siècle (baisse de la fertilité liée au développement économique) et s'est terminée au début du 20<sup>ème</sup> siècle, elle n'a débuté ailleurs qu'après la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale :

- Au Japon ou à Hong Kong, elle est beaucoup plus rapide : bouclée en 25 ans
- Dans le Tiers Monde, la baisse de mortalité est liée à des programmes sanitaires allochtones et non à l'amélioration des conditions de vie ; dans les villes, la mortalité est due à la fois à des maladies infectieuses et dégénératives ; pas de baisse de la fécondité.

Au regard de la transition épidémiologique, la Guyane présente là aussi une figure originale, à mi-chemin entre son appartenance au continent sud-américain et son identité de département français. BOURGAREL (1994) retrace l'évolution de cette transition et en propose l'interprétation suivante.

Au lendemain de la départementalisation, la lutte contre le paludisme réalise l'amorce du processus de transition épidémiologique : comme dans l'ensemble des pays en voie de développement, la mortalité commence à diminuer à la suite de l'introduction d'innovations médicales (sous la forme, en Guyane et comme ailleurs dans le monde tropical de l'Amérique latine, des premières campagnes de pulvérisation de DDT) et avant le développement socio-économique (qui enclenche le processus dans les pays développés, par amélioration de l'alimentation et de l'hygiène domestique)<sup>47</sup>. La fermeture du bague, dont la population payait un lourd tribut aux MIP, accélère le processus.

La baisse du taux de mortalité par MIP se répercute sur le taux de mortalité globale qui devient alors pour la première fois inférieur à celui de la natalité. Depuis, la croissance démographique a été ininterrompue, portée conjointement par les taux de natalité (d'autant plus élevés que la population est jeune) et l'immigration (accrue ces trente dernières années). Le taux de mortalité par MIP et respiratoires reste cependant élevé, signant un faible avancement au sein de la transition épidémiologique et plaçant la Guyane, à cet égard, derrière les trois autres DOM et dans le groupe des pays les moins avancés d'Amérique du latine.

Simultanément, la Guyane ne fait plus partie de ce groupe pour ce qui est de l'écart de mortalité hommes/femmes (plus l'écart est grand (au profit des femmes) et plus le pays est dans une phase avancée de la transition), se situant même parmi les pays les plus avancés dans la transition. Surinam et Guyana se trouvent sur ce point parmi les pays peu avancés : pas d'écart hommes/femmes (voire avantage aux hommes)<sup>48</sup>.

---

D'autres auteurs ont proposé une 4<sup>ème</sup> étape : recul des sociopathies (baisse des maladies cardio-vasculaires) par modification des comportements, les maladies dégénératives restant prépondérantes. (BOURGAREL (1994))

<sup>47</sup> Même si l'amélioration des structures de soins et du niveau de vie, avec la départementalisation, ont certainement contribué eux aussi à l'amorce de la transition en Guyane.

<sup>48</sup> On peut comparer la Guyane avec :

- L'Etat du Parà (Brésil du Nord), le Surinam et le Guyana : caractéristiques environnementales et climatique proches de celles de la Guyane
  - o taux de natalité : idem
  - o taux de mortalité : inférieur en Guyane, mais plus de mortalité par MIP
- Les autres DOM : régime politique commun
  - o taux de natalité : supérieur en Guyane
  - o taux de mortalité : inférieur en Guyane, mais supérieur pour l'infantile ; plus de mortalité par MIP
  - o espérance de vie : plus faible en Guyane
  - o population plus jeune en Guyane, comprenant plus d'étrangers

L'évolution des causes de mortalité se passe globalement de la même façon en Guyane que dans les autres DOM, mais :

- les MIP diminuent moins vite (ont baissé puis augmenté, en partie à cause du sida et dans une moindre mesure du paludisme qui augmente lui aussi, en raison des résistances chez le vecteur et chez le parasite)
- les maladies circulatoires et les tumeurs augmentent moins vite (car plus d'immigrés, moins de moyens techniques de diagnostic), avec beaucoup de cancers de la peau (comme dans les autres DOM : ensoleillement) et du col utérin (comportements sexuels, etc.)

BOURGAREL explique cette mortalité élevée par MIP par la faible maîtrise par l'homme de l'espace guyanais, ancienne<sup>49</sup> et responsable de la faiblesse de l'agriculture, de l'importance de la surface forestière (90% du territoire) mais aussi de la survie de nombreux systèmes pathogènes tels que la leishmaniose ou le paludisme. Le faible avancement dans la transition reflète également la migration importante que connaît la Guyane depuis les années 70, issue de pays peu avancés à cet égard, même si les immigrés vivent surtout en zone urbaine, alors les MIP sévissent plus dans les zones rurales. La transition est en effet moins avancée dans l'intérieur du département que sur son littoral : la mortalité infantile et la mortalité par MIP y sont plus élevées dans l'intérieur (défaut d'équipement (sanitaire, d'eau courante, de réfrigérateur), d'éducation, distances à parcourir pour accéder aux soins, difficultés linguistiques), tandis que celle par maladies de l'appareil circulatoire y est moindre. Les nouveaux modes de vie, d'habitat, d'organisation familiale ou d'alimentation diffusent à partir de Cayenne (Kourou est européenne mais repliée sur elle-même).

Au total, la notion de transition épidémiologique permet d'appréhender une nouvelle fois la double appartenance géographique et politique de la Guyane.

Le système sanitaire de la Guyane bénéficie de l'application du système de protection sociale national et de moyens financiers importants. Mais le milieu guyanais est sensiblement différent du métropolitain, tant par ses composantes naturelles (anthropisation limitée) que populationnelles (immigration issue de l'aire caraïbe et d'Amérique du Sud).

De cette confrontation naissent des indicateurs mitigés : d'un point de vue sanitaire, la Guyane ne s'apparente pleinement ni à un pays développé, ni à un pays en voie de développement.

---

<sup>49</sup> A l'époque précolombienne, les Amérindiens sont disséminés (occupation lacunaire) sur un territoire immense, les techniques agricoles sont trop peu productives pour permettre une forte densité humaine, les nombreuses langues différentes retiennent les possibilités de relations entre les groupes. Résultat, le paysage est peu modelé par l'homme

La colonisation est difficile (ex : expédition de Kourou), valant à la Guyane son appellation de « cimetière des Européens ». Les premières tentatives de socialisation de l'espace (assèchement des marais par installation de polders) sont interrompues à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle, quand les gouvernements se désintéressent de la Guyane au profit des Antilles. Cette absence de politique volontariste d'organisation de l'espace contraste avec la situation du Surinam et du Guyana, alors colonies hollandaises. La Hollande s'intéresse beaucoup à ces colonies (ses seules dans la région), y investit des hommes (dix fois plus nombreux au Surinam qu'en Guyane) et des moyens (beaucoup de polders, qui permettent de réduire la prévalence du paludisme).

MARCHAND-THEBAULT (1987) rappelle que jusqu'à la fin du 18<sup>ème</sup>, les colons français firent l'erreur de penser que les terres hautes étaient plus salubres que les basses, infestées de moustiques, alors que les premières sont les plus exposées au paludisme. Les colons hollandais du Surinam l'avaient compris dès le début du 17<sup>ème</sup> siècle.

L'abolition de l'esclavage (1848) voit se substituer à l'habitation collective du colon (avec ses esclaves) celles de familles nucléaires disséminées ; la technique des polders est abandonnée, on revient à la culture sur brûlis. A l'inverse, les Hollandais trouvent facilement de la main d'œuvre de remplacement sur leurs plantations, qui prospèrent, contrairement aux guyanaises qui périclitent.

Avec la ruée vers l'or, l'agriculture est délaissée au profit du commerce et de services.

La mortalité des bagnards est très élevée en raison non seulement de leurs conditions de vie (alimentation, hygiène et moyens sanitaires déplorables) mais aussi de la méconnaissance du milieu : au lieu d'aménager quelques grands centres bénéficiant de travaux d'assainissement, l'administration pénitentiaire envoie les bagnards dans de petits pénitenciers isolés dans la forêt et insalubres, tant pour protéger la population locale et punir les bagnards, que pour donner l'impression que la présence européenne a fait reculer les frontières de la forêt.

Enfin la départementalisation (1946) contribue à isoler la Guyane de son contexte géographique.

(BOUGAREL, 1994)

## L'épidémie de VIH

L'offre sanitaire, bien meilleure en Guyane que dans ses pays voisins, avec notamment l'accès gratuit à la trithérapie, se trouve pourtant confrontée à de graves difficultés, tant le profil de l'épidémie départementale est étroitement déterminé à un niveau régional.

Ce profil épidémique singulier de la Guyane, au sein de la France comme de l'ensemble des DOM, est souligné en 2003 par le Conseil national du sida (CNS) qui relève la prévalence élevée et les facteurs socio-économiques constitutifs d'obstacles à la maîtrise de l'épidémie. Pour le CNS, les faiblesses de la politique de lutte contre le VIH/sida mettent en évidence les lacunes du système de santé guyanais dans son ensemble. Ainsi le CNS, pour améliorer la gestion de l'épidémie de VIH/sida, recommande la mise en œuvre d'un plan général sanitaire et social en Guyane, au-delà des considérations propres à la maladie, avec notamment éducation générale à la santé (en milieu scolaire et dans les médias) et création de structures d'accueil nécessaires à la prise en charge sociale des patients. (CONSEIL NATIONAL DU SIDA (2003))

Le plan gouvernemental de lutte contre le sida 2001-2004 inclut les DFA parmi les cibles prioritaires pour les actions de prévention.

Reprenons les principales caractéristiques de cette épidémie en Guyane<sup>50</sup>.

### *Taux*

L'épidémie de VIH est nettement plus grave dans les DOM qu'en Métropole, et la Guyane est le DOM le plus touché.

- Incidence : entre le 1<sup>er</sup> avril 2001 et le 31 mars 2002, la Guyane a enregistré en moyenne **43,9** nouveaux cas de sida pour 100 000 habitants, contre **2,5** en Métropole, 3,4 à la Réunion, 6,3 en Martinique et 14,9 en Guadeloupe.
- Prévalence : en 2002, les cas de sida cumulés depuis 1978 pour 100 000 habitants sont de **558** en Guyane, contre **88** en Métropole, 38 à la Réunion, 144 en Martinique et 240 en Guadeloupe. La Guyane se rapproche ainsi de l'Île de France, département le plus touché, avec un taux de 572 (alors que l'incidence est 4 fois supérieure en Guyane en 2001-2002).
- Personnes vivant avec le sida : au 30 septembre 2002, **439** personnes vivent avec le sida en Guyane, contre 128 à la Réunion, 235 en Martinique et 462 en Guadeloupe (dont la population est 3 fois supérieure à la guyanaise). En Guyane naissent 2/3 des enfants séropositifs recensés dans les DOM.

Au 31 décembre 2001, un millier de séropositifs vivaient en Guyane.

La proportion de tests positifs dans les CDAG, de 4,7 pour mille au niveau national, atteint 16,3 à la CDAG de Cayenne et 20 à celle de Saint Laurent.

### *Modes de contamination et sex ratio*

La part des contaminations **hétérosexuelles** a toujours été plus importante dans les DOM (67% au 30 septembre 2002) qu'en Métropole (22%), et elle est la plus importante en Guyane (82%). La Guyane connaît également la part la plus importante de contamination **mère-enfant** (7%) (taux élevé de séropositivité chez les femmes en âge de procréer, taux élevé de fécondité, suivi incomplet des grossesses), tandis que les parts des contaminations par injection de drogue intraveineuse (2%) et homo-bisexuelles (4%) y sont les plus faibles.

---

<sup>50</sup> Les chiffres suivants sont en grande partie extraits du rapport du CONSEIL NATIONAL DU SIDA (2003).



Depuis le début de l'épidémie, les proportions de **femmes** parmi les malades ont été plus élevées dans les DOM qu'en Métropole, même si les hommes étaient toujours majoritaires<sup>51</sup>. Mais en 2001, et contrairement à la Métropole et aux autres DOM, un sida a été diagnostiqué en Guyane chez plus de femmes que d'hommes (sex ratio de 0,76), ce qui peut s'expliquer par la forte prévalence du VIH chez les femmes enceintes des pays voisins. On l'estime par exemple à 5 à 10% chez les femmes enceintes au Guyana, qui sont nombreuses à venir accoucher en Guyane (où le taux est de 1,7%).

### ***Répartition par âges***

Les cas de sida chez les personnes âgées de plus de 50 ans sont proportionnellement plus nombreux dans les DOM (19% au 30 septembre 2002) qu'en métropole (12% à Paris) ; il en est de même pour les moins de 20 ans (5 contre 1% à Paris), ce qui est à mettre en rapport avec les taux de transmission mère-enfant.

### ***Facteurs de risque***

Les facteurs identifiés en Guyane sont les suivants.

Le multipartenariat sexuel est le fait d'une prostitution professionnelle<sup>52</sup> ou domestique<sup>53</sup>.

Il concerne également la tranche des plus de 60 ans, d'où leur taux élevé de contamination. Les comportements pro-natalistes sont un frein à l'utilisation des préservatifs. Le taux élevé de IST (infections sexuellement transmissibles) accroît le risque de contamination par le VIH.

Surtout, est en cause la précarité. Celle-ci concerne avant tout les immigrés (plus de la moitié des patients suivis en 2001 sont étrangers, dont 31% d'Haïtiens et 10% de Surinamiens (BUTON, 2002)), issus de pays pauvres et durement touchés par l'épidémie alors que l'accès au traitement est loin d'y être généralisé<sup>54</sup> (République dominicaine, Surinam, Guyane et bien sûr Haïti ont les taux les plus élevés des pays de la Caraïbe, elle-même région du monde la plus touchée après l'Afrique sub-saharienne<sup>55</sup>).

---

<sup>51</sup> Les proportions de femmes en métropole tendent cependant à progresser, se rapprochant de celles des DOM, par augmentation de la part des contaminations hétérosexuelles.

<sup>52</sup> La demande masculine de prostitution féminine est sept fois plus fréquente en Guyane qu'en France métropolitaine. La prostitution est le lot notamment des femmes immigrées (Brésil, Guyane, Saint Domingue). (rapport Delfraissy 2002)

<sup>53</sup> La société guyanaise est matrifocale (prédominance de la figure maternelle dans la famille), mais les femmes sont très dépendantes financièrement des hommes. Nombreuses sont les femmes qui se font « entretenir » par plusieurs hommes en échange de services sexuels, hors conditions de grande précarité. Il leur est difficile d'imposer le port du préservatif.

<sup>54</sup> Au Surinam par exemple, seule la prophylaxie par Bactrim était disponible jusqu'à il y a peu.

<sup>55</sup> Guyane : 46% des prostituées de la capitale seraient contaminées  
Surinam : 267 cas nouveaux cas de sida ont été dépistés en 1999 (pour une population d'environ 425 000, soit un taux de 628 pour 1000 habitants)

Haïti : prévalence de 5 à 6% depuis la fin des années 80

République dominicaine : prévalence de 2,3%, pouvant atteindre 12% chez les prostituées (en dehors de la capitale, où sont réalisés des efforts de prévention).

(FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES (2002), ROMEL (2004))

### ***Prise en charge***

Elle est réalisée dans l'un des trois principaux établissements de santé (hôpitaux de Cayenne et Saint Laurent et centre médico-chirurgical de Kourou). BUTON (2002) évoque un « Cayenno-centrisme », par homologie entre le sentiment d'isolement des acteurs guyanais vis à vis de la métropole et celui des acteurs de Saint Laurent et des autres communes vis à vis de Cayenne, résultant d'un déséquilibre des moyens alloués alors que la dynamique de l'épidémie est la plus intense dans l'Ouest guyanais. L'auteur rapporte en outre un témoignage selon lequel la prise en charge fonctionnerait plus par le fait « de personnes que de structures », c'est à dire que le départ d'un médecin à tel endroit pourrait suffire à la compromettre.

Les médecins de ville sont rares à accepter ces suivis (toujours de toutes façon en collaboration avec l'hôpital), pour des raisons de compétence (ils ne sont pas suffisamment formés) et de prise en charge sociale (la plupart des patients bénéficient, quand ils sont couverts, de la CMU ou de l'AME, que refusent un certain nombre de médecins, notamment à Cayenne).

La Guyane est le département qui a connu la plus forte progression du nombre de patients suivis entre 1995 et 2001, passant de 381 à 764 (+100,5%).

Les nouveaux cas de sida en Guyane, autant ou plus que dans les autres DOM, se déclarent chez des personnes non dépistées ou dépistées mais non traitées (souvent des perdues de vue : sorties de la file active après leur dépistage). En 2001, seuls 7% de ces nouveaux cas se déclaraient chez des patients dépistés et traités.

Les trithérapies sont un peu moins largement utilisées qu'en métropole (environ 2/3 des patients suivis en Guyane sont traités en 2001 (BUTON, 2002)) et on constate plus d'échecs thérapeutiques : prises en charge plus tardives, suivis moins réguliers, observances moindres.

Comme en métropole, le nombre de nouveaux cas de sida annuels a baissé à partir de 1996 (arrivée des multithérapies) dans les DOM, mais dans 3 d'entre eux, cette diminution a cessé à partir de 1999, la reprise de la progression étant la plus forte en Guyane (avec parallèlement une reprise de la croissance du nombre de décès annuels, après une baisse entre 1996 et 2000).

### ***Au total***

L'ampleur de l'épidémie et son profil (femmes, contaminations hétérosexuelles) sont similaires à ceux des pays voisins. Le sida, maladie de la précarité, trouve en effet en Guyane un contexte favorable. La lutte contre cette maladie est une mise à l'épreuve du système de santé importé de métropole. La mise en cohérence de ce dernier au niveau international est cruciale : seul l'accès gratuit aux traitements génériques dans les pays voisins pourrait freiner l'exode de malades (qui le sont souvent à leur insu).

### **L'offre de soins**

L'offre de soins en Guyane est insuffisante (taux de lits et de personnels médicaux et paramédicaux pour 1000 habitants bien inférieurs aux métropolitains) et inégalement répartie : elle est la plus insuffisante dans les zones rurales et isolées du bord du Maroni et de l'intérieur, qui sont peu accessibles et dont la densité d'habitants est particulièrement faible.

Rappelons à ce propos la configuration du territoire guyanais. Celui-ci se présente schématiquement comme un rectangle orienté sur sa longueur selon un axe nord-sud, dont le côté nord est le littoral et les deux longs côtés, verticaux, sont deux fleuves frontaliers (Oyapock à l'Est, Maroni à l'Ouest). Le littoral est bordé par une bande de mangrove et de savanes, tandis que la forêt couvre l'essentiel de l'intérieur. Cette forêt est difficilement

pénétrable, un réseau dense de fleuves et de rivières, cependant accidentés de sauts et de rapides, est longtemps resté le seul moyen d'y circuler. Aujourd'hui, Air Guyane assure des liaisons aériennes entre différents points de l'intérieur et avec Cayenne, mais la seule route de Guyane longe le littoral (de Saint Laurent du Maroni à Saint Georges de l'Oyapock), laissant l'intérieur enclavé. La côte en revanche est accessible aux navires et donc ouverte à l'extérieur.

Le peuplement reflète cette opposition, se concentrant sur le littoral (6% du territoire). En 1999, 82% des habitants sont regroupés dans les 5 communes urbaines du littoral<sup>56</sup>. A l'intérieur, la population se concentre le long des fleuves, sur le Maroni surtout. (DDASS, 2001, a). Enfin, précisons que dans ce département le plus grand de France, la densité d'habitants au kilomètre carré a doublé depuis 1982, passant de 1 à 2, ce qui reste encore fort loin des taux métropolitain (108) et des autres DFA (238 en Guadeloupe, 333 en Martinique).

Les DSDES (Direction de la Santé et du Développement Social) remplacent les DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) dans les DFA (départements français d'Amérique), avec des compétences élargies. Elles ont pour missions la surveillance de l'état de santé de la population et la mise en œuvre des politiques de santé.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2001, pour les secteurs libéral et hospitalier cumulés, 90 médecins généralistes et 64 spécialistes exercent en Guyane pour 100 000 habitants, ce qui est bien inférieur aux taux métropolitains (respectivement 158 et 158) et à ceux des autres DOM (106 et 90 en Guadeloupe, le moins bien loti des autres DOM). Les écarts s'accroissent pour la densité d'infirmiers (160 en Guyane, 596 en métropole, 333 en Guadeloupe). Si la Guyane est avantagée pour les taux de sages femmes en population générale, elle ne l'est plus si on considère les taux pour 1000 naissances (11 sages femmes en Guyane, 19 en Métropole et 15 à la Réunion, le moins bien loti des autres DOM). Les possibilités régionales de formation sont très réduites, même pour les infirmières et les aides-soignantes.

Le secteur hospitalier compte 6 établissements - un hôpital à Cayenne, un à Saint-Laurent, un centre médico-chirurgical à Kourou et 3 petites cliniques à Cayenne - pour un taux moindre de lits pour 1000 habitants qu'en métropole<sup>57</sup> (2 fois plus en gynéco-obstétrique<sup>58</sup>, ce qui est néanmoins insuffisant puisque le taux de natalité est 3 fois supérieur). L'offre est tout particulièrement insuffisante dans certaines spécialités telles que la psychiatrie, la cancérologie, l'ophtalmologie et la neurologie. Il n'y a ni lit de suite ni soins infirmiers à domicile.

---

<sup>56</sup> Cayenne, Rémire-Montjoly et Matoury concentrent plus de la moitié des habitants. Les deux autres communes importantes du littoral sont Kourou et Saint Laurent, de tailles équivalentes.

<sup>57</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2001 :

- court séjour : 1,84 lits en médecine et 1,13 en chirurgie pour 1000 habitants, contre respectivement 2,18 et 1,81 en métropole. La Réunion est moins bien lotie que la Guyane.
- moyen séjour : la Guyane est le moins bien loti des DOM :
  - o soins de suite : 0,21 lits en Guyane (uniquement dans le secteur privé) contre 1,59 en métropole
  - o réadaptation fonctionnelle : aucun lit en Guyane

<sup>58</sup> 0,83 lits pour 1000 habitants en Guyane contre 0,42 en métropole au 1<sup>er</sup> janvier 2001.

Les effectifs en médecins libéraux sont faibles : presque 3 fois moins de généralistes et 4 fois moins de spécialistes (rapporté à la population) qu'en métropole, et certaines spécialités ne sont pas du tout représentées dans le département (neurologie, oncologie). Il y a en outre 3 fois moins d'infirmières exerçant en libéral qu'en métropole. La médecine de ville n'est présente que sur le littoral, dans les 3 villes principales du département (Cayenne, Kourou et Saint Laurent) et les spécialistes exercent surtout à Cayenne. Le secteur libéral dans l'intérieur ne comporte en outre ni dentiste, ni kinésithérapeute, ni psychologue.

En 2000, la Guyane compte 7 laboratoires d'analyses de biologie médicale et 34 officines de pharmacie.

Les 21 centres de médecine collective (10 centres de santé (1 ou 2 médecins) et 11 postes de santé (personnel para-médical)) représentent la seule offre de soins dans les communes de l'intérieur (découpé en 12 secteurs sanitaires), où ils peinent à couvrir des territoires parfois immenses au sein desquels les déplacements se font en pirogue (un secteur peut avoir la surface d'un ou plusieurs départements métropolitains). La plupart d'entre eux ne sont accessibles que par voie fluviale, et certains exclusivement par voie aérienne.

Le Conseil général a géré l'ensemble de ces structures de 1986 à 2000. Depuis janvier 2000, suite à un rapport de l'IGAS de 1998 constatant que l'entretien (jugé « déplorable ») et le fonctionnement des centres ne sont pas assurés, la partie curative (les dispensaires) est gérée par l'hôpital de Cayenne (dans le cadre d'une convention tripartite, Etat, Conseil général et ARH), tandis que la préventive, dans les centres de prévention et de vaccination (CPV) (20% de l'activité) reste gérée par le Conseil Général (DSP : Direction de la Solidarité et de la Prévention).

L'accès dans ces centres est gratuit. Ils ne sont autorisés à délivrer des ordonnances que quand aucun médecin libéral (payant) n'est installé dans le bourg (auquel cas les centres n'ont qu'une activité de prévention).

L'urgence est prise en charge grâce aux liaisons hélicoptérées (SAMU, armée de l'air) avec l'un des trois centres hospitaliers urbains (Cayenne, Saint Laurent, Kourou), mais le dépistage et le suivi après hospitalisation posent des difficultés en raison de l'insuffisance de consultations avancées ou spécialisées et de possibilités de réaliser des examens complémentaires (biologie, radiologie). En outre, les médecins ne sont pas présents tous les jours (ils font des tournées à l'intérieur de leur secteur), voire parfois il n'y a pas de médecin du tout (non recruté).

Il n'y a que 3 services de PMI (Protection Maternelle et Infantile) et un seul dispensaire antivénérien (à Cayenne), gérés par le Conseil général. La Guyane dispose de crédits importants (de l'Union européenne et de l'Etat principalement) pour agir dans les zones enclavées, mais ils sont peu utilisés, ou mal.

Aucune procédures d'urgence (accueil des toxicomanes, aide alimentaire, hébergement pour sans domicile fixe) n'est prévue et la prise en charge des jeunes (psychiatriques, placements) est insuffisante. Le déficit en structures accueillant les adultes handicapés est également important<sup>59</sup>.

La médecine scolaire manque de façon flagrante de moyens (12 médecins scolaires dont 7 vacataires pour 55 000 enfants scolarisés), en particulier dans l'intérieur (par exemple, une infirmière couvre à elle seule tout le Maroni, soit 520 km accessibles uniquement en pirogue ;

---

<sup>59</sup> Il n'y a aucune maison d'accueil en Guyane et le taux d'équipement en foyer de vie est de 0,41 pour 1000 adultes âgés de 20 à 59 ans contre 1,29 en métropole, au 1<sup>er</sup> janvier 2001.

basée à Saint Laurent, elle part toutes les 3 semaines passer une semaine dans une école du fleuve).

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) Guyane, 2000/2001/2002 insiste sur certaines carences qualitatives de l'accès aux soins telles que le défaut de fonctionnement en réseau et de coordination des associations et des administrations traitant de la santé, avec absence d'identification des interlocuteurs privilégiés, d'où va et vient de leurs publics. Il souligne aussi le manque de formation des acteurs de terrain chargés de relayer les informations et les méconnaissances des administrations sur les droits des étrangers résidants en Guyane. L'une des 11 fiches-action « accès aux droits » élaborée par le PRAPS prévoit la réalisation d'un « mémento » sur les droits fondamentaux des étrangers (santé / logement / éducation / emploi / prestations sociales).

Les rapports pointent en outre de graves difficultés d'accès aux soins, qui tiennent d'une part à l'inadaptation du système sanitaire français au contexte naturel guyanais, d'autre part aux caractéristiques de la population guyanaise, posant à nouveau la question de la double appartenance de la Guyane, politique (la France) et géographique (l'Amérique du Sud).

Par « contexte naturel guyanais », on fait allusion aux vastes dimensions du territoire à couvrir et aux difficultés de circulation sus-mentionnées qui, ajoutées à la faible densité humaine, engendrent de profondes inégalités spatiales d'accès aux soins, entre l'intérieur et le littoral (le premier étant à la fois difficile d'accès et faiblement peuplé) et entre la Guyane et la métropole : même sur le littoral en effet, la population est trop faible pour rentabiliser un plateau technique sophistiqué ni permettre la présence de toutes les spécialités, ce qui implique la nécessité d'évacuations sanitaires, vers les Antilles ou la métropole. La distance séparant la Guyane de la métropole contribue à expliquer les difficultés de recrutement de personnel sanitaire et social, difficultés aux conséquences encore accusées par le passage aux 35 heures.

Il s'agit également de la pathocénose<sup>60</sup> locale. Par exemple, les anti-paludéens ne sont pas remboursés (hors prescription hospitalière) car considérés comme des « médicaments de confort » en métropole, alors qu'ils sont d'utilisation fréquente et indispensable en Guyane.

Les caractéristiques socio-culturelles de la population résidant en Guyane sont également pointées, tout au long des rapports et des articles, comme variables contribuant aux difficultés d'accès aux soins, que l'on peut regrouper en trois grandes catégories.

Il s'agit d'un défaut de familiarisation avec les dispositifs et les procédures : méconnaissances, défaut de document d'identité, illettrisme, absence de conscience de la nécessité de faire ouvrir des droits à une couverture maladie et de l'obligation de payer (l'habitude a été donnée d'une gratuité totale des soins dans les centres de santé), etc.

Interviennent ensuite des obstacles dits culturels, en commençant par les linguistiques.

Enfin, la précarité socio-économique, liée à la situation irrégulière sur le territoire, la chômage, etc., explique la faible observance des prescriptions médicamenteuses et hygiéno-diététiques, le recours aux soins dans l'urgence à l'hôpital et la priorité donnée à l'alimentation ou à l'hébergement plutôt qu'à la santé.

Ce sont tout particulièrement les étrangers qui sont visés dans ces descriptions, cumulant les trois types de difficultés. Par exemple un rapport du Sénat constate que l'offre

---

<sup>60</sup> « Pathocénose », néologisme de GRMEK (1983), désigne l'ensemble des pathologies présentes à une époque et en un lieu donnés, avec prise en compte des relations unissant ces maladies entre elles. (cf. GRMEK, Mirko, « Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale », Paris, Payot, 1983)

sanitaire, déjà insuffisamment organisée, est encore fragilisée par des spécificités départementales, et que « le premier [de ces] handicap[s] est à l'évidence l'immigration » (DELANEAU et al., 1999, p.28). Outre leurs caractéristiques socio-culturelles, les immigrés sont accusés d'exacerber le sous-équipement départemental (en terme de lits hospitaliers et de professionnels) et de rendre plus délicate encore la maîtrise des maladies infectieuses et parasitaires, en en important dans le département. Différentes études tendent à démontrer que leur état de santé est moins bon que celui des Guyanais (exemple : l'étude de BOURGAREL (1994) réalisée à Cayenne révèle que dans les quartiers particulièrement occupés par des immigrés (quartiers sud et sud-est), les mortalités périnatale et infantile sont supérieures à la moyenne : logements insalubres, information maternelle déficiente, moindre offre de soins (cabinets de gynécologie privés et centres de PMI) sont en cause).

Les propositions émises dépassent le plus souvent le cadre de la santé, pour aborder l'immigration, l'éducation ou l'emploi, mais certaines préconisent aussi l'adaptation de l'offre de soins. Par exemple, pour les campagnes nationales de prévention, on préconise la traduction des messages dans les langues parlées localement (créole guyanais, créole haïtien, taki-taki, anglais, brésilien, hmong, chinois ..), ou on propose de donner un statut international de l'hôpital de Saint Laurent pour réduire l'attraction qu'exerce la maternité, où aujourd'hui plus de la moitié des naissances sont le fait de mères étrangères.

### ***La place des médecines traditionnelles***

En Guyane comme ailleurs, l'offre de soins rassemble des pratiques thérapeutiques issues de diverses représentations du monde, ce qu'on appelle un pluralisme médical. Chacune de ces pratiques s'inscrit dans une logique qui lui est propre, dont l'objet est de donner du sens au mal perçu. Mais l'ensemble de ces pratiques et des systèmes nosologiques qui les sous-tendent forment un réseau, au sein d'un groupe social donné. Les individus passent de l'une à l'autre, indépendamment des contradictions théoriques qui les opposent, dans une quête d'efficacité encore plus que de sens : l'opérateur prime sur la logique. (cf. BENOIST, 1996, b) Ainsi, si les thérapeutes sont identifiés selon leur groupe ethnique particulier d'appartenance, ils peuvent en pratique être consultés par des individus de tous les groupes ethniques.

Au sein de cet écheveau de pratiques, l'offre de soins biomédicale que nous venons de décrire n'est plus « l'offre de soins », mais « une offre de soins » parmi d'autres. Même si c'est bien elle qui nous intéresse ici, il nous faut garder à l'esprit que non seulement elle n'occupe pas à elle seule tout l'espace du recours thérapeutique, mais que de plus elle fait partie d'un tout au sein duquel sa place n'est pas fixée une fois pour toute. Tous les types de recours aux soins sont en effet en constante relation les uns avec les autres, et le biomédical ne fait pas exception, même si ses praticiens le présentent comme structuré, cohérent et fermé aux autres.

Il faut pour analyser la conduite, individuelle, d'un itinéraire thérapeutique, la replacer au niveau plus collectif des rapports sociaux, au-delà du cadre de la santé.

Par exemple, les contraintes matérielles modulent l'orientation vers un type de soins plutôt que vers un autre (les soins n'ont pas tous le même coût, ne sont pas tous disponibles partout, etc.) or l'impact de ces dernières est éminemment lié à la situation socio-économique du sujet au sein de la société.

Par ailleurs, l'efficacité que les individus attribuent aux différents types de thérapeutes est elle aussi dépendante de la structure sociale : l'ordre selon lequel est classée l'efficacité des thérapeutes peut même être inverse à celui de la hiérarchie sociale. En d'autres termes, une classe d'individus occupant les échelons les plus bas de la hiérarchie sociale peut se voir

attribuée les pouvoirs thérapeutiques les plus élevés<sup>61</sup>. TAVERNE (1991) illustre ce phénomène général à partir de l'exemple de la société guyanaise, au sein de laquelle les thérapeutes noirs marrons et amérindiens jouissent auprès des Créoles guyanais du plus fort capital de crédibilité, suivis des haïtiens<sup>62</sup>. Les Haïtiens font pourtant l'objet d'un racisme exacerbé de la part des Créoles, lesquels méprisent en outre volontiers les sociétés qualifiées il y a encore peu de tribales, à savoir les Amérindiens et les Noirs Marrons.

Mais ces derniers voient depuis quelques décennies leurs pratiques auréolées d'une aura de « pureté originelle », appréciée dans le contexte actuel de promotion des « cultures traditionnelles »<sup>63</sup>. Les Haïtiens véhiculent quant à eux des représentations de la maladie proches de celles des Créoles guyanais<sup>64</sup>. Ce classement, opéré par le groupe créole, c'est à dire le groupe socialement dominant, fait office de loi et est repris par tous les autres groupes de la société guyanaise.

On peut supposer qu'une autre caractéristique de la société guyanaise, sa double appartenance, politique et géographique, influence elle aussi l'orientation des individus à travers les diverses offres de soins. On a vu comment cette double appartenance se traduit aux niveaux socio-économique et épidémiologique, ainsi que sur la configuration de l'offre de soins biomédicale elle-même. On peut supposer que la conjonction de la pluriethnicité de la société guyanaise avec sa bascule récente dans le monde occidental apporte sa marque sur le pluralisme médical.

La Guyane, société pluriethnique issue de multiples métissages en terre américaine, voit en effet coexister des systèmes de soins issus des différents groupes culturels qui la composent (amérindiens, noirs marrons, créoles, haïtiens, chinois, hmong, auxquels il faut ajouter les rituels thérapeutiques des Eglises de diverses confessions (témoins de Jéhovah, Eglise adventiste), etc.). Mais la départementalisation, avec l'importation de la biomédecine, donne à cette dernière une place croissante, bousculant les schémas antérieurs<sup>65</sup>, à l'image des

---

<sup>61</sup> « Etre thérapeute dans une société qui vous tient à distance (...) [traverser] les barrières sociales et les frontières ethniques. Le pluralisme est alors un agent de convergence qui dément par des actes les discours d'exclusion. » (BENOIST, 1996, b, p. 494 )

<sup>62</sup> Les quelques allusions recueillies sur notre terrain tendent à faire penser qu'à Saint Laurent du Maroni, les thérapeutes noirs marrons, et singulièrement saramaka, jouissent de la plus grande crédibilité.

<sup>63</sup> On reviendra sur l'ambivalence de l'attitude des Créoles guyanais à l'égard des Noirs marrons et des Amérindiens. S'ils méprisent ces populations tout récemment venues à « la civilisation », pour ensuite profiter abusivement des prestations sociales, ils ne refusent néanmoins pas l'honneur de partager leurs origines avec ces révoltés de la première heure contre le pouvoir blanc, qui ont su conserver le pouvoir magique ancestral qu'eux-mêmes ont perdu. (TAVERNE, 1991)

<sup>64</sup> « La rapidité, compte tenu du caractère récent de l'immigration haïtienne en Guyane (moins de dix ans), avec laquelle certains Haïtiens ont acquis une réputation de bon thérapeute auprès des Guyanais tient largement dans l'existence d'un modèle partagé de représentation de la maladie. Les interprétations des épisodes de maladie, les traitements proposés (emplâtres, ventouses) ne surprennent en rien les Guyanais et bien au contraire leur rappellent les pratiques que réalisent les *gado* » (guérisseurs guyanais) (p.446, TAVERNE, 1991).

<sup>65</sup> Dès les années 80, le recours à la bio médecine et en particulier à l'hôpital semble adopté en cas de maladie grave par la majorité de la population, même si d'autres types de soins peuvent continuer simultanément au séjour hospitalier. Les praticiens traditionnels (guérisseur, docteur-feuille haïtien) sont le plus souvent consultés dans le cadre de maladies chroniques (lesquelles donnent classiquement lieu à des recours multiples). (BOURGAREL, 1994)

Dans les années 80, les Ndjuka par exemple attribuent de grands pouvoirs à la médecine occidentale qui dispose de « photos », a le courage de couper dans le corps et sait le recoudre, peut lui apporter directement du sang (alors que la médecine ndjuka ne peut que stimuler sa fabrication). C'est une médecine des grandes urgences et des grandes maladies.

changements rapides que connaissent les pays en voie de développement récemment exposés à la biomédecine. C'est en particulier le cas dans la région du fleuve Maroni, sur laquelle porte spécifiquement notre étude. L'accès à la biomédecine y est récent (années 50-60)<sup>66</sup> et s'est trouvé rapidement facilité, grâce à la « francisation » des populations et la « mise à niveau » de l'offre de soins biomédicale. L'instauration de la CMU et de l'AME rénovée, en 2000, constitue la dernière révolution en la matière. Notons que parallèlement, les autres systèmes de soins s'enrichissent d'apports issus du biomédical<sup>67</sup> : les échanges sont multidirectionnels, tant dans la structuration des systèmes nosologiques que dans les itinéraires des malades<sup>68</sup>.

Notre matériau empirique est issu d'entretiens menés auprès de professionnels de l'accès aux soins biomédicaux. Ces derniers attribuent le plus souvent une place minimale aux recours « alternatifs » à la biomédecine, ce qu'ils expliquent par leur faible efficacité et leur coût élevé (plus que celui de la bio médecine, si l'on « veut bien » faire les démarches d'accès à une couverture maladie). Et quand ils entrent en concurrence avec la biomédecine<sup>69</sup>, faisant notamment obstacle à l'observance thérapeutique de cette dernière, les médecins expliquent faire en sorte de contraindre les patients à adhérer au traitement qu'ils leur proposent, en passant éventuellement par le recours à un médiateur culturel, mais sans eux-mêmes s'intéresser plus avant à ces autres modes de recours aux soins. Cette faible prégnance des thérapeutiques traditionnelles, dans le perçu des médecins, n'est pas surprenante : si les malades essaient simultanément ou successivement plusieurs types de recours aux soins, il est plutôt rare que les patients fassent part de ce foisonnement à leurs médecins, même dans les

---

C'est en outre une médecine de la commodité (il est plus facile de prendre un médicament que de ramasser des plantes dans la forêt) et elle est gratuite : on la préfère par paresse.

Cette médecine est enfin hors de la société (pas d'obligations sociales et monétaires, les soignants sont sexuellement neutres) et hors du sacré (permet de soigner des individus en situation marginale, personnes en deuil, enceintes ou menstruées pour lesquelles il y a peu de remèdes traditionnels). (SAUVAIN et al, 1986) Selon TAVERNE (1991), c'est le suivi des grossesses et des jeunes enfants, réalisé en PMI, qui semble représenter le moyen de familiarisation le plus fréquent à la bio médecine, et on va voir que c'est souvent à l'occasion d'un accouchement que les femmes sont sensibilisées aux démarches d'accès aux droits à une couverture maladie.

<sup>66</sup> SAUVAIN et al (1986) datent les premières incursions de la médecine occidentale sur le territoire Ndjuka en 1953 (offre médicale surinamienne).

<sup>67</sup> Le système nosologique des Ndjuka par exemple est cumulatif, empruntant aux diverses cultures en présence, dont aujourd'hui des croyances populaires du système occidental, intégrées via leurs expressions créolisées, alors qu'ils avaient été privés de ces apports pendant toute la période qui a suivi leur éviction des plantations. Le recours à l'accès aux soins l'est tout autant : consulter un *obiaman* (thérapeute noir marron) de son clan n'empêche pas d'aller en consulter un d'un autre clan, ou un thérapeute haïtien comme un dispensaire biomédical. (JOLIVET, 2002 ; VERNON, 1992)

<sup>68</sup> Pour BENOIST (1996, b, p. 505), ces quêtes thérapeutiques qui traversent les barrières culturelles sont les amorces de nouvelles synthèses, de nouveaux langages : « Le soignant est un passeur culturel, tandis que l'individu qui va de soin en soin ne pratique pas seulement une quête thérapeutique : il est un pèlerin culturel, qui apprend en chemin des codes nouveaux. Modeste acteur des innovations, il s'approprie les fragments des mondes autres qui sont les matériaux d'un monde nouveau qu'il édifie par sa recherche tâtonnante du mieux-être. »

<sup>69</sup> La notion de « concurrence » est récusée par les anthropologues ayant travaillé sur la Guyane, qui parlent de sommes plus que de choix : les médecines traditionnelles sont utilisées en association avec la biomédecine et non en compétition. L'utilisation successive ou simultanée de différentes pratiques médicales est ainsi à l'origine d'itinéraires thérapeutiques qui se complexifient à mesure de l'évolution de la maladie.



sociétés où la biomédecine semble être la mieux assise<sup>70</sup>. TAVERNE (1991) fait part en outre de ses difficultés à rencontrer des thérapeutes haïtiens en Guyane, pour son travail de thèse d'anthropologie<sup>71</sup>, ce qui laisse penser que des professionnels biomédicaux qui ne cherchent pas à en entendre parler, voire les désapprouvent car les voient comme des facteurs de retard ou même d'échec au traitement biomédical, ont dans ces conditions peu de chances que leurs patients, déjà réticents, leur en parlent.

Ajoutons enfin que le recours aux soins est en lui-même une déclaration identitaire. On verra, en particulier avec l'analyse des discours d'acteurs créoles, que le type de recours aux soins permet de classer les individus, la familiarisation d'avec le système biomédical en étant un critère fondamental.

### *L'offre de soins dans l'Ouest guyanais*

Notre étude s'est focalisée sur l'Ouest guyanais. Nous avons déjà fait quelques références à cet arrondissement, notamment à propos des Noirs Marrons, les Boni s'étant réfugiés sur la rive française du Maroni à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle, rejoints deux cents ans plus tard par les Ndjuka. Il est temps de préciser les choses.

La Guyane est découpée en deux arrondissements, l'Est (préfecture de Cayenne) et l'Ouest (sous-préfecture de Saint Laurent du Maroni), recouvrant 21 communes au total.

L'Ouest guyanais est délimité à l'Est par une verticale nord-sud passant par la ville d'Iracubo et à l'Ouest par la frontière avec le Surinam, c'est à dire le fleuve Maroni.

Les communes de l'Ouest sont celles dites « du fleuve » (Apatou, Grand Santi, Papaïchton et Maripasoula), celle de Saint Laurent qui est également en bordure du fleuve, mais en aval, ainsi que plus au nord, en remontant vers le littoral, celles de Mana, Awala-Yalimapo et Iracubo.

Saint-Laurent se trouve ainsi à la croisée de plusieurs mouvements de populations, joignant l'Intérieur (dit « le fleuve ») au littoral (selon un axe Nord- Sud)<sup>72</sup> et le Surinam à la France (selon un axe Ouest-Est).

L'Ouest, du temps de la colonie, a fait l'objet de deux projets ambitieux d'implantation humaine, tous deux soldés par de très lourdes pertes en vies humaines : l'expédition de Kourou, puis le bagne. La ville de Saint Laurent du Maroni, accueillant les installations de l'Administration Pénitentiaire (à partir de 1852), s'est en effet développée grâce aux travaux des forçats. C'est depuis le centre de transportation, à quelques centaines de mètres de

---

<sup>70</sup> « (...) [dans ces] situations où la biomédecine semble avoir le contrôle d'un territoire des soins, mais où la réalité des comportements montre qu'il n'en est rien. Autour du médecin, certain de la fidélité de ceux qu'il soigne, se construit un univers de recours et de pratiques. L'infidélité essentielle de ses malades s'ancre dans l'incomplétude de la prise en charge, qui d'une certaine façon fait écho à l'affaiblissement des rapports avec le religieux. » (BENOIST, 1996, a, p. 14)

<sup>71</sup> TAVERNE (1991) raconte combien il est difficile d'identifier des thérapeutes haïtiens et de les rencontrer, pour une personne étrangère à la communauté et à ses réseaux de relation, les patients refusant d'en révéler l'existence (« il n'y en a plus, c'est interdit », « j'en connaissais un, mais il est parti », « à Cayenne, il n'y en a pas, mais allez voir à Paramaribo ou à Bélem »). C'est une protection du thérapeute qui se perçoit et est perçu par ses patients comme illégal, au regard de la biomédecine ainsi que des services de police et d'immigration. Il faut donc longuement mettre en confiance et se justifier sur qui on est et ce qu'on veut.

<sup>72</sup> Rappelons que le littoral guyanais a toujours été beaucoup plus urbanisé que l'intérieur du département et que le découpage administratif précédent distinguait le littoral et l'Intérieur (appelé alors territoire de l'Inini).

l'hôpital actuel, que les bagnards étaient regroupés, à leur arrivée en Guyane, avant d'être envoyés dans les pénitenciers situés en forêt.

Après la fermeture du bagne en 1938, Saint Laurent se réduit à un bourg de quelques milliers d'habitants, en majorité créoles.

De 1963 à 1973 est achevée la route qui le relie à Cayenne (à 250 km), dite route nationale zéro en référence aux nombreuses vies que sa construction avait coûté aux bagnards.

En 1986 éclate la guerre civile au Surinam, des milliers de réfugiés affluent, amérindiens et surtout noirs marrons, beaucoup resteront à la fin de la guerre, suivis de réfugiés économiques. La donne socio-économique, démographique et culturelle est bouleversée par ces flux migratoires.

Les recensements successifs comptabilisent 6000 habitants en 1982, 14 000 en 1990 (mais plutôt 19 000<sup>73</sup>) et 19 000 en 1999 (mais en 2002, date de l'enquête, la population est estimée à 25-30 000, en raison du défaut d'exhaustivité du recensement et de la forte croissance démographique qui continue).

Depuis 1982, l'Ouest dans son ensemble croît plus que l'Est. En 1982, sur une population départementale de 73 000 habitants, 62 000 vivent à l'Est et 11 000 à l'Ouest ; en 1999, sur 157 000, la population de l'Est a doublé (120 000) tandis que celle de l'Ouest a plus que triplé (37 000). (DDASS, 2001, b)

Cette croissance s'est faite au profit de la part noire marronne de la population. En 1997, un tiers de la population de Saint Laurent est ndjuka. (PARRIS, 2002). Saint Laurent est devenu une ville « noire ». C'était la ville du bagne, c'est aujourd'hui celle des Noirs Marrons, tandis que Cayenne reste la capitale administrative (multiethnique à composante créole encore importante) et Kourou la capitale des techniques et des médias (métropolitaine, la ville « blanche »).

Enfin, des trois « grandes » villes de Guyane, Saint Laurent est la moins prospère économiquement<sup>74</sup>.

L'hôpital du bagne, de style colonial, aéré mais aujourd'hui vétuste, a été érigé par les bagnards. En 1995, de nouveaux locaux ont été construits, juste à côté des anciens, dont certains accueillent encore les services de psychiatrie, de long séjour et où logent les internes. Le nouvel hôpital, dit le CHOG (Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais), comprend des services de chirurgie, gynéco-obstétrique, urgences, pédiatrie et médecine et emploie une trentaine de médecins. De nombreuses spécialités ne sont pas représentées (ex : ORL, ophtalmologie, cancérologie). Il dispose de 83 lits.

Les nationalités des patients hospitalisés témoignent de l'importance des flux migratoires, notamment en provenance du Surinam<sup>75</sup>.

---

<sup>73</sup> Selon TOULEMONDE-NIAUSSAT, 1993, « Anthropologie des dynamiques interculturelles et de développement dans la région frontalière du Bas Maroni, Thèse présentée à l'Université de Tours (citée par PARRIS, 2002)

<sup>74</sup> Les revenus moyens des contribuables imposés sont les plus élevés dans les trois villes principales, ceux de Saint Laurent étant plus faibles que ceux des deux autres.

<sup>75</sup> Les données chiffrées sont extraites des documents suivants : données issues directement du DIM du CHOG, FEDERATION HOSPITALIERE DE France & MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES (2002), HOUETTE (1999), MEISSONIER & RODRIGO (1997).

Les données les plus récentes concernent l'année 2001 puisque notre enquête s'est déroulée en 2002.

En 2001, 52% des entrées et 49% des journées d'hospitalisation sont le fait de patients étrangers<sup>76</sup>. 80% des patients qui sont adressés au service social de l'hôpital sont étrangers en 1996, pour leur grande majorité surinamiens.

Depuis 1995, les patients surinamiens représentent chaque année quasiment la moitié des patients du CHOG. En 2001, 42% des entrées et 38% des journées d'hospitalisation sont le fait de patients surinamiens.

Les Surinamiens sont fortement représentés depuis la destruction des structures sanitaires mises en place par les Hollandais au Surinam, pendant la guerre. Mais les raisons des venues à Saint Laurent dépassent la simple sécurité médicale, c'est probablement notamment le cas des femmes venant du Surinam pour accoucher à Saint Laurent, on y reviendra longuement au cours de l'analyse de terrain. Notons dès à présent quelques données chiffrées sur ces accouchements.

Le taux de natalité le plus important de France est celui de Saint Laurent<sup>77</sup> et le service du CHOG accueillant en 2001 la proportion la plus élevée d'étrangers est la maternité (65% d'étrangers, 58% de Surinamiens). Le service en accueillant le moins est celui de la pédiatrie (18% d'étrangers, 16% de Surinamiens), ce qui laisse penser que les enfants qui naissent à Saint Laurent n'y sont pas tous suivis et donc n'y vivent pas<sup>78</sup>.

Un tiers des Surinamiens hospitalisés en 1999 étaient en situation irrégulière. En 1996, 50% des patientes hospitalisées à la maternité étaient étrangères en situation irrégulière

La proportion de Noirs Marrons, qui rassemble celle des patients surinamiens et une partie des français, atteindrait 70% des patients hospitalisés.

L'hôpital est le principal employeur de la ville. Les appartenances ethniques du personnel et des patients sont à l'image non seulement des flux migratoires mais aussi des données socio-économiques, qui suivent souvent les ethniques. Le personnel médical, les responsables administratifs et une partie des infirmiers sont métropolitains, le reste du personnel paramédical et administratif est créole, les quelques Noirs Marrons employés assurent des fonctions administratives peu qualifiées ou ménagères.

Outre l'hôpital, l'offre de soins à Saint Laurent est constituée de 7 médecins généralistes de ville, 2 infirmières libérales, deux dentistes et une PMI.

Le reste de l'offre de soins dans l'Ouest de la Guyane est représentée par les centres de médecine collective : 5 centres de santé (dans chaque commune du fleuve (Apatou, Grand Santi, Papaïchton et Maripasoula) et Iracoubo) et 5 postes de santé (Awala-Yalimapo, Javouhey et Oraganobo et sur le fleuve, en amont de Maripasoula, à Twenké et Antécume-Pata).

La commune de Maripasoula, la plus en amont sur le fleuve, est la seule à être desservie par Air Guyane (une demi-heure de vol jusqu'à Cayenne). Les centres de Maripasoula et Papaïchton (juste en aval de Maripasoula) ont donc pour référent l'hôpital de Cayenne, et

---

<sup>76</sup> A l'hôpital de Cayenne, on ne compte « que » 37% de patients étrangers. (DDASS, 2001, a)

<sup>77</sup> En 1994, pour 1000 habitants déclarés, il y a eu 43 accouchements à Saint Laurent, 26 en Guyane, 18 en Antilles-Guyane, 13 en France. En 1999, ce taux s'est élevé à Saint Laurent à 74.

<sup>78</sup> Notons que 2% des naissances déclarées ont eu lieu à domicile en 1996, les données hospitalières donnent donc une image quasi exhaustive de la situation à Saint Laurent.

l'hôpital de Saint Laurent est celui des centres d'Apatou et de Grand Santi (il faut une douzaine d'heures de pirogue pour joindre Grand Santi à Saint Laurent, et autant de Grand Santi à Maripasoula, tandis que trois heures suffisent pour joindre Saint Laurent depuis Apatou).

Du point de vue des associations, citons In'pact (INformation, Prévention et ACtion contre la Toxicomanie), qui assure également l'accueil de toxicomanes pour pallier l'absence de CSST (centre de soins spécialisés pour toxicomanes) local, AIDES Saint Laurent qui soutient des malades du VIH et leurs familles et réalise des actions de prévention et APTR (Association Pour le Traitement Rénal) qui permet à une douzaine de patients d'être dialysés à Saint Laurent.

Enfin, les thérapeutes traditionnels noirs marrons sont nombreux à Saint Laurent (plusieurs dizaines), tous spécialisés (massages pour douleurs musculaires ou articulaires, obstétrique...), les Saramaka sont notamment réputés en orthopédie (entorses, fractures), mais on dit que les meilleurs d'entre eux sont au Surinam. Ils répondent à des problèmes différents de ceux pour lesquels on fait appel à la médecine de ville (fièvre, céphalée ...). Ils peuvent cependant prescrire des thérapeutiques vendues en pharmacie (ex : pour une perte d'appétit ou une fatigue, un guérisseur peut prescrire des ampoules de vitamines vendues en pharmacie). Des malades non noirs marrons peuvent les consulter. Il s'agit bien d'un pluralisme médical dont on a brossés les contours généraux un peu plus haut.

### *L'offre de soins « sur la rive d'en face »*

Le Surinam, ancienne Guyane hollandaise, s'étend sur 164 000 km carrés<sup>79</sup>. Il est bordé à l'Ouest par le Guyana, à l'Est par la Guyane, au Sud par le Brésil et au Nord par l'Océan Atlantique. Comme en Guyane, le climat est équatorial et la forêt couvre la majeure partie du pays, sauf la bande côtière où vivent 90% des habitants alors qu'elle ne représente que 20% du territoire.

Surinam et Guyane partagent également des caractéristiques démographiques : population jeune et taux de natalité élevé. La population surinamienne, près de trois fois plus importante que la guyanaise, avec 431 000 habitants en 2001, s'accroît cependant moins rapidement que celle-ci, en raison surtout de leurs différences de taux d'immigration (négatif au Surinam).

La composition ethnique de la population est la suivante : Créoles (32%), Hindoustanis (descendants d'Indiens d'Inde) (37%), Indonésiens (15%), Noirs Marrons (10%), Amérindiens (3%), Chinois (2%), Européens, Syro-Libanais, Guyaniens, Haïtiens, Brésiliens. Elle se différencie donc de la guyanaise, comme on l'a dit, par la proportion élevée de personnes originaires d'Asie. On peut également remarquer que si à Saint Laurent les Surinamiens sont noirs marrons, ces derniers ne représentent qu'un habitant sur dix au Surinam. Ils sont en effet surtout présents à l'intérieur du pays, qu'ils partagent avec les Amérindiens.

Ces 50 000 habitants de l'Intérieur partagent de nombreux caractères culturels avec les habitants noirs marrons et amérindiens de Guyane. 15 000 d'entre eux vivent sur la rive surinamienne du fleuve Maroni, frontière de 520 km avec la Guyane, mais la plupart d'entre eux ont de la famille sur la rive d'en face, et les allers-retours sont fréquents. Ces brassages de population y sont anciens, débutés dès l'époque pré colombienne pour les Amérindiens. Si la langue officielle est le néerlandais, le sranan-tongo est la langue usuelle, dont on a déjà

---

<sup>79</sup> Les données chiffrées sont issues des documents suivants : ALDIGHERI et al (2000) ; FEDERATION HOSPITALIERE DE France & MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES (2002).

mentionné une variante, le taki taki, parlé notamment avec les professionnels français de Guyane.

L'histoire politique en revanche distingue les deux territoires : la Guyane, colonie française, devenait un département français en 1946, alors que le Surinam, colonie hollandaise, obtenait l'indépendance en 1975, avant de connaître dans les années 80 une récession économique provoquée par la chute des cours de la bauxite et de l'aluminium (principaux produits d'exportation). En 1980 un coup d'état instaure un régime militaire. Une guerre civile débute six ans plus tard, provoquant les déplacements de réfugiés que l'on a dits. La guerre a profondément perturbé l'économie surinamienne.

Les caractéristiques épidémiologiques des deux populations présentent de nombreuses similitudes<sup>80</sup>, les taux de mortalités, notamment infantiles et maternelles, sont néanmoins supérieurs au Surinam en raison des difficultés d'accès aux soins. Les moyens matériels et humains font en effet défaut dans les structures sanitaires surinamiennes, qui étaient de bonne qualité avant la guerre civile. Plusieurs de nos enquêtés témoignent d'ailleurs de ce que les venues pour soins de part et d'autres du fleuve n'ont pas toujours suivi le sens qu'on leur connaît aujourd'hui : dans les années 70, l'offre de soins surinamienne était préférée à la française. Les habitants du fleuve, quelque en soit la rive, se faisaient soigner à Albina (la ville surinamienne faisant face à Saint Laurent) ou à Paramaribo (capitale du Surinam) plutôt que dans les dispensaires côté français ou les hôpitaux de Saint Laurent et de Cayenne, qui manquaient de moyens. Les choses ont changé avec la guerre du Surinam et la destruction de nombreuses infra-structures, y compris du centre d'Albina, tandis que, parallèlement, l'offre sanitaire française prenait son essor.

Aujourd'hui, les habitants de l'Ouest guyanais comme ceux de la rive surinamienne du Maroni ont recours aux quatre centres de santé du fleuve et à l'hôpital de Saint Laurent<sup>81</sup> et même par les médecins généralistes de Saint Laurent, en raison de l'efficacité qui est reconnue à l'ensemble de cette offre, de sa relative gratuité<sup>82</sup>, de la confiance qu'inspire un savoir étranger<sup>83</sup> et des bénéfices sociaux qui peuvent en dériver (à la suite par exemple de la naissance en France pour les accouchements).

Ils peuvent cependant être amenés à préférer les structures de soins surinamiennes, pour des questions d'accessibilité géographique (même depuis la rive française, il peut être beaucoup

---

<sup>80</sup> Taux élevés des mortalités par accidents, maladies cardio-vasculaires, diabète ; prévalences élevées des infections et notamment des sexuellement transmissibles, y compris le VIH. Les grossesses précoces représentent 10% de toutes les grossesses suivies, comme en Guyane.

Comme en Guyane également, il y a d'importantes différences en termes de morbidité et de mortalité entre l'Intérieur (maladies infectieuses et parasitaires) et la côte (pathologies non transmissibles) et là aussi, plus de 70% du paludisme est concentré dans le bassin du Maroni.

<sup>81</sup> Le médecin d'Albina (11) donne l'exemple de femmes enceintes qui se font suivre à Saint Laurent, y paient leur consultations, alors même qu'elles sont assurées au Surinam et pourraient donc se faire gratuitement suivre à Albina.

<sup>82</sup> Au Surinam, après avoir longtemps été gratuits, la plupart des soins (hormis par exemple le suivi prénatal) sont payants, malgré la détention d'une carte d'assuré social. En France, l'accès aux centres de santé est gratuit, les ouvertures de droit à une couverture maladie permettent de consulter les médecins exerçant en libéral et les patients insolubles ne paient de toutes façons pas les factures hospitalières qu'ils reçoivent parfois.

<sup>83</sup> Le médecin du centre d'Albina (11) explique par exemple que les patients rechignent beaucoup moins à bénéficier d'examen complémentaires s'ils sont prescrits par les médecins d'en face que s'ils le sont par lui-même. (11)

plus rapide de traverser le fleuve pour aller dans un centre surinamien que d'aller à Saint Laurent ou dans un des centres français, ces derniers étant moins nombreux que leurs équivalents surinamiens) et de proximité culturelle avec le personnel soignant, originaire de la région<sup>84</sup>.

Il est probable en fait que les allées-venues de part et d'autre du fleuve soient courantes, les malades non satisfaits d'un premier recours aux soins en tentant un autre, le recours au centre français faisant suite par exemple à la consultation dans un centre surinamien, pour les pathologies graves et qui se chronicisent par défaut de soin adapté. Il peut s'agir de la volonté de se faire soigner en Guyane d'un patient que son médecin avait initialement orienté vers une structure surinamienne<sup>85</sup>. Mais ces allers-retours peuvent aussi relever de l'initiative d'un médecin surinamien (11, 78), qui adresse ses malades dans un centre de santé, à l'hôpital ou dans une pharmacie de Saint Laurent, avec un courrier ou une ordonnance, quand il a fait le diagnostic mais ne dispose pas des médicaments nécessaires<sup>86</sup>. Ces orientations sont acceptées par les soignants français, elles sont même parfois facilitées par les pompiers français qui viennent chercher les patients surinamiens après leur traversée du fleuve pour les amener à la structure de soins.

De façon ponctuelle, les contacts avec l'équipe du centre d'Albina peuvent aussi aider à résoudre les situations sociales compliquées de patients hospitalisés à Saint Laurent, par les connaissances « de terrain » de la première<sup>87</sup>.

Mais les efforts de coopération ont surtout pour objectif l'amélioration de l'offre sanitaire à Albina et dans les centres surinamiens du fleuve de façon à ce que la population locale s'y fasse soigner, soulageant les structures françaises. Les actions sont ciblées en priorité sur les accouchements, les urgences et les MST. Il s'agit aussi, par une meilleure collaboration entre les personnels des deux rives, d'assurer la continuité des soins d'urgence.

Les centres de santé surinamiens sont en nombre suffisant (ceux du fleuve sont plus nombreux que les français ; deux autres centres de santé ponctuent les trois heures de route

---

<sup>84</sup> Le médecin du centre d'Albina (11) témoigne de ce que ses patients ont autant de difficultés à lui « avouer » leur mauvaise observance thérapeutique qu'ils en ont avec les médecins de Saint Laurent. En revanche, ils hésitent moins à lui poser des questions. Par exemple, des patients suivis à Saint Laurent viennent le trouver en lui demandant de leur expliquer leur traitement. Au-delà de l'aspect linguistique, un fond commun culturel serait apprécié, autorisant par exemple une meilleure tolérance à la multiparité des femmes séropositives pour le VIH.

<sup>85</sup> Le médecin du centre d'Albina explique que ses patients lui demandent d'écrire un courrier attestant de ce que la gravité de leur pathologie est sévère, dépassant ses capacités, et adressant donc le patient dans un hôpital plus équipé. Le médecin refuse la plupart du temps, estimant être capable de traiter la pathologie sur place. Mais quand il accepte, et qu'il adresse le patient à Paramaribo, le plus souvent le patient fait traduire la lettre en français pour pouvoir s'adresser à Saint Laurent.

<sup>86</sup> Le voyage en pirogue à Saint Laurent coûtant beaucoup moins cher que les trois heures de bus jusqu'à Paramaribo, il peut être plus intéressant, pour certains médicaments, d'aller les chercher côté français, même si le patient n'y bénéficie d'aucune prise en charge financière.

<sup>87</sup> Un enfant né au Surinam, d'une mère surinamienne, âgé de 2 ans et qu'une méningite à l'âge de 6 mois a laissé gravement handicapé, est hospitalisé au service de pédiatrie de Saint Laurent depuis 6 semaines. Sa mère n'est pas réapparue depuis le jour où elle a amené l'enfant. Que faire de cet enfant, handicapé, sans papier, abandonné, qui coûte chaque jour quelques milliers de Francs à l'hôpital ? Le médecin d'Albina demande à ce qu'on le lui transfère. Lui l'adressera à son tour à l'Academic Hospital (à Paramaribo), qui le placera dans une structure pour enfants abandonnés et maltraités, laquelle ne pourra pas le refuser s'il lui est adressé par l'hôpital. C'est ce qui s'est passé. Parallèlement, la mère a été retrouvée dans son village d'origine, elle explique que célibataire et rejetée par la famille, elle ne pouvait plus envisager la prise en charge de cet enfant handicapé. (11)

qui séparent les hôpitaux de Paramaribo du centre d'Albina,) mais ils manquent de moyens matériels et humains.

A Albina (6000 habitants), l'activité du centre - institution publique rattachée au Service régional de Santé (RGD)<sup>88</sup> - est assurée par un médecin, trois infirmières, une sage-femme, des aides soignantes et une technicienne de laboratoire. Ce personnel est difficile à fidéliser en raison de la difficultés des conditions de travail (l'exercice en privé est bien plus lucratif). Il y a neuf lits.

Entre 1990 et 1997, la lutte contre le paludisme a fait l'objet de quelques actions de coopération, sur le Maroni. Deux conventions signées l'une en 1997 et l'autre en 2000 entre le CHOG et la RGD dans le cadre du Fonds Interministériel pour la Caraïbe (FIC) ont permis l'achat par le CHOG d'équipements médicaux et para-médicaux et d'une ambulance (pour les évacuations à Paramaribo), la mise en place d'une CDAG (consultation de dépistage anonyme et gratuit) du VIH et la collaborations entre les équipes des deux rives (achat d'un téléphone portable pour le médecin d'Albina, interventions de médecins du CHOG à Albina, actions communes de prévention VIH, formation du personnel d'Albina au CHOG, etc.). De 2001 à 2004 est mis en œuvre un projet d'appui à la surveillance des maladies transmissibles, en particulier le paludisme, sur le Maroni. L'accroissement de la qualité des soins grâce au matériel moderne et la confiance qu'inspire à la population la collaboration, visible, avec le CHOG, ont permis l'augmentation de l'activité du centre d'Albina, jusqu'à présent très sous-utilisé<sup>89</sup>.

Ces efforts de coopération, qu'ils soient privés ou publics, se heurtent cependant aux lourdeurs de la bureaucratie surinamienne, voire à ses pratiques corrompues. La RGD n'autorise pas le centre d'Albina à recevoir directement du matériel de l'étranger, celui-ci doit d'abord transiter par Paramaribo. Les premières expériences d'une association ont ainsi échoué : on retrouvait une partie du matériel donné sur le marché noir (volé) et le reste, de Paramaribo, était dispatché dans d'autres centres de santé que celui d'Albina, probablement parce que les habitants d'Albina ne votaient pas pour le parti politique au pouvoir .... Il a donc fallu créer une association humanitaire locale, Surifrance, des deux côtés du fleuve, qui amène le matériel directement à Albina. L'Etat français, confronté aux même problèmes, fait désormais certifier que les équipements qu'il donne resteront à Albina. (39, 67)

Enfin, précisons qu'une couverture maladie surinamienne gratuite est attribuée sous condition de ressources et de résidence stable. Les cartes ne sont valables que dans la région de leur

---

<sup>88</sup>Le gouvernement surinamien finance deux organisations non gouvernementales :

- RGD (services de santé régionaux) : sur la côte (par exemple, le centre d'Albina, construit après la destruction en 1986 de l'hôpital d'Albina)
- MZ (mission médicale) : à l'Intérieur (stratégie de soins de santé primaires)

<sup>89</sup> Le nombre annuel de consultations à Albina est passé, approximativement, de 4000 en 1999 à 8000 en 2001, même si le taux d'occupation des lits reste encore faible. Le nombre d'accouchements augmente régulièrement, atteignant 120 en 2001, contre 85 en 2000 et une quarantaine en 1999.

Cependant il est impossible d'avoir une idée précise de l'activité du centre de santé d'Albina :

- pas d'exploitation des données recueillies à chaque consultation, qui sont de toutes façon non exhaustives
- beaucoup des examens complémentaires (ECG, radiographies, échographies) ne sont pas enregistrés, car s'ils l'étaient, lorsqu'il s'agit de patients non assurés (reçus donc dans le cadre d'un exercice privé du médecin), la RDG demanderait qu'ils paient (ce qu'ils ne font pas) et demanderait également au médecin de payer pour la location des locaux.

(Le salaire du médecin est en effet fonction du nombre de patients reçus et assurés sociaux. Le médecin est censé demander aux patients non assurés de le payer puis verser une part de ce paiement à la RDG en contre partie de l'utilisation des locaux puisque c'est alors en tant que praticien privé qu'il les a vus.) (11)

délivrance, permettant notamment de ne rien payer dans les centres de soins de cette région<sup>90</sup> mais elles ne couvrent pas les soins donnés ailleurs. Ainsi, le centre d'Albina ne dispose pas de scanner, de consultations de spécialistes, du traitement du VIH, ni même du test de dépistage du VIH, et il faut donc les payer, ailleurs.

On accuse des intérêts politiques de biaiser le mode d'attribution des cartes : les habitants des villages ayant majoritairement voté pour le pouvoir en place se les voient accordés beaucoup plus facilement que les autres (dont ceux d'Albina). En outre, le médecin d'Albina décrit les Surniamiens comme peu sensibles à l'intérêt d'une affiliation préventive à une couverture maladie, préférant attendre d'avoir besoin de soins pour ce faire. (11)

La DSDS a proposé en 2002 l'idée d'un projet de coopération consistant en l'acceptation par l'hôpital de Saint Laurent des cartes de couverture maladie surinamiennes, ce qui lui permettrait de demander à la Sécurité sociale surinamienne de prendre ne serait-ce qu'une petite partie des frais occasionnés par les malades surinamiens et permettrait au Surinam d'évaluer le nombre de personnes venant du Surinam se faire soigner en France pour justifier ainsi du volume des aides à lui apporter<sup>91</sup>. (67)

---

<sup>90</sup> Deux échographies prénatales et l'accouchement au centre, ainsi que la prise en charge hospitalière en urgence dans un hôpital de Paramaribo sont gratuits. Les médicaments prescrits sont moins chers.

<sup>91</sup> Le médecin du centre d'Albina observe qu'en matière de coopération sanitaire, et tout particulièrement pour les accouchements, le gouvernement surinamien est en position de force et peut demander de l'aide sans rien proposer en retour puisque l'économie surinamienne bénéficie des allocations familiales françaises que les femmes viennent dépenser chez elles au Surinam, tandis que le système de santé surinamien n'a pas à prendre charge leurs accouchements.

On reviendra longuement sur les commentaires des professionnels créoles et métropolitains français sur cette charge de soins qui « s'impose » au système sanitaire français.



# Méthodologie

## Le matériel

L'approche est qualitative. Nous avons procédé à des entretiens semi-dirigés auprès de professionnels intervenant à des niveaux variables de l'accès aux soins.

86 entretiens ont été réalisés (cf. les détails en annexe) : 64 à Saint Laurent et ses environs, 19 à Cayenne et 3 dans des centres de santé de l'Ouest guyanais.

Au total, 96 professionnels (certains entretiens réunissant plusieurs professionnels) ainsi que 5 familles d'utilisateurs ont été rencontrés, entre mai et novembre 2002.

Parmi ces 96 professionnels, on peut compter :

- 16 travailleurs sociaux, 45 professionnels du soin et 18 administratifs intervenant à différents niveaux de l'accès aux soins (administrations déconcentrées ou décentralisées de l'Etat, caisse de Sécurité sociale, service de facturation d'un hôpital, etc.) ainsi que divers professionnels intervenant indirectement sur l'accès aux soins (agents de sous-préfecture, des forces de l'ordre, de justice, de la CAF, de l'Education Nationale, traducteurs, etc.)
- ces professionnels exercent dans des administrations (y compris hospitalières), en libéral ou en milieu associatif
- du point de vue de la classification ethnique utilisée en Guyane, ils se répartissent comme suit : 68 Métropolitains, 23 Créoles (dont un Surinamien), 4 Noirs Marrons (français), 1 Haïtien. Notons qu'on a été inclus dans le groupe des acteurs métropolitains 5 professionnels non français : 3 Américains, 1 Anglaise et 1 Hollandaise. Ils présentent en effet, sociologiquement parlant, des points communs avec les Métropolitains : installation en Guyane au cours de la vie professionnelle, niveau de vie relativement confortable, profession surtout investie par des Métropolitains (ils sont respectivement enseignant, infirmier, scientifique, traducteur et responsable de santé publique).

## Les trois temps de l'analyse

Les professionnels ont été interrogés sur leurs expériences de l'application, sur le terrain guyanais (et plus spécifiquement de l'Ouest guyanais), des procédures d'accès aux soins, en matière surtout de démarche d'ouverture de droit à une couverture maladie et de prise en charge du VIH : nature et fréquence des difficultés, explications causales attribuées.

Nous avons dit en introduction combien les questions de l'altérité de la population et de l'inadaptation locale de l'offre de soins élaborée au niveau national sont volontiers mises en cause pour expliquer les difficultés sanitaires départementales. Nous nous sommes par conséquent intéressés, dans les propos tenus par les professionnels sur les difficultés d'accès aux soins, aux caractéristiques qu'ils attribuent à leur public d'une part et à l'offre de soins d'autre part.

Les réponses mettent en scène différents sous-groupes au sein de la population des clients/utilisateurs/patients, ces sous-groupes étant caractérisés par leurs difficultés propres. Ces difficultés sont à leur tour associées à des caractéristiques identitaires (exemple : « fréquent

défaut de document identitaire chez les Noirs Marrons en raison de leur intégration trop récente au système administratif français »). Est ainsi dessinée une image du jeu interethnique tel qu'il se joue sur la scène de l'accès aux soins. Par une succession de contrastes et d'oppositions apparaissent différents groupes d'usagers, plus ou moins distincts du groupe auquel appartient l'interlocuteur professionnel. Finalement, sont distingués des Nous et des Eux, c'est à dire ceux reconnus comme appartenant au groupe de l'interlocuteur, et ceux qui ne le sont pas. La question est donc de repérer non seulement les groupes ainsi délimités, mais surtout à partir de quels « emblèmes culturels érigés en frontières », de quels « symboles culturels sélectionnés pour leur valeur contrastive dans l'interaction sociale », sont dressés les clivages entre des Nous et des Eux. (DE RUDDER et al, 2000, p. 87)

Les acteurs interrogés ne mettent cependant pas toutes les difficultés rencontrées par leurs publics sur le compte des caractéristiques de ces derniers. Sont également invoquées des données départementales géographiques, économiques, historiques plus larges, dessinant au total l'inadaptation du système national d'accès aux soins au contexte guyanais. Sont alors mis en cause l'Etat en ce qu'il ne tient pas compte des spécificités régionales mais également les professionnels chargés de mettre en place ce système.

Notons d'emblée que toute séparation entre les unes (les difficultés mises sur le compte des caractéristiques du public) et les autres (les difficultés attribuées à l'offre de soins elle-même) est artificielle, à visée didactique. Il y a en effet interactions réciproques permanentes entre les caractéristiques du public et celles « du système » : ce sont les premières qui révèlent ou suscitent les failles du second, et vice versa.

La question suivante concernait les éventuels traitements « spécifiques » que ces attributs identitaires justifient aux yeux des professionnels (exemple : « les Noirs Marrons sont des nouveaux-venus au sein du système administratif français, il faut donc les traiter comme des enfants »). Certains de ces traitements différentiels (c'est à dire réservés à certains groupes d'usagers) justifiés par les catégorisations identitaires sus-dites peuvent s'avérer concrètement favorables ou défavorables à l'égard de ces usagers, ils sont alors discriminatoires : par exemple, un traitement « infantilisant » peut avoir des conséquences diverses, de l'exigence accrue (pour « éduquer ») à l'accompagnement maternant. Ces Nous et ces Eux, ce sont finalement aussi ceux qui seront plus facilement inclus au système de soins et ceux qui auront tendance à en rester exclus.

Ces deux premiers temps de l'analyse - catégorisations identitaires et pratiques concrètes que celles-ci justifient - s'attachent à repérer des variations déterminées par l'appartenance ethnique de l'acteur (créole ou métropolitain) qui les énonce. Le troisième et dernier temps confronte ces catégorisations et ces pratiques au regard de leur contexte plus général d'insertion : ethnique mais aussi professionnel et institutionnel.

Enfin, précisons que si outre les entretiens, nous avons réalisé quelques demi-journées d'observation (CGSS Saint Laurent et Cayenne, PMI et centre de santé), les discours constituent le matériau privilégié de notre recherche, car c'est là que sont explicitées les représentations sur les appartenances socio-culturelles et leur jeu au sein du dispositif d'accès aux soins (même si bien-sûr les discours ne disent pas tout des situations de contacts interethniques), objet principal de notre recherche. Les catégorisations identitaires attribuées pour expliquer ces difficultés et les pratiques professionnelles justifiées au nom des dites difficultés sont ainsi approchées à travers le regard subjectif de ces acteurs professionnels. Certes, lectures de divers travaux et recoupements d'entretiens permettent d'objectiver dans une certaine mesure ces phénomènes (les difficultés du public et les pratiques des

professionnels), mais ce sont plus les processus que leur représentativité quantifiée qui nous intéressent ici.

### **Le critère d'appartenance ethnique : Créoles / Métropolitains**

Les acteurs professionnels interrogés étaient donc, pour la grande majorité :

- créoles ou métropolitains,
- sociaux, soignants ou administratifs
- au service d'une institution publique, d'une association ou exerçant en libéral
- basés dans l'Ouest guyanais ou à Cayenne, dans une ville ou sur le fleuve

De toutes ces typologies possibles, la communautaire (créoles/métropolitains) structure notre analyse car elle s'est avérée la plus déterminante pour le contenu des discours tenus à propos du système de santé.

La catégorisation ethnique revêt en Guyane une légitimité et une « dicibilité » proches de celle d'une catégorie administrative et juridique comme celle de la nationalité : les catégories des Noirs Marrons, Chinois, Créoles et Hmong font partie du langage courant, affichant sans ambages leur indépendance avec celles de nationalité (tout le monde sait bien qu'un « Chinois » peut être français, par exemple). Cette catégorisation est même plus que dicible : elle imprègne la pensée, s'y impose.

Elle n'est pourtant pas exempte des ambiguïtés qu'on lui décrit ailleurs. Ainsi, si dans la grande majorité des cas, l'identité ethnique de l'interlocuteur nous semblait évidente (soit qu'il la décline lui-même, soit qu'elle nous ait été dite par un tiers), certains cas sont restés « litigieux », surtout lors d'entretiens téléphoniques (il y en a eu 3) qui privent des indices physiques. Le risque est alors de reproduire les schèmes que l'on tente précisément d'analyser : associer par exemple un discours très vindicatif à l'égard des Noirs Marrons à une identité créole (quand au contraire il peut être tenu par exemple par un acteur lui-même noir marron soucieux de se démarquer de ce groupe d'appartenance, avec intériorisation du préjugé), ou associer à la personne plutôt âgée qui travaille depuis de nombreuses années pour le Conseil Général une identité créole et à la jeune assistante sociale en poste depuis peu dans un collège et qui s'exprime « sans accent créole » une identité métropolitaine ... car il ne s'agit jamais que d'indices probabilistes qui peuvent être pris en défaut. Les « codes » permettant de catégoriser un acteur ne sont en effet pas clairement édictés une fois pour toutes, ils varient selon les circonstances, les forces sociales en présence, etc. Pour la catégorie « créole » par exemple, JOLIVET (2002, b) rappelle combien avec les bouleversements démographiques intervenus ces trente dernières années, les Créoles se sont retrouvés en situation minoritaire au sein du département et comment le processus de créolisation qui avait jusqu'alors fonctionné s'est trouvé en panne : s'il y a cinquante ans tout enfant d'immigrant né sur place et élevé comme les jeunes Créoles était considéré comme un Créole, ce n'est plus le cas aujourd'hui (il « restera » un Haïtien ou un Brésilien par exemple).

Au sein du système socio-sanitaire en Guyane, les professionnels les plus qualifiés sont métropolitains, qu'ils soient soignants, sociaux ou administratifs (sauf les élus locaux, qui sont créoles) : ils sont médecins, assistantes sociales, directeurs d'hôpitaux. Des Créoles occupent des emplois d'infirmiers (avec des Métropolitains), d'aides soignants et des fonctions subalternes dans l'administration. Dans l'Ouest guyanais, les seuls professionnels noirs marrons rencontrés travaillaient à l'hôpital (aux admissions et à la PASS), en tant qu'agents administratifs peu qualifiés.

Ce sont leurs fonctions professionnelles qui nous ont amené à rencontrer les acteurs interrogés, et non leurs appartenances ethniques, souvent découvertes lors de l'entretien. Le

contraste des effectifs entre acteurs créoles et métropolitains (respectivement 23 et 68) n'était par conséquent pas prémédité, il aurait d'ailleurs certainement bénéficié d'un rééquilibrage. En revanche, si seulement 4 acteurs noirs marrons ont été rencontrés, cet effectif est proportionnel à leur très faible représentation dans le système d'accès aux soins, du point de vue des professionnels, et il ne nous semble donc pas constituer un biais méthodologique.

Enfin, le contenu plus médical et social et moins administratif des discours des acteurs métropolitains est lié à leurs positions professionnelles : les seuls médecins et 14 des 16 travailleurs sociaux interrogés sont métropolitains, tandis que les seuls acteurs CGSS interrogés sont créoles. Ceci explique que les discours créoles portent quasi exclusivement sur les démarches d'accès aux droits à une couverture maladie tandis que les métropolitains sont émaillés d'exemples relatifs à la prise en charge du VIH.

### **Le mode de présentation des résultats**

Sont donc analysées, tour à tour, pour les Créoles puis pour les Métropolitains, leurs représentations vis à vis de leur public et de l'offre socio-sanitaire, puis les traitements particuliers que ces représentations peuvent justifier à leurs yeux.

Une dernière partie contextualise ces définitions de l'altérité en confrontant variables ethniques et professionnelles.

Les numéros entre parenthèses réfèrent aux numéros des entretiens. Les italiques indiquent qu'il y a citation d'un extrait d'entretien. Les citations extraites de lectures bibliographiques sont, elles, transcrites entre guillemets.

L'analyse présentée tout au long de la partie sur les discours créoles ne met en scène que des acteurs créoles, sans que ça ne soit mentionné, sauf précision contraire ; de même pour la partie sur les discours métropolitains.

Enfin, ce travail s'adressant à des lecteurs d'horizons professionnels divers, un certain nombre de précisions ont été placées en notes de bas de pages de façon à alléger le corps de texte principal et permettre à chacun de mieux garder trace du fil directeur tout en ayant le loisir de s'arrêter sur les détails qui l'intéressent.



# **Accès aux droits à une couverture maladie et prise en charge du sida dans l'Ouest guyanais**

Il s'agit ici de présenter l'accès aux soins à travers les deux angles d'approche choisis : l'accès aux droits à une couverture maladie et la prise en charge du VIH dans l'Ouest guyanais. Cet exposé peut sembler rébarbatif ... il est néanmoins indispensable à la compréhension de l'analyse qui le suit.

## **L'accès aux droits à une couverture maladie dans l'Ouest guyanais**

La réforme CMU-AME est appliquée en Guyane comme dans les autres départements français depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000<sup>92</sup>.

La proportion importante de bénéficiaires de la CMU au sein de la population guyanaise traduit la situation socio-économique décrite plus haut.

30% de la population bénéficie de la CMU (base et/ou complémentaire) dans les DOM contre 9, 6% en métropole, en 2002<sup>93</sup>.

En Guyane, le nombre de bénéficiaires de la CMU a rapidement crû après la réforme : 32 000 fin 2000, 46 000 au 31 avril 2002, soit 29% des 157 000 personnes recensées en 1999, et 37% de la population si l'on en exclut les 20% d'étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent de toutes façons pas en relever.

Selon des médecins libéraux de Saint Laurent, la proportion de bénéficiaires de la CMU au sein de leurs clientèles est bien plus importante à Saint Laurent que dans les deux autres villes du littoral, atteignant 80% contre 10 à 20% à Cayenne. (26)

Le nombre de bénéficiaire d'AME, qui s'élève à 145 000 en France fin 2002 (ASH, 2003, c), reste également peu élevé en Guyane, même s'il progresse : ils étaient 1049 bénéficiaires en

---

<sup>92</sup> Rappelons que les Français et les étrangers en situation régulière qui n'ont pas droit à une assurance maladie par le biais du travail peuvent être assurés par la CMU (Couverture Maladie Universelle). Celle-ci est gratuite si les revenus ne dépassent pas un certain plafond (fixé au 1<sup>er</sup> janvier 2002 à 562 euros mensuels pour une personne seule). Elle peut tenir lieu de « sécurité sociale » (CMU de base) et/ou de « mutuelle » (CMU complémentaire). Les étrangers en situation irrégulière et toute personne résidant depuis moins de trois mois en France relèvent de l'AME (Aide Médicale Etat), si leurs revenus ne dépassent pas le même plafond. Celle-ci, gratuite, leur tient également lieu de « sécurité sociale » et de « mutuelle ».

<sup>93</sup> Fin 2002, on comptait en France 1,4 millions de personnes affiliées à la CMU de base et 4,5 à la CMU complémentaire, dont 600 000 dans les DOM. La couverture était de 2,8 à 12,5% dans les départements de métropole, contre jusqu'à 34% dans les DOM. (ASH, 2003, c)

2000, 2592 en 2001 et 5008 en 2002. Pourtant, plus de 20% de la population recensée en 1999 en relève théoriquement (31 000 étrangers en situation irrégulière). La grande majorité des étrangers en situation irrégulière résidant en Guyane ne bénéficient donc pas de la couverture maladie à laquelle ils pourraient prétendre. Et dans l'Ouest guyanais, théâtre de vastes mouvements de populations depuis vingt ans, la proportion d'étrangers en situation irrégulière au sein de la population y est encore supérieure qu'ailleurs dans le département : en 1999, 39% de la population officiellement recensée à Saint Laurent est en situation irrégulière. Cette proportion est encore probablement bien supérieure sur le fleuve.

Une enquête menée de juin à octobre 2000 par l'association Surifrance illustre l'absence de couverture maladie de cette population. Menée auprès des personnes habitant le long de la route de Cayenne, à l'Ouest d'Iracubo, population en majorité étrangère en situation irrégulière et vivant en situation de grande précarité, l'enquête révèle que 20% de cette population bénéficie de l'AME et 12% de la Sécurité sociale, soit 68% qui restent dépourvus de toute couverture. (SURIFRANCE, 2001) (cf. annexe)

Le défaut de couverture des étrangers en situation irrégulière dans l'Ouest guyanais est d'ailleurs attesté par l'activité de la PASS de l'hôpital de Saint Laurent qui, comme on va le voir, est le principal lieu d'accompagnement aux démarches d'ouverture de droit à une couverture maladie (CMU et AME) dans l'Ouest guyanais. En 2001, la PASS a transmis à la CGSS<sup>94</sup> plus de dossiers d'AME (814) que de CMU (538), alors que la proportion d'étrangers en situation irrégulière hospitalisés, bien que très importante, ne dépasse pas les 20%.

## **Les relais professionnels sur le parcours de l'accès à une couverture maladie**

Les acteurs de l'accès aux droits à une couverture maladie dans l'Ouest guyanais exercent à l'hôpital, en médecine de ville, dans les collèges, dans les centres de santé du fleuve, à la PMI, dans les associations, etc.

### **L'hôpital**

La présentation de l'organisation des ouvertures de droit à l'hôpital est nécessaire à la compréhension de l'analyse qui va suivre.

Chaque matin, les deux agents des admissions montent dans les quatre services de court séjour de l'hôpital<sup>95</sup> pour rencontrer les patients admis la veille et indiquer à ceux d'entre eux qui déclarent ne pas avoir de couverture maladie la façon de se faire ouvrir des droits : ils leur remettent un formulaire sur lequel sont listés une série de documents nécessaires à l'ouverture de droit à une couverture maladie, après les avoir cochés en fonction de la situation du patient.

L'agent de la PASS (permanence d'accès aux soins de santé), agent administratif et non travailleur social, reçoit à son guichet les patients qui, une fois informés par les agents des admissions, ont réuni les pièces nécessaires à la constitution de leur dossier. Elle remet un récépissé à ceux qui déposent un dossier complet et envoient les dossiers complets à la CGSS.

---

<sup>94</sup> La CGSS est la Caisse Générale de Sécurité Sociale, dont les activités incluent notamment celles des Caisses primaires d'Assurance maladie dans les départements métropolitains pour le régime général.

<sup>95</sup> Aux urgences, le personnel soignant encourage simplement les patients non couverts à faire leurs démarches. En psychiatrie (service uniquement ambulatoire), il peut suivre le déroulement des démarches.

Notons que si la proportion de demandes adressées par l'agent de la PASS à la CGSS a considérablement progressé depuis le début de la réforme CMU-AME, c'est probablement certes par un succès croissant des patients à réunir les pièces justificatives, mais c'est aussi parce que l'agent a décidé de ne plus transmettre les dossiers incomplets.

Les trois assistantes sociales de l'hôpital ne s'occupent que des dossiers de couverture maladie les plus complexes (par exemple, absence de pièce d'identité) et/ou urgents (par exemple, évacuation sanitaire pour la métropole), sur interpellation de l'équipe soignante ou de l'agent de la PASS.

Malgré cette organisation, 30 à 40% des patients n'obtiendront pas de couverture maladie pour rembourser leurs frais d'hospitalisation. Ces patients étant insolvable dans leur immense majorité, ce taux équivaut au taux de non paiement de l'hôpital. Ce taux était encore supérieur avant la réforme CMU (plus de 50%). Les moins bons taux de couverture sont ceux des patientes de la maternité (on a déjà dit que la maternité comptabilise le plus fort taux de patients étrangers). (34, 45)

Ces données restent malheureusement approximatives. Elles sont en effet difficiles à obtenir en raison de la longueur des délais de traitement par la CGSS des demandes qui lui sont adressées et des délais par la DSDS des recours qui lui sont soumis en cas de refus de prise en charge par la CGSS (et avant la réforme, par le Conseil général). Finalement, deux ou trois ans s'écoulent souvent avant que le service de la facturation de l'hôpital ne sache de façon certaine qu'il n'y a aucun moyen d'assurer le patient, dont les frais resteront alors impayés. Le service de la facturation préfère d'ailleurs n'émettre une facture qu'une fois que la prise en charge a été obtenue. Sinon, une facture émise pour un patient finalement dépourvu de couverture et insolvable représenterait une perte sèche pour l'hôpital. Si la prise en charge s'avère résolument impossible, avec un patient insolvable, les frais sont passés en créances irrécouvrables au lieu d'être comptabilisés comme une facture. (45)

Les principaux dysfonctionnements décrits sont les suivants.

Aux admissions.

Tous les patients ne sont pas vus par les agents des admissions<sup>96</sup> (hospitalisés trop brièvement pour que les admissions connaissent leur séjour<sup>97</sup>) et surtout, les agents des admissions ne repassent pas systématiquement auprès des patients qui n'ont pas engagé de démarches à l'issue de leur premier passage (et les soignants ne s'en occupent pas non plus, les agents des admissions ne leur laissant aucune transmission).

A la PASS.

Seule en poste, l'agent de la PASS gère tous les dossiers d'hospitalisés et n'a pas le temps de les suivre, d'appeler la CGSS pour demander pourquoi un dossier n'est toujours pas traité ou

---

<sup>96</sup> Le formulaire leur est alors envoyé par courrier, mais :

- souvent les adresses et les identités ne sont pas données avec fiabilité : les courriers reviennent.
- ne connaissant pas leur situation personnelle, les agents doivent leur demander le maximum de pièces justificatives, ce qui élève la difficulté à compléter le dossier.

<sup>97</sup> Ce sont les patients hospitalisés pendant les plages horaires de fermeture du bureau des entrées (le soir, le week-end et les jours fériés) et ceux qui ne restent hospitalisés que quelques heures (les agents des admissions sont informés des entrées de la veille, mais pas de celles du jour).



de relancer un patient dont le dossier a été refusé<sup>98</sup>. Or beaucoup de patients ne sont pas en capacité de réunir les pièces nécessaires au cours de leur séjour hospitalier.

Au niveau du service social.

Les assistantes sociales ne sont pas rattachées chacune à un service de soins particulier. Elles alternent, au cours de la semaine, permanences publiques de 8h30 à 11h30 (pour les patients, à leur bureau) et temps de disponibilité pendant lesquels les services de soins peuvent les interpeller pour les motifs suivants :

- demande de couverture maladie pour une personne hospitalisée et dont la situation ne peut être gérée par la PASS<sup>99</sup> : urgences, évacuations sanitaires<sup>100</sup>, nécessité de contact avec différentes institutions (sous préfecture<sup>101</sup>, mairie, maison de la justice<sup>102</sup> ...)
- signalement d'enfants en danger auprès du procureur et des services du tribunal de Cayenne et contacts avec la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse)

---

<sup>98</sup> Les PASS en France peuvent prendre des configurations variées. Celle de Saint Laurent est cependant originale : pas de travailleur social et gestion de tous les dossiers de demande de couverture maladie de l'hôpital (sauf les plus complexes, réservés aux assistantes sociales). A la PASS de l'hôpital de Cayenne, le mode de fonctionnement est plus classique : c'est une assistante sociale qui y travaille et son rôle est limité à l'accès aux soins des patients dépourvus de couverture maladie des urgences, consultations externes ou de l'hôpital de jour, avec en outre une évaluation sociale globale de la situation, grâce à sa compétence d'assistante sociale. Elle a le temps de suivre ces dossiers. Les patients hospitalisés sont, eux, pris en charge par les assistantes sociales des différents services. (14, 18)

<sup>99</sup> La PASS est gérée par un agent administratif qui ne peut pas, à l'inverse des assistantes sociales, se rendre au domicile d'un patient pour y récupérer des documents et n'est pas tenu au secret professionnel (en cas de certificat médical).

<sup>100</sup> Les évacuations sanitaires sont mises en œuvre pour un soin ou un examen aux Antilles ou en métropole. Elles représentent une part importante de l'activité des assistantes sociales, qu'elles apprécient peu car très administrative, fréquente (chacune en traite une à deux par semaine), demandant beaucoup de travail, souvent dans l'urgence et bien sûr spécifique à leur exercice en DOM (inexistante en métropole).

Procédure :

L'assistante sociale vérifie la situation au regard de la couverture maladie et fait les démarches nécessaires auprès de la CGSS si besoin est. Le médecin rédige deux certificats médicaux. L'un, circonstancié, est adressé au médecin conseil de la Sécurité sociale qui doit donner son accord pour les conditions du voyage. L'autre, simple, est adressé au service évasan de la CGSS qui va éditer les bons de transport, que les ambulanciers vont chercher et envoyer à l'agence de voyage.

L'évacuation d'un étranger en situation irrégulière nécessite en outre la délivrance d'un laissez passer par la sous préfecture : des informations administratives (adresse, nationalité, date de l'évacuation sanitaire) et un certificat médical (diagnostic, urgence médicale) sont transmis au MISP (médecin inspecteur de santé publique) de la DSDS, lequel donne un avis au sous préfet (ou son secrétaire général). En parallèle, le dossier est transmis au sous-préfet.

L'urgence se situe donc à deux niveaux : il faut l'accord de prise en charge par la CGSS et le laisser passer de la sous préfecture.

L'autorisation de sortie du territoire est demandée auprès de la police municipale ou la gendarmerie pour les mineurs, étrangers ou français, non accompagnés par un de leurs parents.

Rôle de l'assistante sociale : vérifier les droits à une couverture maladie et les autres documents administratifs (ex : d'identité), transmettre les dossiers à la CGSS et à la sous préfecture, s'assurer qu'ils sont gérés dans les temps par ces administrations, obtenir l'engagement de l'hôpital en cas de refus de prise en charge par la CGSS, réserver les billets d'avion, l'ambulance, préparer l'arrivée dans l'hôpital destinataire, mais aussi, seule tâche plus spécifiquement sociale, accompagner le départ du malade et permettre à la famille de garder contact avec lui pendant son séjour.

<sup>101</sup> En cas d'expiration du passeport ou du titre de séjour par exemple.

<sup>102</sup> En cas de naissance sur le territoire français non enregistrée à l'état civil, ou si les documents d'identité comportent des erreurs (dates de naissance différentes, orthographe du nom, inversions de nom et prénom ...).

- demande de titre de séjour pour soins

Les médecins reprochent aux assistantes sociales leur refus de se sectoriser (entre les différents services de soins)<sup>103</sup>, tandis que les secondes reprochent aux premiers de les accaparer avec des questions de couverture maladie<sup>104</sup> tout en étant indifférents aux autres besoins de prise en charge sociale.

Nous faisons ici part de ces profonds désaccords entre équipe soignante et équipe sociale car ils catalysent des problèmes saillants de la situation de l'Ouest guyanais au regard des ouvertures de droit à une couverture maladie. Le refus des assistantes sociales de s'investir complètement sur la question de la couverture maladie semble en effet particulièrement inopportun (qu'il soit ou non justifié) dans le contexte local sur lequel on reviendra longuement.

Précisons déjà que ce contexte est caractérisé par la convergence vers l'hôpital – et singulièrement, de sa PASS - des demandes d'aide à la constitution de dossiers de couverture maladie. Cette convergence s'explique par la pénurie de professionnels extra-hospitaliers capables de gérer ces demandes<sup>105</sup>. Le refus, dont on reparlera en cours d'analyse, de la CGSS d'accepter des demandes d'ouvertures de droit AME en l'absence de justificatif de besoin de soins favorise encore les demandes de couverture maladie émises en cours d'hospitalisation (puisque'il faut être en cours de soins pour obtenir une AME).

---

<sup>103</sup> Les médecins voudraient qu'une assistante sociale particulière soit associée à leur service et disponible en permanence de façon à ne pas faire attendre les patients ayant besoin d'elle et permettre à ces derniers d'être suivis toujours par la même assistante sociale. La réponse à un besoin social doit souvent être immédiate si elle veut être efficace, un patient en précarité sociale ne pouvant pas toujours revenir un autre jour pour rencontrer l'assistante sociale. Le passage d'assistantes sociales différentes au sein d'un même service produit enfin une dispersion de l'information sur la situation sociale des patients et ce n'est souvent qu'à la sortie de ces derniers que le personnel soignant s'aperçoit qu'ils n'ont pas de couverture maladie. (17, 59) Le service de psychiatrie et le CISIH sont particulièrement demandeurs, leurs patients souvent désinsérés socialement nécessitant un suivi rapproché.

Les assistantes sociales reconnaissent que leur rattachement à des services particuliers serait conforme au modèle qui prévaut en métropole et serait plus confortable pour elles-mêmes car les soignants se désintéressant des questions de couverture maladie, ils ne les appellent qu'au moment de la sortie du patient. Mais elles s'estiment trop peu nombreuses pour cela et regrettent que les soignants ne s'adaptent pas à l'organisation qu'elles ont choisie.

<sup>104</sup> Les soignants les interpellent pour évaluer toute situation au regard de la couverture maladie, alors que ces questions devraient d'abord être adressées à la PASS ou à la CGSS : *on confond AS et Sécurité sociale. (...) Il n'y a pas forcément des problèmes. On nous demande de monter dans le service pour voir le patient « parce qu'il y a des problèmes de Sécu, on sait pas ce qu'il a », alors que souvent il suffit de demander à l'intéressé où est sa carte. (2)*

Les soignants, qui croient bien faire en interpellant l'assistante sociale, souvent d'ailleurs en méconnaissance de l'existence de la PASS, comprennent mal que cette dernière n'apprécie pas leur initiative et qu'elle réoriente à son tour vers la PASS.

Deux assistantes sociales d'un autre hôpital (14, 18) contestent la position de leurs collègues de Saint Laurent, considérant que l'aide à la demande de couverture maladie, même si elle-même est simple, permet d'appréhender la situation sociale plus globale de la personne et de repérer d'autres problèmes éventuels.

Notons enfin que de son côté, la médiatrice culturelle de l'hôpital déplore devoir accomplir des tâches, comme les démarches administratives, qu'elle estime relever plutôt des fonctions d'une assistante sociale.

<sup>105</sup> Cette pénurie est d'autant plus cruciale que le besoin de soutien dans ces démarches est accru par les difficultés particulières du public (analphabète, ignorant ses droits potentiels, etc.) et les dysfonctionnements de la CGSS que perçoivent les travailleurs sociaux (il faut personnaliser les contacts pour plus d'efficacité, rester vigilant sur les restrictions illégales, les attestations non envoyées ou les pertes de dossiers, etc.) comme les usagers (mauvaise volonté de la part des agents CGSS).

Alors qu'elle ne devrait se placer qu'au niveau organisationnel, la DSDS peut intervenir sur des cas particuliers : certaines assistantes sociales ont pris l'habitude d'interpeller pour des dossiers individuels compliqués une inspectrice qui appelle alors la responsable CMU-AME de la CGSS pour qu'elle « débloque » la situation<sup>106</sup>.

### **Autres lieux d'orientation voire d'accompagnement**

En cas d'absence de couverture maladie, un certain nombre de professionnels orientent vers la CGSS ou vers la PASS de l'hôpital les personnes dépourvues de couverture maladie : le personnel de PMI (la grossesse est souvent l'occasion d'enclencher des démarches), les médecins de ville, les professionnels du milieu scolaire (assistantes sociales, infirmières et médecins) ou encore les agents de la CAF en charge des bénéficiaires du RMI. Aucun d'entre eux, cependant, ne connaît précisément les démarches à accomplir. En outre seuls le personnel de PMI et un médecin scolaire procèdent à une évaluation systématique pour tout leur public de la situation au regard de la couverture maladie<sup>107</sup>.

Signalons l'aide ponctuelle dans les démarches administratives que peuvent apporter les traducteurs (écrivains publics privés qui traduisent extraits d'acte de naissance ou livrets de famille destinés à la CGSS, la sous-préfecture ou la mairie ou aident à remplir des formulaires administratifs) et les consulats (pour la délivrance de passeports, évitant ainsi le retour au pays).

Sur toute la Guyane, sept associations sont agréées pour apporter activement leur concours aux bénéficiaires potentiels de la CMU et l'AME (remplir le formulaire, rassembler les pièces justificatives, adresser le dossier à la CGSS). On peut citer, à Saint Laurent, In'pact et AIDES.

### **Difficultés à compléter les dossiers d'ouverture de droit**

Le minimum exigé par la CGSS pour une demande d'AME consiste en les éléments suivants :

- Identité : copie ou extrait de l'acte de naissance et photocopie de passeport en cours de validité, copie du livret de famille si l'intéressé a des enfants
- Résidence : justificatif de domicile (quittance de loyer ou facture EDF, telecom ou eau, avis de non imposition (car l'adresse y est notée) ; attestation d'hébergement le cas échéant, avec justificatif de domicile de l'hébergeur)
- Ressources : déclaration de revenus

Pour une demande de CMU, il faut ajouter le titre de séjour et fournir les justificatifs des revenus : feuilles de salaire et notification d'allocations de la CAF (mais le numéro d'allocataire suffit, permettant aux agents CGSS de retrouver le montant des prestations).

---

<sup>106</sup> Rappelons que la DSDS (Direction de la Santé et du Développement Social) assure dans les DFA les fonctions des DDASS, la DSP est la direction dont relève la santé au sein du Conseil Général (Direction de la Solidarité et de la Prévention) et la CGSS (Caisse générale de Sécurité Sociale) réalise les missions des CPAM pour le régime général.

<sup>107</sup> Par exemple, une assistante sociale scolaire (9) ne vérifie la situation vis-à-vis de la couverture maladie qu'à l'occasion d'une grossesse chez une jeune fille mineure, d'une enquête sociale (en cas de difficultés en classe générale, pour examiner la pertinence d'une orientation en éducation spéciale) ou d'une orientation en CMPP (centres médico psycho-pédagogiques).

Présentons-ici brièvement les difficultés des personnes à répondre à ces exigences, nous reviendrons longuement dans les chapitres ultérieurs sur les processus à l'œuvre et les interprétations qu'en font les professionnels.

Rappelons d'emblée que les difficultés à obtenir les pièces nécessaires sont exacerbées par les distances géographiques et la faiblesse des revenus. Remarquons enfin le faible nombre d'étrangers en détention d'un visa court séjour (la plupart sont entrés irrégulièrement sur le territoire) et d'étrangers demandeurs d'asile, épargnant aux professionnels en Guyane les épineuses questions qui se posent à leurs collègues de métropole : la détention d'un visa de court séjour contredit-elle la déclaration de résidence en France ?<sup>108</sup> Quel récépissé de demande d'asile suffit à valider une demande de CMU ?

### **Les pièces d'identité**

Selon les responsables CGSS, la cause la plus fréquente de refus d'AME est l'absence de pièce d'identité<sup>109</sup>. Les déclarations sur l'honneur sont en effet acceptées pour les revenus (et pour le logement pour l'AME) mais jamais pour l'identité.

Si les Surinamiens originaires de la côte (Paramaribo, La Cottica ou Moengo) possèdent généralement des papiers d'identité surinamiens et ont l'habitude des démarches administratives, ceux du fleuve ou de l'intérieur en sont généralement dépourvus. Ce problème se pose également pour un certain nombre de Noirs Marrons français du fleuve, bien qu'anciennement installés dans la région. Le redécoupage du territoire guyanais en deux arrondissements Est et Ouest, en 1969<sup>110</sup>, entraînant la bascule des populations de l'Intérieur dans le système administratif français, n'a en effet pas toujours été accompagnée des informations nécessaires semble-t-il, et ce particulièrement auprès de populations noires

---

<sup>108</sup> A la question « un étranger qui déclare avoir l'intention de résider en France, mais dont le visa de court séjour n'est pas encore expiré, peut-il prétendre à l'AME ? », la diversité des réponses données au cours d'une réunion par différents responsables administratifs confirme la rareté de la situation :

- une responsable CGSS répond négativement : il est considéré résident de son pays d'origine, donc relevant de la protection sociale de son pays (attitude que nous considérons restrictive par rapport aux textes mais qui est la plus communément adoptée en métropole)
- une autre responsable CGSS demande à étudier les textes car reconnaît ne s'être jamais posée la question (alors qu'elle l'est souvent en métropole, notamment par les membres d'associations qui expliquent qu'un étranger désireux de s'installer en France n'a souvent pas d'autre moyen, pour sortir de son pays, que de demander un visa de court séjour (qualifié abusivement de « visiteur »))
- une inspectrice DSDS répond positivement : rien ne l'en empêche à partir du moment où il déclare son intention de résider en France.

Notons enfin qu'en 2004, cette question est résolue, puisque l'obtention d'une AME est conditionnée par une ancienneté de séjour minimale de trois mois (donc le temps d'expiration du visa de court séjour s'y en a un).

<sup>109</sup> Plus que les défauts de justificatifs de résidence, que le Conseil national du sida (2003) présente pourtant comme la cause principale de défaut d'affiliation à l'AME : la CGSS acceptant les attestations sur l'honneur d'hébergement, il semble bien que ce soit les défauts de pièces d'identité qui représentent les obstacles principaux.

<sup>110</sup> En 1930, le territoire guyanais est divisé en deux superficies inégales : la Guyane française et le territoire de l'Inini. Avec la départementalisation, en 1946, est introduit le droit métropolitain en Guyane, mais les 3000 habitants de l'Inini restent gouvernés, dans une certaine mesure, par le droit coutumier. En 1969, l'Inini est supprimé ; l'arrondissement de Saint Laurent est créé, en plus de celui de Cayenne ; des communes sont créées dans l'ancien territoire de l'Inini et l'ensemble du territoire est désormais soumis à un système administratif unique. Les populations amérindiennes et noires marrons de l'Inini, qui bénéficiaient d'une certaine autonomie, basculent dans le système juridique administratif français (les seuls Amérindiens qui y étaient déjà étaient les Galibi de la côte).

marronnes chez lesquels une « tradition de marronnage » pouvait amener à ne pas déclarer la naissance des enfants.

Quand leur naissance n'a pas été enregistrée à l'état civil, les personnes, françaises ou étrangères, doivent demander un jugement déclaratif de naissance dans leur pays de naissance afin de pouvoir prétendre à toute pièce d'identité.

Par ailleurs, un certain nombre de Brésiliens, bien que déclarés à l'état civil brésilien, n'auraient pas de papier d'identité car au Brésil la carte d'électeur peut faire office de carte d'identité. (50)

En outre, les étrangers peuvent avoir quitté leur pays, plus ou moins précipitamment, sans emporter les documents d'identité qu'ils y possédaient.

Enfin, ils peuvent s'en être volontairement séparés. Ce serait le cas d'un certain nombre de Guyaniens, qui auraient brûlé leur passeport pour ne pas être expulsés (le Guyana n'acceptant pas le retour de ses ressortissants si le pays qui les expulse ne prouve pas leur nationalité guyanienne). Il arriverait aussi que des Brésiliens se débarrassent du leur pour ne pas être expulsés trop loin (ceux détenteurs d'un passeport sont reconduits à Belém, tandis que ceux dépourvus de passeport le sont à Oyapock, c'est à dire de l'autre côté de la frontière avec la Guyane) (50).

La majorité des étrangers ne disposent pas d'un extrait de naissance (s'ils ont un document d'identité, c'est plutôt un passeport) et sont alors contraints d'en demander un dans leur pays d'origine (or le retour au pays peut être onéreux) ou dans leur consulat à Cayenne s'il y en a un (avec le risque de se faire arrêter sur le chemin Saint Laurent-Cayenne s'ils sont en situation irrégulière, et de payer un bakchich au personnel consulaire pour faire aboutir leurs demandes).

Envisageons le cas des Surinamiens et des Haïtiens.

Les premiers, pour obtenir un passeport ou un acte de naissance, doivent se rendre en personne à la capitale du Surinam, Paramaribo, pour y déposer leur demande, puis attendre six mois. Le consulat à Cayenne n'en délivre pas.

Les seconds peuvent obtenir un passeport auprès du consulat à Cayenne pour une centaine d'euros (25, 54). La même somme environ est exigée pour l'acte de naissance, mais il faut en revanche se rendre en personne en Haïti ou demander à quelqu'un sur place de s'en occuper. Un jugement déclaratif de naissance peut être demandé depuis la Guyane. Quand enfin l'acte de naissance est prêt, la personne doit attendre de pouvoir se le faire amener en mains propres par un Haïtien se rendant en Guyane, car les services postaux sont insuffisamment fiables (certains courriers se perdent, ils sont systématiquement fouillés). Ceux qui ont leur acte de naissance peuvent demander un extrait au consulat de Cayenne. (54)

### **La déclaration des revenus**

Un revenu nul n'est pas accepté, il faut donc noter une somme non nulle, même minime. Les personnes peuvent avoir du mal à calculer une moyenne annuelle de leurs revenus, tant ils sont aléatoires et variables.

### **Les justificatifs de domicile**

L'Ouest guyanais se caractérise par la pénurie de logements et le taux élevé de logements insalubres. Les problèmes se posent pour les personnes

- dans l'incapacité d'obtenir un justificatif de leur domicile : courrier non distribué, logement non raccordé au réseau électrique (sur le fleuve, dans les villages (campus),

ou même sur la route à 10 km de Saint Laurent) ou bien quand la facture d'eau ou d'électricité est adressée à une personne alors que plusieurs sont concernées (dans les bidonvilles) ou encore en cas de branchement « sauvage »

- hébergées chez quelqu'un :
  - si l'hébergeant est locataire, il n'a théoriquement pas le droit d'héberger quelqu'un, sauf s'il est de sa famille
  - si la personne est en situation irrégulière, il est interdit de l'héberger

Solutions :

- certificat d'hébergement par un membre de la famille
- attestation de résidence par déclaration sur l'honneur : suffisante pour l'AME, mais pas pour la CMU.
- attestation de la police municipale, après vérification sur place que la personne habite bien là où elle le déclare.
- élection de domicile par une association (les CCAS (centres communaux d'action sociale) refusent d'en faire malgré leur obligation légale)

## **Difficultés d'accès aux droits spécifiques aux étrangers**

Les professionnels reconnaissent des difficultés spécifiques à l'accès aux droits à une couverture maladie des étrangers, lesquels d'ailleurs seraient beaucoup plus nombreux à ne pas être couverts<sup>111</sup>. A cela, trois types de raisons.

Ils disposent moins souvent des documents d'identité nécessaires à l'ouverture de droits à une couverture maladie (pour toutes les raisons sus-dites).

Les demandes d'un titre de séjour, renouvelée chaque année pour certains, impliquent de renouveler conjointement celle de couverture maladie parallèlement à celles de carte de séjour, puisque la CGSS n'ouvre les droits CMU, de façon illégale, que jusqu'à l'expiration du titre de séjour présenté, d'où de longs temps d'attente auprès de ces deux administrations<sup>112</sup>.

Enfin, la situation irrégulière au regard du séjour peut compliquer l'accès à l'information (l'étranger en situation illégale peut penser ne pas pouvoir prétendre à aucune couverture maladie) et aux administrations (crainte de se faire arrêter, fiché), d'autant plus que nombre d'étrangers vivant au bord de la route ou du fleuve, pour se rapprocher d'un interlocuteur à même de les aider dans leurs démarches, ils doivent franchir les barrages des gendarmes généralement postés sur la route juste à la sortie de Saint Laurent.

---

<sup>111</sup> Et les Français ayant des difficultés seront plutôt des Noirs Marrons du fleuve non enregistrés à l'état civil et des personnes désinsérées socialement comme des toxicomanes. (49)

<sup>112</sup> Et vice versa, la sous-préfecture peut conditionner l'obtention d'un titre de séjour à la présentation d'un numéro de Sécurité sociale. C'est ce que s'est vu demander ce Surinamien qui vit en situation régulière à quelques kilomètres de Saint Laurent depuis plusieurs années, quand il a voulu renouveler son titre de séjour. Il a alors fait une demande de CMU à la CGSS. Mais son titre de séjour est arrivé à expiration avant que son dossier CMU ne soit instruit. Puis la CGSS lui a demandé une copie de son titre de séjour pour valider sa demande de CMU, or il n'en avait plus ... Il n'est, au moment de notre entretien, plus détenteur d'un titre de séjour et son dossier CMU a été bloqué, du fait de l'intrication entre pratiques incongrues de la sous-préfecture (demander un numéro de Sécurité sociale pour un titre de séjour) et délais de la CGSS.

Lors de la délivrance des ordonnances dans les pharmacies, il font ensuite face à deux types spécifiques de difficultés.

Leurs droits CMU étant susceptibles d'être périmés, les pharmaciens respectent scrupuleusement la date d'expiration indiquée sur leurs attestations, alors que pour les Français, la CGSS les a informés de ne pas tenir compte de cette date, les droits étant automatiquement renouvelés jusqu'à 2004. (28)

Certains pharmaciens refusent de délivrer des médicaments aux personnes dépourvues de carte vitale (c'est à dire les bénéficiaires de l'AME et ceux de la CMU dont le numéro est encore un numéro provisoire, donc essentiellement des étrangers). Deux pharmaciennes (28) suggèrent que ces refus pourraient aussi être la conséquence des délais de remboursement des pharmacies pour les frais d'AME (au début de la réforme, tous les types de couverture étaient remboursés en 3 semaines-3 mois ; aujourd'hui seuls ceux d'AME peuvent encore être aussi longs) qui impliquent de grosses avances de trésorerie que certaines pharmacies ne peuvent pas se permettre.

Enfin, certains étrangers peuvent croire être affiliés parce que leur employeur retient sur leur salaire les charges prévues à cet effet alors que celui-ci ne les a pas enregistrés à la Sécurité sociale. Une demi-journée d'observation au centre CGSS de Saint Laurent nous a donné l'occasion de constater ce type de situation, que mentionne également TAVERNE (1991).

Au total, les difficultés tiennent à des caractéristiques ou des pratiques des publics (non déclarés à l'état civil, étrangers n'ayant pas emporté avec eux les documents nécessaires, logements précaires), de leurs employeurs (ne les déclarent pas) ou encore des professionnels de l'accès aux soins (CMU délivrée le temps de validité du titre de séjour, refus des CCAS de réaliser des élections de domicile, de certains pharmaciens d'accepter les attestations de couverture maladie non accompagnées de carte vitale, délais excessifs de remboursement des pharmacies pour les bénéficiaires de l'AME).

## **L'accès aux soins des malades non couverts : le recours aux centres de médecine collective**

Deux médecins généralistes de Saint Laurent interrogés (26, 34) déclarent ne pas toujours faire payer à leurs patients non couverts les frais de la consultation et surtout ils leur remettent des échantillons pharmaceutiques donnés par des visiteurs médicaux pour leur éviter d'acheter des médicaments en pharmacie. En cas de nécessité d'examen complémentaire, ils les adressent à l'hôpital (où on a vu la faiblesse du taux de paiement), ou à la PMI pour le suivi des femmes enceintes (tout y est gratuit sauf les trois échographies obligatoires).

Les patients non couverts représentent cependant une infime minorité de la clientèle des médecins libéraux depuis la réforme CMU. On a vu qu'on peut pourtant supposer qu'une partie importante de la population de l'Ouest guyanais, et notamment sa fraction étrangère en situation irrégulière, ne bénéficie d'aucune couverture maladie. Il est probable que certaines de ces personnes se présentent en cabinet médical avec une carte d'assuré social qui n'est pas la leur (et les médecins libéraux interrogés déclarent d'ailleurs les accepter même en connaissance de cause). Ces personnes dépourvues de couverture maladie sont par ailleurs prises en charge par l'hôpital de Saint Laurent et malgré les incitations à se faire ouvrir des droits, on a vu que nombre d'entre elles ne pourront pas être couvertes à l'issue de leur séjour hospitalier, ne paieront pas leurs soins car sont insolvables et ne seront le plus souvent pas inquiétées.

Mais beaucoup d'entre elles vivent à distance de l'hôpital, et c'est aux centres de médecine collective qu'elles ont d'abord recours.

Dans les centres et postes de santé sont reçus tous les patients, quelle que soit leur situation au regard de la couverture maladie, de leur séjour en France ou de leur lieu de résidence (même si théoriquement les centres sont sectorisés). Consultations et médicaments y sont gratuits. Le personnel des centres déclare ne pas avoir le temps d'aider à faire les démarches d'accès aux droits à une couverture maladie. (16, 37) Certes, la question de la couverture maladie se pose dès qu'est nécessaire la sortie vers le reste de l'offre de soins : pour la réalisation d'exams complémentaires réalisés en libéral<sup>113</sup> (comme les échographies prénatales qui ne sont pas réalisées à l'hôpital en cas de grossesse non pathologique), la délivrance de médicaments plus spécialisés tels que les antirétroviraux ou la prise en charge par un médecin spécialiste. Il s'en suit des restrictions, par les médecins des centres, des orientations ou des prescriptions. Pour les évacuations sanitaires en urgence, il n'y a cependant pas de problème (l'hôpital accepte les non assurés sociaux). (35)

Certains médecins se plaignent d'une forte affluente constituée pour partie de « *bobologie* », c'est à dire de demandes de consultations médicalement immotivées, sans qu'elle puisse être mise sur le compte de la réforme CMU, comme en médecine de ville, puisque l'accès y a toujours été gratuit<sup>114</sup>. D'autres modèrent cette appréciation : les centres sont si éloignés les uns des autres qu'il faut souvent parcourir de grandes distances pour y arriver, ce qui décourage les venues pour rien<sup>115</sup>. (37)

Parce que leur accès est indifférent à la situation au regard de la couverture maladie, les postes et centres de santé représentent, selon certains professionnels, le point d'achoppement d'un système (le secteur libéral et le secteur hospitalier) dont un objectif est l'incitation à l'ouverture de ces droits : la brèche que constituent les centres ne ruine-t-elle pas ces efforts ? On parle par exemple de patients venant consulter dans un centre de santé, même depuis Saint Laurent ou ses environs, pour s'épargner la peine de se faire ouvrir des droits à une couverture maladie. (8)

Mais d'autres professionnels rappellent que les centres représentent avant tout le seul accès aux soins possible pour des populations dépourvues de tout moyen financier et incapables de se faire ouvrir des droits à une couverture maladie.

L'absence de couverture maladie s'inscrit en effet chez ces populations le plus souvent dans une inexistence civile plus générale : absence de pièce d'identité voire d'enregistrement de la naissance sur un état civil, de titre de séjour, d'adresse, d'où l'inaccessibilité à quelque prestation sociale que ce soit. Leurs ressources sont générées essentiellement par le troc,

---

<sup>113</sup> Pour les examens biologiques, les prélèvements sont adressés à l'hôpital de Saint Laurent si le patient est assuré social, à celui de Cayenne sinon (et même si le centre est beaucoup plus proche de Saint Laurent que de Cayenne), grâce à une convention avec l'hôpital de Cayenne, mais seul un bilan minimal peut alors être demandé. (78)

<sup>114</sup> Quand une offre de soins libérale se met en place, la partie curative du centre est fermée, seule la préventive reste ouverte. Sur le fleuve Maroni, les centres de santé représentent en 2002 encore l'unique offre de soins, mais l'ouverture d'une pharmacie payante à Apatou et d'une autre à Maripasoula est en projet. Sur le littoral de l'Ouest guyanais en revanche, un seul poste, celui d'Organobo, est encore gratuit.

<sup>115</sup> Le périmètre d'attraction du centre de santé d'Organobo a un rayon de 50-70 km, pour une file active constituée de quelques Amérindiens et surtout de Noirs Marrons. Or de l'avis du médecin, seuls 15% de ces Amérindiens, et 1% de ces Noirs Marrons possèdent un véhicule.



l'orpailage ou la culture vivrière. Or les possibilités d'évolution de leur situation sont minces puisqu'elles n'ont quasiment aucun contact avec des professionnels sociaux et administratifs. Ainsi, plus aucune permanence CGSS n'est assurée sur le fleuve, celles du littoral sont rares (en dehors des trois villes) ; il n'y a qu'une seule assistante sociale de secteur pour tout l'Ouest guyanais. Même l'hôpital, seul relais significatif à la CGSS, est en échec : une matinée d'observation dans le centre d'Organobo a été l'occasion de rencontrer plusieurs grandes multipares accouchées chaque fois à l'hôpital de Saint Laurent, qui déclarent qu'on ne leur y a jamais proposé d'entamer de démarches pour obtenir une AME<sup>116</sup>, ni n'y avoir non plus jamais été inquiétées avec des factures.

Dépourvues donc de moyens financiers et de couverture maladie, ces populations n'ont d'autre alternative que l'offre de soins des centres : les centres de santé au Surinam sont déficients, la médecine traditionnelle est chère et de toutes façons ne concerne pas toujours les mêmes problèmes.

Ajoutons enfin que les étrangers en situation irrégulière peuvent préférer consulter dans ces centres, parce qu'ils sont situés à distance de Saint Laurent, ce qui leur permet d'éviter les abords de la ville, souvent contrôlés par les gendarmes (c'est donc une autre interprétation de la venue dans les centres de santé plutôt qu'à Saint Laurent, après celle des patients trop paresseux pour faire leurs démarches d'accès aux droits). (37, 39)

Pour l'ensemble de ces raisons, plusieurs médecins exerçant en centre de santé estiment que l'introduction du paiement dans l'accès aux soins des centres de santé provoquerait un véritable retour en arrière, avec une dégradation importante de l'état de santé de la population qui s'était considérablement élevé, depuis quinze ans, grâce précisément à l'activité de ces centres<sup>117</sup>. (35, 37)

Est-ce l'absence de besoin d'une couverture maladie qui n'incite pas aux démarches de la population consultant dans les centres, ou bien est-ce que les centres font converger les populations qui ne peuvent pas avoir accès à ces démarches ? ... toujours est-il que le taux de couverture effectif de cette population détonne, même dans le contexte guyanais : le médecin du centre d'Organobo évalue à 4% la population couverte, celui de Grand Santi en a compté 5% (c'est à dire les employés de la mairie, la gendarmerie, des écoles et du dispensaire). (35, 37)

---

<sup>116</sup> Qu'on ne leur en ait effectivement pas parlé, ou qu'on leur en ait parlé et qu'elles n'aient pas compris (comme l'une d'elles, qui porte dans son sac un formulaire des agents des admissions, formulaire dont elle n'a aucune idée de la teneur) importe peu : l'important est que l'objectif de l'hôpital d'inciter les patients à faire leurs démarches n'est pas atteint.

<sup>117</sup> Un exemple.

La population consultant au poste d'Organobo (dans la forêt, à distance du fleuve), en grande majorité noire marronne surinamienne en situation irrégulière, est en grande précarité sociale, plus encore que celle du fleuve, car privée des liens familiaux que perpétuent les va et vient entre les deux rives. La plupart de ces « déplacés » (ils sont arrivés pendant la guerre) ne sont pas francophones, ne scolarisent pas leurs enfants par incapacité à payer le bus de ramassage et la cantine scolaires. Leurs habitations sont disséminées dans l'épaisseur de la forêt, bénéficiant pour à peine la moitié d'entre elles de l'eau courante. Déjà peu en relation les uns avec les autres, ils n'ont aucun contact avec des services sociaux ou administratifs (une permanence CGSS se tient deux fois par mois à Iracoubo, ce qui représente jusqu'à 150 km de route pour certains d'entre eux, or quasiment aucun ne possède de véhicule motorisé). Le médecin estime qu'environ 4% de la file active du centre (2000 personnes) ont une couverture maladie, et la plupart de ces bénéficiaires, en cas de refus d'un médecin traitant de prendre leur CMU ou AME, ne savent pas compléter et envoyer leur feuille de soins à la CGSS. Ils ont déjà bien du mal à trouver les 45 euros nécessaires pour payer l'unique échographie obstétricale par grossesse que leur prescrit le médecin du centre (à 22-23 SA), plus le trajet jusqu'à Saint Laurent à cette occasion, alors comment pourraient-ils payer les soins quotidiens ? (37)

## Prise en charge du sida dans l'Ouest guyanais

L'épidémie « flambe » dans l'Ouest, de démarrage plus tardif mais de dynamique plus explosive qu'ailleurs dans le département<sup>118</sup>. La propagation le long du Maroni, est favorisée par les mouvements de population de part et d'autre du fleuve et la grande précarité qui y sévit (la majorité des habitants vivant aux alentours de Saint Laurent n'ont accès ni à l'eau, ni à l'électricité, ni au téléphone).

On y comptait 6,74 personnes séropositives pour 1000 personnes en 1999 contre 1,47 en 1996. Puis en 2 ans (1999-2001), la file active a progressé de 17% à Cayenne, 8% à Kourou, mais 92% à Saint Laurent. (ROMEO, 2004)

En 1999-2000, 75% des patients suivis pour VIH à l'hôpital de Saint Laurent sont étrangers, 47% surinamiens, 48% noirs marrons et 6% métropolitains.

Plus de la moitié des patients étrangers sont en situation irrégulière au début de leur suivi (la plupart sont régularisés par la suite).

### L'accès aux soins

Les obstacles à l'accès aux soins habituels en Guyane sont ici exacerbés. Ils tiennent aux caractéristiques de la population et à celles de l'offre sanitaire.

Les premières sont d'abord d'ordre socio-économiques : précarité économique (1 patient sur 4 suivis au CISIH de Saint Laurent a un travail déclaré en 1999-2000, de nombreux patients sont en situation irrégulière (du moins au début de leur prise en charge, puisque après ils peuvent se faire régulariser au titre de leur maladie), les difficultés matérielles s'associant à la crainte des déplacements par peur des arrestations.

Elles sont ensuite d'ordre culturel : barrière de langue (aggravée en cas d'illettrisme (gêne à la compréhension du traitement), représentations de la maladie et du soin, de la maternité (réticences à la césarienne). Les patients peuvent additionner explications et remèdes biomédicaux et traditionnels sans contradiction, accroissant à leur vue les chances de guérison<sup>119</sup>, les seconds pouvant entraîner ou non des retards à la prise des premiers<sup>120</sup>. Une

---

<sup>118</sup> L'épidémie est en particulier moins dramatique sur l'autre fleuve transfrontalier de la Guyane, l'Oyapock, où les populations amérindiennes, à l'instar des Noirs Marrons du Maroni, vivent de part et d'autre du fleuve. La prévalence dans l'Amapa (Brésil), Etat frontalier de la Guyane, y est en effet moindre qu'au Surinam (plus de campagnes de prévention) et le Brésil dispose, en théorie, d'antirétroviraux. Cependant la situation est susceptible de s'aggraver. On estime qu'environ 20 000 Brésiliens vivent en situation irrégulière en Guyane, dont une grande partie sur les sites clandestins d'orpaillage, où les risques d'infection au VIH ont été soulignés. En outre, l'évolution brutale du mode de vie des Amérindiens (avec alcoolisme, violences, etc.) peut également favoriser la progression de l'épidémie. (CONSEIL NATIONAL DU SIDA, 2003)

<sup>119</sup> Une enquête réalisée en 2001 sur un échantillon randomisé de 114 patients séropositifs, dont 73% traités par trithérapies, parmi les patients suivis dans les hôpitaux de Cayenne et de Saint-Laurent en 2001, révèle que le taux de patients utilisant un traitement traditionnel à base de plantes est bien supérieur à Saint Laurent qu'à Cayenne, avec plus souvent à Saint Laurent l'objectif de traiter le VIH :

- le taux de patients utilisant un traitement traditionnel à base de plantes est de 73% (62% à Cayenne, 88% à Saint Laurent,  $p < 0,01$ ) : peros (82%) et/ou par application cutanée (36%).

spécificité de l'offre de soins guyanaise est d'ailleurs la présence d'un médiateur culturel dans les services de médecine hospitaliers affectés au VIH, depuis 1996 à Saint Laurent, 2000 à Cayenne.

Au total, les conditions de vie socio-économiques et les données culturelles dans l'Ouest Guyanais apparentent la situation guyanaise plus à celles que connaissent les pays voisins en voie de développement (le Surinam et le Guyana) qu'à celle de la France, alors que son lien politique assure une prise en charge gratuite et en particulier un accès gratuit aux trithérapies. Le CISIH de Guyane s'est saisi de cette double appartenance pour proposer en 2002 une étude sur les déterminants de l'observance thérapeutique<sup>121</sup> auprès d'une population présentant des caractéristiques proches de celles des pays non industrialisés, permettant alors ensuite l'extrapolation aux populations africaines et caribéennes quand elles pourront à leur tour bénéficier de l'aide internationale en matière de traitement antirétroviral. (CISIH, 2002)

Il s'agit ensuite de l'offre de soins, concentrée à l'hôpital de Saint Laurent quand le territoire de l'Ouest est vaste et caractérisé par des difficultés de circulation.

A Saint Laurent, le pôle essentiel de la prise en charge est le CISIH (Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine), dont la fonction est la mise en cohérence des actions de lutte contre l'épidémie, la prise en charge des malades et l'analyse de l'évolution de l'épidémie grâce à ses rapports annuels.

La file active de séropositifs suivis à l'hôpital de Saint Laurent est de 180 patients mi-2002 (128 mi-2000), contre 450 à Cayenne. Outre cette file active, le service de la maternité prend en charge le traitement et l'accouchement des grossesses des femmes séropositives pour le VIH (28 en 2001) et celui de pédiatrie le suivi des enfants séropositifs (10 en 2001). Par

- 
- 33% des patients qui utilisent un traitement traditionnel le destinent à soigner l'infection à VIH (15% à Cayenne, 50% à Saint Laurent).
  - 60% des patients traités par trithérapies utilisent un traitement traditionnel, 68% des autres (différence non significative).

(COUPPIE et al, 2002)

Un médecin de Cayenne déclare d'ailleurs : « ici la véritable trithérapie sera de faire cohabiter la biomédecine avec la médecine traditionnelle et le vécu magico-religieux des malades ». (FARINE, 2002)

<sup>120</sup> JOLIVET (2002) décrit comment, en matière de prévention de la contamination par le VIH, le port du préservatif est freiné par des paradigmes communs à la culture noire marronne et à l'occidentale, comme la crainte que les préservatifs altèrent la puissance sexuelle masculine et le plaisir. Mais il l'est aussi en raison de représentations plus particulières à l'appréhension noire marronne de la maladie. L'apparition d'une nouvelle maladie entraîne toujours la nécessité de la comprendre, pour s'en protéger ou la guérir. Ici, le système nosologique noir marron, cumulatif (il a beaucoup emprunté aux diverses cultures en présence) a intégré le sida en l'associant à une catégorie déjà répertoriée (le *kandu*), dont on se protège avec un *obia* (remède traditionnel), tandis que les préservatifs prônés par les campagnes de prévention ne sont pas utiles. Ces *obia* peuvent aussi guérir.

Cependant le recours à l'accès aux soins est lui aussi cumulatif, et consulter un *obiaman* de son clan n'empêche pas d'aller en consulter un d'un autre clan, ou un thérapeute haïtien comme un dispensaire bio-médical.

<sup>121</sup> Le traitement du VIH pose des problèmes particuliers d'observance (médicaments nombreux, pas toujours bien tolérés, à prendre quotidiennement à vie même sans symptôme, etc.) alors même que les exigences en la matière sont élevées. Si en effet pour les maladies chroniques, une observance supérieure à 80% est généralement considérée suffisante, il semble que pour le VIH il lui faut atteindre 95% pour éviter l'apparition de souches virales résistantes. L'accès au Brésil de traitements génériques gratuits s'accompagne ainsi du développement d'une forte résistance virale. L'observance est en effet cruciale tant pour obtenir une efficacité maximale que pour éviter la sélection des souches virales. Elle dépend de la situation socio-économique mais aussi des représentations sur la santé, la maladie, le traitement, le rapport soignant-patient, etc. (CISIH SAINT-LAURENT, 2002)

rapport à l'ensemble de la file active guyanaise, celle de Saint Laurent est plus jeune, avec des proportions supérieures de femmes (64% contre 57%), d'étrangers (environ 75% contre 60% ; 1 patient sur 2 est surinamien), de personnes dépourvues de toute couverture maladie (40%) et de patients non traités par des antirétroviraux. La file active de Saint Laurent exacerbe ainsi les caractéristiques de la file active départementale.

Quand ils sont hospitalisés, ces patients le sont dans le service de médecine qui comporte 20 lits. En 1999, les patients VIH occupaient 8% des lits d'hospitalisation et représentaient plus de la moitié des consultations externes en médecine. Environ 600 tests sont réalisés par an à la CDAG (Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit).

4 professionnels interviennent au CISIH :

- un PH (également en poste au service de médecine) prend en charge les consultations et les suivis de patients hospitalisés ;
- une infirmière CISIH à plein temps réalise les prélèvements sanguins de dépistage et l'information des patients et du personnel à l'infection par le VIH ;
- une anthropologue qui étudie depuis de nombreuses années les sociétés noires marronnes et en particulier les représentations du corps chez les Ndjuka assure la médiation culturelle (poste créé en 1996, d'abord subventionné dans le cadre du CISIH, puis intégré au budget de l'hôpital et mis à disposition de tous les services de l'hôpital) ;
- une coordinatrice des actions de prévention santé (non spécifiquement au VIH) dans l'Ouest guyanais.

L'équipe en poste aimerait se voir complétée d'un psychologue et d'une assistante sociale.

L'analyse des prélèvements sanguins dans le cadre du dépistage du VIH est réalisée par le service de biologie de l'hôpital depuis 1987 et le calcul de la charge virale l'est depuis 1995.

Un réseau ville hôpital pour le sida et les hépatites a été créé en 2001. Médecins de ville, infirmières libérales, personnel hospitalier, membres d'associations, personnel de la PMI et du CMS (centre médico-social) assistent à des séances d'information générale, tandis que des échanges d'information sur des patients particuliers s'instaurent entre les médecins de ville et le PH du CISIH, les premiers commençant à prendre le relais du second pour une prise charge globale<sup>122</sup>.

L'EMIPS est une équipe mobile d'intervention et de prévention mise en place par l'hôpital et financée par la DSDS, qui organise des séances d'information sur le fleuve. Centrée initialement sur le VIH, son activité s'étend désormais aux autres MST et aux questions d'hygiène. A l'image de la plupart des autres associations en Guyane, sa jeune existence (moins de trois ans) a déjà été marquée par plusieurs remaniements de personnel. Se sont relayés au poste d'animateur un médecin, un pharmacien et enfin aujourd'hui une sage femme (bientôt secondée d'une infirmière), après six mois de vacance du poste.

Les séances se tiennent dans des villages du fleuve, elles durent une heure environ et sont suivies d'une demi-heure de questions. Les missions sont mensuelles, d'une durée de 10 à 12 jours (y compris le temps de transport), chacune centrée sur une région particulière du fleuve.

---

<sup>122</sup> A Cayenne, le réseau ville-hôpital s'est centré sur la prévention de la transmission mère-enfant, étant donné les caractéristiques de l'épidémie locale (transmission hétérosexuelle, proportion importante de femmes séropositives, avec un taux élevé de naissances d'enfants infectés), mais maintenant fait défaut un relais de ville pour les adultes séropositifs (un seul médecin généraliste est compétent en la matière). (46)

Le territoire couvert s'entend jusqu'au territoire amérindien (à l'exception d'Antecume Pata, par refus de la communauté locale).

L'animateur est accompagné de deux piroguiers noirs marrons, qui outre le transport, assurent la traduction et une certaine médiation culturelle. Cette nécessaire dépendance envers un personnel non qualifié en matière sanitaire pour réaliser l'objectif-même de la mission crée d'ailleurs quelques malaises. La direction hospitalière refuse de tenir compte de cette dimension de leur activité dans leur rémunération. Deux des animateurs interrogés dans le cadre de cette enquête expriment leur regret de devoir s'en remettre à eux alors qu'ils ne font pas toujours preuve de professionnalisme<sup>123</sup>.

Enfin, dernière particularité associée au contexte guyanais, cette activité ne peut être réalisée qu'en coopération avec les actions menées parallèlement sur l'autre rive du fleuve. Par exemple, les séances de l'EMIPS se tenant dans des villages de part et d'autre du fleuve, elles peuvent mettre en porte à faux l'équipe de prévention surinamienne qui vend des préservatifs alors que l'EMIPS les donne, l'équipe surinamienne se retrouvant avec des stocks d'invendus. En outre, les préservatifs donnés côté français peuvent être revendus côté Surinam. (61, 24)

La DSDS a mis en place un programme d'intervention pour la période 2002-2005, les commissions de programmation régionale pour le sida. Des groupes de travail se sont réunis, pour réfléchir à une approche plus diversifiée de la prévention : la communication, le dépistage, les jeunes, la prévention en milieu de nuit, les quartiers (surtout pour Cayenne) et l'Ouest guyanais.

Le centre de santé d'Albina, situé en face de Saint Laurent, dont les soins sont gratuits pour la fraction la plus pauvre de la population, ne dispose pas de consultations de spécialistes, de traitement anti-rétroviral ni même de test de dépistage du VIH.

## **L'accès aux droits**

On a déjà évoqué les désaccords qui opposent assistantes sociales et médecins hospitaliers quant à la polyvalence des premières, les seconds regrettant de ne pas avoir une assistante sociale spécifiquement affiliée à chacun de leurs services. Ce regret est particulièrement vif au CISIH, dont les patients connaissent souvent une grande précarité et nécessitent un suivi continu et rapproché que seule une assistante sociale rattachée au service pourrait leur fournir<sup>124</sup>. Il faudrait une assistante sociale pour suivre de près toutes les démarches du patient, par exemple en rappelant régulièrement la sous-préfecture ou la CGSS et en anticipant les besoins de renouvellement de droits : le suivi social est crucial pour l'accès à une

---

<sup>123</sup> Ils ne traduisent que ce qu'ils considèrent pertinent, voire perturbent les séances par leurs réflexions (par exemple, « les préservatifs, c'est nul parce que tu ne peux pas avoir d'enfants ») ou encore choisissent les villages à visiter avec des critères que les animateurs découvrent ne pas être toujours en adéquation avec l'objectif de la mission (par exemple, visite d'une bonne amie, refus de passer dans un village parce qu'il n'est pas de leur clan (boni versus ndjuka)). On déplore leur inconstance : ils refusent de partir au moment du départ en mission ou disparaissent toute une journée avec les cantines, en cours de mission, sans prévenir l'animateur. (17, 61)

<sup>124</sup> A l'hôpital de Cayenne, une même assistante sociale suit tous les patients séropositifs de l'hôpital traités à l'hôpital, quelque soit leur service (CISIH, hôpital de jour et dermatologie essentiellement).

couverture maladie<sup>125</sup>, un titre de séjour, mais aussi pour le bénéfice de l'allocation adulte handicapé (AAH)<sup>126</sup> ou l'amélioration des conditions de logement<sup>127</sup>.

Ce médecin (59) met en avant l'argument médical (les antirétroviraux ont un coût et une exigence d'observance élevés) pour justifier le besoin de prise en charge sociale : celle-ci doit être débutée dès le début de la prise en charge médicale, pour optimiser cette dernière. A l'appui de ses déclarations, il compare avec la situation métropolitaine. Il donne les exemples de deux de ses patients orpailleurs. L'un a été évacué à Paris où il est resté quatre mois. Il y a bénéficié d'une prise en charge socio-sanitaire importante, avec assistante sociale, infirmière spécialisée, associations. Quand il est rentré, il parlait à peu près le français et aujourd'hui il connaît parfaitement son traitement. L'autre n'a jamais été correctement pris en charge socialement : il revient toutes les six semaines pour des infections opportunistes.

BUTON (2002) ajoute que la prise en charge sociale permet d'améliorer la prise en charge médicale via l'adhésion aux prescriptions médicales, mais également, dans certains cas, en rendant « captif » le patient (jouant le rôle de « carotte » grâce à l'accès à divers droits sociaux (titre de séjour, CMU, AAH, etc.), on y reviendra à propos du suivi des demandes de titres de séjour pour soins).

En l'absence d'assistante sociale affiliée au CISIH à Saint Laurent, le personnel du CISIH s'investit sur la dimension sociale de la prise en charge<sup>128</sup> : le CISIH est ainsi à la fois le pilier de la prise en charge médicale mais également sociale du VIH.

L'association AIDES Saint Laurent est l'unique association investie sur le VIH à Saint-Laurent<sup>129</sup>. Trois salariées permanentes (une coordinatrice (travailleuse sociale), une agent d'animation-prévention, et une secrétaire-agent d'accueil) y sont secondées par une petite dizaine de bénévoles. A l'annonce d'une séropositivité, le suivi et l'accompagnement par AIDES sont quasiment systématiquement proposés, en alternative avec celui par une assistante sociale de l'hôpital.

---

<sup>125</sup> Il faut une assistante sociale pour anticiper l'expiration des droits des patients de façon à relancer la procédure avant qu'ils n'en aient plus, sinon *ils arrivent tout au bout et tout s'arrête et on doit tout reprendre à zéro*. Or ces renouvellements sont particulièrement contraignants dans la mesure où la CGSS ne délivre des droits CMU que pour un an aux étrangers porteurs d'un titre de séjour lui-même de un an. Les patients préfèrent eux-mêmes confier leurs dossiers à un professionnel en raison de leurs difficultés dans leurs relations avec la CGSS : *On les fait revenir dix fois pour un papier qu'ils avaient déjà dans leur pochette. Ca, c'est classique. Non, c'est une catastrophe*. (59)

<sup>126</sup> Là aussi, une assistante sociale pourrait vérifier que tous les patients qui peuvent y prétendre (c'est à dire la grande majorité des patients suivis à Saint Laurent : enfants à charge, habitat insalubre, etc.) ont engagé la demande.

<sup>127</sup> *On a des patients sous trithérapie qui vivent entre quatre planches et deux tôles, ils n'ont pas l'eau et l'électricité, ça fait réfléchir, quand même, sur l'observance thérapeutique, sur l'efficacité des traitements*. La plupart des patients touchent l'AAH, et souvent leur est versé au départ un an d'arriérés (pour cause de délai de traitement des dossiers), somme qui pourrait leur permettre de se faire construire une petite maison, d'une simplicité extrême, mais dont les quelques fonctionnalités métamorphoseraient leurs conditions de vie : au sec, avec l'eau et l'électricité. (59)

<sup>128</sup> Le médecin ou l'infirmière du CISIH, à chaque consultation VIH, demandent à voir attestation CMU et carte de séjour pour en vérifier les dates d'expiration. *Quand je dis que je fais un boulot d'assistante sociale (...) une partie de la consult, c'est ça, on vide le sac : « alors, où on en est ? Vous avez fait ci, vous avez fait ça ? Non ? Alors il faut aller chercher ça », etc.* (59)

<sup>129</sup> A la suite de l'enquête, AIDES Guyane (qui a également une antenne à Cayenne) s'est séparée de AIDES fédération et a pris le nom d'Entr'aides.

L'activité la plus importante de AIDES est l'aide dans les démarches administratives, et en particulier à la régularisation du séjour sur le territoire, étant donné la forte proportion de séropositifs étrangers. C'est d'ailleurs le premier motif de venue des usagers. (5) Mais cet investissement de AIDES se fait aux dépens du secret médical, puisque chaque dossier suivi par l'association est estampillé d'un *tampon sida*<sup>130</sup>.

La seconde activité la plus importante est humanitaire, une part élevée des usagers étant en situation de grande précarité économique : beaucoup de colis alimentaires sont donnés, et notamment des dons de lait et de couches, en raison des taux élevés de grossesses dans le cadre de la séropositivité. Des médicaments peuvent être achetés.

Le médecin du CISIH aimerait obtenir un poste d'assistante sociale pour le CISIH ou au réseau ville-hôpital, laissant alors AIDES se réorienter sur ses fonctions d'accompagnement psychologique, de militantisme (aucune revendication politique n'émane actuellement de l'association, telle que la remise en cause de pratiques administratives ou médicales), information, prévention<sup>131</sup> et se décharger des tâches administratives et sociales. En effet, en l'absence d'assistante sociale « VIH » et de service social de secteur (cf. infra), *AIDES joue le rôle d'assistante sociale* pour le CISIH. (59) Pour BUTON (2002), cette position « d'auxiliaire de la médecine » de l'association dans le dispositif de lutte contre le sida n'est pas propre à AIDES Saint Laurent, elle s'applique également à AIDES Cayenne (malgré la présence d'une assistante sociale au CISIH de Cayenne et d'un service social de secteur) puisque l'essentiel de son activité est également consacré au soutien matériel et administratif de patients en situation de grande précarité sociale, en l'absence d'action politique. Selon BUTON (2002), les responsables eux-mêmes de l'association justifient cette absence par la très forte stigmatisation dont la maladie fait l'objet en Guyane.

Notons enfin que l'activité de l'association, très importante ces dernières années, s'est ralentie en raison de remaniements de l'équipe, problème récurrent de l'activité associative en Guyane<sup>132</sup>.

### Couverture maladie

60% des patients de la file active VIH de Saint Laurent bénéficient d'une couverture maladie (67), proportion à peu près semblable à celle de l'ensemble des patients hospitalisés dans cet hôpital. Mais les patients séropositifs connaissent plus fréquemment que d'autres des situations de précarité socio-économique, et c'est au prix de l'investissement particulier sur le plan social de l'équipe du CISIH<sup>133</sup> qu'est obtenu ce taux de couverture.

La file active de Cayenne jouit d'un bien meilleur taux : 70% des patients y étaient déjà couverts avant les réformes législatives qui ont encore considérablement facilité l'accès à une

---

<sup>130</sup> (...) mais petit à petit on en est venu à tant pis : on passe outre, c'est à dire qu'on abandonne ce principe absolu d'anonymat et de confidentialité parce que quand on met dans la balance l'urgence sociale, ça ne pèse pas lourd. (59)

<sup>131</sup> Des actions de prévention sont réalisées : information tout public (au local et interventions extérieures), distribution gratuite et gestion des points de vente de préservatifs à 1 Franc.

<sup>132</sup> Le changement de personnel a impliqué une discontinuité dans les manières de faire, notamment dans la complémentarité avec les assistantes sociales de l'hôpital, complémentarité qui avait fait l'objet de mises au point avec l'équipe associative précédente.

<sup>133</sup> Le médecin du CISIH reconnaît suivre de plus près la situation sociale de ses patients séropositifs que celles des patients qu'il suit dans le service de médecine.

couverture maladie : la loi dite Chevènement en 1998 et la réforme CMU-AME de 1999<sup>134</sup>. Cet écart de couverture entre la file active de Saint Laurent et celle de Cayenne est attribué aux situations sociales plus souvent compliquées des patients de la seconde (notamment celles des Noirs Marrons vivant sur le fleuve) mais aussi aux défaillances de l'organisation du service social à l'hôpital de Saint Laurent, que l'on a dites plus haut.

### **Titre de séjour pour soins**

L'infection à VIH a motivé 56% des demandes de titres de séjour pour soins en Guyane pendant l'année 2001<sup>135</sup>. 145 des 146 demandes en matière de VIH ont été acceptées cette année-là (les conditions d'obtention de ces titres sont présentées dans le chapitre sur la légitimité des soins des étrangers).

En Guyane, l'ensemble des personnes bénéficiant d'une autorisation de séjour pour soins représente 20% de la file active hospitalière. A Saint Laurent, cette proportion atteindrait 50%. (59)

### **La procédure**

- un médecin (un médecin de ville agréé par la DSDS ou tout médecin de l'hôpital) rédige un certificat médical
- une assistante sociale (ou un agent de AIDES) constitue le dossier administratif : photocopies de l'acte de naissance et du passeport, attestation de résidence (une facture ou une quittance de loyer, ainsi qu'un certificat d'hébergement le cas échéant avec photocopie de la pièce d'identité de l'hébergeant, avis d'imposition (sur lequel est notée l'adresse)) et lettre motivée du patient adressée au sous-préfet
- elle envoie au MISP de la DSDS ce dossier administratif (destiné à la sous-préfecture), incluant, dans une enveloppe fermée et confidentielle, le certificat médical (destiné au MISP). Celui-ci
- émet un avis, qu'il transmet à la sous-préfecture, en y joignant le dossier sous-préfecture que lui a envoyé l'assistante sociale
- envoie un courrier à l'assistante sociale, l'informant des dates auxquelles le dossier a été reconnu complet et transmis à la sous-préfecture<sup>136</sup>.

---

<sup>134</sup> La loi dite Chevènement permet la régularisation du séjour des étrangers malades. La réforme CMU-AME permet l'obtention d'une couverture maladie à ceux qui n'en avaient pas avec le système antérieur (les étrangers en situation irrégulière surtout) et une complémentaire à ceux qui en avaient déjà une de base (couverts désormais à 100% pour tout grâce la CMU complémentaire (et plus uniquement pour le VIH)) (pour les étrangers en situation régulière et les Français).

<sup>135</sup> Les demandes de titres de séjour pour soins, pour l'année 2001 émanaient de ressortissants d'Haïti (56%), du Surinam (27%), du Guyana (9%) et du Brésil (8%).

<sup>136</sup> Pour les patients suivis à Cayenne, les dossiers sont adressés à la préfecture (et non la sous-préfecture), en revanche c'est le même MISP à la DSDS qui gère les dossiers de tout le département. Notons par ailleurs que cette procédure n'est pas celle préconisée par la législation : les dossiers devraient être envoyés directement à la préfecture. Celle-ci adresserait ce qui le concerne au MISP pour qu'il donne son avis médical. La plupart des acteurs interrogés justifient la procédure guyanaise par sa plus grande rapidité, la réduction des risques d'égarement des pièces par limitation des nombres d'envois. Remarquons enfin ce curieux commentaire de la DSDS dans son bilan 2001 : « Ce faible pourcentage [un avis défavorable de la DSDS a été donné pour 12 demandes sur 259] par rapport à celui observé en métropole s'explique par le fait que les dossiers de demandes sont envoyés d'abord à la direction de la santé. ». Il est donc sous-entendu que la procédure joue *in fine* sur le résultat de la démarche ??



Le sous-préfet, quand il reçoit son dossier et l'avis du MISP, convoque l'étranger malade et charge la gendarmerie de réaliser une enquête<sup>137</sup>, systématique pour les premières demandes, visant à vérifier la réalité du domicile, l'absence d'antécédents judiciaires (troubles de l'ordre public) et le degré d'intégration<sup>138</sup>. Il prend sa décision au vu de l'avis du MISP et des éléments de l'enquête gendarmerie (notons que les gendarmes interrogés (64) regrettent que les conclusions de leurs enquêtes semblent fort peu prises en compte par la sous-préfecture).

La nécessité d'une enquête de gendarmerie au domicile de la personne peut décourager l'éventuel hébergeant de rédiger un certificat d'hébergement, si pour une raison ou une autre (comme un séjour irrégulier), il ne veut pas voir les gendarmes arriver chez lui<sup>139</sup>, ou bien encore s'il comprend à cette occasion de quelle pathologie est atteint le patient et refuse alors de le garder chez lui. (83) Les gendarmes interrogés (64) se plaignent de rarement trouver la personne au domicile qu'elle a indiqué<sup>140</sup>, ce qui peut être dû à un changement d'adresse en cours de traitement du dossier (situation fréquente chez ces étrangers en grande situation de précarité (maladie, séjour irrégulier) (5).

### ***Les décisions de la sous-préfecture***

Le MISP de la DSDS traite rapidement et donne un avis favorable à la grande majorité des demandes qu'il reçoit. Au niveau de la sous-préfecture en revanche, la procédure prend du temps, il faut rappeler, demander où en est le dossier, rester vigilant quant aux réponses données. Il faut compter au moins deux mois pour qu'une demande aboutisse<sup>141</sup>. Surtout, les professionnels soignants et sociaux et les membres de AIDES contestent la régularité de certains refus<sup>142</sup>. Des réunions ont été organisées avec les agents de la sous-préfecture pour discuter de la procédure générale comme de dossiers particuliers (d'où l'importance que AIDES adopte une attitude plus militante) même si, sur les trois dernières années, une bonne centaine de dossiers ont été acceptés (plus de 50% de la file active de VIH était composée d'étrangers en situation irrégulière, file active s'élevant près de 200 patients lors de l'enquête).

---

<sup>137</sup> A Cayenne, il n'y a pas d'enquête. (82)

<sup>138</sup> Les gendarmes remplissent un questionnaire : la personne est-elle bien intégrée, parle-t-elle bien français, est-ce qu'elle a des enfants scolarisés, etc. (64)

<sup>139</sup> Par exemple, une femme refuse de signer l'attestation d'hébergement (une croix) pour la femme qu'elle héberge sur un hamac, car elle a hérité de son terrain à la mort de son mari, or cette propriété est contestée par la mairie qui lui demande de payer une lourde amende .. bref, elle ne veut pas avoir plus d'ennuis qu'elle en a déjà. Ce n'est que grâce à l'intervention de la médiatrice culturelle et du *kabiten* qu'elle acceptera de signer l'attestation d'hébergement. (66)

<sup>140</sup> Il s'en suit alors soit le refus du dossier, soit le dépôt par les gendarmes d'une convocation (demandant à la personne de se présenter à son domicile à une date ultérieure), soit encore la délivrance d'un titre de séjour de trois mois, suivi d'un nouveau passage des gendarmes. (59, 64)

<sup>141</sup> Pour un médecin (49), les délais ne posent pas de réel problème puisque du point de vue médical, les frais sont couverts par l'AME (qui est demandée en urgence) et du point de vue du séjour en France, les médecins du CISIH remettent à leurs patients en attente d'une carte de séjour un certificat attestant de leur suivi au CISIH. Ces étrangers, quand ils sont arrêtés et placés en centre de rétention, présentent ce certificat aux agents de la PAF, lesquels appellent alors le CISIH, et libèrent les malades une fois que leur suivi leur a été confirmé. On verra que ce n'est cependant pas toujours le cas.

<sup>142</sup> Le préfet a un droit de réserve par rapport à l'avis du médecin de la DSDS et quand il refuse le titre alors que cet avis était positif, il n'est pas tenu d'argumenter son refus.

Voici quelques exemples de ces refus considérés irréguliers :

- Après successivement trois cartes de séjour pour soins d'un an, l'étranger devrait obtenir une carte de résident de dix ans. Il arrive qu'au lieu de celle-ci, des cartes de trois mois lui soient successivement délivrées. Et pour ces titres de séjour de trois mois, la CGSS refuse d'ouvrir des droits à une CMU, ce qui est illégal<sup>143</sup>.
- Une demande de renouvellement de titre de séjour pour soins est refusée au motif que l'intéressé n'était pas détenteur d'un visa lors de son entrée sur le territoire : il a pourtant déjà bénéficié de trois titres de séjour pour soins successifs et se trouve donc en situation régulière depuis trois ans. (2)
- Des arrêtés d'expulsion sont envoyés à des patients porteurs d'un titre de séjour pour soins. (67)

---

<sup>143</sup> C'est le cas de Mme M, guyanienne, qui en est à son cinquième titre de séjour de trois mois, sans que personne ne sache pourquoi. *il n'y a aucune raison : elle a un domicile, le document médical en bonne et due forme, elle a toutes les pièces qu'on peut imaginer, elle a déjà eu des titres de séjour, elle a même eu une fois un titre de séjour qui n'était même pas pour soins, je ne sais plus quelle était la cause, réfugiée, j'en sais rien, elle est bardée de titres de séjour, cette femme, elle ne fait que demander, depuis le temps qu'elle en a, qu'on lui file pour dix ans, il serait peut-être temps ! Non ! Un cinquième de trois mois.* (59) Tous les trois mois, il lui faut recommencer toutes les démarches Assedic, titre de séjour, CMU, AAH ... alors qu'elle est malade et fatiguée. Quand le MISP appelle la sous-préfecture pour savoir ce qui se passe (AIDES n'appelant pas pour éviter la reconnaissance du VIH), des raisons différentes lui sont données à chaque fois (les gendarmes n'avaient pas trouvé la personne à l'adresse indiquée, ils s'étaient apparemment trompés de numéro de rue ; il faut attendre, etc.) (22).



# Discours des acteurs professionnels créoles

## Les catégorisations de l'autre

### Présentation des données de terrain

#### Les Nous et les Eux

##### *Les qualifications*

En matière d'accès aux soins, les discours créoles présentent les Nous comme les cotisants et les Eux comme les assistés. Cette distinction non pas ethnique mais réglementaire - entre les assurés et les assistés – est associée à des connotations morales (le mérite et l'abus) : les Nous sont les victimes dont le système socio-sanitaire est pillé par les Eux<sup>144</sup>. On a donc un clivage Nous-Eux fondé sur une distinction administrative en matière d'accès à la couverture maladie (bénéficiaires de l'assistance sociale / assurés sociaux), distinction qui, en instaurant un rapport dominants-dominés (les assistés sont en situation de dépendance, les assurés participent activement au système de couverture maladie), se charge de jugements de valeurs.

Sur cette articulation, sorte d'épine dorsale d'un discours posé comme légitime car référé de façon plus ou moins directe à la Loi, vient secondairement s'emboîter une autre distinction, qui met en jeu le critère de la nationalité.

Cet emboîtement se fait au prix d'un saut interprétatif : aux étrangers sont associés la catégorie des assistés ; aux Guyanais celle des assurés. Cette association repose, certes, sur une probable réalité sociologique et un fondement réglementaire : la proportion de bénéficiaires de la CMU est probablement plus importante dans la population étrangère présente en Guyane que dans la population française de Guyane<sup>145</sup> ; quant aux bénéficiaires de l'AME, l'unique modalité d'aide sociale en matière de couverture maladie, seuls des étrangers peuvent réglementairement en relever, si l'on en croit la responsable CGSS de l'AME<sup>146</sup>, ce qui d'ailleurs ne constitue qu'une interprétation à peine restrictive des textes. Si donc les chiffres et les textes valident une association entre ces deux catégories (assistés et

---

<sup>144</sup> Notons que sont inclus dans la catégorie des « assistés » les bénéficiaires de la CMU comme ceux de l'AME, même si les premiers sont des assurés sociaux et non des bénéficiaires de l'aide sociale.

<sup>145</sup> Les données statistiques en la matière (proportion d'étrangers parmi les bénéficiaires de la CMU) sont cependant rarissimes, les agents de la Sécurité sociale interrogés (en Guyane ou en métropole) répondant ne pas être en mesure de les fournir.

<sup>146</sup> Or cette responsable est, on va le voir, la référente privilégiée en matière d'explicitation des textes CMU-AME et de leur application, pour quasi tous les acteurs interrogés, quel que soit leur lieu d'exercice et leur profession. On peut donc supposer que sa position est reprise par tous ces acteurs.

étrangers), l'exacte correspondance entre elles n'en demeure pas moins inexacte sur le terrain : si tous les bénéficiaires de l'aide sociale (y compris la CMU) sont étrangers, tous les étrangers ne sont pas bénéficiaires de l'aide sociale.

Cette superposition entre deux ordres de distinction (assistés/assurés ; étrangers/Français) peut encore se complexifier, au moyen de deux autres séries de critères.

C'est d'une part une distinction, réglementaire là encore, mais issue d'un autre corpus légal, celui du droit au séjour, faite entre les étrangers selon qu'ils sont en situation régulière ou non au regard de leur séjour sur le territoire français. Là aussi, des connotations morales sont associées à la distinction : les « sans papiers » sont moins légitimes puisque « hors la loi ».

Il s'agit d'autre part de critères ayant trait à l'origine. Ces précisions sont toujours référées à la distinction première - régulièrement remise en avant de l'argumentaire comme pour le légitimer - la distinction assurés / assistés. Les précisions ayant trait à l'origine viennent ainsi étoffer une hiérarchisation qui tire sa légitimité de son inscription initiale dans les textes dont relève l'accès à la couverture maladie.

- D'abord, la catégorie de la nationalité est précisée. Les nationalités sont variables selon les villes : ce sont plutôt des Surinamiens à Saint Laurent et des Haïtiens, des Brésiliens et des Dominicains à Cayenne.
- Ensuite, à la catégorie de la nationalité peut se substituer ou s'ajouter celle de la catégorisation ethnique. Catégorisations ethniques et de nationalité charrient chacune des représentations (les Haïtiens sont demandeurs, les Chinois sont « réglos », etc.)
- Enfin, cette qualification ethnique peut se complexifier, pour les Noirs Marrons de Saint Laurent, selon l'opposition fleuve/ville (ou parfois intérieur/littoral) : le fleuve (le Maroni) s'opposant, avec toute sa cohorte de connotations ayant trait à la vie sauvage, à la ville (Saint-Laurent).

La catégorie « créole » est, elle, volontiers associée à celle des Français, à Saint Laurent comme à Cayenne.

Pour récapituler, dans les discours créoles tenus à Saint Laurent, les associations les plus fréquentes, dont l'évidence permet souvent de faire l'économie de l'explicitation sont :

- Cotisants = Français = Guyanais = Créoles
- Assistés = Noirs Marrons, plus ou moins étrangers (=Surinamiens), plus ou moins du fleuve ou de l'intérieur

A Cayenne, les assistés, les « autres » sont d'abord des Haïtiens.

Noirs Marrons (étrangers ou non) à Saint Laurent, Haïtiens à Cayenne : ce sont les membres des communautés les plus quantitativement importantes (après ou même avant celle des Créoles) qui sont les premières identifiées comme porteuses d'altérité<sup>147</sup>.

La catégorisation a aussi pour fonction l'auto-définition.

Une Créole (0), donne une définition « en creux » de son groupe, qui rappelle celles recueillies par JOLIVET (1982) il y a une trentaine d'années.

Elle préfère à la définition du dictionnaire (« *le Créole est un Européen né outre-mer* »), celle-ci, utilisée en Guyane : *le Créole, ce n'est pas un Bushinengué, pas un Amérindien, il est né*

---

<sup>147</sup> A cette menace démographique s'ajoute aussi divers éléments propres à chaque groupe, également porteurs d'un péril identitaire : les Noirs Marrons sont des primo-occupants au même titre que les Créoles, même s'ils ne sont pas français ; les Haïtiens sont des Créoles eux aussi, leurs nombreux points communs avec les Créoles guyanais (physiques, culturels) pourraient leur permettre de prendre la place de ces derniers ... On y reviendra.

*en Guyane, il parle le patois qu'on appelle le créole également. Ce sont les Noirs de chez nous, les Créoles.*

Elle reprend donc la terminologie spécifique à la Guyane, selon laquelle le terme créole renvoie aux Noirs créoles, puisqu'il n'y a plus de Blancs créoles en Guyane depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. Les seules variables « positives » sont celle de la langue et celle de l'origine (*de chez nous*), mais elle prend soin, préalablement, de l'opposer aux autres qui pourraient se prévaloir de la même autochtonie : les Noirs Marrons et les Amérindiens.

Notons enfin que les jugements usuels des Créoles sur les « Eux » peuvent être repris par certains de ces « Eux » pour mieux se rapprocher du groupe des Créoles. Ainsi, des agents noirs marrons, exerçant à l'hôpital, où ils occupent des postes professionnels peu qualifiés, tiennent des discours qui les distinguent des Noirs Marrons du fleuve, le plus souvent étrangers et sans emploi, en qualifiant ces derniers d'irresponsables, infantiles et malhonnêtes. L'auto-définition passe ainsi par la distinction de plus dominés que soi, en reprenant les catégorisations des dominants.

### ***Comparaison avec les qualifications faites en métropole***

Une étude réalisée en métropole sur les caractérisations des Nous et des Eux par les acteurs professionnels de l'accès aux soins avait relevé elle aussi la primauté de la distinction assurés/assistés. (FASSIN ; CARDE et al, 2001).

Mais la comparaison des deux terrains met en évidence l'é étroitesse de l'éventail des éléments attribués aux Eux sur le terrain guyanais tel que l'appréhendent les Créoles : là où, en métropole, divers éléments culturels (les représentations vis à vis de la maladie et du soin, la religion, la « culture du pauvre », les rapports de genre, etc.) sont diversement mobilisés pour caractériser les Eux, on retient surtout du discours créole guyanais l'insistance sur le lieu de naissance (un pays étranger, une rive du fleuve plutôt qu'une autre, le fleuve opposé au littoral, l'Est à l'Ouest du département ...). La distinction par exemple entre les différents clans de Noirs Marrons est absente des discours et semble même être parfois ignorée<sup>148</sup>. Quand malgré tout la « culture » est explicitement interrogée, c'est souvent pour mieux l'écarter, démontrer qu'elle n'est d'aucune utilité pour expliquer les comportements décrits, ce qui laisse penser que ces derniers, spécifiquement attribués à une origine, relèvent plutôt de l'essence racialisante que de l'attribut culturel.

Par ailleurs, la distinction entre étrangers réguliers et irréguliers vis à vis de leur séjour sur le territoire n'est pas aussi fréquemment invoquée que dans les discours tenus en métropole, le présupposé implicite sous-tendant la plupart des références aux étrangers en Guyane étant qu'ils sont tous en situation irrégulière. En d'autres termes, un étranger est un sans papier, sans qu'il ne soit besoin de le préciser. Et c'est même, à Saint Laurent, un sans papier qui ne réside pas en Guyane, mais qui y vient ponctuellement, pour profiter de son système socio-sanitaire. L'étranger est donc souvent assimilé, du seul fait de son statut d'étranger, à un fraudeur : fraude vis à vis du droit au séjour et fraude vis à vis du système de soins (puisque une prise en charge par la collectivité des frais de soins n'est pas légalement possible pour des non résidents).

---

<sup>148</sup> Il n'est pas exemple jamais noté que les Boni sont plutôt français et les Ndjuka plutôt surinamiens. TAVERNE (1994) remarque d'ailleurs qu'alors qu'il existe six groupes différents de Noirs Marrons et autant d'Amérindiens, les thérapeutes sont qualifiés de noirs marrons ou d'amérindiens, sans jamais que soient précisés leur clan ou leur tribu d'appartenance. Les Créoles parlent même de thérapeutes saramaka ou boni pour désigner les thérapeutes noirs marrons dans leur ensemble, de façon générique. TAVERNE note enfin que ces généralisations ne sont pas spécifiques au champ thérapeutique.

De ces deux premiers éléments de comparaison (la rareté des références à la « culture » et la connotation péjorative associée au statut de l'étranger), on peut faire une hypothèse assez peu hardie en ce qu'elle rejoint un propos très couramment tenu en Guyane, notamment par les Métropolitains, sur la crainte créole de l'invasion étrangère. Si puissante et obsédante, ajoutera-t-on, qu'elle imprègne complètement le discours sur l'accès aux soins, braquant celui-ci sur l'origine étrangère des Eux, faisant obstacle à l'émergence d'une autre figure de l'altérité (comme par exemple celle du public précaire (français ou non), quasiment jamais mentionné).

### **Le « troisième acteur »**

La deuxième particularité de ce terrain guyanais créole réside dans le rôle donné à un « troisième acteur » : entre les agresseurs (les étrangers) et leurs victimes (les Guyanais), se tient la figure ambiguë de l'arbitre-témoin, attribuée à l'Etat.

Certes, l'Etat apparaît aussi dans certains discours métropolitains, pour par exemple s'alarmer du déluge de dépenses que va entraîner la réforme de l'AME, rédigée en 1999 par un Etat jugé généreux mais complètement irréaliste. Mais le discours guyanais créole dépasse le simple constat budgétaire.

Tout d'abord, les Créoles présentent leurs relations avec les Eux, dans le domaine de l'accès aux soins, comme imposées par l'Etat. Bien-sûr, l'assistance sanitaire d'un individu malade est présentée comme relevant de principes moraux inattaquables qu'aucun des Créoles interrogés ne conteste, dans l'absolu. C'est en revanche la forme prise par l'inscription de ces principes dans la loi, qui fait l'objet de débats et de réinterprétations (par exemple, on ne devrait accorder une couverture maladie aux étrangers sans papiers que s'ils sont gravement malades).

Ensuite, une autre spécificité - au regard de la comparaison métropole-Guyane - de cette insistance sur le rôle de l'Etat est son élargissement à la question de l'immigration. En effet, si l'Etat dépeint dans le discours créole tient ce rôle de grand ordonnateur si peu conséquent, tel qu'il transparaît aussi dans certains discours métropolitains, ce n'est plus uniquement dans le cadre de la réglementation en matière de couverture maladie, mais également dans celui de l'immigration. L'Etat se voit ainsi maintes fois reproché de ne pas tenter de mieux contrôler les flux migratoires qui assaillent la Guyane.

Les thèmes « couverture maladie » et « droit au séjour » sont d'ailleurs étroitement liés dans les discours créoles, qu'il y soit ou non question de l'Etat, puisque les étrangers sont accusés de venir envahir la Guyane dans l'optique, d'abord, de profiter de son système socio-sanitaire. Ainsi, l'Etat est volontiers décrit comme un responsable (c'est lui qui décide) - irresponsable (ne prend pas la mesure de ses actes), dans le domaine tant de la couverture maladie que de l'immigration.

Enfin, dernière spécificité - au regard de la comparaison métropole-Guyane - de cette insistance sur le rôle de l'Etat : au pouvoir central (concentré (le ministère de la Santé, celui de l'Intérieur) ou déconcentré (la DSDS, la préfecture)) est opposé un pouvoir local (le

Conseil général, la DSP, la mairie ...) en prise avec une réalité de terrain conflictuelle découlant directement des décisions prises « d'en haut », par le premier<sup>149</sup>.

Cette distinction pouvoir central/pouvoir local est sous-tendue par une caractérisation du premier acteur, elle aussi spécifique au terrain guyanais : le « Nous » est l'habitant du département, et non de la nation, c'est le Guyanais, et plus précisément encore, le Guyanais créole. Cette référence à l'Etat français permet ainsi de se positionner en tant que citoyens français, contribuables et cotisants, mais aussi de souligner la spécificité des citoyens d'outre mer, loin des yeux et trop absents des préoccupations de l'Etat. Celui-ci n'est en effet pas seulement un doux utopiste, comme dans les discours métropolitains : ses généreuses mesures font des victimes, les Guyanais, et en cela aussi l'Etat est aveugle. L'Etat n'est pas seulement laxiste, il est négligent, la Guyane est trahie (les promesses de la départementalisation n'ont pas été tenues, ses quelques fruits sont abandonnés aux étrangers et aux Noirs Marrons).

Ainsi, la saillance de l'Etat dans les discours tient dans sa distance kilométrique autant qu'ethnique avec l'acteur guyanais-créole, qui en fait un acteur distinct du « nous » : celui qui prend la décision n'est pas celui qui est victime de cette décision.

Cette distance et l'isolement de la Guyane, cernée par l'ennemi, vont de pair : le ressentiment est à la mesure tant de la menace qui pèse sur la Guyane que de l'inconscience de l'Etat.

## Contextualisation socio-historique

Nous venons de brosser très succinctement les contours de l'altérité tels qu'ils apparaissent dans les discours tenus sur l'accès aux soins.

Mais les relations interethniques sont façonnées par un ensemble complexe de rapports sociaux, économiques, etc. et la présentation qui précède aurait pu être mise en relief par la confrontation à des discours tenus dans d'autres domaines de la vie sociale (l'accès au logement, à l'emploi, à l'instruction, etc.), que n'ont pas explorés nos entretiens, limités au thème de l'accès aux soins<sup>150</sup>.

Il semble en revanche indispensable de s'arrêter sur la configuration historique de ces rapports interethniques<sup>151</sup>. Comment l'analyse qui précède peut-elle s'inscrire dans le cadre évolutif des rapports qu'entretiennent et ont entretenus les Créoles avec les trois sous-groupes identifiés : l'Etat, les minorités « du pays » et les étrangers<sup>152</sup> ?

---

<sup>149</sup> De la même façon, sont mis en présence sur le sol guyanais des étrangers, des Guyanais, mais aussi des Métropolitains. L'analyse doit tenir compte de ce que les discours recueillis s'adressaient à une Métropolitaine, donc peu ou prou représentante de cet Etat et investie dès lors d'une mission de témoignage (il faut « faire remonter »).

<sup>150</sup> Par exemple, des entretiens menés sur la situation de l'emploi aurait pu présenter les étrangers non pas comme des assistés dont on déplore le coût social mais comme des concurrents sur le marché de l'emploi.

<sup>151</sup> Les propos développés ici s'inspirent des travaux suivants : BONNIOL (1992) ; CHERUBINI (1986) ; COLLOMB & JOLIVET (2001) ; FAUQUENOY (1990) ; GALLIBOUR (1996) ; LINGIBE (1998) ; MARCHAND-THEBAULT (1987) ; MAM-LAM-FOUCK (1987)) et tout particulièrement ceux de JOLIVET (depuis 1982).

<sup>152</sup> DE RUDDER et al (2000) rappellent combien le contenu de l'ethnicité et son importance dans l'interaction sont tributaires de l'histoire. Modes d'organisation collective, identifications et les traits culturels qui en forment les attributs sont variables, mais les situations qui président à la différenciation ne le sont pas : l'infériorisation, l'inscription dans des relations inégalitaires et un ordre hiérarchique se font sur le long terme.



## La segmentation raciale blanc-noir

La compréhension de ce phénomène, incontournable pour toute étude s'intéressant aux relations interethniques dans une société issue d'un système esclavagiste, nous ramène aux débuts de l'histoire guyanaise.

Dans la seconde moitié du 17<sup>ème</sup> siècle, le peuplement européen ne progressant pas, démarre l'importation d'esclaves en provenance des colonies d'Afrique.

Le système esclavagiste va perdurer deux siècles. Mais peinant à prendre pied dans un milieu naturel hostile (« l'enfer vert »), isolée du trafic des armateurs (courants et vents sont défavorables à l'accès de ses côtes, et surtout elle offre peu de ressources intéressantes pour les commerçants), et enfin présentant peu d'intérêt aux yeux de sa métropole (sinon qu'en tant que soutien logistiques pour les colonies antillaises), la colonie guyanaise reste peu développée démographiquement et économiquement. Un cercle vicieux se dessine : les colons étant trop pauvres pour acheter des esclaves, leurs plantations ne peuvent pas s'enrichir.

Une autre spécificité de la plantation guyanaise tient dans la moindre prégnance de la segmentation raciale dans la société qu'elle va engendrer. Comme dans les autres plantations, les maîtres sont blancs et libres, les travailleurs sont noirs et esclaves, et la segmentation raciale devient peu à peu la clé de voûte du système (en témoigne l'évolution du Code Noir<sup>153</sup>), elle se juxtapose à la stratification sociale (maîtres/travailleurs) et à la coupure juridique (libres/esclaves) pour donner au système son troisième « verrouillage » (BONNIOL, 1992). Son empreinte marquera cependant moins nettement qu'ailleurs - notamment dans les Antilles voisines - la structuration de la société créole guyanaise qui s'épanouira après l'abolition de l'esclavage. Pourquoi cette moindre rémanence ? Plusieurs explications sont avancées.

Certaines s'inscrivent dans le passé esclavagiste. On a dit les difficultés du développement des plantations guyanaises. Dans la plupart d'entre elles (400 sur 500), on compte moins de dix esclaves, qui partagent souvent les conditions de vie, misérables, de leur maître<sup>154</sup> : la dichotomie des statuts s'en trouve peut-être amoindrie.

Les autres, plus convaincantes, intéressent la suite de l'histoire guyanaise. Retenons-en trois.

Après 1848, les libérés refusent de rester travailler sur les plantations, ils se dispersent sur le vaste territoire guyanais, défrichent des lopins de terre, installent leurs habitations (au sens, désormais, de petites maisons créoles abritant généralement la famille nucléaire). Là, ils mettent en œuvre une agriculture de subsistance, au moyen d'une technique apprise auprès de leurs anciens maîtres, qui la tenaient eux-mêmes des Indiens, à savoir l'abattis, pratique

---

<sup>153</sup> Le Code Noir, promulgué en 1685, définit la condition juridique des esclaves, êtres meubles qui peuvent, par l'affranchissement, jouir des mêmes droits que les personnes nées libres. Ce texte oppose simplement des hommes libres à des esclaves (certes noirs). Même si la race n'y apparaît toujours pas en tant que catégorie juridique, la seconde version du Code Noir (qui s'impose en Guyane en 1741), oppose désormais des *Noirs* ou des *Nègres*, libres ou esclaves, à des *Blancs*, les premiers, mêmes libres, ne pouvant plus jouir des mêmes droits que les seconds : sous la pression des colons, les textes juridiques font dorénavant correspondre distinction de statut et distinction de couleur, de façon à ce que ceux qui ont le statut juridique des Blancs mais qui sont de couleur (les affranchis, leurs descendants, les métis, voire comme à Saint Domingue les Blancs s'étant « mésalliés » avec un conjoint de couleur) ne puissent être traités comme des Blancs. (BONNIOL, 1992 ; LOCHAK, 1992).

<sup>154</sup> Ces habitations ne représentent certes qu'une minorité des esclaves puisque ces derniers sont majoritairement regroupés dans la centaine de « grandes plantations » que compte la colonie.

agricole itinérante sur brûlis. Les plantations vont rapidement disparaître, incapables de faire face à la fuite de leur main d'œuvre, ni d'en faire venir suffisamment d'ailleurs (les travailleurs engagés d'Inde, etc.). Le groupe des colons blancs va s'éteindre avec elles, à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle (ils sont nombreux à être repartis en métropole, les autres se sont métissés) : il n'y a donc plus de pôle blanc créole, contrairement aux sociétés antillaises (on a vu ci-dessus qu'en Guyane, le terme de « créole » ne se réfère qu'aux Noirs nés sur place). En effet, aux Antilles à l'inverse, les libérés ne peuvent pas massivement quitter les plantations car ils ne jouissent pas du même espace qu'en Guyane. La plupart d'entre eux étant contraints de rester sur les terres de leurs anciens maîtres<sup>155</sup>, le rapport de domination antérieur se perpétue.

Ensuite, la ruée vers l'or, dont le coup d'envoi est donné moins de dix ans après l'abolition de l'esclavage, permettra à chacun de tenter sa chance sous la forme du travail solitaire des placers perdus dans la forêt. Même si le rapport dominant- dominé subsistera, à travers la dépendance des orpailleurs (plus souvent noirs) envers les commerçants et les colporteurs du littoral (plus souvent blancs), l'illusion de l'autonomie, nourrie par l'individualisme naissant qui caractérisera par la suite la société créole, peut expliquer la moindre persistance de la segmentation raciale.

Enfin, il ne faut pas oublier le « triste spectacle » (JOLIVET) que le bagne (1852-1938) offre au regard créole : les bagnards (blancs pour la plupart) sont tous plus miséreux que le plus pauvre des Créoles. Certains travaillent même au service de ces derniers. L'impact idéologique fort probable de la déportation pénale - enclenchée juste après l'abolition, terminée juste avant la départementalisation, soit près d'un siècle plus tard - doit malgré tout être relativisé, puisque même pendant cette longue période, les dominants sont restés des Blancs et, hors de ce cadre précis, c'est par des Créoles qu'est encore occupé le bas de l'échelle sociale.

### **L'assimilation**

Entendons-nous bien. Le paragraphe ci-dessus ne vise pas - évidemment - à démontrer une indifférence des Créoles guyanais à la couleur de la peau. Il tente plutôt d'expliquer pourquoi cette perception n'a pas servi, comme en Martinique par exemple, de moyen exclusif de différenciation sociale. La « barrière de couleur »<sup>156</sup> en Guyane n'est pas aussi prégnante qu'ailleurs. Ainsi en témoignent par exemple deux absences : pas de terminologie complexe pour décrire les différentes nuances de la coloration de l'épiderme, pas d'attention minutieuse portée aux généalogies.

Mais si le processus de conditionnement idéologique enclenché par le système esclavagiste guyanais ne s'attache pas, ou moins qu'ailleurs, aux aspects phénotypiques, il n'est pas pour autant absent de la société créole : c'est sous la forme de l'assimilation, au sens où l'entend JOLIVET d'occidentalisation, qu'il l'imprègne toute entière. Une assimilation d'abord contrainte, du temps de l'esclavage (christianisation et inculcation de valeurs morales telles que celle du travail)<sup>157</sup>, qui a pris de la puissance pendant la ruée vers l'or (les Créoles

---

<sup>155</sup> JOLIVET (2000) modère cependant cette assertion, en référence à la thèse de Christine Chivallon, « Espace et identité à la Martinique. Paysannerie des mornes et reconquête collective 1840-1960 », Paris, CNRS éditions.

<sup>156</sup> Tous les métis rejoignent les Noirs dans le groupe de couleur, le groupe blanc restant non métissé.

<sup>157</sup> Côté Surinam au contraire, la politique aux 17 et 18èmes siècles était de renforcer l'opposition culturelle entre les colons blancs et les esclaves : on a poussé les Africains, non pas à assimiler les valeurs occidentales, mais au contraire à maintenir leur culture originelle, jusqu'à l'émancipation. Résultat, Noirs Marrons et Créoles

aspirent à quitter l'austérité des placers pour rejoindre les rangs des commerçants, sur le littoral) et s'est épanouie avec la départementalisation et l'importation qu'elle a impliquée, via les fonctionnaires métropolitains entre autres, du mode de vie occidental.

### **Le rapport aux autres**

L'étude du processus d'assimilation nous semble ainsi potentiellement plus heuristique que celle de la segmentation raciale. Déroulons-en le fil, en prolongeant notre retour historique, pour mieux saisir les enjeux des positionnements identitaires des Créoles vis à vis des trois groupes de protagonistes qui nous intéressent, à savoir les Noirs Marrons, les étrangers et l'Etat.

Les premiers, avec les Amérindiens, se sont vus attribués les positions les plus basses de la hiérarchie sociale inspirée par le processus d'assimilation. Les Créoles ont en effet non seulement adopté les valeurs et les ambitions de la société occidentale, mais ils ont aussi, dans un même mouvement, marqué leur séparation d'avec les exclus de cette dynamique<sup>158</sup> (une exclusion d'ailleurs pas seulement imposée, Noirs Marrons et Amérindiens n'affichant pas de désir d'intégrer ladite société et vivant entre eux dans l'Intérieur).

Cette exclusion a trouvé une traduction concrète avec le partage administratif de la Guyane en deux arrondissements en 1930. A la bande côtière du Nord s'oppose l'immense territoire de l'Inini au Sud, qui couvre les 9/10<sup>ème</sup> du pays et où résident principalement Noirs Marrons et Amérindiens, populations dites « tribales » (selon la terminologie couramment employée à l'époque, qui avait succédé à celle de « primitives » qui elle-même s'était substituée à celle de « sauvages », toutes chargées des mêmes connotations péjoratives). Lorsqu'en 1947 est lancée la départementalisation, seul le littoral est concerné, le territoire de l'Inini se voit attribué l'ambigu statut de « nation indépendante sous protectorat ».

Vingt ans plus tard, si les élus guyanais (créoles) demandent l'intégration de l'Inini au département de la Guyane, ce n'est probablement pas par solidarité avec les peuples qu'il abrite. Bien plutôt, les réserves en bauxite, or et bois que recèle ce territoire éveillent des intérêts politiques. Les subventions publiques versées aux communes étant proportionnelles à leurs populations respectives, les Amérindiens et les Noirs Marrons de l'Inini sont tout volontiers enregistrés sur les registres d'état civil (depuis, les temps ont changé, on y reviendra dans le chapitre sur les jugements déclaratifs de naissance).

L'Etat français, heureux d'en finir avec les relents coloniaux du statut de l'Inini, accepte de supprimer celui-ci. La Guyane, désormais département français dans l'intégralité de son territoire, fait alors l'objet d'un nouveau découpage administratif en deux arrondissements, Est et Ouest.

Il faut encore attendre une vingtaine d'années avant que les populations « tribales » ne se voient revalorisées au sein de la hiérarchie sociale créole. Plusieurs facteurs expliquent ce retournement progressif de situation.

---

(descendants des esclaves émancipés) surinamiens partagent conceptions et pratiques, au sein d'un ensemble culturel afro-surinamien. (VERNON, 1992)

<sup>158</sup> On peut dresser un parallèle avec les Antilles des 18-19<sup>èmes</sup> siècles, où les mulâtres se démarquent des Noirs pour mieux se rapprocher des Blancs. « (...) un mulâtre hait son père et méprise sa mère. » (Schœlcher cité par BONNIOL (1992)) (car dans les colonies, le métis est quasi systématiquement l'enfant d'une mère noire et d'un père blanc.)

Le principal est une remise en cause, par les Créoles, du processus d'assimilation. Celui-ci était soutenu par l'espoir de chacun de connaître une promotion sociale, pour lui-même ou pour ses enfants. Mais les tentatives successives de décollage économique départemental se sont toutes soldées par des fiascos, et bien qu'elle soit plus instruite que la précédente, la jeune génération doit faire face à un chômage important. La prise de conscience progressive de l'échec de ces projets économiques conduit à une remise en cause de l'idéologie dans laquelle ils s'inséraient (l'occidentalisation). Se détournant de l'idéal occidental, les Créoles interrogent alors leur propre identité culturelle. Ces interrogations sont à l'origine d'un renversement d'attitude vis à vis des minorités comme des étrangers.

D'une part, la quête de leurs racines guyanaises conduit les Créoles, par effet d'inversion, à regarder en direction de ceux qui étaient jusqu'à présent tenus à l'écart du système de valeur occidental. Peuvent alors se voir inclus dans un mouvement identitaire « guyanisant » les Noirs Marrons, pour « l'authenticité » africaine supposée de leurs mœurs (la longue période pendant laquelle leurs communautés, sitôt nées, se sont tenues à l'écart des Blancs, serait censée leur avoir permis de préserver les éléments culturels importés d'Afrique, et ce d'autant plus que la plupart des esclaves marrons étaient bossales<sup>159</sup>), ainsi que les Amérindiens, pour la légitimité que leur octroie leur statut d'autochtones. Précisons que parallèlement à cette revendication de la créolité, sont apparues des revendications identitaires chez les Amérindiens, en particulier ceux de la côte, qui ne coïncident justement pas avec l'approche créole<sup>160</sup>.

D'autre part, la recherche d'une culture « authentique » - la créolité - met à mal le processus de créolisation<sup>161</sup>. Et avec ce dernier, c'est l'intégration des étrangers qui se trouve en panne, une intégration qui était déjà menacée par les difficultés économiques départementales dont on leur fait porter la responsabilité. L'immigration importante des dernières décennies a en effet réduit les Créoles à l'état de minorité, contribuant à leur volonté de se définir une identité ethnique en propre. Les Haïtiens par exemple ont fait les frais de ce repli identitaire, victimes ces vingt dernières années d'un violent rejet, eux qui sont pourtant créoles parfois francophones et donc a priori bien placés pour se fondre plus ou moins rapidement dans la société créole guyanaise - même s'il est évident qu'un processus d'intégration (de créolisation, en l'occurrence) implique d'autres dimensions qu'une langue et une couleur de

---

<sup>159</sup> nés en Afrique.

<sup>160</sup> Le panamérindianisme porte à l'échelle du continent tout entier la revendication de droit des peuples autochtones, en contradiction avec les mouvements créoles qui pourraient demander une autonomie guyanaise basée sur le territoire strictement guyanais.

Simultanément, sur le territoire guyanais lui-même, le découpage en communes autorise l'expression des communautés autrefois marginalisées, conduisant par exemple à la scission de la commune d'Awala-Yalimapo (amérindienne) d'avec celle de Mana (créole), aux dépens, donc, de la représentation politique créole. Les Hmong demandent d'ailleurs, de la même façon, l'autonomisation de leurs villages. Les Créoles, notamment par la voie de Christiane Taubira, s'opposent à ces velléités, rappelant qu'il est hors de question de faire des « communautés ethniques » ... feignant d'ignorer que les communautés en Guyane sont toutes « ethniques » de fait (les Noirs Marrons d'un côté, les Hmong d'un autre ...

<sup>161</sup> Les concepts de créolisation et de créolité désignent deux moment d'un même phénomène - sa construction et son état final - la créolité commençant là où la créolisation s'arrête. La créolisation procède par ouverture, accueil et entraînement des nouveaux-venus. La créolité est un phénomène de fermeture, qui nie les principes qui lui ont donné naissance et est avant tout une défense propre aux situations de minorité.

« A la dynamique du processus de créolisation se substituent ainsi la statique et la rigidité d'une conception plus substantialiste de l'identité : on entre dans le règne de la créolité. » (JOLIVET, 1997, p. 827)

peau communes : les facteurs politiques et économiques, pour ne citer qu'eux, ont évidemment leur rôle à jouer dans cette dynamique éminemment complexe.<sup>162</sup>

Vis à vis de l'Etat, enfin, l'amertume vis à vis des échecs de la départementalisation s'inscrit sur une longue relation de dépendance, basé sur un rapport de dominé à dominant, de la colonie envers la Mère Patrie, puis du département envers l'Administration, ce qui d'ailleurs ne change pas fondamentalement les choses : « l'Administration, incarnation du savoir et du pouvoir des Blancs en même temps qu'émanation de cette entité toute puissante que demeure la « Mère Patrie » » (p. 13, JOLIVET, 1982). On attend de l'Etat qu'il garantisse l'intégrité et l'unité du territoire guyanais et apporte son soutien face à la crise économique<sup>163</sup>. Mais cette dépendance à l'égard de la métropole peut aussi être vectrice de ressentiment. Au-delà de son impact objectif en terme démographique, l'immigration est rejetée par les Créoles car elle touche une corde sensible, une blessure encore ouverte, le sentiment de ne jamais s'être franchement libéré de la métropole (contrairement aux Noirs Marrons), cette dernière se permettant d'implanter Ariane et des Hmong<sup>164</sup> quand bon lui semble, ou « laissant faire » l'arrivée en force des Surinamiens. ... sentiment de ne pas avoir de pays propre car le territoire qu'ils occupent l'est aussi par d'autres.

Au total, suivre le fil du processus d'assimilation des créoles guyanais nous amène à mieux comprendre leur rapport à l'égard des Noirs Marrons et des Amérindiens (méprisés car moins assimilés, mais nécessaires à la revalorisation d'une identité créole qui « se cherche » depuis que déçoit l'idéal occidental), des étrangers (accusés des difficultés économiques départementales et porteurs de menace pour cette identité créole) et de l'Etat (envers lequel on attend, non plus peut-être les développements économiques promis, mais au moins qu'il réserve son secours à ceux qui le méritent, c'est à dire les Créoles guyanais).

---

<sup>162</sup> Ainsi, Saintes Luciens et Martiniquais, bien qu'également créoles d'origines géographiques proches, n'ont-ils pas connu les mêmes destinées, en terme d'intégration, les premiers venant prendre les places, sur le marché de l'emploi, que les Guyanais étaient heureux de leur laisser, tandis que les seconds sont considérés comme de sérieux concurrents quant aux postes administratifs, pour leur nationalité française et leur niveau d'instruction proche de celui des Guyanais. (JOLIVET, 1990)

<sup>163</sup> Pour JOLIVET (1982), le « cas Galmot » illustre les deux dimensions du rapport créole aux Blancs : la domination et la dépendance. Jean Galmot était un Blanc, député et homme d'affaire, qui, dans les années 1910-1920, a réclamé l'amélioration des conditions de vie des ouvriers guyanais et demandé que ces derniers profitent des richesses de leur pays, tout en défendant l'intérêt des petits entrepreneurs (blancs et créoles) (les ouvriers profitant de la prospérité de leur patron). Il était un mythe pour les Créoles, qui l'appelaient le « Protecteur », le « Libérateur », le « Père », « Papa Galmot » : il exerçait sur eux une domination paternaliste. Aujourd'hui, les Créoles attendent qu'un autre Père vienne prendre les choses en main, les protéger, tandis qu'eux, ils démissionnent. Ce n'est pas un hasard si c'est un Blanc qui a entretenu le rapport le plus paternaliste dans l'histoire de la Guyane. Ce rapport de dépendance et de domination envers les Blancs s'est construit à partir de l'esclavage et de l'émancipation octroyée (ce sont des Blancs qui ont lutté pour, et qui sont vénérés par les Créoles comme des libérateurs d'esclaves : Schoelcher et, à Mana, la Mère Javouhey), puis s'est maintenu grâce à la désarticulation sociale de l'époque de l'or.

<sup>164</sup> Les Hmong devraient-ils à leur venue planifiée par l'Etat français le ressentiment qu'éprouvent les Créoles à leur égard ? C'est ce que suggère la comparaison avec d'autres populations venues d'Orient : les Chinois, plus nombreux, plus opulents grâce à leur sens aigu du bénéfice commercial, ne font pas l'objet du même rejet que les Hmong, dont chacun pourtant s'accorde à louer le rôle essentiel sur la production maraîchère départementale (VERNON, communication personnelle).

## Retour sur les catégorisations opérées sur le terrain

Reprenons maintenant plus en détails les données de terrain, en les insérant dans ce contexte historique.

Ce rappel historique de la posture, ancienne, des Créoles tournés vers l'occidentalisation, permet en effet de mieux comprendre l'amertume qui imprègne leurs discours. Ils déplorent l'intégration (qui, ici, se traduit notamment par l'obtention d'une couverture maladie) aujourd'hui « trop facile » de ceux qui si longtemps ne l'ont pas cherchée, ou méritée, voire qui se sont définis en la refusant (les groupes noirs marrons nés de leur rupture d'avec le système des plantations). La mise en cause est double. C'est celle de l'organisation du système socio-sanitaire dont l'accessibilité n'est pas conditionnée par le mérite (voire qui favorise les non méritants), et c'est celle des Eux qui profitent abusivement de cette vulnérabilité du système.

Les Créoles regrettent en outre leur position ingrate. Non seulement ils sont contraints, par leurs positions professionnelles, d'œuvrer à l'intégration de ces non méritants, ceux qu'ils plaçaient en bas de la hiérarchie en raison, précisément, de leur faible degré de « civilisation » (d'occidentalisation). Mais en plus ils se sentent mis en cause, en tant que représentants de la Guyane, pour les tristes scores départementaux en matière sociale et sanitaire, alors que ces scores, ils les attribuent d'abord aux Eux. L'amertume de cette description est singulièrement mise en relief par le retour historique qui précède : les Créoles apparaissent en effet comme bien mal récompensés de leurs efforts pour s'assimiler.

### Les Noirs Marrons

Intéressons-nous d'abord aux discours tenus par les Créoles à propos des Noirs Marrons.

Dans les propos tenus par les acteurs de Saint Laurent, les Eux sont les Noirs Marrons, sans ambiguïté. Mais il n'est pas toujours précisé si ces Noirs Marrons sont étrangers ou pas.

Rappelons que si la présence des Noirs marrons de ce côté-ci du Maroni est ancienne (les Boni s'y sont installés il y a deux siècles), elle s'est considérablement intensifiée ces quinze dernières années (réfugiés fuyant la guerre du Surinam et migrants économiques) : la plupart des Noirs Marrons de Saint Laurent sont donc également des étrangers au sens de non nationaux.

L'analyse qui suit ne porte donc que sur ce qui caractérise spécifiquement les Noirs Marrons, laissant de côté (pour le paragraphe suivant) ce qui leur revient aussi, le cas échéant, en tant qu'étrangers. Si les étrangers sont caractérisés avant tout par leur invasion du système de soins, les discours tenus à propos des Noirs Marrons portent d'abord sur leur non intégration à la société guyanaise, leur manque de « maturité » traduisant un processus d'assimilation inachevé. La tendance récente, observée par les auteurs sus-mentionnés, à la revalorisation de la culture noire marronne et à l'affirmation d'une identité partagée avec eux, ne s'exprime donc pas dans les discours que nous avons recueillis<sup>165</sup>.

---

<sup>165</sup> JOLIVET (1990) précise d'ailleurs que ces discours sont plutôt ceux de certains intellectuels créoles qui résident à Cayenne et entretiennent un lien étroit avec les Antilles (où le mouvement de Négritude relève d'une africanité « abstraite », en l'absence de Noirs Marrons ; idem pour les Amérindiens) ou la France. Le discours plus majoritaire, tenus par des Créoles en contact direct avec les Noirs Marrons et les Amérindiens dans les régions de l'Oyapock ou du Maroni, reste celui d'un rejet violent de ces derniers (ils sont fainéants, racistes, sauvages, etc.) tant qu'ils ne seront pas davantage créolisés (ce ne sont pas des citoyens, de vrais Guyanais : seule leur créolisation en ferait des parents plus présentables).

C'est à propos des Noirs Marrons que sont faites les rares allusions au « culturel » (les étrangers sont des profiteurs malhonnêtes, mais il est n'est pas mis en exergue de traits culturels qui leur soient spécifiques). Ces traits culturels sont mobilisés pour expliquer pourquoi et comment les Noirs Marrons ne sont pas prêts à jouir des bienfaits de l'intégration dans le système de santé occidental, provoquant le gâchis des soins biomédicaux qui leur sont offerts : incompréhension du système biomédical, pratiques traditionnelles responsables d'une mauvaise observance des traitements biomédicaux, nomadisme qui entrave tout suivi médical.

Les Créoles, dans ces discours, sont présentés comme des intermédiaires dont la mission est d'ouvrir ce système socio-sanitaire occidental aux Noirs Marrons. Ils regrettent que cette ouverture se fasse sans condition. Le rôle qu'ils jouent dans la solidarité dont bénéficient les Noirs Marrons est ignoré de ces derniers, les bribes de savoir qu'ils veulent leur transmettre ne sont pas entendues. Leur savoir, c'est aussi celui du recul que permet leur longue expérience du système occidental, et là non plus, les Noirs Marrons ne l'entendent pas.

### ***Des Noirs Marrons insuffisamment assimilés***

Aucun acteur créole n'énonce cette position de façon aussi explicite. C'est cependant ce que suggèrent un faisceau de déclarations. Certains se positionnent d'ailleurs clairement « du côté des Métropolitains », laissant entendre que c'est justement leur adhésion au modèle occidental qui leur permet de prendre du recul vis à vis de l'attitude des Noirs Marrons. C'est en arrivant à Saint Laurent (depuis Cayenne ou la métropole) qu'on découvre avec indignation et effroi les mœurs des gens d'ici (les Noirs Marrons de Saint Laurent) : les grossesses précoces des collégiennes, l'inaptitude à faire la queue dans les magasins, à travailler et payer des impôts. Une puéricultrice oppose d'ailleurs *la leur* et *la nôtre* à propos des pratiques thérapeutiques traditionnelles des Noirs Marrons et biomédicales, se situant bien du côté de son interlocutrice métropolitaine.

La plupart des propos rapportés ici ont été tenus par des agents de PMI, où le public est en grande majorité noir marron et économiquement précaire.

### L'illettrisme, l'absence de familiarisation avec les démarches administratives

Les personnes analphabètes font remplir leurs formulaires de demande de couverture maladie, de la CAF et de l'état civil (à la déclaration de naissance) par des tiers, plus ou moins approximativement (pour les dates de naissance des enfants ou l'orthographe des noms). Une avocate (65) donne l'exemple d'une mère de famille dont le nom avait été orthographié d'une façon différente sur chacun des extraits de naissance de ses cinq enfants, et celui d'une femme qui ne connaissait pas la personne que son acte de naissance signalait être son père (qui de plus était plus jeune qu'elle ...). Il y a alors impossibilité de se faire délivrer un papier d'identité, indispensable, entre autre, à l'obtention d'une couverture maladie. En outre, lorsque les fichiers CGSS sont confrontés à ceux de la CAF ou de l'état civil, lors des vérifications nécessaires à la constitution d'un numéro d'immatriculation pour la Sécurité sociale, des divergences apparaissent et entraînent des blocages de dossiers. (27).

On décrit aussi l'incompréhension complète des démarches<sup>166</sup>.

---

<sup>166</sup> A la CGSS, nous observons un usager à qui l'agent demandait s'il touchait le RMI répondre qu'il n'en sait rien. Pour l'agent (27), il est fréquent que de l'argent soit versé sur le compte des assurés, sans que ceux-ci ne cherchent à savoir s'il s'agit du RMI ou une d'allocation familiale ou encore d'une indemnité de stage. Il arrive, de la même façon, que des gens viennent demander un numéro de Sécurité sociale, puis reçoivent à domicile une attestation et une carte vitale et viennent alors demander de quoi il s'agit.

Ces observations, qui sont également tenues à propos des étrangers, se justifient par un passé encore proche au cours duquel les Noirs Marrons étaient des étrangers de l'intérieur : l'Intérieur de la Guyane, alors nommé territoire de l'Inini, où l'alphabétisation et les actes civiques tels que l'enregistrement des naissances sur les fichiers de l'état civil n'avaient pas cours.

### Des croyances archaïques

Une puéricultrice de PMI (19) explique que la persistance de pratiques thérapeutiques traditionnelles (*leur médecin de la forêt*, qui leur donne une *tisane*) entraîne une mauvaise observance des soins biomédicaux qui leur sont prodigués, sous-entendant par là que les Noirs Marrons ne sont pas encore prêts, suffisamment évolués, assimilés, pour profiter pleinement des bienfaits de la médecine occidentale. L'efficacité est d'ailleurs l'apanage exclusif de l'occidentale : *la tisane* donnée par *le médecin de la forêt* n'empêche pas l'aggravation liée à l'interruption du traitement délivré par le médecin occidental.

### Le nomadisme

Cette puéricultrice de PMI (19) se plaint de ce que ses efforts pour venir à domicile examiner les nouveaux-nés ou transmettre des résultats d'examens sont réduits à néant en raison d'un élément culturel qui est notoirement associé au mode de vie des Noirs Marrons : leur mobilité incessante de part et d'autre du fleuve, d'une rive à l'autre, des villages d'amont jusqu'à Saint Laurent, etc., les Noirs Marrons ne percevant pas le fleuve comme une frontière, une séparation entre deux Etats, mais comme un lieu de passage, alors que les Créoles se réfèrent au territoire tel qu'il a été délimité en tant que colonie puis de département.

La puéricultrice s'irrite ainsi de ne pas trouver les jeunes accouchées à leur domicile, ou du moins, à l'adresse qu'elles avaient laissée lors de leur passage en PMI : *Les femmes sont tellement nomades. C'est par rapport à leur vie sociale, elles bougent tout le temps, c'est très itinérant.*

### Une attitude infantile

Cette puéricultrice de PMI (19) décrit un manque de savoir vivre, chez les Noirs Marrons, qui évoque le monde de l'enfance : ils entrent dans les bureaux sans frapper, s'entêtent à reposer la même question à tout le personnel de la PMI pour obtenir la réponse qu'ils veulent (une date précise de rendez-vous, une boîte de lait), ne viennent pas à leurs rendez-vous et ne s'en excusent pas<sup>167</sup>, se passent devant les uns les autres pendant l'attente à la PMI mais aussi dans les salles d'attente des médecins de ville<sup>168</sup> et dans les magasins. Ils ne comprennent pas les

---

Notons à ce propos qu'un des principaux enseignements retirés d'une semaine d'observation de l'activité de guichet dans un centre de Sécurité sociale de Bordeaux était également la profonde perplexité qui caractérise la grande majorité des usagers quant à leur situation au regard de la Sécurité sociale : la situation saint-laurentaise n'illustre qu'un degré plus élevé de cette incompréhension qui semble généralisée.

<sup>167</sup> A noter que le jour de notre observation en PMI (62), un des médecins est parti faire des bilans scolaires, il a donc fallu renvoyer toutes les femmes qui étaient venues pour un rendez-vous avec lui ...

<sup>168</sup> A la PMI, à mesure qu'ils arrivent, les gens placent leur carnet de santé dans une boîte conçue à cet effet. Puis le personnel PMI reçoit les gens selon l'ordre des carnets. Mais quand la boîte déborde, les gens continuent à mettre leurs carnets, qui tombent par terre, d'où des disputes au moment des consultations, car le personnel, ne sachant pas quel est l'ordre d'arrivée, ne peut plus le respecter ... Chez le médecin de ville, les gens prennent des numéros. La puéricultrice y a vu quelqu'un passer devant les autres simplement parce qu'il estimait qu'il était là depuis assez longtemps, sans regarder son numéro.



tenants et les aboutissants de ce qui leur est proposé : les démarches, les soins (la puéricultrice se demande si les mères comprennent bien l'intérêt des vaccins). Ils sont inconscients des logiques financières et de la solidarité dont d'autres (comme les Créoles) leur font bénéficier : *ils ne comprennent pas que si pour eux c'est gratuit, quelqu'un paye pour eux.*

Cette irritation des Créoles à l'égard des Noirs Marrons qualifiés d'assistés et d'infantiles sonne comme en écho aux observations de JOLIVET sur l'ancienne dépendance des Créoles envers le pouvoir blanc, voire l'attitude infantile que l'auteur décrit chez certains d'entre eux.

### ***Une consommation irresponsable***

Le système est gâché. L'incompréhension de l'importance du soin et de son coût autorise une consommation inutile, avec des consultations médicales et des délivrances de médicaments non suivies de prise effective des médicaments. (60)

En outre, les interprétations culturelles ne suffisent pas à expliquer l'attitude des Noirs Marrons : du culturel à l'opportunisme, il n'y a qu'un pas, vite franchi. Ce qui est toléré comme facteur de difficulté d'accès aux soins en tant que primitivisme peut rapidement être qualifié de manœuvre volontaire de duperie.

Ainsi en est-il du nomadisme : les agents des admissions de l'hôpital<sup>169</sup> remarquent que si les femmes noires marronnes du fleuve « disparaissent », c'est peut-être parce que c'est dans leur culture, mais c'est aussi pour éviter de recevoir les factures de l'hôpital ... et en tous cas, les courriers de la CGSS, d'où blocages de leurs demande de couverture maladie.

C'est aussi le cas des grandes multiparités : derrière la culture (*pour les Noirs Marrons, avoir des enfants, c'est une richesse* (0)) se profile l'attrait du gain (une richesse, oui en effet, celle versée par la CAF), tandis que l'explication culturelle trouve rapidement ses limites (les grossesses précoces ne sont pas dans la culture noire marronne). La multiparité est ainsi critiquée tout à la fois pour la menace en terme démographique qu'elle fait peser sur la ville et la communauté créole, l'archaïsme des mœurs qu'elle évoque (les formulaires de la Sécurité sociale ou de la CAF réservent un espace trop restreint au relevé des enfants) mais aussi la malhonnête cupidité qu'elle traduit (ils ont des enfants pour avoir les allocations).

Précisons enfin que cette recherche, menée à partir surtout d'entretiens, peut difficilement évaluer l'objectivité des faits rapportés. Parfois, cependant, on peut mettre en doute certaines allégations, ce qui permet certes de se faire une idée plus juste de la réalité des difficultés d'accès aux soins, mais met surtout en évidence le formatage discursif<sup>170</sup>.

---

<sup>169</sup> Qui sont noires marronnes, mais qui reprennent ici un « argumentaire créole » pour mieux se distinguer des Noirs Marrons du fleuve.

<sup>170</sup> Suivent quelques exemples de mises en accusation des Noirs Marrons par une puéricultrice (19), confrontées à la réalité de leurs contenus.

L'expérience personnelle de la puéricultrice lui fait penser que l'absence d'ouverture de droit à une couverture maladie des femmes noires marronnes est plus liée à leur propre refus de faire ces démarches qu'à la désorganisation du système qu'elles mettent en cause. Les femmes justifient en effet leur absence de démarche à la CGSS par la file d'attente dès 4 heures du matin et le mauvais accueil dont elles font l'objet. Pourtant elle-même y est allée le matin-même de l'entretien, a pu constater qu'il n'y a pas d'attente et que l'agent d'accueil est *charmante*. Elle précise qu'elle ne s'est même pas présentée comme venant de la PMI, donc que cela n'a pas pu biaiser l'accueil qui lui a été fait ... elle fait cependant abstraction de son apparence physique qui la distingue d'une femme noire marronne, or les traitements discriminatoires des agents créoles à l'encontre des usagers noirs marrons sont abondamment décrits par les acteurs métropolitains.

Quand à la PMI, « on » remet une prescription aux femmes, celles-ci rétorquent immédiatement « *j'ai pas d'argent* », pour mieux justifier qu'on leur donne plutôt les médicaments en question ... la puéricultrice reconnaît cependant, à notre demande, qu'elle n'est pas témoin directement de ces scènes, c'est ce qu'elle

## *Pourquoi cette assimilation insuffisante*

### La faute au système qui ne requiert pas l'adhésion pleine et entière

Si les Noirs Marrons ne profitent pas des soins biomédicaux car interrompent leurs traitements pour leur préférer des pratiques traditionnelles, c'est parce que la biomédecine, trop accessible, est dévalorisée (elle est *banalisée, hyper accessible, moins importante à leurs yeux*) au regard des médecines traditionnelles (19). Le soin ne se conçoit plus que gratuit, d'où une surconsommation et le refus de payer quoi que ce soit : les femmes noires marronnes refusent désormais d'acheter des médicaments prescrits non remboursés : *On voit des femmes parées d'or<sup>171</sup>, bien habillées, mais quand on leur dit qu'il faut acheter une boîte de fumer, elles disent que c'est impossible.*

Tout en rappelant que les Noirs Marrons ont encore du chemin à parcourir sur la voie de l'assimilation, cette professionnelle souligne que le système ne doit pas, de son côté, venir à la rencontre des Noirs Marrons. Caractérisant la biomédecine par son hyper accessibilité, elle écarte implicitement toute hypothèse sur, au contraire, des difficultés d'accès aux soins que pourraient rencontrer les usagers noirs marrons.

Le défaut d'intégration au système de santé traduit plus généralement une dispense des règles qui régissent la société française, c'est à dire un traitement de faveur illégitime : *L'éducation civique en général : il faut y revenir. On est quand même censé s'adapter aux lois du pays dans lequel on vient vivre. Et on ne vous dit pas de rejeter votre culture à 100%. (...) Via les chefs coutumiers, il faudrait faire de l'éducation civique.* (20)

JOLIVET (1990 ; 1997) rapporte elle aussi l'amertume des Créoles qui, depuis la départementalisation, voient leur taux de chômage grimper malgré leurs formations de plus en plus poussées, tandis que les populations « primitives » obtiennent peu à peu, depuis l'abolition du territoire de l'Inini en 1969, les mêmes droits sociaux qu'eux (ils votent, peuvent bénéficier d'allocations familiales, etc.) tout en conservant certaines libertés, telles que l'exemption d'impôt ou de service militaire (« l'impôt du sang »), bref sans en payer le prix.

Ce ressentiment peut être mis en parallèle avec celui que décrit BONNIOL (1992) chez les Blancs créoles antillais à l'égard du gouvernement de métropole, dans les temps qui suivent

---

interprète quand elle entend, dans le bureau à côté, le médecin *hausser le ton*, elle-même ne délivrant pas de prescription.

Elle donne pour preuve de l'excessive exigence des Noirs Marrons le refus, à l'époque de l'entretien, des médecins généralistes de Saint Laurent d'accepter l'avance des frais pour les bénéficiaires de la CMU. Elle interprète ce mouvement comme une protestation vis à vis des bénéficiaires de CMU se présentant *par familles entières* chez les médecins, sans motif valable de consultation.

Il s'agit là d'une allusion à un élément marquant de la vie sociale de Saint Laurent mais de son insertion dans un argumentaire qui n'est pas le sien : si les médecins ont effectivement, plusieurs semaines durant, refusé la CMU, c'était, selon eux-mêmes, pour protester contre le retard de la CGSS à les payer (plus de 6 mois). Certes, le taux très élevé de bénéficiaires de la CMU (80%) parmi la population consultante rendait cruciale la question du retard de leur paiement. Et certes, certains médecins m'ont fait part de leur agacement face aux consultations groupées (plusieurs membres de la même famille), beaucoup plus fréquentes depuis la CMU. Mais ça n'était pas le motif du mouvement de protestation des médecins, ainsi que la puéricultrice a dû le lire dans l'article qu'elle cite à ce propos (entretien du médecin initiateur du mouvement).

<sup>171</sup> Il est souvent fait mention des parures d'or pour signifier la richesse d'une personne, ce métal revêtant une charge symbolique forte en Guyane.

l'abolition de l'esclavage<sup>172</sup>. Le partage de leur statut avec ceux qui il y a peu étaient encore leurs esclaves suscite chez les anciens colons une colère qui n'est pas sans rappeler celle des Créoles de Guyane vis à vis de l'accès des populations longtemps dites « tribales » aux mêmes droits sociaux qu'eux : « jusqu'où irait la fièvre égalitaire, pseudo-philantropique et négrophile dont (selon les Blancs créoles) était subitement atteint le gouvernement métropolitain ? » (ACHEEN, 1883, cité par BONNIOL, 1992). On craint par exemple qu'avec le suffrage universel, les masses de couleur n'accèdent aux postes de responsabilité, signant le déclin de l'oligarchie des Blancs créoles ... on verra que les acteurs métropolitains de Guyane perçoivent aujourd'hui très clairement peser cette menace sur le pouvoir créole en place en Guyane.

### Le refus de s'assimiler

Mais au-delà de l'excessive accessibilité du système, on suspecte aussi le refus de s'assimiler à la société occidentale, telle qu'elle se présente via l'offre de soins et de couverture maladie. Le système de santé est une fractale qui permet d'évaluer le degré d'intégration à la société dans son ensemble.

Pour une puéricultrice (19), c'est d'ailleurs ce refus qui définit les Noirs Marrons (jusque dans leur nom : leur trait « constitutif » est leur marronnage initial), les opposant aux Nous.

*Avoir une couverture maladie, c'est se mettre dans un système, c'est respecter des lois, c'est s'intégrer. Mais est-ce qu'ils ont envie de s'intégrer ? C'est ça le problème, est-ce qu'ils désirent vraiment s'intégrer. (...) Le problème, quand on est intégré, c'est les lois : mais eux, ils se sont échappés, on les appelle les Noirs Marrons, ils ont pris leurs libertés, depuis les origines. Tout leur est permis, à Saint Laurent, ils prennent leurs libertés, ils nous imposent leur liberté.*<sup>173</sup> (19)

Assurant connaître personnellement des Noirs Marrons intégrés, *qui ont été scolarisés, ils sont bien intégrés, il n'y a aucun problème*, la puéricultrice là encore élude toute hypothèse sur des obstacles engendrés par la société elle-même que pourraient rencontrer les Noirs Marrons désireux de s'intégrer : pour preuve, certains y sont bien arrivés. Les Noirs Marrons ne sont donc pas les laissés pour compte de l'assimilation, ils s'en tiennent volontairement à l'écart.

### Une assimilation en demi-teinte est impossible

Au total, les Créoles décrivent une intégration pathologique car parcellaire, par profit des avantages matériels (comme les prestations sociales) sans acceptation du cadre idéologique plus large (un système de productivité économique qui finance ces prestations). Ils la rejettent en considérant que tout le monde est perdant : eux-mêmes, car elle se fait à leurs dépens (cf. ci-dessous) mais aussi les Noirs Marrons, dont l'identité est en péril. Ils déplorent par exemple que les Noirs Marrons soient désormais incapables de se débrouiller seuls pour trouver du lait pour leurs enfants (ils viennent pleurer à la PMI pour en demander, puis le gaspillent puisque ça leur a été donné ...) et ne veulent plus travailler sur leurs abattis. L'augmentation du nombre de grossesses précoces chez les jeunes filles noires maronnes traduit plus l'attrait pour les allocations familiales que la traditionnelle grande multiparité des

---

<sup>172</sup> On a déjà dit que si le groupe blanc issu des colons blancs a rapidement disparu de la scène guyanaise après l'abolition (métissages, retour en métropole), le terme de « créole » ne s'y référant plus qu'aux descendants des esclaves d'origine africaine, il s'est maintenu aux Antilles, y conservant le pouvoir économique.

<sup>173</sup> Quel regard portent les Créoles, qui ont été libérés, sur les Noirs Marrons, qui ont pris leur liberté ? Pour VERNON, l'émancipation, « donnée » aux Créoles, a un goût amer, tandis que les récits de leurs fuites dans la forêt ont pour les Noirs Marrons une valeur quasi-mythique. (communication personnelle)

femmes noires marronnes : *ils ne tirent pas un profit positif de l'Occident.(...) Il y a des Noirs Marrons instruits, qui reconnaissent eux-mêmes que leurs compatriotes délaissent leur culture pour ce confort, et que ce confort ils ne l'utilisent pas à bon escient.* (20)

L'assimilation ne peut s'arrêter à mi-chemin : les intéressés ne pourront survivre dans la société occidentale, ils ne pourront pas non plus revenir à leur société traditionnelle : c'est un discours du tout ou rien, de l'assimilation ou l'exclusion, l'hybridation culturelle étant létale : il faut que les enfants soient scolarisés, sinon *ils seront à la charge de la société. Et c'est quand même ceux qui font la population de demain. S'ils ne sont pas correctement scolarisés, ils retourneront au système de vie tribal, mais sans le savoir faire, sans connaître la vie en forêt des anciens, puisqu'ils auront toujours vécu avec le modernisme. C'est un truc qui arrive à la vitesse grand V.* (20)

## ***Le rôle des Créoles***

### Educateurs

Face à ces enfants, les Créoles endossent un rôle d'éducateur. Certes, c'est leur fonction professionnelle qui veut ça, mais l'attitude des Noirs Marrons les amène à reprendre leurs explications, encore et encore, couper court aux caprices, négocier les efforts mutuels ... Un exemple qui revient souvent est celui de la langue : à la PMI, on n'accepte de parler taki taki que si en retour les femmes essaient d'apprendre le français (19).

La passivité des Noirs Marrons agace. Ils viennent demander ce qui les intéresse - des biens matériels - mais ils sont indifférents aux bribes d'explications que les Créoles voudraient leur associer. Ainsi, la puéricultrice de PMI décrit avec impatience les femmes noires marronnes qui viennent lui demander des médicaments ou du lait en lui disant qu'elles n'ont pas d'argent, mais qui sont indifférentes aux conseils hygiéno-diététiques, thérapeutiques, etc., qu'elle prend pourtant la peine de leur donner, et en taki taki : *Ils ne disent rien, jamais rien ! Ils disent toujours « oui, oui », mais on n'est jamais sûr qu'ils ont compris.* Après leur avoir expliqué, elle leur demande de reformuler ce qu'elle vient de dire, pour s'assurer qu'ils ont bien compris, et il arrive qu'ils n'aient rien compris alors qu'ils lui disaient « oui, oui ».

Les positions professionnelles et sociales (assurés) des Créoles reflètent leur situation plus avancée sur le chemin de l'assimilation. Mais cette ancienne familiarisation d'avec le système occidental autorise justement la prise de distance. On a dit combien, selon JOLIVET, les échecs économiques de la départementalisation ont contribué à émousser peu à peu, ces vingt dernières années, l'attraction du modèle occidental et le désir d'assimilation des Créoles. Cette prise de distance constitue elle aussi un élément de comparaison qui permet aux Créoles de se démarquer des Noirs Marrons. S'ils ont désormais tous également accès aux prestations du système socio-sanitaire, les Créoles seuls savent faire preuve de modération, et pas uniquement parce qu'ils savent, eux, que ces prestations ont un prix. Cette modération procède aussi de la méfiance. Un regard critique est désormais posé sur les prestations du service socio-sanitaire, comme sur l'ensemble du modèle occidental promu par l'assimilation. Là aussi, les Noirs Marrons ont une longueur de retard, mais là non plus ils n'ont que faire des conseils créoles. Une agent PMI (20) explique par exemple que les Noirs Marrons n'éprouvent aucune inquiétude envers les vaccinations, on pourrait leur faire *vingt vaccins en même temps, sans que ça ne les inquiète.* C'est elle qui doit leur recommander de faire attention, ils lui répondent alors « *c'est le médecin qui l'a dit* », ce à quoi elle leur rétorque que *le médecin n'a pas parole d'évangile.*

### Prestataires de service

Les Créoles souffrent de ne pas être reconnus, à la fois comme détenteurs du savoir, mais aussi comme acteurs dont c'est la participation active qui permet au système de fonctionner (sans des travailleurs tels que les Créoles pour financer le système, pas de prestations à distribuer).

*Ils ne comprennent pas que si eux ne payent pas, nous on paye. (...) pour eux, c'est la gratuité, point final, alors ils exigent (...) Ils ont une attitude passive : on leur doit tout. (20)*

Les Noirs Marrons refusent d'entendre leurs devoirs et leurs dettes, se permettant, puisque le système le tolère, de faire preuve d'une exigence qui n'a d'égale que leur passivité, plaçant les Créoles en position de prestataires à leur service. Un agent CGSS (27) raconte avoir tenu des permanences trimestrielles d'une dizaine de jours à Maripasoula pendant des années, avant de jeter l'éponge il y a trois ans. C'était trop décourageant de devoir recommencer chaque année les mêmes courses aux pièces alors que les intéressés ne faisaient eux-mêmes aucun effort pour renouveler leurs dossiers. D'ailleurs, depuis, plus aucune permanence CGSS n'est assurée sur le fleuve.

La passivité peut s'associer à un ton narquois, et là, l'humiliation des Créoles n'est pas loin.

Un agent PMI (62) qui s'occupe de l'enregistrement des dossiers des femmes enceintes regrette que le personnel de la PMI ne soit pas plus ferme en matière de langue : si on leur parlait plus français et moins taki taki, les femmes noires marronnes qui sont allées à l'école en France feraient quelques efforts pour parler français. Une anecdote qu'elle raconte illustre l'amertume des Créoles à tenir ce rôle d'éducateur dépourvu de tout moyen de pression puisque le système accorde d'office aux requérants ce qu'ils veulent, amertume qui vire à l'humiliation quand l'attitude des Noirs Marrons leur rappelle avec ironie cette situation. Un jour, cette employée est informée de ce qu'une association culturelle locale, Mama Bobi, va mettre en place des cours de français gratuits. Trouvant l'initiative intéressante, elle colle sur les murs de la cour où les patientes attendent leur tour, des affiches présentant la formation. Ces affiches sont rédigées en taki taki et en français. Quand elle revient un peu plus tard pour chercher la personne suivante, elle s'aperçoit que « ses » affiches sont à terre, déchirées. Elle demande ce qui s'est passé, n'obtient pour toute réponse que des gloussements. *J'étais dégoûtée ! s'exclame-t-elle.*

On a déjà mentionné l'exemple d'agents noirs marrons de l'hôpital qui reprennent les discours classiquement tenus par les Créoles à propos des Noirs Marrons, pour se distinguer de ceux des Noirs Marrons les plus méprisés, ceux du fleuve. Ces agents expriment ainsi elles aussi leur sentiment d'impuissance quand, dans leur activité professionnelle, elles sont confrontées à la moqueuse indiscipline de ces derniers. L'une d'elles constate avec agacement, à propos du « nomadisme » des femmes noires marronnes du fleuve qui donnent successivement différentes adresses : *Il y en a une qui me dit qu'elle habite à Apatou, mais je la croise tout le temps à Saint Laurent (...) elle joue à ce petit jeu-là, mais elle m'énerve.*<sup>174</sup> (12)

---

<sup>174</sup> Ces agents déplorent que les femmes noires marronnes profitent du droit aux soins pour arriver à l'hôpital au moment de leur accouchement, étant sûres qu'on ne les renverra pas, et avec l'objectif de demander par la suite des allocations familiales, mais sans faire aucun effort pour progresser dans leurs démarches de couverture maladie. Cette attitude cause un supplément de travail aux agents des admissions (il leur faut passer les voir puisqu'elles n'ont pas fait ouvrir leurs droits préalablement à leur hospitalisation), voire les humilie : les femmes leur donnent de fausses attestations sur l'honneur de leur résidence, de façon à ne pas recevoir de facture.

## Les étrangers

### *L'invasion*

Si le discours portant sur les Noirs Marrons insiste sur une intégration non réussie, celui portant sur les étrangers laisse une large place à l'invasion, celle du système socio-sanitaire et celle du territoire. Le système socio-sanitaire s'apparente d'ailleurs à un point d'accès au département : c'est en entrant dans le système socio-sanitaire que les étrangers peuvent s'installer sur le département.

L'attraction exercée par le système socio-sanitaire de la Guyane, « vitrine française » pour les ressortissants de pays pauvres voisins est en effet un leitmotiv : *La Guyane, c'est l'Eldorado de l'Amérique du Sud* (48). Cette crainte de « l'appel d'air », exprimée également par des professionnels exerçant en métropole, est accrue en Guyane par sa proximité géographique d'avec ces pays pauvres qui la cernent et la fluidité de ses frontières : *Les gens traversent les fleuves, depuis le Brésil et le Surinam, pour venir se faire soigner ici (...) Des deux côtés (Surinam et Brésil), tout est payant, alors qu'ici, ils sont soignés.* (0)

Or l'Etat français n'oppose aucun contrôle des flux, voire même les encourage : *puisque'il y a un arsenal législatif qui favorise l'immigration. Bien sûr. Parce que l'étranger qui arrive ici, même quand il n'a aucun papier, il a des droits qu'il n'a pas dans son pays. Par exemple se faire soigner. Par exemple scolariser ses gosses* (50)

Pour la plupart des Créoles interrogés, les étrangers viennent quand ils sont malades, et parce qu'ils savent qu'ils seront soignés (ça se sait dans toute l'Amérique du Sud, certains viennent même du Pérou) : la « faute » est ainsi plus du côté du système de français, trop généreux - *C'est le système français qui veut ça* (56) - que de celui des étrangers. On reconnaît plutôt chez ces derniers l'intelligence de la situation (ils seraient « bien bêtes » de ne pas en profiter) et un opportunisme somme toute compréhensible.

Le soin<sup>175</sup>, voire le lieu de soins<sup>176</sup>, est un moyen d'obtenir des prestations sociales.

A l'entrée sur le territoire insuffisamment contrôlée, via l'accès aux soins, fait ainsi suite le bénéfice de prestations sociales trop largement accordées. Or les étrangers abusent de cette accessibilité. Ils viennent profiter du système socio-sanitaire alors qu'ils ne résident pas en France : ils viennent en France uniquement pour se faire soigner ou récupérer leurs allocations<sup>177</sup>. Ils ne se donnent pas la peine de faire les démarches nécessaires pour ouvrir

---

<sup>175</sup> Les feuillets des examens obligatoires du nouveau-né et du nourrisson, remplis et renvoyés à la CAF, sont nécessaires au bénéfice des allocations familiales. De même, il faut que les pages de vaccination soient correctement remplies pour que l'enfant soit accepté à l'école, et que ses parents bénéficient des allocations familiales.

<sup>176</sup> Certains étrangers font plus le lien entre le lieu de soins et les aides diverses qu'entre la maladie elle-même et ces aides, par ignorance du système socio-sanitaire dont ils profitent et impatience à en profiter. Il arrive que des étrangers hospitalisés (en général arrivés très récemment en Guyane, en situation irrégulière), déclarent à cette infirmière (60) être venus à l'hôpital parce qu'on leur avait dit que de l'argent leur y serait donné, voire lui demandent « *quand est-ce que le docteur va me donner mon argent ?* ».

<sup>177</sup> *Mais toutes ces allocs-là partent sous forme de dollars en Haïti, il faut pas oublier que la diaspora haïtienne est la première source de devises ... Alors, en discutant avec des agents hospitaliers, j'entends certains trucs, du genre « un Brésilien, il gagne de l'argent, il dépense tout ici ; un Haïtien, il gagne toutes les aides possibles et imaginables, il travaille au noir à côté de ça et puis tout ce pognon-là, il part en Haïti. » Bon, c'est le but de l'immigration, hein, il est pas venu ici, non plus, pour développer la Guyane, hein, il est venu pour lui d'abord.*

des droits à une couverture maladie puisqu'ils bénéficient déjà des prestations en nature<sup>178</sup>. Ils consomment de façon excessive les services socio-sanitaires : ils ont ou simplement déclarent frauduleusement de nombreux enfants pour toucher d'importantes allocations<sup>179</sup>.

Notons que les critiques sur l'accessibilité excessive du système et les abus des étrangers se fondent parfois sur des méconnaissances patentes des règles de ce système, auquel on attribue une accessibilité plus grande qu'elle ne l'est en réalité<sup>180</sup>. Ceci dit, une des seules personnes rencontrées en Guyane qui s'exprime avec exactitude et sans hésitation sur les textes CMU et AME nous a tenu le même discours sur l'abus des étrangers que les personnes dont l'argumentaire est truffé d'inexactitudes en matière de procédures administratives.

Enfin, une fois introduits dans le système de soins, les étrangers ont toute facilité pour s'installer sur le territoire. Divers chemins mènent en effet du soin à l'installation sur le territoire.

La couverture maladie :

- elle peut servir de preuve de l'ancienneté de la résidence en France, lors d'une demande ultérieure de titre de séjour : cet intérêt compense avantageusement le risque lié à la déclaration d'informations personnelles (identité, adresse, etc.), éventuellement transmissibles à la préfecture lors de la demande d'ouverture de droit à une couverture maladie (51)
- un numéro d'immatriculation peut être demandé par la préfecture à l'étranger qui dépose une demande de titre de séjour (55)

Le soin :

- des antécédents de soins (en PMI, à l'hôpital) sont des preuves de l'ancienneté de la résidence en France, lors d'une demande d'AME ou de titre de séjour (51)

---

*Donc c'est un fonctionnement qui est normal. Mais la pression du nombre va faire qu'un jour ce truc-là, ça va péter. (50)*

<sup>178</sup> Ils profitent de l'obligation de soigner : viennent au dernier moment, en urgence vitale et sans se soucier de n'avoir aucun papier, tournent à leur profit la fonction principale de l'hôpital (son devoir de soigner) et mettent en échec ses fonctions administratives (recouvrement des frais) en arrivant par les urgences ou en dehors des heures d'ouverture du bureau des admissions et en sortant avant la fin des soins, pour ne pas payer ou en se déclarant insolvable ou sans adresse (impossibilité d'envoyer la facture).

<sup>179</sup> On évoque des *trafics de reconnaissance*, des femmes étrangères ayant accouché en France faisant reconnaître leur enfant par un Français. En effet, non seulement un enfant reconnu par un Français acquiert automatiquement la nationalité française (droit du sang), mais en plus son parent étranger est protégé de l'expulsion puisqu'un enfant français est inexpulsable, et on ne peut pas séparer les familles, en vertu de l'article 8 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme qui garantit le droit de vivre en famille (notons qu'en revanche un enfant né en France mais non déclaré par un Français, qui n'a pas atteint sa majorité et n'est donc pas encore français, peut être expulsé, et ses parents sans papier avec lui.). Les femmes étrangères peuvent également faire reconnaître leurs enfants par des étrangers mais détenteurs d'un titre de séjour, ce qui permet à ces derniers de toucher des allocations familiales.

<sup>180</sup> Exemples :

- à propos des accouchements des femmes étrangères en Guyane, une administrative (0) regrette que leurs enfants soient français dès leur naissance sur le territoire français (ce qui est inexact à moins qu'au moins l'un des parents soit français) et souhaiterait pour cette raison que la maternité de Saint Laurent ait un statut international, pensant que ça permettrait de *couper les allocations* (ce qui est inexact, si l'un des parents est en situation régulière).
- une administrative (0) et une infirmière responsable de la santé au niveau municipal (41) ignorent qu'un titre de séjour est nécessaire au versement des allocations familiales.
- une infirmière responsable de la santé au niveau municipal (41) considère qu'il suffit d'avoir des allocations familiales pour obtenir une couverture maladie

- le carnet de santé de leur enfant né en France est présenté aux forces de l'ordre lors de contrôles dans la rue, comme une pièce d'identité et un titre de séjour, par certaines femmes étrangères en situation irrégulière, et certains agents l'acceptent comme tel (on y reviendra dans la partie sur les discours métropolitains)

La maladie : elle peut permettre l'obtention d'un titre de séjour pour soins. Ce lien est cependant mal connu tant par les acteurs professionnels créoles que par les intéressés, ou du moins ce que perçoivent les professionnels chez les intéressés<sup>181</sup>. Ce sont ainsi les antécédents de soins ou l'intégration dans un système collectif de prise en charge (la protection sociale) qui suscitent des critiques, plus que le soin d'une maladie grave ne pouvant être pris en charge au pays d'origine, dont non seulement la possibilité n'est pas précisément connue mais qui en plus bénéficie d'une légitimité qu'on ne saurait lui contester (sorte de garde-fou, de sacro-saint principe qui reste étanche à la vague d'amertume ambiante).

On reviendra dans la partie traitant des traitements différentiels sur les rapports entre droit au séjour et droit aux soins : une partie de ces traitements différentiels ont en effet pour objectif de freiner l'accès au territoire via une restriction de l'accès aux soins.

## ***L'amertume des Créoles***

### Les étrangers viennent prendre la place des Créoles

Le système favorise l'installation de ces étrangers sur le territoire, qui peu à peu « ressemblent » de plus en plus aux Guyanais : une assimilation qui, celle-ci, irrite :

*Il y a eu une immigration haïtienne balbutiante dans les années 70, mais c'était résiduel, et à la limite je me souviens très bien, j'étais bien jeune à cette époque, tout le monde s'en amusait parce qu'on disait « on dit que tous les Nègres se ressemblent mais là on peut pas les confondre », c'était le plouc, quoi, le mec qui marchait au bord de la route avec un sabre enroulé dans du papier journal, c'était un Haïtien. Et puis petit à petit on s'est aperçu que l'Haïtien, il n'a plus de sabre, il a une débroussailleuse, il n'est plus à pieds, il a une mobylette et puis il travaille dans des sociétés, et puis il est dans le bâtiment, et puis il est chauffeur de taxi, enfin bon. (50)*

Au niveau du système de soins, on regrette la saturation de l'offre sanitaire<sup>182</sup>, jusque dans ses dimensions administratives : la réforme CMU a « ouvert les vannes », les bénéficiaires de la

<sup>181</sup> Ainsi, une avocate (65) donne l'exemple d'une femme haïtienne présente en France depuis plus de trente ans, qui ne s'était jusqu'à présent pas préoccupée de la régularité de son séjour, mais qui était venue la trouver pour obtenir un titre de séjour car les expulsions autour d'elle se multipliaient. L'avocate lui a demandé d'amener toutes les preuves qu'elle avait de sa présence en France. Sur tous les papiers qu'elle a amenés, il y avait une série d'ordonnances, parce qu'elle était gravement malade. L'avocate a alors constitué une demande de séjour pour soins, qui a abouti, alors que l'intéressée n'y aurait jamais pensé d'elle-même.

<sup>182</sup> Une agent de PMI se plaint par exemple de l'invasion du système de soins par des patients assistés et séropositifs, implicitement étrangers, qui bloquent l'accès aux assurés guyanais malades mais non séropositifs. (20) Elle décrit successivement l'invasion du système de santé par les non cotisants et les malades du sida, et celle de la ville par les Noirs Marrons surinamiens : il n'y a pas de limite, ni dans les exigences des premiers (*Ils veulent, ils veulent, ils veulent ...*), ni dans l'arrivée des seconds (*hémorragie (...) démographie galopante (...) ils viennent en masse*). Il s'en suit la même dégradation et la même menace d'anomie, avec dans les deux cas un Etat qui reste sourd à ces menaces. L'invasion du système de soins par des Noirs Marrons / étrangers / non cotisants / « sidéens » a des conséquences injustes pour les méritants :

- le personnel, fatigué de travailler dans des conditions difficiles et de ne pas être écouté par les pouvoirs publics qui lui donnent des moyens miséreux



CMU (sous-entendu étrangers) encombrant désormais les salle d'attente des centres CGSS et les files d'attente sont devenues telles que les salariés et les employeurs (sous-entendu créoles) ne peuvent plus venir, ne pouvant plus se permettre d'attendre si longtemps leur tour. Or ces bénéficiaires de la CMU, pour la plupart étrangers, sont particulièrement exigeants. Au total, il y a association entre type de couverture maladie / nationalité / classe socio-économique / comportement.

#### Les Créoles, honnêtes citoyens qui paient le prix de cette invasion

Les pratiques malhonnêtes permises par un système trop vulnérable se font aux dépens des Guyanais : *Et ces gens ont bien raison : même sans papiers, ils vivent mieux ici que chez eux : ils ont plus d'argent que nous, ils travaillent au noir, et c'est net d'impôt.* (52)

Les étrangers obtiennent ce qu'ils veulent, en laissant la facture aux honnêtes travailleurs. Cette remarque a déjà été faite à propos des Noirs Marrons. Écoutons cet agent (50) qui exerce à Cayenne raconter la « façon haïtienne ». A Cayenne en effet, les discours se focalisent volontiers sur les Haïtiens, décrits comme des gens qui persévèrent dans leurs demandes, finissent toujours par arriver à leurs fins ... sans provoquer le courroux des autorités, laissant leurs victimes guyanaises sans possibilité de recours :

*Voyez, le Haïtien, c'est pas le gars qui ira braquer une station service ou qui ira braquer un Chinois, pas du tout, ça, pas de problème. Mais c'est quelqu'un qui va finir par enquiquiner son environnement parce que il va grappiller tout ce qu'il peut. Si vous avez une barrière, il ne va pas passer par-dessus, mais si vous n'avez pas de barrière, il va vous piller votre avocatier, il va vous piquer vos fruits, si vous avez un abattis, ça sera votre associé, et puis au bout d'un moment, basta.*

Il donne aussi l'exemple des propriétaires de terrains sur les collines de Rémire. Ces collines étant protégées par un arrêté de Biotope, les terrains ne peuvent être exploités. Les malheureux propriétaires doivent pourtant payer non seulement des impôts locaux, mais aussi des amendes pour les nombreux abattis clandestins installés non par eux, mais par des Haïtiens. Ces derniers ne respectent pas la propriété privée, encore moins l'environnement guyanais, et vivent aux frais des Guyanais contribuables. Le système est en effet défavorable pour les plus méritants : *Les Créoles en ont ras le bol de ces gens qui viennent et ont tout gracieusement, alors que les Créoles travaillent et gagnent 50 F de trop, alors tout est fermé.* (0)

- 
- les cotisants. Elle raconte l'histoire de *quelqu'un, assuré social, qui a cotisé toute sa vie*, qui devait être hospitalisé en urgence, qui a dû être envoyé à l'hôpital de Cayenne ou à celui de Kourou parce que *l'hôpital de saint Laurent était plein à craquer, plein de sidéens !!* Hospitalisé là-bas, il n'a pas pu recevoir de visite, le personnel donnait à peine de nouvelles par téléphone, et il est décédé sans même que sa famille soit prévenue à temps pour aller le voir. *C'est un manque de respect par rapport à ceux qui cotisent. On a quand même le droit de vouloir le meilleur pour sa santé, c'est le droit du citoyen qui travaille.*

Citons également cet article dont nous ne connaissons pas l'appartenance ethnique de l'auteur, qui semble dire de façon franche et entière ce que d'autres disent à demi-mot. BADER (2000), dans un article intitulé « La grande misère sanitaire de la Guyane », au sous-titre plus explicite « Outre-mer : malgré de multiples rapports destinés à alerter les pouvoirs publics, la surmortalité et l'engorgement des hôpitaux font des ravages. », publié dans *le Figaro* dresse un état des lieux suivant alarmiste.

L'auteur analyse : « L'offre de soins n'est pas adaptée aux besoins (en particulier du fait d'une immigration sauvage du Surinam, du Brésil et d'Haïti), la densité médicale est insuffisante, les centres de santé dans un état de dénuement extrême. Les chiffres sont impitoyables. (...) Les structures hospitalières, déjà saturées, sont prises d'assaut par un flux migratoire considérable », et rappelle que 37% des patients de l'hôpital de Cayenne sont étrangers.

Non seulement les abus opérés par les étrangers se font à leurs dépens, mais en plus en sont-ils accusés. Les Créoles attribuent la responsabilité des tristes records départementaux (taux de chômage, de RMI, etc.) aux étrangers<sup>183</sup> et refusent d'être montrés du doigt au niveau national : la critique adressée à la Guyane (elle coûte cher à la métropole car il y a beaucoup d'assistés et peu de contribuables) est reportée sur ses étrangers : des contribuables, il y en a, mais ils sont noyés dans la masse d'étrangers non cotisants.

Cela se traduit par le taux de bénéficiaires de la CMU, le plus élevé de France en raison des étrangers pauvres qui viennent se faire soigner en Guyane, voire dont les revenus ne sont pas déclarés (d'où également un manque de recettes fiscales), ou par le déficit budgétaire des hôpitaux, creusé par les étrangers qui ne se donnent pas la peine d'ouvrir des droits AME ou qui de toutes façons ne le peuvent pas puisque ne résident pas en Guyane (une employée de la DSP (48) dit que l'hôpital *subit* puisqu'il est *obligé de soigner*) : *Parce qu'on a tendance à dire « ha vous, les Guyanais, vous coûtez cher à la France, etc. », mais c'est pas le Guyanais qui coûte cher à la France, le Guyanais il ne coûte pas un rond à la France, ceci dit la France a décidé d'accueillir sur sa terre de Guyane, et bin qu'elle s'en donne les moyens.* (5) L'Etat français est doublement mis en cause : non seulement il accuse injustement les Guyanais, mais en plus il n'assume pas sa politique d'immigration.

Alors que les Noirs Marrons sont plutôt accusés de défaut d'assimilation, les étrangers, et parmi eux ce sont les Haïtiens les premiers cités, sont accusés d'au contraire « trop bien comprendre » la logique des lois françaises pour mieux prendre la place des Guyanais.

Le système législatif favorise l'immigration (les flux migratoires, mais aussi l'installation des immigrés : de « ploucs » ils deviennent chauffeurs de taxis, etc.), et de plus permet aux étrangers d'être excessivement exigeants, et cela sans que les Guyanais aient droit de regard : ils doivent appliquer ces lois si généreuses pour les étrangers, sans avoir le droit de leur poser de questions. Forts de leurs droits (l'école pour tous, les soins pour tous), les étrangers veulent toujours plus. Ce sont en effet les principes mêmes de la société qu'ils détournent à leurs fins<sup>184</sup>.

---

<sup>183</sup> Il s'agit également de records stigmatisants qui évoquent l'archaïsme :

- le taux de natalité le plus important de France est celui de Saint Laurent et là les statistiques ethniques viennent à point nommé désigner les responsables : 71% de ces accouchées sont des Bushinenguées qui viennent du Surinam.
- un état sanitaire perturbé :
  - o les Bushinenguées qui viennent du Surinam pour accoucher arrivent à la dernière minute, alors qu'elles n'étaient pas suivies dans leur pays, d'où un fort taux de pathologies comptabilisées à Saint Laurent.
  - o certaines pathologies du passé resurgissent, importées par ces flux d'étrangers : la population étrangère est un fardeau stigmatisant et honteux au même titre que le baigneur : *Notre pauvre Guyane, qui a déjà son baigneur sur le dos, en plus elle a ces maladies qu'on lui amène depuis l'autre côté.* (0)

- <sup>184</sup> Ils se constituent en associations, avec « leurs » avocats (ce type d'argument n'est jamais donné à propos des Noirs Marrons : pas assez organisés, intégrés, civilisés ?) : *Il y a des gens qui se sont décarcassés pour acheter un terrain et il y a des abattis sauvages dessus et pour les déloger c'est tout un problème. Alors le jour où ils font un carbet et qu'ils mettent une femme là-dedans et qu'ils mettent un gosse en bas âge et qu'ils prennent un avocat, c'est terminé !* (50)
- Des étrangers en situation irrégulière ont fait un procès *pour incitation à la haine raciale et xénophobie* à un maire qui avait refusé d'inscrire leurs enfants à l'école ... et l'ont gagné. (50)
- Une femme haïtienne, malade, utilise la légitimité que lui octroie sa maladie, telle que la conçoit notre société, mais en pervertissant ces principes : *Moi, j'ai des exemples tous les jours, je me suis décarcassé avec l'assistante sociale pour tirer un tas de problèmes sociaux d'une dame. Cette dame, elle touche toutes les aides qu'elle peut toucher. (...) Maintenant, elle est régularisée. Elle est VIH+. On lui a trouvé toutes les aides possibles et imaginables prévues par la législation française, on peut pas faire plus. N'empêche qu'à la rentrée des classes, elle nous amène la liste de fournitures scolaires, parce*

Et c'est justement parce que eux respectent les règles que les Créoles ne peuvent pas protester : le système social est doublement injuste : non seulement il se laisse détourner par des profiteurs non méritants, mais en plus il interdit aux méritants de protester.

*Il y a des gens qui se sont décarcassés pour acheter un terrain et il y a des abattis sauvages dessus et pour les déloger c'est tout un problème. (...) alors la personne qui fait vite fait le bilan de ce truc-là et qui se dit « mince, ils vivent sur mon compte parce que je paye des impôts et j'ai pas droit à la moitié de ce à quoi ils ont droit, mes mômes partent en études, j'ai pas de bourse pour mes mômes parce que je gagne 200 francs de plus que le plafond, en plus ils viennent me piquer mes affaires, et après on dit que c'est moi qui coûte cher ... » (50)*

L'amertume des Créoles, impuissants devant le pillage de leur département opéré par les Haïtiens, placés en position d'accusés plus que de victimes (*et après on dit que c'est moi qui coûte cher ...*), peut se muer en colère qui menace d'imprégner bientôt les rapports sociaux : *Maintenant, dans la population en général, il y a une espèce de sentiment anti-Haïtien montant, et ça va crescendo depuis quelques années, je le sens. Et il y a effectivement des gens qui commencent à en avoir marre, pour reprendre leurs termes. (...) la pression du nombre va faire qu'un jour ce truc-là, ça va péter. (...) quand je dis « ça va péter », c'est ... qu'est-ce que vous voulez que les mécontents fassent ? rien ! S'ils font la grève des impôts, eux ils sont solvables, on va saisir. Et ils ne pourront pas aller mettre des baffes aux gens de la CAF pour qu'ils ne payent pas les allocs. Donc, quand on dit « ça va péter », c'est que les relations de mauvais voisinage vont s'établir avec les Haïtiens, moi je vois dans mon quartier, c'est bien parti déjà. (50)*

Cette colère s'échappe par de brusques flambées : *il y a une espèce de sentiment anti-Haïtien qui croît ... vous avez déjà vu le carnaval de Guyane ? (...) avant, il y avait un groupe d'Haïtiens, maintenant il n'y en a plus. Ils se sont faits lynchés pendant le carnaval. Donc maintenant il n'y a plus de groupe d'Haïtiens dans le carnaval guyanais.*

Les Guyanais expulsent les Haïtiens de leur carnaval, à défaut de pouvoir les expulser de Guyane<sup>185</sup> ...

---

*qu'elle dit « attention, j'ai le VIH, j'ai un statut, moi, dans cette société, je suis VIH+, vous me devez tout ». Vous voyez ? Alors, pour lui être agréable, j'ai pris contact avec le Secours catholique qui lui a fourni les fournitures scolaires pour ses gosses. Elle est venue me voir deux jours plus tard avec la liste, il manquait deux ou trois stylos, une gomme et un taille crayon. Et elle est venue me dire « pour le reste, tu comptes faire comment ? ». Donc, moi ça ne m'a pas énervé, mais je sais qu'il y a des gens qui pourraient s'énerver pour ça, vous voyez. Moi je lui ai simplement dit que le Secours Catholique a très bien fait de pas tout lui donner parce que c'est quand même ses mômes à elle, c'est pas les mômes du Secours Catholique et que ça serait bien qu'elle prenne un petit peu dans les allocs qu'on lui donne ... elle s'est vexée, ça veut dire qu'on ne l'aime pas, on ne l'aide pas. (50)*

- Les Noirs Marrons surinamiens profitent de ce que, au temps de la guerre du Surinam, la France était, d'un point de vue humanitaire, obligée d'accueillir les réfugiés : *Les Noirs Marrons, ils ont été relogés, etc., on ne peut pas dire qu'on ne fait pas pour eux ! Alors que les autres, les Amérindiens ou autres, l'Etat n'a rien fait pour eux. Le problème, c'est que quand il y a eu l'afflux de réfugiés, on ne pouvait pas les expulser. L'Etat n'a pas été vigilant. Résultat, maintenant, il est obligé de les garder car ils sont là depuis longtemps. On ne les a pas faits repartir à temps, alors maintenant ils sont installés. (20)*

<sup>185</sup> On peut supposer la force symbolique de cette expulsion, si l'on en croit JOLIVET (1994) selon laquelle le carnaval, principal temps fort de la vie socioculturelle, est un événement lourd d'enjeux identitaires. C'est en effet à la fois la dernière grande manifestation collective de la culture créole, où s'affirme la capacité guyanaise à assimiler les nouveaux venus, et l'occasion d'intégrer en tant que tels des groupes porteurs d'autres cultures et d'autres traditions carnavalesques. Ainsi, les Haïtiens, victimes, au début des années 80, d'un des mouvements de rejet les plus forts qui ait jamais existé en Guyane, ont été longtemps plus ou moins interdits de mascarade. Au début des années 90, ils ont pu défiler pendant quelques années ... avant de s'en voir à nouveau interdits, aux dires de notre interlocuteur.

### Les Créoles, professionnels dont l'activité se voit bouleversée par cette invasion

Cette invasion désorganise le système dans son ensemble.

Le système est trop accessible, d'où la déresponsabilisation des usagers : leur intégration au système de soins, les étrangers pas plus que les Noirs Marrons, ne la méritent. Ils n'ont « rien fait pour » : le système déresponsabilise car se donne plus qu'il ne se mérite. On retrouve les mêmes commentaires que ceux émis à propos des Noirs Marrons<sup>186</sup>. C'est même cette hyperaccessibilité qui est à l'origine des difficultés d'accès aux droits à une couverture maladie : en se donnant, le système n'incite pas, bien au contraire, les gens à parcourir le bout de chemin, minime, qui leur est demandé. Cette inertie explique la non affiliation à un régime de sécurité sociale ou à l'aide médicale d'une partie de la population : pourquoi faire des démarches pour obtenir une couverture maladie quand le droit aux soins est acquis ?

On cite le cas des Brésiliens que l'on vient chercher en hélicoptère au milieu de la forêt, sur leur site d'orpaillage clandestin, pour les amener à l'hôpital : pourquoi diable se feraient-ils du soucis quant à la prise en charge de frais de santé ? (50) Quant aux gens du fleuve, beaucoup travaillent au noir et n'ont pas de couverture sociale, mais ils s'en moquent puisque les médicaments leur sont donnés gratuitement dans les dispensaire. (60)

Mais cette inertie pour accomplir leurs devoirs (comme l'affiliation à la couverture maladie) va de pair avec un pillage systématique de la Guyane (via par exemple les allocations familiales). Les étrangers savent repérer où est leur intérêt, se montrant bien capables quand c'est nécessaire de se débrouiller avec les démarches administratives. Un agent de PMI qui enregistre les déclarations de naissance (62) : *quand une femme a déjà dix enfants, comme elle est incapable de me dire leurs dates de naissance, il faut que je demande pour chacun d'eux quel âge il a et je fais le calcul, ça me prend un temps !! Elle ne connaît même pas le nom de son mari, elle ne connaît que le prénom !! Alors que son livret de famille, elle l'amène à la sous préfecture.*

Cette différence d'attitude opposerait même les Noirs Marrons étrangers aux Noirs Marrons français : les premiers sont très au courant de leurs droits et exigeants (ils sont venus pour ça) alors que les seconds ne le sont pas du tout et sont passifs (tout leur est donné).

En matière d'accès au système socio-sanitaire, l'exigence des étrangers à profiter de droits qu'ils ne méritent pas est exacerbée depuis la réforme CMU. Un agent CGSS (27), à qui un requérant a décrié « *c'est l'Etat qui me donne* » justifie son accueil froid par cette exigence excessive des personnes, fortes de leur bon droit depuis la réforme CMU.

L'impuissance des Créoles à freiner ces abus rejoint celle qu'on a décrite à propos des Noirs Marrons<sup>187</sup>. Les agents CGSS regrettent de ne pas pouvoir vérifier les déclarations sur l'honneur que leur fournissent les étrangers en matière de résidence et de revenu, lors des

---

<sup>186</sup> *On assiste trop les gens, il faut les responsabiliser. (...) Le RMI est les diverses allocations engendrent des assistés, à qui il faudrait faire comprendre que ça se mérite, au lieu de donner l'argent comme ça. (60)*  
A Albina, on ne donne pas les médicaments, il faut payer. Alors qu'en France, on donne, *on n'exige pas d'effort en retour. Ils veulent, ils veulent, ils veulent ... (...) le problème des Français, c'est qu'ils donnent, ils déresponsabilisent. (20)*

<sup>187</sup> On verra dans la partie sur les traitements différentiels que cette impuissance réglementaire est compensée par des pratiques concrètes : enquêtes menées pour vérifier les dires des étrangers, accords soumis à conditions restrictives, etc.

demandes d'AME. Cette impuissance là aussi se mêle d'humiliation, lorsque les étrangers se jouent explicitement des règles<sup>188</sup>.

Déjà victimes des abus sus-décrits, les Créoles se retrouvent là aussi en position paradoxale de devoir aider les étrangers à profiter du système, en l'occurrence à accéder aux soins, en raison de leurs statuts professionnels (obtenus, précisément, grâce à cette intégration socio-économique qui fait tant défaut aux étrangers) : travailleurs sociaux, soignants, ou administratifs de la CGSS ou de la DSP.

Cette tâche qui leur incombe se voit alourdie par l'inertie des étrangers qui consentent à bien peu d'effort pour demander une couverture maladie<sup>189</sup>, c'est à dire assumer les devoirs associés à leurs droits. Les Créoles doivent convaincre pour obtenir un effort minimal, arracher des bribes d'information à des requérants mutiques. Ces efforts sont démultipliés par l'afflux d'étrangers concernés<sup>190</sup>.

La position de prestataire de service devient même embarrassante quand les défaillances du système placent l'agent sous le feu de la critique des usagers<sup>191</sup>. Mais si les agents CGSS reconnaissent, à demi-mot, certains dysfonctionnements de leur institution, ailleurs abondamment décrits (les délais de traitement des dossiers, les défauts de transmission des décisions, les dossiers qui se perdent ...), c'est pour mieux souligner les contraintes organisationnelles auxquelles ils sont soumis, contraintes directement proportionnelles aux flux migratoires.

L'afflux de dossiers étrangers est en effet, selon eux, un élément déterminant de ces contraintes, par la masse de travail supplémentaire qu'il impose. Il accroît la difficulté de la reprise de la gestion des dossiers après la réforme CMU (gérés antérieurement par la DSP, de façon désorganisée<sup>192</sup>). Et surtout, il rend cruciales d'une part l'insuffisance numérique du

---

<sup>188</sup> Une directrice d'un service de facturation (52) raconte comment, au lieu de donner une adresse où on pourra leur envoyer la facture pour les frais de séjour, les étrangers se contentent de répondre qu'ils habitent : « *derrière le Chinois* », ou « *chez un ami* ». Ou encore ils prétendent invariablement qu'on leur a volé leurs papiers pour justifier du fait qu'ils n'ont aucun document d'identité. Il est impossible de vérifier si l'adresse d'hébergement qu'ils donnent est exacte car quand les policiers passent, on leur répond que la personne vient juste de sortir. Au total, comme il est techniquement impossible de vérifier si les personnes habitent réellement à l'adresse qu'elles indiquent, la CGSS accepte leurs déclarations sur l'honneur ... ce qui explique que de nombreux non résidents obtiennent l'AME : *on est ridicule face à cette situation*, constate un agent CGSS. (27)

<sup>189</sup> On l'a dit, cette analyse porte plus sur la fonction du discours (quelles catégorisations de l'autre ce discours met-il en forme) que sur son contenu objectif (l'attitude, objective, des uns et des autres, dans leur accès aux soins). On peut noter cependant que ces mêmes professionnels qui dénoncent l'inertie des étrangers racontent également leur afflux dans les locaux CGSS, confirmée par notre observation. De nombreuses personnes sont même prêtes à se présenter bien avant l'ouverture du guichet et à faire des heures d'attente.

<sup>190</sup> Ces discours semblent façonnés par la profession de l'interlocuteur. Les interlocuteurs les plus acerbes (les étrangers ne font aucun effort, c'est pour ça et non par défauts du système, qu'ils n'ont pas de couverture maladie) sont plutôt des professionnels de l'accès aux soins, que du soin lui-même.

<sup>191</sup> Les demandes de couverture maladie étant transférées à Cayenne pour y être traitées, l'agent CGSS de Saint Laurent (27) doit faire face aux intéressés qui ne comprennent pas de ne pas avoir de nouvelles plus de deux mois après le dépôt de leurs demandes.

<sup>192</sup> Pour la responsable CGSS CMU-AME (55), le passage de la gestion de l'AMD par le Conseil Général à celle de la CMU par la CGSS a représenté un travail considérable : le nombre de bénéficiaires de la CMU est beaucoup plus élevé que celui de bénéficiaires de l'AMD avant la réforme (8500 dossiers d'AMD en stock au 31/12/99 (un dossier par soin, soit donc éventuellement plusieurs par personne), contre 46 000 bénéficiaires de la CMU deux ans plus tard) ; il a fallu créer des dossiers uniques puisqu'il y avait plusieurs dossiers par patient si le

personnel dévolu au traitement des dossiers CMU-AME en Guyane<sup>193</sup> et d'autre part l'étranglement des locaux CGSS (partagés avec les Assedic à Saint Laurent), ce qui donne rapidement le sentiment de « foule qui attend »<sup>194</sup>.

Mais cette masse de travail supplémentaire est aussi liée aux difficultés propres associées aux dossiers d'étrangers. Ces dossiers impliquent en effet un supplément de vérifications à faire. Les familles très nombreuses avec donc beaucoup d'ayants droits à vérifier sont sur représentés chez les étrangers. Et surtout, les dossiers d'étrangers comportent souvent non seulement des erreurs involontaires (l'illettrisme est source de nombreuses difficultés à remplir des formulaires, présenter les pièces justificatives attendues (celles afférentes aux enfants sont souvent oubliées), etc.<sup>195</sup>) mais aussi des déclarations sur l'honneur mensongères. Pour la responsable départementale CMU-AME (55), ce sont ainsi les dossiers d'AME, c'est à dire d'étrangers en situation irrégulière, qui posent le plus de problèmes, alors même qu'ils sont les plus simples (très peu de justificatifs sont demandés).

Ces difficultés liées aux dossiers étrangers entraînent donc, par leur nombre élevé et leurs difficultés spécifiques, des délais excessifs de traitement pour l'ensemble des dossiers. Ces délais font l'objet de critiques de la part de la plupart des acteurs interrogés extérieurs à la CGSS. Les agents CGSS en sont bien conscients, et expliquent, comme on vient de le voir, les différents éléments qui ne leur laissent pas de marge de manœuvre. Ainsi la masse de dossiers

---

patient avait bénéficié de plusieurs soins au cours de l'année ; il a fallu enfin tout informatiser puisque la gestion de l'AMD en Guyane était manuelle.

<sup>193</sup> Les agents CGSS racontent l'insuffisance quantitative de personnel affecté aux dossiers CMU et AME. A l'antenne de Saint Laurent, sur les trois postes, deux sont vacants pour cause de congé maternité. On n'arrive pas à les remplacer. Seul le niveau bac est requis, mais tous les bacheliers partent à Cayenne. Le service CMU-AME de Cayenne compte sept titulaires affectés à la CMU, deux à l'AME et trois emplois jeunes au pré accueil, soit un effectif jugé très insuffisant par la responsable. (55)

<sup>194</sup> Sur nos deux sites d'observation CGSS, Saint Laurent et Cayenne, comme dans une centre CPAM enquêté par ailleurs à Bordeaux, les agents d'accueil ont pour maître mot la rapidité : la hantise de la file d'attente qui s'allonge est un souci permanent qui les contraint à faire au plus vite.

<sup>195</sup> Rappelons quelques-unes des exigences en matière de pièces justificatives.

#### Contexte organisationnel national

Les fichiers Assurance maladie, Assedic et CAF ont été récemment mis en réseau, à un niveau national, dans le but de détecter les divergences d'informations, qu'elles résultent d'erreurs ou de déclarations sur l'honneur mensongères.

Ainsi, lors d'une demande de carte vitale (la seconde génération de cartes vitales), les informations issues des fichiers d'Etat civil (Insee pour les gens nés en France et Sandia pour les gens nés à l'étranger) sont confrontées avec celles issues des fichiers de l'Assurance maladie (informations données par les assurés eux-mêmes). Un indicateur est automatiquement constitué à l'issue de cette confrontation. S'il est bon, c'est que les informations concordent, la carte vitale peut être éditée. Elle ne peut pas l'être dans le cas contraire. Cette mise à plat entre ces différents fichiers a été l'occasion de mettre en évidence de nombreuses divergences d'informations données aux diverses administrations, intentionnelles ou non. Par exemple : quelqu'un dont le nom est le Guen pour l'INSEE et Leguen pour l'Assurance maladie. Dans tous les cas, le dossier est bloqué. L'intéressé doit alors se présenter avec des documents officiels originaux ou des copies certifiées conformes, afin que des rectifications soient effectuées, conjointement sur tous les fichiers.

#### Contexte guyanais

Les personnes analphabètes ne remplissent pas elles-mêmes les formulaires requis par les différentes administrations (CAF, Assurance maladie, état-civil, Assedic, etc.). Ce passage obligé par un tiers se traduit par de fréquentes approximations (par exemple, pour les dates de naissance des enfants).

Au cours d'une matinée passée au guichet CGSS de Saint Laurent, nous avons pu constater la forte proportion de personnes venant pour ce type de rectification.

en attente entraîne les agents dans un cercle vicieux. La responsable départementale CMU-AME (55) explique que les hôpitaux demandent chaque jour à son service de traiter en urgence deux ou trois demandes, avant les autres, dont parfois des demandes envoyées sans mention d'urgence, plusieurs semaines auparavant, et dont il faut alors partir à la recherche : c'est toujours possible, puisque les dossiers sont classés par date d'arrivée, mais au prix d'une perte de temps considérable ... or plus longs sont les délais d'attente, plus il y a de demandes en urgence qui allongent encore les temps de traitement des dossiers de la pile (c'est à dire les délais).

Un agent de la DSP (48) qui gérait l'AMD avant la réforme CMU insiste, elle, sur le péril financier lié à l'afflux de requérants étrangers. Elle raconte comment les flux migratoires *incontrôlés* menaçaient le budget du Conseil général et imposaient aux agents de la DSP certaines pratiques. Il s'agissait d'abord d'enquêtes minutieuses réalisées auprès des patients pour débusquer les non résidents, et réadresser les demandes de ces derniers vers la DDASS. Ensuite, c'était un système d'ouverture de droit par soin plutôt que par personne, pour réduire les frais de prise en charge : *On n'avait pas pu mettre en place la carte santé car ça aurait été la porte ouverte à tous les abus et la faillite du Conseil Général*. Comme ce système d'aide médicale à renouveler à chaque soin impliquait la multiplication des démarches administratives, il permettait de réduire le nombre de soins et donc de prises en charge. Enfin, cet afflux de demandes justifiait le retard de la DSP dans la gestion des dossiers, malgré un effort important en personnel, placé dans les hôpitaux.

Quelques qu'en soient l'époque (avant ou après la réforme) et le cadre d'exercice, l'inconfort professionnel, lié à une surcharge de travail, est présenté comme une démonstration de l'hyper accessibilité du système de soins ... et permet donc d'éluder la question, à l'opposé, des difficultés d'accès à ce système.

Ainsi, une infirmière libérale explique qu'elle fait payer les gens non assurés puisque de toutes façons *Ils en ont, de l'argent, ils ont les allocations familiales, ils vivent des dispositifs*. (41). De la même façon, cela justifie de ne pas faire plus (par exemple, on n'avait pas mis en place de carte santé pour éviter que le Conseil général ne soit débordé (48)).

Ce qui pourrait être relevé comme des difficultés d'accès aux soins dont seraient victimes les étrangers est plutôt présenté comme la résultante de la conduite déviante de ces derniers, qui perturbe le travail normal des professionnels de l'accès aux soins<sup>196</sup>.

- 
- <sup>196</sup> La responsable du service social de la CGSS départemental (56), interrogée sur les spécificités de l'accès aux droits à Saint Laurent, répond d'emblée par le nomadisme de la population à Saint Laurent : les facteurs organisationnels (la taille des territoires à couvrir par exemple) ne viennent qu'ensuite, présentés comme une fragilité du système social qui est mise à mal par la population : les assistantes sociales ont du mal à aider les gens à réunir les documents nécessaires pour faire leurs démarches de couverture maladie parce qu'ils ne sont jamais à leur domicile, voire ne vivent pas et ne viennent en France que pour se faire soigner.
  - Pour une assistante sociale hospitalière (51), la malhonnêteté des usagers est finalement la vraie raison des conséquences néfastes des dysfonctionnements de la CGSS. Les critiques qui sont notoirement adressées à la CGSS ne sont présentées comme des difficultés d'accès aux soins qu'en ce que la duperie des étrangers vient s'y ajouter : certes, des dossiers sont égarés, mais ça ne pose problème que parce que les usagers font des déclarations mensongères, quand ils en refont un autre, mettant par exemple une date d'arrivée en France différente, d'où des divergences une fois que le premier dossier est retrouvé.
  - Ces dysfonctionnements CGSS peuvent même être occultés, pour n'en présenter que la conséquence et suggérer la responsabilité des étrangers. On a vu comment une puéricultrice (19) présente le refus des médecins de Saint Laurent de la CMU comme réactionnel au nombre excessif de consultations CMU

JOLIVET (1982) définissait il y a une vingtaine d'années la construction de la situation départementale comme une dialectique de l'« imposé » et du « vécu » : le modèle occidental, désiré par les Créoles, leur était néanmoins « imposé », tandis que le « vécu » correspondait à une difficile réalité socio-économique dont il ne percevaient pas le décalage avec l'idéal promu : la contestation est marginale car le conditionnement idéologique subi par les Guyanais est efficace (exemple à Kourou : même si de nombreuses personnes ont été délogées en raison de l'aménagement du centre spatial, personne ne songe à renoncer à l'assimilation).

Si cette dialectique est encore bien présente, son contenu a profondément évolué : on regrette que le modèle autrefois imposé aux Créoles soit aujourd'hui « offert » aux étrangers (via une réglementation socio-sanitaire que les Créoles sont contraints d'appliquer vis à vis des étrangers), tandis que la difficulté du vécu est consciemment éprouvée (les Créoles expriment leur amertume face aux échecs départementaux).

## L'Etat

Avant de voir, dans la partie sur les traitements différentiels, les pratiques que les Créoles mettent concrètement en place pour répondre aux craintes et colères commentées ci-dessus, voyons ce qu'ils prônent, à un niveau politique.

Les commentaires tenus à propos du rôle de l'Etat vont tous dans le sens d'une demande de plus de contrôle des flux migratoires<sup>197</sup>. JOLIVET (1982) rappelle combien la Mère Patrie était garante de l'intégrité et de l'unité du territoire guyanais et l'Etat français est aujourd'hui censé dispenser de la citoyenneté. Les discours recueillis expriment bien une revendication d'appartenance à la nation française (exemple : ici on parle français).

En matière socio-sanitaire, cette demande de contrôle s'exprime sous la forme d'une limitation de l'accès des étrangers et des Noirs Marrons aux diverses prestations, avec différenciation de différentes catégories de bénéficiaires selon leur degré de légitimité : il faudrait limiter l'accès aux prestations sociales des minorités de l'Intérieur et faire payer les Etats dont sont issus les immigrés qui bénéficient de prestations françaises. Concrètement, il

---

non motivées, alors qu'il s'agit en fait d'un mouvement de protestation des médecins contre les retards au remboursement par la CGSS.

- Alors qu'on montre volontiers du doigt la DSP pour l'incurie qu'elle a manifestée du temps de l'AMD, une responsable de facturation hospitalière (52) assure qu'il n'y a pas plus de personnes couvertes aujourd'hui, malgré la gestion CGSS, simplement parce que les gens ne font pas l'effort de faire les démarches.
- Selon plusieurs agents, sociaux ou administratifs, il n'y a pas de problème de langue car ceux qui veulent être compris amènent un interprète, sinon c'est qu'ils ne le veulent pas « vraiment ». Une agent de PMI (62) soupire à propos d'une femme qui ne comprend rien à sa situation au regard de la CGSS : *... mais avant que son mari, qui parle français, accepte de l'accompagner à la Sécu ...*

<sup>197</sup> L'Etat ne prend pas la mesure du danger aux portes de la Guyane, n'a pas conscience des spécificités des frontières fluviales du département, qu'il contrôle même moins que les métropolitaines (on a vu pourtant que le contrôle de l'immigration est plus strict en Guyane qu'en métropole, tant réglementairement que dans la pratique). (56) Les étrangers se jouent même des rares contrôles, demandant à être expulsés fin décembre pour passer Noël en famille. (50) Le recensement a sous estimé la population résidente en Guyane. L'immigration devrait au moins être plus sélective : *on a besoin d'immigration pour se développer, en Guyane, mais là ce ne sont pas les meilleurs qui nous arrivent, ce sont les malfrats qui nous arrivent. Il faudrait qu'on contrôle l'immigration, pour avoir les bons.* (48) On annonce des catastrophes à venir si l'Etat n'expulse pas les indésirables : *l'Etat devrait se pencher sur ce problème, parce qu'avec la démographie galopante, on ne sait pas où ça va se terminer.* (20)



est ainsi par exemple souhaité le plafonnement des allocations familiales pour les Noirs Marrons, demande justifiée par leur nombre élevé et leur forte fécondité motivée par le bénéfice des allocations familiales ... mais les demandes en ce sens des élus locaux ne sont pas écoutées par l'Etat : quand le maire de Saint Laurent a demandé à *plafonner les allocations familiales des Noirs Marrons, on lui a ri au nez !* (20)

On rappelle également que l'Etat français a été piégé par ses principes humanitaires - soigner tout le monde, accueillir les réfugiés du Surinam qui maintenant ne veulent plus repartir - principes qui ne sont pas remis en cause, mais qu'on aimerait voir l'Etat assumer jusqu'au bout (après avoir soigné, il doit faire payer les Etats voisins, après avoir accueilli les réfugiés, il doit les faire partir, etc.) en prenant en compte le coût socio-économique et sanitaire de tous ces étrangers, au lieu d'en accuser les Guyanais. Il faudrait d'ailleurs « cacher » ces minorités et ces étrangers par trop envahissants<sup>198</sup>.

Ces demandes d'intervention de l'Etat peuvent également s'exprimer au sein de relations inter-institutionnelles, dans un jeu d'accusations mutuelles, chaque institution en trouvant une autre, plus « Etat » pour lui faire porter la responsabilité des frais engendrés par le soin des étrangers.

Avant la réforme, c'était le bras de fer entre la DSP et l'hôpital, à qui ne paierait pas les frais d'hospitalisation des non assurés sociaux (le plus souvent des étrangers en situation irrégulière). La responsable DSP, créole, alors en charge du dossier AMD (48) raconte que ses agents menaient des enquêtes de façon à mettre en évidence la non résidence en France des étrangers hospitalisés, ce qui permettait à la DSP de ne pas avoir à délivrer une AMD ni donc de rembourser l'hôpital pour les frais engagés. Elle se félicite ainsi de ce que la DSP a gagné tous les recours que l'hôpital a pu engager contre elle : à chaque fois, le défaut de documents présentés par les patients permettait à la DSP de se désengager. L'hôpital, lui, *subissait* les flux d'étrangers venant se faire soigner en France, ne pouvant échapper à son obligation de soin. S'oppose ainsi assez nettement le droit (derrière lequel la DSP se réfugie) et la raison humanitaire (qui contraint l'hôpital). Elle atténue néanmoins cette opposition en remarquant que la DSP faisait « plus » qu'elle n'y était tenue : acceptation des dossiers sans pièce d'identité, ou reçus jusqu'à quatre mois après le début des soins : une sollicitude « gratuite » et non contrainte comme l'obligation de soins qui pesait sur l'hôpital.

---

<sup>198</sup> Pour cet agent de PMI (20), l'exigence excessive des étrangers en matière de prestations socio-sanitaires est à l'image de leur intrusion massive dans la société guyanaise. Sur ces deux plans, c'est une intégration « à part », qui est prônée.

A propos des « sidéens » qu'elle assimile aux étrangers : *Je ne dis pas qu'il faut les parquer, mais il faut des structures de prise en charge spéciales pour eux. On a bien fait une léproserie pour les lépreux, un sanatorium pour les tuberculeux. On allait bien les voir là-bas. Ils étaient intégrés à la population. Alors pourquoi pas pour les sidéens ?*

A propos de l'invasion de la ville de saint Laurent, elle évoque leurs zones d'habitat qui s'étendent peu à peu et se rejoindront bientôt. Elle regrette que les nouveaux-venus soient dans la rue, pratiquant une agressive vente ambulante de fruits et légumes au lieu de rester sur leurs abattis.

La description de l'attitude des autres groupes socio-culturels revient à souligner que ce qui dérange chez les Noirs Marrons est leur visibilité, alors qu'il y a *beaucoup moins de problèmes* avec « les autres » :

- les Amérindiens sont calmes, restent entre eux : ils ont été *accueillis par leur famille*, de ce côté-ci du fleuve, lors de la guerre. Résultat, ils ont été bien *inclus* dans « leurs » villages
- les Brésiliens sont *discrets*, ainsi on n'apprend l'existence de certains d'entre eux que lors de leur expulsion (!)
- les Haïtiens, bien qu'exigeants, ne demandent pas à être assistés : ils sont *très exigeants*, mais il n'y a *pas autant de problème qu'avec les Noirs Marrons, ils se prennent en main*.

Bref, la présence des Noirs Marrons dérange d'abord parce qu'on ne peut pas l'ignorer : ils ne restent pas entre eux, ils demandent à être aidés.

Mais l'hôpital de son côté demande une aide de la part de l'Etat pour assumer ces charges humanitaires.

Si la prise en charge des frais de santé des étrangers en situation irrégulière constitue aujourd'hui, depuis la réforme CMU-AME, un enjeu de lutte entre la CGSS et l'hôpital<sup>199</sup>, après l'avoir été entre la DSP et l'hôpital, celle des étrangers sans résidence stable oppose l'hôpital à l'Etat. Le service des admissions de l'hôpital adresse en effet à l'Etat (au Ministère) les dossiers auxquels manquent la preuve de résidence, donc refusés par la CGSS, en tant que AME humanitaires : « A l'Etat de payer pour ces étrangers qu'il impose aux Guyanais », expliquent en substance des agents des admissions hospitalières, à Saint Laurent (12) comme à Cayenne (52)<sup>200</sup> ... mais tous les dossiers envoyés jusqu'à présent sont restés sans réponse.

Car l'hôpital, c'est l'humanitaire. C'est du moins selon ce principe qu'agissent la plupart des agents, créoles ou non, interrogés à l'extérieur de l'hôpital. Ainsi ces acteurs, quelle que soit leur profession, orientent vers l'hôpital ceux qu'ils considèrent relever de « l'humanitaire » : les sans- couverture maladie, les sans-titre de séjour, les sans-allocations familiales, les sans-papier d'identité, et ils sont nombreux. C'est plus précisément vers la PASS de l'hôpital que sont orientées ces personnes. Symbole humanitaire fort, la PASS permet de décharger l'ensemble des acteurs, y compris de la CGSS<sup>201</sup>. Les « avec » sont orientés, eux, vers la CGSS.

C'est alors un nouveau coup de boomerang pour certains « sans » qui arrivent à l'hôpital : les admissions hospitalières demandent qu'on les envoie à la DSDS, la PASS demande que la CGSS s'en charge.

---

<sup>199</sup> On va voir comment une responsable CGSS se méfie des dossiers d'AME que lui adressent les assistantes sociales hospitalières et refuse même de leur notifier des refus d'AME, tant est forte sa suspicion de fraude.

<sup>200</sup> Quand la facture émise par le service de la facturation et envoyée à l'adresse indiquée par le patient reste impayée (la plupart des patients sont insolvable, le recours à un huissier reste vain), les frais sont constitués en une créance irrécouvrable qui sera incluse, trois ou quatre ans plus tard, dans le budget de l'hôpital. Mais quand il est impossible d'émettre une facture (par absence de tout document d'identité et d'adresse), les frais ne peuvent pas être constitués en créance irrécouvrable, et ils restent à la charge de l'hôpital, à moins qu'ils ne soient remboursés par le Ministère (via l'ARH), via un *prix de journée exorbitant*. En tout état de cause, ce sont les « méritants » qui payent : *Alors qui c'est qui paye ? C'est toujours les mêmes ...* (52)  
Deux solutions ont été formulées. L'une a déjà échoué, faute d'écoute gouvernementale : début 2000, 14 dossiers d'AME humanitaire ont été envoyés au Ministère, ils ont tous été rejetés. L'autre est en projet : la demande d'une enveloppe forfaitaire pour ces dossiers complètement vides.

<sup>201</sup> aux dires de plusieurs agents administratifs hospitaliers, selon lesquels la CGSS adresse à la PASS des personnes dépourvues de couverture.

## **Les pratiques différentielles justifiées par ces catégorisations**

Les catégorisations faites par les Créoles les placent en position de dominants dans le domaine de l'accès aux soins : d'une part, ils sont eux-mêmes, en tant que salariés, du côté des assurés, d'autre part, du point de vue de cette origine si fréquemment associée aux différentes catégorisations, ils sont chez eux. Les entretiens ont de plus été réalisés auprès d'acteurs professionnels occupant une position de pouvoir puisque prenant part, à divers niveaux, à l'admission aux soins.

Pourtant, dans leurs discours, on l'a vu, ils se présentent souvent comme des victimes impuissantes, en raison de la configuration d'un système offert aux indus profiteurs.

L'analyse suivante s'attache à repérer la correspondance entre d'une part les agressions perpétrées par les uns et subies par les autres, et d'autre part les pratiques visant à corriger voire à les prévenir les premières. Il s'agit donc, pour reprendre les termes de De RUDDER et al, de voir comment les acteurs majoritaires, qui ont l'initiative de la construction des catégories, se servent ensuite de ces dernières pour orienter et justifier leurs pratiques différenciatrices. (De RUDDER et al, 2001)

On verra avec l'analyse des discours des acteurs métropolitains combien ces derniers considèrent importante la part du clientélisme et de la reconnaissance des siens dans le fonctionnement des acteurs créoles de la CGSS. Certaines des pratiques décrites par les acteurs créoles s'avèrent effectivement favorables aux Nous. Par exemple, un agent CGSS (27) décrit comment depuis la réforme CMU, ses clients sont désormais pour la très grande majorité des bénéficiaires de la CMU, pour la plupart étrangers. Leur afflux encombre la salle d'attente de l'antenne CGSS, empêchant les salariés et les employeurs, le plus souvent créoles guyanais, de venir car ils ne peuvent pas attendre si longtemps leur tour. Cette situation amène l'agent à traiter différemment ces derniers, dans un sens favorable : il accepte de leur donner ses explications par téléphone et de leur fixer des rendez-vous, ce qu'il ne fait pas avec les autres.

Mais outre la reconnaissance des Nous (les vrais résidents de Guyane), c'est celle des Eux (les faux résidents de Guyane) qui peut intervenir pour la mise en œuvre d'un traitement différentiel, cette fois défavorable, par absence de prise en compte de leurs difficultés propres (car mises sur le compte de la passivité qui leur est attribuée) et/ou application de pratiques délibérément restrictives (justifiées par leur tendance à la fraude).

### **Face à la « passivité » des usagers**

Les Créoles reconnaissent les difficultés que peuvent éprouver les étrangers et/ou Noirs Marrons devant les démarches administratives et déclarent accepter de les aider à y faire face ... dans une certaine mesure. Ils veulent en effet éviter de tomber dans l'excès d'aide, ce

qu'ils qualifient d'assistantat, auquel les incitent les requérants quand ils n'associent aucun effort personnel à leurs demandes.

Il y a donc une limite à tracer entre aide et assistantat, limite que situe chaque professionnel, au vu de ses contraintes d'exercice, de ses considérations identitaires, etc.

### **Les difficultés linguistiques**

Deux professionnels expliquent qu'il n'y a pas de problèmes linguistique car ceux qui veulent vraiment être compris amènent un interprète (51), ou font un effort pour parler créole ou français (27). Ils refusent en particulier de parler anglais car les anglophones ne doivent pas s'imaginer que tout le monde doit leur parler anglais sous prétexte qu'on l'apprend à l'école.

### **Le remplissage des formulaires**

Les agents CGSS reconnaissent volontiers ne pas avoir le temps de l'écoute et de la transmission d'information. Or l'information donnée lors de l'accueil CGSS est cruciale pour des personnes qui ne savent pas compléter leur formulaire ou qui ignorent quels documents sont nécessaires, leur évitant à la fois les informations erronées et les défaut de pièces qui contraindront la personne à revenir.

L'agent CGSS de Saint Laurent (27) décrit ainsi son attitude face à l'embarras des assurés pour constituer leurs dossiers.

Au lieu de tendre aux personnes une feuille listant différents documents dont il en aurait cochés certains, il préfère écrire sur un papier, à la main, le nom des documents nécessaires, de façon à prendre plus de temps et permettre à la personne de mieux comprendre ce qui lui est demandé. Il fait donc ici un effort supplémentaire pour tenir compte des difficultés des gens.

Il explique en revanche ne plus cocher, sur les formulaires, les cases que les gens doivent compléter, et ce pour deux raisons : il manque de temps et de toutes façons, ces personnes ont des enfants scolarisés, qui peuvent les aider : *ce serait de l'assistantat*. Cette explication surprend : il prend bien « le temps », quand il recopie la liste des documents à rapporter au lieu de cocher des cases ... il s'agit donc bien plutôt de fixer la limite au-delà de laquelle une aide au remplissage devient excessive ... à l'aune des intérêts de chacun. L'agent remarque qu'un écrivain public de Saint Laurent, exerçant à la Charbonnière, aurait menacé la CGSS de lui faire un procès pour concurrence déloyale : il pensait que les agents CGSS remplissaient eux-mêmes les formulaires CMU, évitant ainsi aux intéressés de recourir à ses services pour ce faire.

### **La distinction AME hospitalière / totale**

Cet agent CGSS (27) déclare qu'il lui revient d'informer les gens de la distinction AME hospitalière / totale, puis il insiste également sur la responsabilité des médecins en la matière, et enfin, un peu plus loin dans l'entretien, se contredit, en déclarant qu'il n'a pas à le faire puisque le contenu des droits est déjà précisé par écrit sur la notification, son rôle se limitant donc à l'instruction des demandes : *Non, la personne dépose sa demande, on traite les dossiers et on lui adresse sa notification et sur la notification il est bien précisé ... donc c'est pas à nous de faire, ça rentre dans un autre cadre, ça c'est l'instruction, c'est autre chose ... il doit y avoir un autre établissement ou un autre organisme qui doit prendre le relais, ça c'est la lecture, c'est pas nous, on n'est pas l'Education Nationale ! (rire)*

Même si la juxtaposition, dans son discours, des différentes versions, rend sa position un peu confuse, la façon de substituer à la carence d'information donnée l'illettrisme déjà maintes fois mentionné évoque un retournement de la victime en coupable. C'est de plus une façon de renvoyer la balle dans le camps de l'Etat : à l'Education « Nationale » de s'en occuper.

Un usager noir marron interrogé raconte ainsi ne pas comprendre pourquoi son médecin ne veut pas de son attestation d'AME, laquelle, à l'examen, s'avère être une AME hospitalière ? Il vit pourtant en Guyane depuis beaucoup plus de 3 ans. Il explique avoir été *très mal reçu* à la CGSS, où on lui a parlé durement puis mis à la porte parce qu'il ne comprenait pas. (58)

## **La suspicion de fraudes**

La crainte de l'invasion par les étrangers est derrière maintes pratiques différentielles opérées par les acteurs créoles, et la règle qu'ils invoquent est plus souvent relative au droit à l'immigration qu'au droit à la protection sociale ou à l'aide sociale. Mais ces acteurs sont, précisément, des professionnels du soin ou du social : comment, dès lors, concilier la casquette du professionnel chargé d'aider à l'accès aux socio-sanitaire avec celle du Créole inquiet de voir des étrangers abuser de son système socio-sanitaire ?

## **L'évaluation des pièces justificatives**

### ***Contexte national***

L'Insee attribue un numéro d'immatriculation à toute personne dont la naissance en France est enregistrée sur les fichiers d'état civil. La création d'un numéro d'immatriculation pour les personnes nées à l'étranger requiert que celles-ci fournissent soit un passeport soit un extrait d'acte de naissance. Si le second est préférable car y figure l'identification des parents, le passeport est cependant censé suffire. En outre, l'administration de la Sécurité sociale n'associe pas la même fiabilité à tous les documents présentés par les intéressés. Elle soumet donc ces documents à des vérifications d'importance variable. Les agents, en Guyane comme en métropole, disposent à cet égard d'une liste de pièces d'état civil (extrait d'acte de naissance, acte de mariage, décret de naturalisation, carte de séjour, certificat de décès, etc.), à chacune desquelles est attribué un « indice de qualité », selon une échelle qui va de 1 (moins bonne qualité) à 4 (meilleure qualité). L'extrait d'acte de naissance est ainsi coté à 4 tandis que le passeport ne l'est qu'à 2, et la réception d'une demande de séjour à 1. Passeport et récépissé de demande de carte de séjour sont donc considérés nettement moins fiables et leur présentation impliquera plus de vérifications.

Au total, l'extrait d'acte de naissance est préféré au passeport, même si le second est théoriquement (et cela a été rappelé récemment par une note de la CNAM) suffisant.

### ***Contexte guyanais***

Les étrangers nés hors de Guyane ont souvent plus de mal à obtenir leur extrait d'acte de naissance que leur passeport, d'où des difficultés lors de leurs demandes d'affiliation à la Sécurité sociale car la CGSS insiste pour qu'un extrait d'acte de naissance soit présenté. Les personnes nées en France, même étrangères, sont beaucoup moins confrontées à ce problème : non seulement il leur est plus facile de récupérer ce document, mais en plus il ne leur est demandé qu'en cas de divergence entre les informations issues de l'INSEE et de la Sécurité sociale, lors de l'édition de la carte vitale.

Il faut de plus que ces extraits soient bien lisibles et traduits par un traducteur assermenté. On a vu que l'illettrisme est source de nombreuses difficultés d'accès aux soins, par impossibilité de compléter les formulaires, présenter les pièces justificatives attendues, etc. Ces difficultés se trouvent exacerbées par le souci permanent des professionnels CGSS de dépister les déclarations frauduleuses.

### La Guyane, une situation exceptionnelle

Les agents CGSS perçoivent l'existence d'une difficulté locale, en matière de preuve d'identité (quels document peut-on exiger, dans un contexte d'erreurs voire de fraudes récurrentes ?), qui d'ailleurs a fait l'objet d'une question posée par la CGSS à la CNAM en janvier 2002, d'où elle est remontée au Ministère de l'emploi et de la solidarité. Elle est en cours d'étude au moment de l'enquête. Dans l'attente d'une réponse officielle, les agents locaux adaptent leurs pratiques. Par exemple, bien qu'il ait connaissance d'une note nationale du Ministère selon laquelle l'extrait d'acte de naissance n'est pas indispensable, la photocopie du livret de famille étant suffisante (sur l'échelle sus-citée, le livret de famille et l'extrait d'acte de naissance sont tous deux cotés à 4), un agent CGSS (27) considère qu'en Guyane, les déclarations de naissance comportent trop souvent des erreurs pour qu'on puisse accepter les livrets de famille et demande donc impérativement l'extrait d'acte de naissance lors du premier enregistrement d'un enfant.

### L'aléa de l'appréciation du risque de fraude et l'importance des critères de la préfecture

Pour les demandes d'AME, puisqu'il n'y a pas constitution d'un numéro définitif mais simplement d'un numéro provisoire, le passeport peut suffire, déclare Mme D, responsable CGSS CMU-AME au niveau départemental (55) (affirmation dont de nombreux acteurs métropolitains démentent l'application sur le terrain : selon eux, l'extrait d'acte de naissance est systématiquement demandé par la CGSS, même pour une AME).

Elle nuance cependant cette position : un certain nombre d'éléments peuvent lui donner à penser que le passeport qui lui est présenté est suspect de fraude (suspect d'avoir été *trafiqué*) : quand par exemple il n'est pas bien lisible ou quand l'intéressé est originaire du Guyana car *presque tous les Guyaniens s'appellent Dos Santos, alors le passeport, ça ne suffit pas*.

Les éléments de garantie qu'elle s'est donnés se fondent sur le droit au séjour : la présence d'un titre de séjour lui *inspire plus confiance (...) parce qu'il y a une photo*. ... or elle reconnaît ne pas savoir s'il y a une photo sur les passeport, et de plus, sur l'échelle de qualité sus-dite, carte de séjour et carte de résident sont évaluées à 2, c'est à dire comme le passeport ... La validation d'une information par le tampon préfectoral est donc assimilée à une garantie de qualité indépendamment des directives de sa propre administration. Guyaniens (parce qu'ils s'appellent tous pareil) et étrangers en situation irrégulière (parce qu'aucun titre de séjour ne valide leur passeport) sont ainsi victimes de traitement discriminatoires.

La recherche de fraude amène Mme D à se méfier des dossiers d'AME adressés par les assistantes sociales de l'hôpital, jugées trop peu vigilantes (elles lui adressent par exemple des photocopies d'extraits d'acte de naissance trafiqués ou des dossiers avec date d'arrivée en France « suspecte » d'être plus ancienne qu'en réalité, etc.). Cette défiance vis à vis des

dossiers adressés par l'institution hospitalière va jusqu'au refus ... de refuser des dossiers<sup>202</sup>, quand Mme D les considère trop insuffisamment remplis pour pouvoir justifier d'un refus, quand *il n'y a pas même un papier d'identité pour savoir de qui on parle* ... Situation paradoxale s'il en est puisque le « défaut de pièce » est justement ce qui motive la plupart des refus d'AME ...

### **Repérer les vrais des faux résidents**

Le discours d'une assistante sociale hospitalière (51) illustre la reconnaissance des Eux (ici, les faux résidents de Guyane), avec traitement différentiel défavorable à la clé.

Il fait en outre saillir l'articulation de deux positionnements, entre l'intérêt des personnes que suit cette assistante sociale et celui de son groupe communautaire, deux positionnements qui renvoient chacun à une appartenance, l'une professionnelle (assistante sociale à l'hôpital qui aide à l'accès aux soins) et l'autre communautaire (créole, soucieuse de limiter l'invasion étrangère). L'analyse va révéler combien la situation de ce point de rencontre est sensible au type de dispositif institutionnel qui cadre l'exercice professionnel.

### ***Le bouleversement organisationnel apporté par la réforme CMU-AMER***

Pour cette assistante sociale, la principale caractéristique de l'accès à une couverture maladie en Guyane est le soulagement apporté par le changement de gestion de l'aide médicale. L'arbitraire et la complexité caractérisaient en effet la gestion locale de l'ancienne aide médicale : les procédures étaient mal connues des travailleurs sociaux et arbitraires : *au cas par cas (...) il y avait des gens pour lesquels ça passait, et d'autres non (...) c'était au bon vouloir* des nombreux interlocuteurs qu'il fallait aller voir successivement (le secrétaire général de la mairie, la mission d'urgence, le Conseil général, la DDASS (aujourd'hui DSDS) ... le département (le Conseil général) et l'Etat (la DDASS) se rejetant mutuellement la responsabilité de la prise en charge de l'aide médicale). Elle exprime la pénibilité de son exercice dans de telles conditions : *alors je faisais la navette entre le département et la mairie où je faisais le siège de l'agent ... (...) selon le Président du Conseil général, il y avait ou non une signature, alors des fois le DDASS prenait la signature, des fois c'était l'inspecteur, des fois il fallait courir au Conseil Général chercher quelqu'un pour signer .... (...) mais je souffrais, hein ! (...) c'était un véritable parcours de piste, et c'était difficile, hein, pour une professionnelle. (...) J'ai subi ça pendant des années. Ça fait vingt et un ans que je travaille.*

Elle oeuvrait à l'interface entre l'administratif, arbitraire et anonyme, et le besoin de soin d'un malade : *C'était très difficile parce qu'on n'avait pas un dossier, on avait un malade qui attendait, on avait une équipe médicale qui attendait une réponse, et on avait l'impression que c'était au bon vouloir de l'administratif qui était devant nous.*

Avec la réforme CMU mise en place début 2000, se sont substituées à ces procédures arbitraires et confuses celles de l'Assurance maladie, dont l'assistante sociale loue la clarté, la standardisation et la justesse. Par exemple, si l'AME ou la CMU est refusée, on sait

---

<sup>202</sup> Il arrive que l'hôpital demande à la CGSS de notifier son refus d'AME. La notification du refus de la demande d'AME signifie que l'hôpital a fait tout ce qui était en son ressort pour faire aboutir la demande d'AME. Il pourra alors passer la facture, ultérieurement, en créance irrécouvrable, et la prochaine enveloppe budgétaire allouée à l'hôpital pourra alors tenir compte de ces frais. En l'absence de notification de refus, si le malade n'a aucun document d'identité, aucune facturation ne peut être établie, ce qui représente une perte sèche pour le budget de l'hôpital.

pourquoi : c'est parce que les revenus dépassent le plafond ; même les recours sont transparents, leur procédure est précisément connue, ils sont à déposer auprès de la DSDS. Il n'y a de toutes façons aucun refus non pertinent.

Différents éléments extraits de son discours permettent cependant de douter de la validité de ce jugement : les procédures CGSS qu'elle décrit ne paraissent justement pas aussi standardisées, respectueuses des textes et claires dans son esprit, qu'elle l'affirme. Il s'agit donc peut-être plus d'un vécu subjectif que d'une réalité objective.

Elle ne semble en effet pas si bien informée des règles<sup>203</sup>. De plus, toutes les procédures CGSS ne semblent pas aussi standardisées qu'elle le prétend<sup>204</sup>. Mais elle ne se plaint pas pas de cet aléatoire dans le traitement des demandes car, semble-t-il, il lui permet d'identifier et de baliser son rôle professionnel<sup>205</sup>.

Ce constat positif s'ouvre cependant immédiatement sur une inquiétude : cet accès a un prix : *la CMU et l'AME ont apporté une véritable bouffée d'air aux difficultés qu'on rencontrait pour la prise en charge des personnes en général et des étrangers en particulier. C'est une*

---

<sup>203</sup> C'est ce que suggèrent trois de ses déclarations :

- les deux exemples qu'elle cite de refus d'AME pour demande *hors cadre réglementaire* sont justement deux situations qui n'auraient pas dû empêcher l'obtention de l'AME : personne avec un visa, et personne présente en Guyane depuis moins de trois mois (si la condition du visa peut faire débat, l'ancienneté de résidence était, elle, clairement illégale à l'époque de l'enquête).
- elle parle de l'existence d'une liste de titres de séjour pour la CMU, qui pour elle garantit le juste déroulement des procédures et empêche les litiges ... alors qu'au contraire, l'absence de liste de titres, précisée par les textes, est censée permettre la souplesse.
- elle ne voit pas de problème à ce que la CGSS accorde aux demandeurs d'asile des droits CMU qui expirent à la date de leur prochaine convocation en préfecture, quinze jours plus tard par exemple ... alors qu'il est réglementairement prévu que les droits soient ouverts pour un an pour la CMU complémentaire et quatre pour la CMU base.

Ces « erreurs » sont justement des points sensibles et vivement combattus par les associatifs parisiens ... sauf la troisième, qui est semble-t-il inédite en métropole.

- <sup>204</sup> le principal motif de refus qu'elle donne pour la CMU est le dépassement du plafond des revenus. Mais elle décrit comment l'évaluation des revenus peut se faire de plusieurs façons : *Tout dépend de la manière dont on traite le dossier. Quelquefois, si vous le traitez sur douze mois, de telle date à telle date, et qu'il y a eu une augmentation seulement en juillet, ça passe ...* quand elle envoie un dossier, elle ne sait pas si les revenus seront au-dessus ou non du seuil (à moins qu'ils soient évidemment bien supérieurs et alors elle n'envoie pas : *Mais si je sais que la personne reçoit par exemple 5000 et quelques, je sais que c'est même pas la peine. C'est quand c'est limite que ...*).
- le recours est, selon elle, fondé sur le besoin de soins. Or l'évaluation de celui-ci, telle qu'elle la décrit, implique bien le retour de l'évaluation personnelle (et en fait multi personnelle : l'inspecteur décide, au vu de l'avis du MISP, lui-même informé par ... l'équipe hospitalière qui a demandé l'AME), difficilement standardisable (cf. les ambiguïtés de la régularisation pour soins) ; elle qualifie d'ailleurs l'AME ainsi obtenue d'*humanitaire*.

- <sup>205</sup> les revenus : son rôle est d'aider, sans préjuger de la décision à venir, laquelle ne relève pas de sa compétence, sauf en cas de décalage flagrant
- les droits CMU dont la durée est (illégalement, mais elle ne le relève pas) calée sur celle de la validité de la convocation à la préfecture : son rôle est d'informer la personne si elle ne sait pas lire la date de péremption de ses droits, notée sur son attestation CMU
- le recours : ce retour de l'arbitraire personnel (dans l'évaluation du besoin de soins) ne la dérange pas car il apparaît sous la forme d'un plus : c'est une fois que la procédure standardisée n'a pas abouti, donc qu'il n'y a rien à perdre, tout à gagner. Or une assistante sociale hospitalière métropolitaine (2) s'élève, elle, contre ces recours, injustes car méconnus : seuls les intéressés informés (et par qui d'autre qu'une assistante sociale ?) peuvent en déposer un.



*avancée sociale qui est indéniable. Le problème, après, qu'on peut se poser, est : qu'est-ce que ça représente comme charge pour la collectivité ?*

Une charge, en terme de coûts de santé, directement liée à puisque accorder une ouverture de droit à un étranger, c'est lui permettre de se faire soigner en France et c'est simultanément lui fournir une preuve d'ancienneté de sa résidence en France lors d'une demande de titre de séjour ultérieure. Est-ce à dire pour autant que la décision d'accorder une couverture de maladie - ou, au niveau de l'assistance sociale, d'aider à la constitution d'un dossier de demande - doit se prendre en tenant compte d'une *menace* (c'est son terme) migratoire ? C'est ce que nous laisse penser l'enquête à laquelle elle soumet les étrangers demandeurs d'une ouverture de droit.

La citation qui suit illustre son tiraillement entre sa fonction d'aide à la personne et sa crainte d'aide au séjour, deux aides qu'elle pose comme antinomiques :

*Parce que quelque part, je garde toujours en tête qu'il faut éviter l'aide au séjour de l'étranger sur le territoire. Je garde toujours en tête ... il y a quand même cette menace ... de toutes façons, le dossier, j'aide à le monter. Bon, après, il peut être soumis à contrôle, et mon rôle, c'est une mission d'aide, pas une mission de contrôle .... mais je fais en sorte de faire un dossier cohérent, parce que je ne me prête pas à des choses que j'estime incohérentes, parce que j'estime que quelque part, je mets mon tampon et que je suis ... il faut un minimum de cohérence dans les dossiers ... en tous cas je suis très, très vigilante ... si je sens quelque chose, je ne le fais pas ...(...) C'est à dire que vous voyez, en faisant ces dossiers-là, c'est quelque chose qui m'a toujours interpellée.*

Rappeler que sa fonction relève de l'aide et non du contrôle s'apparente à un moyen de conjurer la complexité de sa situation, comme si cette affirmation allait simplifier les choses ... car dans les faits, ou du moins ce qu'elle en décrit longuement à la suite de cette affirmation, elle dit bien qu'elle n'aide pas toujours à « monter le dossier » car elle exerce aussi une fonction de contrôle.

Cette inquiétude de « l'aide au séjour » imprègne en effet son quotidien professionnel, se traduisant par un effort permanent de détection des demandes malhonnêtes d'AME et un refus d'aider à la constitution de ces dossiers.

Ces mauvais demandeurs, qu'elle se donne pour tâche de repérer, ce sont les étrangers malades qui viennent en Guyane pour s'y faire soigner, mais sans y habiter de façon permanente. Cette définition n'est pas surprenante au regard de ce qui a été dit plus haut sur les récriminations récurrentes des Créoles interrogés : elle renvoie pleinement aux commentaires sur l'invasion de la Guyane et en particulier de son système socio-sanitaire par les ressortissants des pays pauvres voisins.

L'assistante sociale justifie d'ailleurs cette définition (les mauvais requérants = les étrangers qui ne résident pas en Guyane) en précisant que l'absence de résidence en France est le motif le plus fréquemment invoqué de refus d'AME par la CGSS, sous-entendant qu'elle ne fait ainsi qu'alléger le travail de contrôle de l'autorité administrative en charge de ces dossiers. Les exemples qu'elle donne sont ceux de femmes venant accoucher à Cayenne, des *dames de Saint Domingue*, comme en écho aux nombreuses remarques faites sur les femmes noires marronnes venant du Surinam pour accoucher à Saint Laurent (symbole fort de la descendance qui s'ancre en terre guyanaise).

L'assistante sociale va opérer ce filtrage à l'aide d'une condition, celle de l'ancienneté de résidence de trois mois, condition extra-légale au demeurant puisque si les textes stipulent que l'AME ne peut être délivrée à l'étranger de passage sur le territoire français, ils ne précisent

pas, en 2002 quand se déroule l'enquête, une ancienneté de résidence minimale<sup>206</sup>. Ainsi, il ne lui suffit pas que l'étranger lui présente un certificat de domiciliation (comme peuvent par exemple en fournir certaines associations), il faut qu'il atteste de l'ancienneté de cette domiciliation. Voilà pour la justification réglementaire avancée par l'assistante sociale.

Voyons maintenant comment est-ce qu'elle décrit sa « technique d'enquête » pour faire la part des vrais des faux résidents, repérer ceux qui mentent parmi l'ensemble des personnes qui se déclarent résider durablement en Guyane.

Elle se met en quête d'indices d'une absence de résidence en France, au premier rang desquels elle situe l'absence d'antécédent de soins, parce qu'*on ne peut pas avoir résidé ici et ne jamais être allé voir un médecin*. Elle considère en effet que toute personne est informée par ceux de sa communauté des possibilités d'accès aux soins gratuits, en PMI par exemple. Pour la même raison, un carnet de vaccination est fortement évocateur d'une présence en France. Il en est de même pour un antécédent de séjour hospitalier car c'est un élément vérifiable par l'assistante sociale qui peut interroger ses collègues de l'hôpital pour leur demander s'ils reconnaissent l'intéressé. Ce n'est en revanche pas le cas d'une consultation en médecine de ville : quand on lui amène de *vieilles prescriptions*, elle n'appelle pas le médecin en question pour vérifier.

Enfin, un dernier signe évocateur d'une résidence à l'étranger est l'incapacité à parler créole : *même s'ils restent dans la communauté, ils savent un peu parler créole ...*

Ces éléments nous semblent relever plus d'a priori que de réalités.

D'abord, selon FAUQUENOY (1990), les récents immigrants ont désormais plutôt tendance à apprendre le français (la langue de la promotion sociale) que le créole, quasiment réduit au statut de langue minoritaire au même titre que le portugais des Brésiliens ou le taki taki des Noirs Marrons. Peut-être est-ce cependant une réalité difficilement appréhensible pour une Créole.

Ensuite, pourquoi favoriser le carnet de vaccination à la consultation de ville ? Certes, il reflète des visites régulières auprès d'un médecin, mais certains étrangers ne font-ils pas des allers retour entre leur pays (notamment le Surinam) et la Guyane suffisamment fréquents pour assurer en Guyane le suivi vaccinal de leurs enfants ? De la même façon, pourquoi accorder plus de crédit à un antécédent de séjour hospitalier qu'à celui d'une consultation de ville, étant donné qu'on peut très bien s'être déjà fait hospitaliser à Cayenne tout en habitant par ailleurs au Surinam ... critère qui frôle l'absurde puisque pour empêcher que des non résidents se fassent soigner à l'hôpital de Cayenne, l'assistante sociale privilégie ceux qui s'y sont déjà faits soigner. Or quelle garantie supplémentaire a-t-elle vis à vis de ces derniers ? Cela revient à prendre le risque de favoriser ceux qui récidivent dans les abus qu'elle entend précisément prévenir.

Son attitude semble en fait privilégier une logique de proximité (quelqu'un de connu et reconnu par ses collègues hospitaliers est plus légitime), voire celle du soin (un « vrai » malade, c'est à dire déjà hospitalisé, est plus légitime) qui n'est d'ailleurs pas si loin du sempiternel refrain du « quand c'est grave, on accède toujours à la demande de soin ».

Enfin, elle décrit procéder par intuition (*si je sens quelque chose, je ne le fais pas ...*

---

<sup>206</sup> Ainsi, l'observation en 2002 d'un guichet CPAM d'un hôpital parisien nous avait permis de constater que l'AME était immédiatement accordée, sur simple déclaration sur l'honneur précisant que l'intéressé avait l'intention de résider en France. Même s'il *descendait de l'avion*, avait précisé l'agent CPAM interrogé.

(...) *je pousse l'entretien, jusqu'à que la personne finisse par dire « je vis au Surinam », je pousse parce que je sais*) et s'appuyer sur son savoir empirique. Ce dernier repose sur des catégorisations par communauté (*avec la pratique ... (...) et puis selon les communautés, on connaît un peu les habitudes*) et des liens généraux de cause à effet qu'elle déduit de cas singuliers. C'est le cas de son raisonnement à propos des *dames de Saint Domingue* : parce que, à plusieurs reprises, des femmes qui affirmaient ne pas avoir de passeport ont fini, sur ses demandes insistantes, par lui présenter un « pass », elle considère que toutes les femmes qui lui déclarent ne pas avoir de passeport vivent en réalité au Surinam. En effet, sur ce « pass », document qu'elle ne connaît d'ailleurs pas, elle a pu lire, quelquefois, la mention « illégal », écrite en néerlandais, et en a déduit que la personne détentrice d'un pass vit en situation irrégulière au Surinam, où les autorités retiennent son passeport. Si cette dernière conclusion semble un peu hâtive (quand bien même ce serait la signification exacte du pass, une femme ne pourrait-elle pas s'être installée en Guyane après être passée par le Surinam ?), associer cette situation à toute femme déclarant ne pas avoir de passeport paraît relever d'une généralisation abusive : n'y a-t-il pas d'autre raison pour lesquelles une femme peut ne pas avoir de passeport ? A cette question, sa réponse, négative, suggère une étonnante méconnaissance des conditions de vie des étrangers en Guyane (beaucoup, non seulement, ne sont pas en possession de papier d'identité, mais en plus certains n'ont jamais été inscrits sur un état civil).

Enfin, à l'arbitraire de la DSP (d'avant la réforme CMU) succède l'arbitraire des critères de distinction de l'assistante sociale pour juger lesquels des dossiers seront présentés à la CGSS. Ces critères suivent une logique de proximité (un suivi dans son institution est un gage de bonne foi), redoublent la contrainte administrative (le passeport ne sert plus seulement à prouver l'identité, mais en plus à prouver la résidence en France ...), dérivent directement de sa vision personnelle de ce qu'implique la vie en Guyane (avoir consulté, parler créole ...), relèvent de l'intuition, de « l'habitude » ... On retombe bien dans les caractéristiques de la charité s'opposant au droit social.

Cet exemple illustre à quel point les préoccupations quotidiennes d'une assistante sociale se sont vues bouleversées par un changement des procédures (du moins, telles qu'elle les dépeintes en entretien) : lorsque les demandes d'aide médicale étaient confrontées à l'aléa des procédures orchestrées par les élus locaux, elle consacrait son énergie à vaincre ces lourdeurs administratives, dans l'intérêt des personnes qu'elle suivait et celui de l'institution qu'elle représentait. Aujourd'hui, ces lourdeurs étant résorbées, la procédure lui paraît au contraire trop facile, et c'est désormais au nom de l'intérêt de « la collectivité » (guyanaise, et créole, implicitement) qu'elle met en oeuvre ses compétences pour freiner l'accès à une couverture maladie<sup>207</sup>.

La comparaison avec les entretiens menés auprès d'assistantes sociales hospitalières métropolitaines exerçant en Guyane<sup>208</sup> est saisissante puisque ces dernières sont soit ambiguës, soit explicites quant au fait qu'elles conseillent aux personnes étrangères non résidentes de se faire un faux certificat d'ancienneté de résidence (voire les y aident activement) : la charge que représente pour la collectivité l'accès aux soins des étrangers ne résidant pas en France ne semble pas constituer pour elles un souci suffisamment prégnant

---

<sup>207</sup> Le nombre de demandes et leur taux de réussite se sont effectivement accrus à la suite de la réforme, or un constat général est l'élévation du degré de sélectivité s'élève face à un afflux de demandes.

<sup>208</sup> On y reviendra dans le chapitre sur la légitimité des soins, du point de vue des acteurs métropolitains.

pour les faire se prêter à cette fonction de contrôle et ce malgré leur connaissance de l'interdit réglementaire en la matière (aucune couverture maladie ne peut être attribuée à un non résident). Elles se positionnent ainsi nettement en faveur du bien-être des personnes qu'elles suivent et de l'intérêt de l'institution hospitalière (l'hôpital a besoin de l'accord de prise en charge pour être remboursé des soins), quand l'assistante hospitalière dont nous venons d'envisager le discours tient également compte des intérêts de sa communauté d'appartenance (qu'elle affiche départementale, mais derrière laquelle on peut supposer la dimension ethnique) : on a vu en effet combien les acteurs créoles expriment le souci de l'invasion par les étrangers du système sanitaire et de la société guyanaise dans son ensemble.

La comparaison peut aussi être historique. BONNIOL (1992) décrit comment, aux Antilles surtout, l'idéologie du préjugé racial a survécu à la suppression du système esclavagiste qui l'avait instituée. En d'autres termes, les Noirs, une fois émancipés, étaient encore perçus comme inférieurs et traités comme tels, alors que c'était en tant qu'esclaves que leur couleur de peau avait été identifiée comme signifiante d'une identité méprisée, le système esclavagiste ayant besoin de l'appui du préjugé de couleur pour perdurer. L'administration locale, blanche créole, faisait ainsi obstruction à l'application des mesures provenant de la métropole, en maintenant les traitements racialement discriminatoires désormais prohibés.

En Guyane de l'an 2000, on est passé brutalement d'un système notoirement défavorable aux étrangers (le fonctionnement de l'aide médicale départementale était, comme ailleurs en France, soumis aux intérêts des pouvoirs locaux ; TAVERNE (1991) rapporte par exemple un témoignage selon lequel les étrangers en étaient d'emblée exclus) à un système théoriquement accessible aux étrangers, leur offrant même des droits identiques à ceux des Français s'ils sont en situation régulière. On peut suggérer que ce passage s'accomplit, toute proportions gardées bien-sûr, dans un même contexte de rémanence des représentations qu'en 1848, ces représentations, préjugés défavorables, étant à même de modifier l'application du nouveau système.

### ***L'importance de la position « sur le terrain »***

La plupart des autres acteurs créoles interrogés mettent eux aussi en place des procédures spécifiques qui leur permettent de vérifier, en sus des procédures légales, la réalité de la résidence en France. Seule exception, la CGSS, dont ce pourrait justement être le rôle puisque c'est elle qui délivre les accords de prise en charge, mais qui est contrainte de limiter son exigence à la vérification de documents administratifs, des pièces justificatives en l'absence desquelles une déclaration sur l'honneur suffit d'ailleurs. Ce sont donc les acteurs « de terrain » qui sont en mesure de procéder à ces vérifications, à l'instar de l'assistante sociale dont on vient de présenter le discours. Donnons trois autres exemples de pratiques de ces acteurs créoles de terrain.

#### Les agents DSP

Avant la réforme CMU, la DSP était tenue théoriquement d'accorder une aide médicale départementale (AMD) aux étrangers déclarant résider en Guyane. Une responsable de la DSP (48) alors en charge de ces dossiers décrit les enquêtes menées par ses agents, dont l'objectif était de prouver que les étrangers hospitalisés et demandeurs d'une AMD ne résidaient en fait pas en Guyane et ne pouvaient donc pas être pris en charge au titre de l'AMD, mais relevaient plutôt, éventuellement de l'aide médicale Etat (AME), donc de la DDASS et non de la

DSP<sup>209</sup>. Selon l'agent DSP, la viabilité budgétaire du Conseil Général dépendait de la tenue de ces enquêtes, tant les flux migratoires étaient *incontrôlés*.

On retrouve ainsi le même objectif de limitation des accords donnés aux étrangers que celui affiché par l'assistante sociale, une réforme plus tard, et c'est là aussi par les acteurs locaux de terrain (les agents de la DSP étaient en poste à l'hôpital et faisaient des visites à domicile) (à l'opposé des acteurs de la CGSS par exemple qui s'en tiennent aux dossiers « de papier ») qu'était assumée la partie investigatrice.

Mais cette marge d'appréciation qu'autorisent ces enquêtes de terrain peut être diversement qualifiée : plus pointilleuse ou plus souple ... Ainsi, même si elle précise que leur objectif était d'abord le repérage des faux résidents, l'agent DSP considère que cette proximité avec le terrain était finalement favorable aux requérants. La gestion actuelle par la CGSS lui paraît en effet plus restrictive car trop systématique (rejet dès que les pièces demandées n'y sont pas), tandis que celui de la DSP savait être *souple* (cette souplesse passant par une casuistique bien-sûr toujours suspecte, en contre-partie, d'arbitraire).

### Une infirmière

Une infirmière exerçant à l'hôpital de Saint Laurent (60) mène, en tant qu'élue des communes de l'Ouest guyanais, des enquêtes auprès des élus dans les villages où les patients étrangers hospitalisés déclarent résider, pour vérifier qu'ils ne résident pas en fait sur la rive d'en face. Il s'agit donc de mobiliser le réseau des élus de l'Ouest pour vérifier les dires des patients étrangers.

### Les agents CGSS

Les deux responsables CGSS rencontrés (27, 55), l'un à Saint Laurent, l'autre à Cayenne, déclarent tous deux, comme l'assistante sociale, considérer que cette condition d'ancienneté de résidence de trois mois pour faire une demande d'AME est réglementaire (le premier déclarant même qu'elle ne l'est pas pour la CMU, alors qu'elle l'est). Mais cette considération n'est pas suivie d'effet. En effet, alors que l'assistante sociale peut se permettre une enquête personnalisée (interrogatoire, enquête sur les antécédents, etc.) qui se déploie au fil de ses rencontres avec les personnes qu'elle suit, les agents CGSS, eux, ne voient qu'une fois les intéressés au cours d'une brève entrevue et s'en tiennent à leur déclaration sur l'honneur ou à celle de la personne qui l'héberge<sup>210</sup>.

Si l'un de ces agents estime que de toutes façons les gens habitent en général réellement en France depuis plus de trois mois, l'autre reconnaît, avec regret, son impuissance à pousser plus loin l'enquête<sup>211</sup>. La gestion administrative s'avère ici ne pas permettre les mêmes

---

<sup>209</sup> Rappelons que le conseil d'Etat avait pourtant précisé, dans un avis daté du 8 janvier 1981, que l'admission à l'aide médicale devait être préalable à la détermination de la collectivité publique financièrement responsable : les services départementaux devaient d'abord accepter toute demande d'aide médicale (qualifiée alors de départementale) pour ensuite solliciter la prise en charge des frais auprès de la DDASS en cas d'absence de résidence stable dans le département (pour une aide médicale dite alors d'Etat).

Avec la réforme CMU, l'AM n'est devenue plus que AME (dite rénovée : AMER), mettant donc un terme au partage de compétence Etat-département, comme l'entretien ci-dessus l'a illustré.

<sup>210</sup> Avec certes l'adresse spécifiée sur un avis de non imposition, une facture EDF ou une quittance de loyer pour prouver la résidence actuelle de l'intéressé ou de la personne qui l'héberge, mais sans demande d'ancienneté particulière de ces justificatifs.

<sup>211</sup> Pour ce dernier, la condition de résidence en France n'est pas respectée en matière d'AME justement car les autorités sont dans l'incapacité de la vérifier.

Le dossier de demande d'AME repose sur la déclaration sur l'honneur puisque la police municipale n'essaie même plus de vérifier que la personne habite bien à l'adresse qu'elle indique : *ça ne sert à rien, c'est se rendre*

dérives que le suivi social (ou que l'enquête administrative « de terrain » autrefois diligentée par la DSP). Partant du même principe (la condition d'ancienneté de résidence de trois mois), l'attitude la plus sélective est donc aujourd'hui celle de la travailleuse sociale, dont ce n'est pourtant pas le rôle, comme elle le rappelle elle-même.

### **Empêcher que l'accès aux soins ne soit un moyen de s'installer en Guyane**

Si le discours de l'assistante sociale analysé ci-dessus évoquait tout d'abord le coût pour la collectivité en terme de frais de santé, la crainte, également, de la facilitation d'une régularisation ultérieure du séjour en France était présente à son esprit. C'est cette crainte qui est explicitement en cause dans la pratique que nous allons maintenant analyser.

Mme D (55) est responsable de la cellule CMU-AME, à la CGSS de Cayenne<sup>212</sup>.

Elle explique qu'au début de la réforme, elle n'accordait l'AME qu'à ceux des étrangers en situation irrégulière qui étaient malades :

*Dans les premiers temps de la réforme, il y a eu un ras de marée des personnes en situation irrégulière, qui venaient se présenter ici pour passer chercher le formulaire AME. Ils venaient non pas pour se faire soigner mais pour enclencher la démarche pour le titre de séjour. Et ils le disaient eux-mêmes : « on vient parce que la préfecture nous demande un numéro de Sécu, pour accepter notre demande de titre de séjour » !! On a mis le holà, on leur a fait comprendre qu'à la Sécu, nous travaillons pour ceux qui ont besoin de soins, nous ne sommes pas un bureau d'immigration. Alors petit à petit ça a diminué, ils ont compris, ils ont fait l'effort d'aller en préfecture pour régulariser leur situation. (...) Pour eux c'était la manne, ils s'imaginaient qu'un numéro de Sécu allait suffire à avoir un titre de séjour !!*

Un peu plus loin, elle explique que ce n'est facile d'obtenir un titre de séjour : *Il faut montrer la volonté de résider, de travailler, d'œuvrer dans le pays, comme le disent les textes.*

On retrouve ici les caractéristiques habituellement associées aux étrangers : l'invasion liée au grand nombre (*un ras de marée*) et l'absence de mérite (ils choisissent la solution de facilité en passant par la CGSS pour obtenir un titre de séjour). Ces caractéristiques n'interviennent ici que comme des justifications secondaires à un discours dont l'argument principal repose

---

*ridicule en fait, on est ridicule face à cette situation. (...) Même si tout le monde le sait.* (que des non résidents font de fausses déclarations).

On retrouve ici l'amertume qui transparaît si souvent dans les discours créoles, le sentiment d'impuissance face à ces flux migratoires, qui en plus de s'accompagner du profit du système social, peuvent se réduire à cette facette-là de la migration : l'invasion n'est plus physique, terrestre, mais administrative : les étrangers envahissent les fichiers de la CGSS plus qu'ils ne s'installent physiquement sur le sol guyanais.

<sup>212</sup> Mme D est la seule responsable « de terrain » de la cellule CMU-AME de la CGSS de Cayenne, ses deux supérieures hiérarchiques n'étant pas présentes dans les locaux où sont réalisées les ouvertures de droit et l'accueil CMU-AME. Son influence est considérable puisqu'elle en contact permanent avec ses sept agents (qui reçoivent le public et instruisent les dossiers). Elle assume en outre le rôle de référente principale pour tout interlocuteur extérieur à la CGSS sur l'ensemble du département. L'homogénéité des réponses données par les acteurs interrogés, quelles que soient leur fonctions professionnelles, leur appartenance ethnique ou leur ville d'exercice, est remarquable : la très grande majorité d'entre eux appellent Mme D sur sa ligne directe en cas de dossier compliqué ou urgent ou de besoin d'éclairage sur les textes relatifs à la CMU ou l'AME et apprécient sa disponibilité.

sur l'opposition soins/immigration : ce sont les premiers qui définissent la vocation de la Sécurité sociale, et non la seconde (« *nous ne sommes pas un bureau d'immigration* »).

On peut noter d'emblée que c'est pourtant bien dans l'objectif de limiter l'immigration, et non de rendre un meilleur service aux malades, que Mme D a instauré cette condition du besoin de soins.

Comme la condition d'ancienneté de résidence de trois mois pour l'AME, cette condition de besoin de soins est une condition restrictive par rapport aux textes<sup>213</sup> mais pourtant communément admise (en particulier par des agents CGSS et des assistantes sociales, qu'ils soient créoles ou métropolitains). C'est en 2002 une rémanence d'une condition obsolète depuis plus de dix ans, puisque en vigueur pour l'aide médicale d'avant sa réforme de 1992, et telle qu'elle avait été instaurée ... en 1893. Elle a depuis été remise à l'ordre du jour.

Demander aux étrangers en situation irrégulière d'avoir besoin de soins pour leur accorder une AME relève donc, lors de l'enquête, d'une application manifestement restrictive des textes, et cette prise de liberté contraste avec l'insistance de Mme D sur sa fidélité aux textes<sup>214</sup>. Elle semble si certaine du bien-fondé de sa pratique qu'elle ne cherche nullement à la cacher, bien au contraire. Elle sait d'ailleurs que cette pratique a eu des conséquences importantes sur l'accès à l'AME des étrangers en situation irrégulière puisque c'est pour répondre à une question sur le faible nombre d'AME délivrées<sup>215</sup> qu'elle évoque spontanément cette pratique (s'il y a si peu de bénéficiaires d'AME, c'est parce que cette mesure a été prise pour en limiter le nombre). Enfin, quand elle assure que le besoin de soins n'est plus requis aujourd'hui, ce n'est pas pour montrer qu'une application plus réglementaire des textes a désormais cours, mais parce qu'elle estime que l'objectif de sa démarche, d'ordre pédagogique, a été atteint : c'était pour leur *faire comprendre l'objectif de la réforme : il faut lire les textes et les comprendre !!*

Intéressons-nous maintenant aux effets concrets d'une telle pratique.

D'abord, on apprend que le parcours des étrangers en situation irrégulière désireux de constituer un dossier de demande de titre de séjour prend l'allure d'un cercle vicieux puisque

---

<sup>213</sup> Il nous semble que la demande d'un justificatif de besoin de soins n'est légale que lorsque les soins ont déjà commencé ou sont imminents : le justificatif permet alors de demander l'accélération de la procédure (« AME en urgence »), voire de dater le début des soins pour permettre la rétroactivité et rembourser le patient ou l'établissement de soins de l'intégralité des frais engagés.

<sup>214</sup> Mme D affirme à plusieurs reprises, en cours d'entretien, s'en tenir « strictement et uniquement aux textes ». Si de nombreux interlocuteurs extérieurs à la CGSS louent l'attention qu'elle porte sur chaque cas qui lui est soumis, beaucoup regrettent aussi que sa rigueur se traduise par un manque de souplesse. Lors de notre premier contact, elle n'a d'abord pas semblé comprendre l'objet de notre requête (discuter de son expérience de terrain) : un entretien individuel lui paraissait redondant avec la réunion d'information qui avait eu lieu trois mois plus tôt avec les partenaires extérieurs à la CGSS (hôpital, associations ...) et dont l'objet avait été une explication des textes AME et CMU.

Une fois accepté le principe de l'entretien, elle a refusé l'enregistrement, arguant du timbre désagréable de sa voix et expliquant que ses réponses seraient d'une précision et d'une netteté telles qu'elles ne pourraient souffrir aucune approximation lors de leur retranscription, même sans avoir été enregistrées. L'entretien s'est ensuite passé de façon de plus en plus cordiale et décontractée au fur et à mesure que la matinée s'écoulait, elle était soucieuse de répondre de façon aussi complète que possible à chaque question.

Cependant, elle a gardé pendant toute la matinée une attitude générale ostensiblement rigoureuse, ce qui ne rendait que plus manifestes, par contraste, les « prises de liberté » avec les textes qui sont ici décrites.

<sup>215</sup> Environ 2500 AME délivrées en 2001 et le double en 2002, pour 31 000 étrangers en situation irrégulière recensés en 1999, alors que l'on comptait 46 000 bénéficiaires de la CMU en avril 2002.

de son côté, la préfecture leur demande un numéro d'immatriculation, alors que du sien, Mme D décide de ne délivrer un numéro qu'aux étrangers régularisés (ou malades).

Ensuite, et alors qu'il leur est souvent reproché de ne pas faire de démarche en vue d'accéder à une couverture maladie avant tout besoin de soins (commentaire récurrent suggérant l'ignorance, l'incompréhension des étrangers face à l'intérêt d'une démarche de prévention, voire leur défaut d'effort), il apparaît ici que de nombreux étrangers en situation irrégulière étaient, dès la mise en oeuvre de la réforme, au courant de leurs droits et désireux de les faire ouvrir ... et que s'ils n'ont pas pu y arriver, c'était, pour certains d'entre eux du moins, en raison du refus que leur ont illégalement opposé des professionnels de la CGSS. Mme D insiste sur la vocation de la CGSS en terme de services aux malades, mais quid de la prévention ? C'est semble-t-il dans l'esprit des professionnels de la couverture maladie, plus que dans celui des étrangers, que cette dimension préventive n'est pas comprise : on ne donne un numéro d'immatriculation aux étrangers que s'ils sont malades (et/ou régularisés).

Nous avons vu que Mme D, considérant que son objectif initial de faire oeuvre de pédagogie a été atteint, affirme accorder désormais les AME même en dehors du besoin de soins. L'occasion nous a pourtant été donnée de vérifier que cette pratique était encore d'actualité lors de l'enquête.

D'abord, parmi les différents types de motifs listés sur les formulaires de refus de dossier de la CGSS, figure l' « absence de soins ou d'hospitalisation dans un établissement de santé », et bien que Mme D assure qu'il n'est plus utilisé, une assistante sociale nous a montré un formulaire où il était coché. Ensuite, à la suite de l'entretien avec Mme D, au cours d'une observation de l'activité au guichet d'accueil jouxtant son bureau, l'agent nous a spontanément expliqué qu'elle ne délivre pas d'AME aux personnes non malades ... Mme D se fait-elle « débordée » par ses agents, ou bien, pressentant les failles de son argumentation, cherchait-elle à minimiser cette pratique ?

Revenons à ce moment d'observation.

Entre un couple d'étrangers, africains. L'homme est en possession d'un titre de séjour et bénéficie de la CMU. Il demande que l'on admette sur sa CMU sa femme, enceinte, arrivée récemment en France et en situation irrégulière. L'agent déclare : « *Pour elle, ce sera une AME* », le mari demande ce que c'est qu'une AME, l'agent répond : « *La CMU, c'est quand on a un titre de séjour, l'AME c'est quand on n'en a pas* ». L'homme paraît se satisfaire de cette réponse et n'ajoute rien.

Une fois le couple sorti du bureau, l'agent nous explique : *l'AME, normalement, c'est pour les soins urgents, alors on évite de trop donner, sinon ils se le communiquent et ça nous fait énormément de travail. Alors une femme enceinte, d'accord, mais un homme qui vient comme ça, qui est bien, pas malade, on lui demande d'aller se faire régulariser, de se faire faire ses papiers.*

La justification de la condition du besoin de soins prend ici une tournure sensiblement différente.

Il est ici moins question de faire obstacle à l'immigration en Guyane que de ne pas se laisser submerger dans son travail quotidien (les gens informés (de leurs droits !) « perturbent » l'activité du service). Là non plus, cette pratique ne soulève aucun embarras de la part de son auteur, l'explication a spontanément fusé.

Un défaut d'information donnée est ici manifeste : aucune explication du type de soins auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires de l'AME, comme par exemple la restriction exclusive aux soins hospitaliers en raison de l'arrivée récente de moins de trois ans sur le territoire (on est en 2002), n'a été donnée ; la femme n'a pas été informée de ce que c'est grâce à son besoin de soins qu'elle a obtenu l'AME (même si c'est illégal). Ce constat sur le



manque d'information donnée est évidemment à confronter aux très nombreux commentaires émanant des acteurs créoles, mais aussi métropolitains et qui concordent avec nos observations personnelles, sur la méconnaissance que peuvent avoir les assurés potentiels ou réels de leurs droits.

L'effet concret de la pratique est donc particulièrement néfaste en terme d'information reçue et de couverture obtenue, critères pourtant saillants des fonctions de la CGSS.

Enfin, une gradation est instaurée : ce n'est plus la condition du besoin de soins, mais celle du besoin de soins « urgents » qui est mentionnée, ce qui laisse imaginer le surplus d'arbitraire imparti aux agents CGSS qui se considèrent donc en mesure d'évaluer ce degré d'urgence. La notion d'urgence rapproche la couverture accordée, l'AME, de sa version humanitaire. Cette gradation est d'ailleurs également à l'œuvre dans les dispositifs réglementaires qui n'accordent le soin aux étrangers malades –et par ailleurs hors la loi au regard du droit au séjour - que s'ils sont atteints d'une maladie grave : les titres de séjour pour soins. Le statut au regard du droit au séjour, puis le degré de gravité de la maladie, fonctionnent comme des filtres qui permettent de réduire l'accès aux soins des étrangers ... remarquons que des filtres opérant sur les mêmes critères sont à l'œuvre dans les dispositifs réglementaires (AME pour les irréguliers, titre de séjour pour soins pour les maladies graves) : les pratiques de terrain s'inspirent indubitablement de l'esprit des textes ... et réciproquement, puisque la mouture suivante de l'AME reprendra la notion de besoin de soins pour conditionner l'obtention de l'AME.

Quoiqu'il en soit, là encore, derrière une justification différente (le travail quotidien plus que le souci de ne laisser que les plus méritants des sans papiers obtenir un titre de séjour), on ne donne donc un numéro de Sécurité sociale qu'aux personnes malades ou régularisées : la légitimité de la maladie et celle octroyée par la préfecture sont les seules valables au regard de la CGSS.

### **Exacte concordance entre droit à la protection sociale et droit au séjour**

Après le filtrage des candidats à une AME de façon à écarter ceux qui ne viennent en Guyane que pour s'y faire soigner (les femmes de Saint Domingue qui n'ont pas de passeport), puis l'éviction de ceux susceptibles de vouloir obtenir trop facilement un titre de séjour (les non malades), les pratiques que l'on va décrire maintenant révèlent plus explicitement encore leur référence au contrôle de l'immigration<sup>216</sup>.

---

<sup>216</sup> L'exemple le plus caricatural de concordance entre droit Assurance maladie et droit de l'immigration nous a été donné par une professionnelle soignante, donc certes moins impliquée dans ces procédures que les assistantes sociales ou les agents CGSS, mais qui malgré tout « aurait pu » les connaître puisqu'elle a des responsabilités politiques au niveau municipal dans le domaine de la santé (41). Selon elle, les étrangers doivent, pour obtenir une couverture, obtenir l'autorisation de l'Etat : soit un titre de séjour, soit, s'ils n'en ont pas, *l'accord de la DDASS, donc de la préfecture, alors finalement ça revient au même.*

Un autre exemple nous a été donné, lui, par le responsable étranger d'une association d'aide aux malades (54). Des demandeurs d'asile qui bénéficiaient de la CMU n'avaient pas de carte vitale. Fort de la mention figurant sur leur attestation CMU (« cette attestation doit être obligatoirement accompagnée de la carte vitale »), le responsable de l'association s'est rendu à la Sécurité sociale pour demander pourquoi les demandeurs d'asile n'en avaient pas. Là, on lui a d'abord répondu que c'était parce ces personnes n'avaient pas de carte de séjour, et qu'elles devaient *absolument se rapprocher de la préfecture*. Une responsable métropolitaine de la CGSS, Mme B, a reconnu cependant que ce n'était pas réglementaire. Un mois plus tard, tous les intéressés ont reçu leur carte vitale.

## *L'AME refusée aux déboutés du droit d'asile*

### Version d'une responsable CGSS

Mme D, responsable CGSS départementale de la cellule CMU-AME (55), refuse d'accorder une AME à des déboutés du droit d'asile<sup>217</sup>. Elle est à ce sujet en conflit avec les inspecteurs de la DSDS<sup>218</sup>, mais elle tient à s'expliquer sur cette question, c'est elle qui l'aborde spontanément, dès les premiers instants de notre entretien. On retrouve donc là l'assurance qui la caractérisait sur la question du besoin de soin : elle est sûre de son bon droit ... mais de quel droit s'agit-il ?

La réforme de l'AME de 1999 soulignait la concordance entre droit au séjour et droit à la protection sociale, puisque ceux qualifiés d'irréguliers au regard du premier se sont vus réservés la forme assistancielle de la couverture maladie. Dès la sortie de ces textes, les militants métropolitains et notamment parisiens ont dénoncé les possibles dérives de cette concordance, avec le risque que les agents de la Sécurité sociale endossent le rôle de sélection des étrangers dans une optique de contrôle des frontières. C'est précisément ce qui semble se passer ici.

Mme D lit d'abord un extrait de « texte de loi » qu'elle explique avoir « trouvé sur Internet » et qui « prouve » qu'elle a raison. Il y est stipulé que les personnes placées en centre de rétention ne peuvent bénéficier d'une AME que si elles ont besoin de soins médicaux, lorsqu'il est établi qu'elles ne résident pas sur le territoire français. Elle considère que la situation des personnes placées en rétention équivaut à celle des déboutés du droit d'asile, et qu'elle n'a donc pas à leur accorder d'AME, sauf en cas de besoin de soins.

Nous lui faisons alors remarquer que les personnes ayant reçu une réponse à leur demande d'asile sont nécessairement (vu le temps de traitement des demandes) arrivées en France il y a plusieurs mois et que ces lignes ne s'appliquent donc pas à leur cas (ces lignes s'appliquant à des personnes ne résidant pas sur le territoire français). Mme D en convient et enchaîne alors sur ce qui constitue en fait l'axe central de son argumentation, à savoir l'importance de la tutelle du préfet sur la CGSS<sup>219</sup>. Mais sa tentative initiale de placer son argumentaire sous les auspices d'un texte relatif à l'aide médicale, puis la façon dont elle l'a écarté, une fois qu'il s'est avéré inadéquat, sans que cela ne vienne aucunement fléchir sa position, suggère que ce

---

<sup>217</sup> Ce développement s'appuie sur le cas de quelques étrangers qui avaient bénéficié de la CMU pendant le traitement de leur demande d'asile. Quand ils ont reçu la notification de refus de l'OFPPA, ils ont fait une demande d'AME. L'assistante sociale qui les suivait a joint à leurs dossiers d'AME un certain nombre de documents (la notification de refus, le document de la préfecture qui demande aux personnes de quitter le territoire ...) pour expliquer pourquoi est-ce que des personnes qui relevaient jusque là de la CMU demandaient maintenant l'AME.

<sup>218</sup> ainsi qu'avec le secrétaire de la commission départementale d'aide sociale ; même la supérieure de Mme D à la CGSS, Mme B, qui a posé la question à la CNAM, est cependant d'avis que ces personnes ont droit à l'AME. Mme B est métropolitaine.

Mme D a finalement accepté d'accorder l'AME, mais dans l'attente d'une réponse « claire » de la CNAM. Les dossiers ont donc été acceptés, avec beaucoup de retard : deux mois pour la première instruction, puis la réponse négative de la CGSS, puis les débats qui l'ont suivie, puis la constitution de nouveaux dossiers, certes adressés à la CGSS avec un tampon DSDS pour accélérer la procédure ...

<sup>219</sup> C'est l'OFPPA qui étudie les dossiers de demandes d'asile et éventuellement les rejette, mais c'est le préfet qui transmet cette décision aux intéressés, en l'assortissant d'une invitation à quitter le territoire en cas de refus.

texte avait plus une fonction de prétexte amené là a posteriori pour les fins de l'argumentation, qu'un poids décisif dans son refus des AME aux déboutés. Sa conduite est donc moins guidée par le souci de respecter les réglementations de la Sécurité sociale que par celui de limiter l'offre de prestations à des étrangers, dès lors que l'instance en charge de statuer de leur sort au regard du droit au séjour les a qualifiés d'indésirables.

Mme D explique donc qu'elle doit se soumettre aux critères de la préfecture et relayer les décisions du préfet<sup>220</sup>: *c'est le préfet qui ordonne, même si c'est nous qui traitons les dossiers*. Son vocabulaire suggère une nécessaire adéquation des critères de l'Assurance maladie à ceux du droit au séjour des étrangers, comme si la réglementation de la première s'appuyait sur des catégories définies par le second.

Mme D renforce par ailleurs l'assise de son argumentaire portant sur la légitimité hiérarchique de la décision préfectorale par une sorte de rationalité pragmatique. Elle explique en effet qu'elle ne peut pas délivrer d'AME à des personnes à qui le préfet a fait savoir qu'elles devaient quitter le territoire français, puisqu'elles ne doivent même plus se trouver sur ce territoire, suggérant donc un lien direct, immédiat et concret, entre l'invitation à quitter le territoire et le départ effectif des étrangers<sup>221</sup>. Ce raccourci est révélateur puisqu'en gommant la réalité des faits de la situation migratoire (il y a des étrangers qui restent sur le territoire, et ce malgré leur absence d'autorisation à y rester voire l'incitation à le quitter dont ils font l'objet), Mme D rapproche encore plus la CGSS des décisions de l'autorité en matière de droit au séjour, pour mieux les appliquer : les mesures prises par la CGSS ne sont plus liées à une quelconque réalité de terrain (telle qu'elle est dessinée par des facteurs réglementaires, mais aussi économiques, politiques, etc.), alors que c'est précisément à cette réalité de terrain que s'applique l'AME. Si en effet tous les étrangers quittaient le territoire français dès lors qu'ils n'ont pas le « droit » d'y rester, l'AME n'aurait quasiment pas lieu d'exister<sup>222</sup>. Associer les droits à la Sécurité sociale aux catégorisations du droit de l'immigration, en en réservant les prestations aux personnes les plus en règle au regard du droit de l'immigration, revient à

---

<sup>220</sup> L'AME est une compétence DSDS (puisque financée par l'Etat), donc du préfet, que celui-ci délègue au directeur de la CGSS.

<sup>221</sup> *Il faut considérer qu'en fait la personne ne devrait plus être sur le territoire, donc comme nous on prend une décision préfecture ...(...) comme on a une compétence préfet et que le préfet a décidé que la personne devait quitter le territoire, c'est comme si le préfet avait dit « cette personne n'a pas droit à l'AME » .*

<sup>222</sup> Il est d'ailleurs intéressant de noter à ce propos qu'un autre agent CGSS créole interrogé (27), exerçant lui à Saint Laurent, a, par rapport à cette question qui reste pour lui théorique (il n'a jamais géré de cas de déboutés du droit d'asile), fait d'abord une réponse similaire à celle de Mme D sans pour autant faire référence à une quelconque soumission aux décisions préfectorales. C'est en effet par le même argument pragmatique qu'il commence sa réponse : à partir du moment où il y a invitation à quitter le territoire, la personne n'est plus là, il n'y a donc plus lieu de lui ouvrir des droits à une couverture maladie. Il continue cependant spontanément en reconnaissant que la CGSS n'a pas à connaître cette décision directement, que l'intéressé n'aura pas tendance à lui en faire part, que celui-ci peut engager et gagner un recours, ou encore être reconduit à la frontière mais revenir de suite en France, et sans que l'agent CGSS ne sache rien de tout cela. L'agent reste cependant cohérent avec la pratique qu'il décrit par ailleurs et qui est d'ailleurs restrictive par rapport aux textes, à savoir qu'il n'accorde pas la CMU pour un an, mais jusqu'à la date de péremption du titre de séjour présenté lors de la demande de CMU (accordée notamment lors d'une demande d'asile). Ainsi, lorsqu'une demande de prise en charge de frais de santé parvient à la CGSS après cette date de péremption, la CGSS rembourse le soignant et demande à la personne son nouveau titre lui permettant de prolonger son droit. Celle-ci ne pouvant pas le fournir (et ce serait le cas si la personne avait été entre-temps déboutée), la CMU serait alors bloquée, mais la CGSS pourrait lui accorder l'AME si elle venait la demander.

Il est donc cohérent avec la position qu'il donne de façon générale vis à vis du renouvellement du droit à l'expiration du titre, position restrictive au regard des textes, mais dans laquelle n'interviennent pas les décisions des autorités en matière de droit au séjour.

gommer la réalité des faits telle qu'elle est configurée par le droit à l'AME, à savoir, il y a des étrangers en situation irrégulière qui relèvent de prestations en matière de couverture maladie.

De l'absence de prise en compte de la réalité des conditions de vie des étrangers en situation irrégulière à la « suspicion de fraude », il n'y a d'ailleurs qu'un pas, comme Mme D nous en donne quelques exemples. Elle refuse ainsi le dossier de demande d'AME d'un étranger qui a déclaré « travail » à la rubrique « nature de votre séjour » et « orpaillage » à la rubrique « revenus » car elle considère que s'il est orpailleur, c'est qu'il a un visa de travail et relève donc de la CMU et pas de l'AME ... situation ubuesque en Guyane, où tout le monde a entendu parler des placers clandestins, voire des véritables chantiers d'orpailleurs, brésiliens en particulier, abrités par la forêt et contre lesquels les autorités françaises restent impuissantes. Dans un autre dossier de demande d'AME, à la rubrique revenus, il est déclaré : « 30, 49 euros », ce qui constitue une raison suffisante, selon elle, pour refuser l'AME puisque *c'est quelqu'un qui gagne de l'argent, qui est rentré dans le système.*

Finalement, là où la couverture sociale est censée être différenciée (AME versus CMU) en fonction de l'absence ou de la présence d'un titre de séjour, l'AME est refusée aux candidats jugés « trop » ou « pas assez » irréguliers, une inopportune gradation de l'irrégularité s'introduisant dans les décisions de la CGSS.

#### Version d'une assistante sociale hospitalière

Nous venons de voir comment une pratique restreignant l'accès des étrangers en situation irrégulière à une couverture maladie peut être justifiée par une soumission aux décisions préfectorales. Nous allons voir comment la légitimité de l'accès aux soins peut permettre de contester cette pratique sans avoir à réfuter son argumentation première (la tutelle exercée par la préfecture).

Cet épisode (le refus d'AME à des déboutés du droit d'asile) nous a en effet été relaté et commenté par d'autres acteurs, et c'est la confrontation entre les propos tenus par une assistante sociale créole hospitalière et une inspectrice DSDS métropolitaine qui est à cet égard intéressante.

L'inspectrice DSDS explique qu'elle a demandé à la CGSS d'accorder une AME aux déboutés car elle considère qu'une fois leur demande d'asile refusée, ils se retrouvent en situation irrégulière vis à vis de leur séjour et qu'à ce titre ils relèvent de l'AME.

L'assistante sociale hospitalière (51) n'a pas entendu l'inspectrice s'exprimer à ce sujet, elle n'en connaît la décision que par l'intermédiaire d'une collègue qui la lui a rapportée : un « téléphone arabe » propice aux ré-interprétations qui justement nous intéressent ici.

Selon l'assistante sociale, si l'inspectrice a demandé à la CGSS d'accorder une AME, c'est au nom de l'obligation de soin : *L'inspecteur, il paraît qu'elle a dit que ce n'était pas normal, parce que c'était un problème de soins et ce n'était pas un problème administratif ou juridique. Et que comme on n'avait pas le droit de refuser de soigner des gens parce qu'ils n'avaient pas de papiers, on ne peut pas demander à l'hôpital de faire le rôle de police. (...) Ce qu'a dit l'inspecteur, c'est vrai, on ne peut pas demander aux gens leurs papiers pour les soigner. On ne peut pas ne pas accepter de les soigner parce qu'ils sont expulsables.*

Ainsi, ce serait parce qu'on ne peut pas ne pas soigner un malade qu'on doit lui accorder une couverture maladie. Là encore, la législation relative à l'aide sociale est absente du raisonnement. C'est ici l'obligation de soin qui est mise en avant, comme un principe posé de façon consensuelle (*c'est vrai*), une priorité indépassable.

Mais le droit à l'immigration n'est pas pour autant écarté de la scène. Quand en effet nous lui faisons remarquer qu'ici, en l'occurrence, c'est à la CGSS et non à l'hôpital qu'il était reproché de faire la police, elle répond : *La Sécu appliquait les textes, au fond ... (...) quelque*

*part, si on a une invitation à quitter le territoire, on doit quitter le territoire. Et quelque part, donner une couverture sociale, c'est aller contre ce que la loi a dit, en fait, c'est limite.*

*La loi qu'applique la Sécu, c'est donc bien celle du droit au séjour, pas celle de l'aide sociale. Et ce n'est pas le droit de l'aide sociale, mais le droit aux soins, qui a contraint la CGSS. S'établit ainsi une sorte de rapport hiérarchique entre d'un côté le soin, dégagé de toute contrainte administrative, et d'un autre la couverture maladie, soumise aux critères du droit au séjour.*

Face à une mesure de contrôle des frontières prise de façon intempestive par des agents locaux (CGSS, créoles) puis annulée par un agent d'Etat (DSDS, métropolitaine), cette autre professionnelle locale (assistante sociale, créole) met donc en avant un principe consensuel et politiquement correct (l'obligation de soins) pour justifier la position de l'agent d'Etat sans désavouer pour autant l'agent local.

Son commentaire l'amène à émettre deux réflexions faites maintes fois par ailleurs :

- l'obligation de soins à laquelle est soumise l'hôpital doit s'accommoder des contraintes budgétaires : *Hé oui, il faut qu'il soit payé : c'est parce que l'hôpital est pris à la fois dans cette obligation de soins et dans ses contraintes budgétaires qu'il a fallu ouvrir des droits AME, ce qui justifie de rappeler combien les étrangers coûtent cher.*
- la mise en cause première de la force publique qui ne remplit pas son rôle d'expulsion des indésirables qui imposent à la Guyane leur présence, mettant ainsi dans l'embarras son système sanitaire : *Ils n'avaient plus à être ici, or les gens ne partaient pas, et allait se poser le problème des factures ... parce que les gens ne partent pas. Et c'est pas à l'hôpital ni à la Sécu d'expulser les gens, c'est à la force publique. (...) Mme F. [l'inspecteur] a appelé la Sécu, et ils vont passer en AME. Et après, à la force publique, de faire en sorte que les gens ne restent pas. Ce rappel d'une évidence (ce n'est pas à la CGSS d'expulser, manu militari, les indésirables) permet de suggérer un équivalent « professionnel » (la CGSS peut cependant exclure de son institution) : « la Sécu » appuie ainsi comme elle peut cette force publique par trop impuissante.*

### ***Des droits CMU ouverts le temps de la validité de la convocation à la préfecture***

Deuxième exemple de soumission des critères de l'Assurance maladie à ceux de la préfecture, voici une entorse réglementaire qui concerne de très nombreuses personnes : tous les étrangers en cours de demande de régularisation auxquels est accordée une CMU dont la durée de validité est celle de leur convocation préfecture. Le maintien de droits ouverts par la CMU de base devrait pourtant être de quatre ans, et la complémentaire de un an, même pour l'étranger qui perd son titre de séjour, tant qu'il continue de résider en France.

Mme D, responsable CGSS départementale de la cellule CMU-AME (55), explique que ce n'est qu'un an après le début de la mise en oeuvre de la réforme CMU, qu'elle a *relu les textes* et s'est aperçue que la CMU complémentaire doit être accordée pour un an et non le temps seulement de la convocation préfecture (généralement de trois mois).

Ainsi, spontanément (avant lecture attentive des textes), elle avait adopté une pratique restrictive, qui ne différenciait pas la durée de validité du document remis par la préfecture de celle du droit ouvert par la Sécurité sociale.

Néanmoins, toutes les assistantes sociales interrogées déclarent que les droits CMU sont encore ouverts uniquement jusqu'à la date d'expiration de la convocation préfectorale<sup>223</sup> : que penser de ce décalage ? S'agit-il là encore (comme pour la condition du besoin d'un soin) d'un débordement de la responsable par ses agents ? D'une rémanence, chez ces derniers, d'une pratique qui leur a pourtant été décrite (par leur responsable) comme obsolète ?

L'explication que donne l'agent CGSS de Saint Laurent (27) et que nous avons déjà brièvement évoquée plus haut peut ouvrir une piste d'interprétation. Derrière le démenti sincère pourrait persister une pratique qui, dans les faits, revient à la restriction de départ.

Lui aussi raconte avoir « mal lu » les textes au début de la réforme et avoir alors interrompu la CMU à l'expiration du titre de séjour, puis insiste sur le fait que désormais *la couverture sociale ne s'arrête pas parce que la carte de séjour a pris fin (...) là les textes sont très clairs là-dessus (...) c'est la notion de droit permanent*. Voilà qui paraît clair en effet. Pourtant, lorsqu'il décrit sa façon de procéder, il apparaît qu'il y a bien arrêt de la CMU après l'expiration du titre de séjour (ou de la convocation qui en tient lieu) initialement présenté lors de l'ouverture du droit : non pas immédiatement à l'expiration, mais lors du premier remboursement qui suit cette expiration, si l'assuré ne présente pas, sur la demande de la CGSS, un nouveau titre de séjour.

L'agent ajoute que même si la CMU était bloquée, ça ne poserait aucun problème à l'intéressé puisque l'AME prendrait le relais. L'AME est pourtant une couverture moins intéressante que la CMU (pas de panier de soins, etc.). Surtout, l'agent reconnaît que la CGSS n'informe pas la personne de sa radiation pour qu'elle vienne faire la démarche d'ouverture de droit AME, ce qui permet de supposer que nombre de personnes ignorent non seulement qu'elles n'ont plus la CMU mais qu'en plus elles peuvent prétendre à une AME : on trouve là une clé plausible d'interprétation au faible taux de bénéficiaires d'AME en Guyane.

L'agent donne d'ailleurs deux curieuses raisons à ce défaut d'information donnée.

La première tient au fait qu'il est inutile de demander aux étrangers qui n'ont pas pu renouveler leur titre de séjour de se présenter à la CGSS pour y demander une AME car ils ne viendraient pas, en raison de leur situation trop embarrassante : *lorsqu'on demande à la personne le titre de séjour et qu'elle ne l'a pas, c'est un peu difficile de voir cette personne venir vous dire « en fait j'ai pas de titre de séjour » (...) Et non, mettez vous à la place de cette personne*. Quelle est l'origine de ce prétendu embarras ? Stigmate associé à l'absence de titre ? Crainte d'un contrôle policier ? Cette crainte des sans papiers à « avouer » leur situation à un agent de la CGSS relève-t-elle d'une « représentation fantasmagorique » de l'agent ou l'a-t-il réellement observée chez les étrangers ? Et dans ce dernier cas, était-elle en rapport avec un accueil effectivement culpabilisant que ces derniers auraient reçu à la CGSS ? Impossible de statuer ici, tout ce que l'on peut dire est qu'il est surprenant d'entendre un agent habilité à délivrer une couverture maladie à des étrangers en situation irrégulière déclarer que ces derniers ne « peuvent » pas se présenter à son guichet d'accueil tant est honteuse leur situation. Encore une fois, cela démontre une absence de démarcation entre le regard d'un agent CGSS et celui d'un agent de la préfecture ou tout simplement d'un Guyanais créole qui voit d'un mauvais œil des étrangers rester en Guyane malgré leur absence de titre de séjour<sup>224</sup>.

---

<sup>223</sup> En outre, selon elles, les intéressés ne sont pas informés par la CGSS de cette expiration, les agents CGSS considérant qu'il suffit aux intéressés d'en lire la date, notifiée sur leur attestation CMU. L'intervention des assistantes sociales est alors cruciale puisque les étrangers sont nombreux à ne pas savoir lire cette attestation CMU.

<sup>224</sup> Cette réflexion peut être rapprochée de celle de Mme D, selon laquelle demander à un Français ce qu'on demande à un étranger est *vexant*. Elle fait allusion au cas des Français nés à l'étranger et qui s'entendent demander une carte de séjour car leur numéro d'immatriculation ressemble à celui d'un étranger (à cause du code de pays de naissance). Elle fait également allusion à la mise en place de la carte Vitale et la mise en relation

La seconde raison est la faible probabilité qu'une telle situation se présente : *En fait, c'est rare de ne plus avoir de titre de séjour, surtout ici. Les titres de séjour sont systématiquement renouvelés. (...) il y a tout un tas de choses qui entrent en jeu, du fait peut-être de la frontière qui n'est pas gardée, alors à quoi bon renvoyer une personne chez elle sachant qu'elle va revenir ?*

En d'autres termes, le contrôle des frontières serait si dérisoire et démissionnaire que la situation d'un étranger auquel un titre de séjour aurait été refusé serait improbable.

On en arrive ici à la position inverse (mais pour une pratique elle aussi restrictive) de celle tenue par Mme D : justifier l'attitude adoptée quant à l'application des textes de l'Assurance maladie non plus en s'en tenant *stricto sensu* aux textes de l'immigration, mais en se référant à la réalité sur le terrain de l'immigration (du moins telle qu'on la perçoit) : la rareté du passage de la CMU à l'AME, par perte du titre de séjour<sup>225</sup>.

### ***Traitement défavorable paradoxal des Français***

On vient de voir comment la stricte adéquation des catégories du droit à une couverture maladie à celles du droit au séjour conduit (et c'est son objectif, les commentaires incidents l'illustrent suffisamment) à restreindre l'accès des étrangers en situation irrégulière à une couverture maladie. Le paradoxe est que cette association, quand elle est poussée jusqu'au bout de sa logique, peut se traduire par un traitement défavorable des Français.

La sonnerie du téléphone interrompt notre entretien avec Mme D. Il s'agit d'un Français qui, de retour d'un séjour à l'étranger long de plusieurs années, a perdu tous les droits à une couverture maladie dont il jouissait avant son départ. A quoi peut-il prétendre désormais, sachant qu'il n'a pas d'activité professionnelle ? A rien, selon Mme D. D'une part, il ne peut en effet pas prétendre à la CMU car il ne satisfait pas à la condition des trois mois d'ancienneté de résidence. D'autre part, et c'est là qu'intervient l'exacte (et illégale) concordance entre statut au regard du séjour (sans papier) et au regard de la couverture maladie (aide médicale), il ne peut pas non plus prétendre à l'AME parce qu'il n'est pas

---

des fichiers Assurance maladie, état civil et Insee, qui a mis en évidence, pour des Français aussi, des discordances entre les informations données aux uns et aux autres de ces fichiers. Résultat, il a fallu demander à des Français affiliés à la Sécurité sociale depuis des années d'amener leur extrait d'actes de naissance, pour faire les rectifications nécessaires, ce qui, « *Bien sûr, ne leur a pas plu* ».

<sup>225</sup> L'agent (27) donne par ailleurs un autre exemple où il interprète une situation relative à l'Assurance maladie par des éléments de la réalité de l'immigration telle qu'il la perçoit, et telle d'ailleurs que la perçoivent les autres Créoles interrogés (flux incontrôlables d'étrangers attirés par les prestations sociales que les professionnels guyanais ne peuvent que leur attribuer).

S'il y a peu de bénéficiaires de l'AME, c'est parce que les étrangers obtiennent rapidement un titre de séjour (et passent donc alors en CMU). Pour appuyer ses dires, il donne l'exemple, qu'il tient d'un employeur, d'un étranger qui a disparu deux mois après avoir été embauché. Pourquoi ? Parce qu'au bout de ce laps de temps, grâce aux feuilles de salaire que lui a données son employeur et qu'il a pu présenter à la préfecture, cet étranger a pu obtenir un titre de séjour. N'ayant alors plus besoin de son emploi (qui ne lui servait pas à gagner de l'argent, mais à obtenir un titre de séjour), il a quitté sans mot dire son employeur.

Cette histoire est révélatrice en ce qu'elle met en scène plusieurs acteurs classiques dans les discours créoles : l'employeur représente les Créoles, ceux qui travaillent, il est victime de l'un de ces étrangers qui retournent en leur faveur le système réglementaire (obligation pour l'employeur de délivrer des feuilles de salaires à ses employés, régularisation au regard du séjour sur le territoire « facile » une fois que preuve est faite de l'insertion sur le marché du travail). On peut noter que l'agent (27) n'évoque pas les diverses autres raisons qui auraient pu motiver la disparition de l'étranger (et en particulier son expulsion pour défaut de titre de séjour !).

étranger : pour Mme D, l'AME est donc bien exclusivement réservée aux étrangers en situation irrégulière. La rigueur avec laquelle Mme D applique cette concordance l'amène à se montrer plus stricte envers les Français que ne l'ont été les acteurs que nous avons pu observer en métropole : certains accordent l'AME en attendant les trois mois d'ancienneté de résidence qui permettra de basculer sur une CMU, d'autres délivrent la CMU d'emblée ... pour Mme D, c'est rien pendant trois mois<sup>226</sup> ...

---

<sup>226</sup> Précisons que lors d'une réunion organisée par la DSDS à Saint Laurent le 16 mai 2002, les responsables CGSS ont précisé à ce sujet que les Français revenus d'un séjour à l'étranger assez long pour qu'ils aient perdu tous leurs droits, de retour en France, doivent, à leur retour, attendre trois mois avant de pouvoir prétendre à la CMU, mais peuvent bénéficier de l'AME en attendant. La réponse donnée par Mme D résulte donc bien de son interprétation personnelle des textes et n'est pas dictée par son institution.





# Discours des acteurs professionnels métropolitains

## Introduction

Les acteurs métropolitains se présentent, dans leur discours, à deux niveaux :

- s'affichant comme des observateurs impartiaux de la société guyanaise, des Métropolitains s'adressant à une Métropolitaine en terre exotique, sur le registre du témoignage, ils décrivent le rapport qu'entretiennent les Créoles avec les non Créoles
- se plaçant en tant qu'acteurs du système de soins, s'adressant à une autre professionnelle de ce système de soins, ils décrivent « l'autre » acteur professionnel du système de soins et « l'autre » usager de ce système. « L'autre » acteur professionnel, donc partenaire de travail, est créole. « L'autre » usager est noir marron ou étranger ; s'il est créole, ce n'est que pour le décrire comme proche des usagers « normaux » c'est à dire métropolitains.

Quelque soit le niveau (la société guyanaise ou le système de soins), il y a donc concordance avec les catégorisations globales que l'on a déjà repérées dans les discours créoles : si les Créoles apparaissent dans les discours, c'est en tant que Guyanais ou acteurs professionnels, mais non en tant qu'usagers du système de soins :

- le principal rapport interethnique qui structure la société guyanaise oppose les Créoles aux Noirs Marrons et aux étrangers
- parmi les usagers du système de soins, les « autres » dont on parle pour dire qu'ils sont confrontés à des difficultés particulières d'accès aux soins sont les Noirs Marrons et les étrangers

Les places occupées respectivement par les pouvoirs centraux et locaux sont en proportions inverses dans les discours créoles et métropolitains. Dans les créoles, l'Etat occupe une place prépondérante (à hauteur de sa démission : il laisse la Guyane se faire piller par les étrangers) ; lui fait face un Conseil Général lucide mais impuissant. Le discours métropolitain se caractérise dans une bien moindre mesure par des allusions à l'Etat (pour lui prêter la même responsabilité ou son contraire, quand il est coupable de laisser faire les pratiques restrictives des Créoles, ou bien encore quand on regrette qu'il ne tienne pas compte des spécificités départementales dans l'importation du système sanitaire national), tandis qu'abondent les références péjoratives à l'autorité locale, le Conseil Général, et plus généralement à toutes les instances qui sont décrites comme celles du pouvoir politique créole.

Mais c'est l'ensemble du système qui paraît dysfonctionner, dans les discours métropolitains : si l'essentiel des critiques s'adresse aux instances créoles (racistes, incompétentes, corrompues, etc.), un certain nombre de remarques évoquent aussi l'incompétence des professionnels métropolitains, et plus généralement l'inadaptation du système socio-sanitaire national au contexte guyanais. C'est ainsi le système dans son ensemble qui est décrit comme inefficace, tel une masse inerte qui userait prématurément les bonnes volontés

métropolitaines, à l'image du travail de défrichage des pionniers dont la forêt finissait toujours par avoir raison.

C'est replacé dans le contexte de cet ensemble de considérations qu'il faut comprendre les catégorisations sur l'autre, usager du système de soins : les attributs des différents catégorisés ethnico-raciaux et nationaux, ainsi que leurs difficultés propres d'accès aux soins, apparaissent en étroite relation avec la configuration particulière en Guyane du système socio-sanitaire. Cette interaction, relativement simple dans les discours créoles (les étrangers et les Noirs Marrons profitent abusivement d'un système socio sanitaire trop vulnérable car non protégé par l'Etat) se complexifie en effet dans les discours métropolitains.

Les étrangers et les Noirs Marrons non seulement abusent du système, mais en outre ils en ont une appréhension (et éventuellement une incompréhension) culturellement modelée : l'attention portée aux caractéristiques « culturelles » est beaucoup plus soutenue dans les discours métropolitains que dans les discours créoles, qu'on a dits assez peu intéressés par la question, et plutôt portés sur les considérations d'origine.

Quant à l'accessibilité de l'offre de soins, que l'on reconnaît importante formellement, on la relativise au regard du contexte guyanais : d'abord le modèle métropolitain fonctionne mal outre-mer ; ensuite les acteurs professionnels locaux sont créoles avant d'être professionnels, ce qui en fait le cas échéants des freins à l'accès aux soins.

A la relation triangulaire dans laquelle les Créoles se plaçaient (entre des « étrangers et Noirs Marrons » et l'« Etat ») se substitue donc, dans les discours métropolitains, un système plus complexe d'interactions entre une offre de soins et des usagers. La première a deux composantes : une métropolitaine, non adaptée au contexte local, et une locale, au contraire trop investie dans les enjeux locaux pour être efficace. Les usagers sont caractérisés, eux, d'une part par leurs attributs propres, considérés du point de vue du culturel, et d'autre part par les difficultés que leur impose l'incohérence du système.

# Le système socio sanitaire

## Mise en cause de l'Etat : modèle national inadapté au contexte local

### Spécificités du besoin de soins

Le modèle national importé en Guyane n'atteint pas ses objectifs car l'Etat ne tient pas compte des spécificités démographiques, épidémiologiques et géographiques locales. Cela est noté dans évidemment d'autres domaines que la santé<sup>227</sup>. Voici quelques exemples de remarques couramment entendues dans le domaine de la santé.

D'un point de vue démographique, c'est bien sûr le défaut de prise en compte de l'afflux migratoire qui est souligné.

Ce qui était censé légiférer des situations marginales, comme l'AME humanitaire, les titres de séjour pour soins, ou même l'AME ordinaire, relèvent du quotidien, en Guyane.

Les capacités de l'hôpital de Saint Laurent sont notoirement insuffisantes pour couvrir les besoins locaux accrus par les flux migratoires depuis la guerre du Surinam<sup>228</sup> et son budget peine à absorber cet afflux d'étrangers qui ne peuvent prétendre à aucune couverture maladie par défaut de résidence sur le territoire et/ou de document d'identité.

Les besoins d'interprétariat ne sont pas satisfaits. Dans chacun des hôpitaux de Cayenne et de Saint Laurent exerce un seul médiateur culturel, dont la fonction ne recouvre pas celle de l'interprétariat et qui ne parle de toutes façons pas toutes les langues usitées en Guyane (exemple : celui de Cayenne ne parle pas taki taki). Même à Saint Laurent, une assistante sociale déplore s'être vue refuser toutes les formations de taki taki qu'elle a demandées en deux ans.

D'un point de vue géographique, les prétentions de l'offre sanitaire extra-hospitalière ne sont pas réalistes au regard des moyens matériels dont on dispose<sup>229</sup> et la nécessité d'évacuer certains patients en métropole engendre des frais très importants.

L'hôpital de Saint Laurent peine à faire face aux spécificités épidémiologiques locales<sup>230</sup>. L'application des politiques nationales ne tient pas plus compte du contexte épidémiologique local. Deux exemples sont soulignés, le paludisme et le VIH.

---

<sup>227</sup> On s'irrite par exemple du refus de l'Education Nationale de laisser aux acteurs de terrain la possibilité d'adapter la scolarité à la situation guyanaise, refus à l'origine d'un immense gâchis et d'autant plus paradoxal que depuis quelques années s'est mise en place une politique française de reconnaissance des langues régionales, avec notamment un récent Capes de créole. (66)

<sup>228</sup> Il a été construit en 1995 sur les bases des besoins de 1985-90, sans tenir compte donc de l'explosion démographique qu'a connue l'Ouest guyanais depuis la guerre du Surinam (1986-1992). Le nombre annuel d'entrées à l'hôpital a doublé depuis le début de la guerre du Surinam (2508 en 1986, 5029 en 1999).

<sup>229</sup> La ligne téléphonique d'un centre de santé peut rester coupée des jours durant, et comme il n'y a même pas de radio pour assurer le relais pendant ces coupures, le centre se retrouve complètement isolé. Pourtant, tout modeste dispensaire de brousse possède au moins une radio ... (68)

<sup>230</sup> Les plus importants problèmes médicaux auxquels il est confronté sont

Alors que le paludisme sévit sur le fleuve et que les médecins de ville de Saint Laurent prescrivent quasiment quotidiennement des médicaments anti-paludéens, ces derniers, particulièrement onéreux<sup>231</sup> ne sont pas remboursés et les médecins n'ont même pas d'échantillons<sup>232</sup> à proposer à leurs patients<sup>233</sup>. Le tarif de la recherche du plasmodium sur un prélèvement sanguin a été récemment multiplié par quatre, ce qui est justifié en métropole (par manque d'habitude, cet examen prend bien deux heures) mais pas en Guyane où l'examen est réalisé en vingt minutes (34).

Arrêtons-nous sur l'exemple de la prévention des contaminations par le VIH. Certains professionnels déplorent l'inefficacité des messages d'information diffusés en Guyane.

Elaboré en métropole, le contenu de ces messages ne correspond pas à la réalité épidémiologique locale (plus de contaminations hétérosexuelles, plus de malades chez les plus de 50 ans, etc.). Or les soignants locaux abordent les patients en se basant sur ces informations erronées (données par les messages métropolitains, désignant comme populations à risque les jeunes, les toxicomanes et les homosexuels), préjugés à l'appui : *« celui-là a une tête à être séropo », sur des arguments qui déjà en métropole sont pas valables, mais ici encore moins.* (17).

Il faut en outre que les campagnes de prévention soient « parlantes » pour la population locale et ne fasse pas référence exclusivement à « l'autre » métropolitain ou homosexuel par exemple. Pendant le carnaval 2001 ont été diffusés cinq spots télévisés sur la prévention du VIH. Le rapport « Post test films sida » (Médiamétrie, 2001) recueille des témoignages exprimant combien la réalisation locale de ces spots, avec des acteurs locaux, a été appréciée du public guyanais (la créolité, le territoire guyanais, etc.). Mais la diffusion de ces messages se heurte malgré tout à des « résistances culturelles », les pratiques sexuelles en cause dans la diffusion de l'épidémiologie guyanaise faisant l'objet de tabous, comme l'homosexualité<sup>234</sup> et surtout le multi-partenariat sexuel (le Carnaval offre à ce sujet un bel exemple de non-dit<sup>235</sup>).

- 
- le nombre d'accouchements très élevé (1700 par an), en rapport avec l'immigration (71% seraient des femmes Bushinenguées surinamiennes) et le taux de natalité très élevé (Saint Laurent détient le record national)
  - les maladies infectieuses : le VIH (en pleine expansion, là aussi record national) et les maladies liées à l'environnement tropical (paludisme et dengue)
  - la drépanocytose, dont la fréquence élevée est en rapport avec l'origine africaine de la population noire marronne
  - les pathologies liées à la précarité, et en particulier à l'eau non potable (gastro-entérites, fièvre typhoïde ...)

Enfin, rien n'est fait pour contrer une épidémie à venir, celle du diabète. (59)

<sup>231</sup> Expérience personnelle : la prophylaxie pour deux adultes et un enfant pour une semaine de séjour en zone d'endémie (sur le fleuve) coûte à peu près 250 euros.

<sup>232</sup> Ne sont pas en cause ici les politiques nationales de santé, mais les stratégies commerciales des laboratoires pharmaceutiques.

<sup>233</sup> Les médecins de ville interrogés racontent limiter les dépenses pharmaceutiques autant que faire se peut à leurs patients dépourvus de couverture maladie, en leur donnant des échantillons distribués par les laboratoires (26, 34).

<sup>234</sup> Sans la remettre en cause, il faudrait, selon un médecin (17) relativiser la prédominance hétérosexuelle de la diffusion de l'épidémie associée à la Guyane depuis le début de l'épidémie. Le stigmatisation dont font l'objet les homosexuels en Guyane peut amener des hommes contaminés au cours de rapports avec d'autres hommes à se qualifier néanmoins d'hétérosexuels, avec pour conséquences des statistiques erronées, et des homosexuels

Toute communication sur le sida se heurte également à une peur de la mort et de la maladie, particulière chez les Créoles guyanais et exacerbée dans le cas du sida par les représentations de mort imminente (*ici on n'a toujours pas intégré que être séropositif c'est pas être mourant du sida* (15)) et de maladie honteuse, d'Haïtiens, d'étrangers.

Il faut enfin mentionner l'assise de plusieurs églises évangélistes, jusqu'à Saint Laurent, farouchement hostiles au port du préservatif<sup>236</sup>.

L'introduction en Guyane du numéro vert Sida Info Service illustre la difficile adaptation de pratiques métropolitaines (15).

Sida Info Service est une association métropolitaine qui gère plusieurs dispositifs d'écoute téléphonique, dont le plus ancien est le numéro vert du même nom. Fonctionnant 24 heures sur 24, ce numéro est accessible en Guyane depuis quatre ans (plus de dix ans au niveau national). Ses objectifs sont l'écoute, l'information, le soutien, l'accompagnement et l'orientation, avec préservation de l'anonymat de l'appellant.

Son introduction en Guyane est confrontée à deux difficultés majeures.

L'isolement départemental rend difficile la promotion du numéro : un seul membre de l'association est présent sur place et il ne l'est que depuis peu, il lui faut reprendre tout le travail de promotion auprès des fournisseurs d'information sur le numéro<sup>237</sup>. Enfin, la population locale connaît mal les caractéristiques des numéros verts (il semblerait que de nombreux Guyanais pensent, à tort, que les numéros verts ne sont pas accessibles en Guyane).

---

qui ne se sentent pas concernés par les messages qui leur sont adressés, ne se reconnaissant pas en tant que tels mais en tant qu'*hétérosexuels qui ont des rapports entre eux, ce qui n'a rien à voir ...* (17)

<sup>235</sup> Le tabou autour de l'homosexualité s'inscrirait dans une invisibilité plus générale, chez les Créoles guyanais, de tout *ce qui est sexuel* (15).

Le carnaval de Guyane devient une destination prisée pour le tourisme sexuel, on y vient depuis les Antilles, voire de métropole, et le pic de naissances, neuf mois plus tard, n'est un secret pour personne. Cette réalité est reconnue dans les discours individuels (« *quand Touloulou veut, on peut pas dire non* ») (pendant le carnaval, les Touloulou sont des femmes masquées qui invitent les hommes à danser, inversant les codes de la séduction, cf. à ce sujet le rapport « *Post test films sida* » (Médiamétrie, 2001)). Elle est cependant niée dans les discours généraux sur la société (*c'est quelque chose qui ne peut pas être dit*).

Ce non dit autour de pratiques sexuelles à risque constitue un obstacle à la prévention : *quand je parle de prévention au moment du carnaval, je vois des gens qui sautent au plafond « mais ça va pas, pour qui vous me prenez ?? »* (15) ; *Quand on évoque qu'il pourrait y avoir du sexe pendant le carnaval, apparemment c'est l'insulte suprême faite au pays, à sa culture, à ses traditions, alors que tout le monde sait que c'est pour baiser, quand même, on baise sur les bagnoles, etc. et c'est très bien d'ailleurs et vive la vie ! (...) une société coincée, des pratiques qui ne le sont pas du tout, et un discours qui rend le discours sur la pratique très difficile ... enfin bref on est dans une hypocrisie totale.* (17)

<sup>236</sup> Une de ces organisations a demandé à AIDES Saint Laurent de participer à une journée d'information sur le sida ... tout en lui interdisant de parler de préservatifs et d'antirétroviraux car « *seules la fidélité et la prière respectivement préviennent et guérissent du sida* ».

L'influence des Eglises est également décrite au Surinam. Les évangélistes comme les catholiques s'y opposent à la distribution des préservatifs et considèrent que la prière peut guérir du VIH. Les membres des communautés religieuses en sont chassés à l'annonce de leur séropositivité. (11)

<sup>237</sup> En métropole, le numéro de Sida Info Service figure parmi les numéros d'urgence des annuaires métropolitains, et le mot clé « sida », sur les pages jaunes en ligne, fait apparaître Sida Info Service parmi les premières réponses. Ces signalements sont le fruit de négociations avec les entreprises gérant l'édition des annuaires et France Télécoms. Les interlocuteurs ne sont pas les mêmes en Guyane (entreprise différente et France Télécoms Caraïbes) et tout ce travail de négociation doit y être reconduit. En six mois de présence sur place, le militant n'est toujours pas arrivé à le faire aboutir.

La « question culturelle » se décline à trois niveaux : quelles langues proposées sur ce numéro vert (faut-il des langues locales pour plus de proximité <sup>238</sup>) ? Les campagnes de communication sur ce dispositif téléphonique (élaborées en métropole) sont-elles pertinentes en Guyane <sup>239</sup> L'outil téléphonique est-il perçu en Guyane comme un réel moyen d'écoute ?

Conséquence de cette encore faible activité du dispositif, il est difficile d'avoir une image exacte de la population des appelants. Les appels en provenance de Guyane, ces deux dernières années, ont été si peu nombreux qu'ils ne peuvent donner lieu à aucune exploitation statistique <sup>240</sup>. Or la mauvaise connaissance de la population cible induit une incapacité à adapter l'outil.

### **Les difficultés de recrutement des professionnels soignants**

En Guyane, si le modèle national n'est pas à la hauteur de ses ambitions, c'est aussi parce qu'il pêche par carence des moyens humains. Celle-ci est d'abord liée aux difficultés de recrutement des professionnels qui engendrent des insuffisances tant quantitatives que qualitatives de l'accès aux soins.

#### ***Insuffisances quantitatives***

De façon générale, on déplore le manque de personnel médical et paramédical, par défaut de candidatures, malgré les avantages financiers (salariaux et fiscaux). Le manque concerne particulièrement les fonctions spécialisées <sup>241</sup>.

---

<sup>238</sup> Tous les résidents de Guyane ne sont pas francophones, tant s'en faut. Faut-il alors mettre en place des écoutants en d'autres langues que le français ? C'est ce qui s'est fait récemment, au niveau national, en anglais, espagnol, arabe, russe et un dialecte africain. Mais la mise en place d'écoutes parlant créole et taki taki pour la zone caraïbe fait débat, au sein de l'association : trois facteurs pourraient amoindrir l'intérêt de ce qui représente pour l'association un investissement financier important :

- le risque de reconnaissance et de rupture de l'anonymat : il faudrait en effet recruter et former des écoutants sur place (pour l'instant, les écoutants sont localisés en métropole)
- est-ce que des Créoles guyanais appelleront des Créoles martiniquais ou guadeloupéens et vice versa ? (les différents accents s'identifiant rapidement) (mais à l'inverse, appeler quelqu'un qui est en métropole peut aussi représenter un frein : « *c'est que des Métros qui sont loin de nous ...* »)
- enfin, les expériences nationales de mise en place d'écoutes en diverses langues étrangères, ne rencontrent pas grand succès (il n'y a pas plus d'appels pendant leurs créneaux horaires)

Avec ce débat, c'est la question, vaste, de la pertinence des « filières culturellement spécifiques » qui est posée. Précisons d'ailleurs que AIDES Guyane édite des brochures et des cassettes-audio en taki taki, créole, portugais, anglais et chinois.

<sup>239</sup> Sur les affiches, on voit par exemple un interphone devant une porte d'immeuble (or de nombreuses personnes vivant en Guyane n'en ont jamais vu), uniquement des visages « de Blancs », un jeu de mot assez spécieux, etc.

<sup>240</sup> Tous les cinq appels, il est demandé à l'appelant son âge, son département, la façon dont il a eu connaissance du numéro, et si c'est ou non son premier appel.

Exemple : à un moment donné, une personne appelait régulièrement, alors tous les appels reçus, au total peu nombreux, venaient peut être de cette même personne.

<sup>241</sup> Quelques exemples :

Quand les patients sortent de l'hôpital, la suite des soins est problématique en raison de la carence de médecins de ville spécialistes (par exemple pour la dermatologie ou le sida), de rééducateurs, etc. (6, 47).

A l'hôpital de Saint Laurent, le service de médecine est dirigé par deux médecins, l'un, cardiologue, prend en charge les patients relevant de la cardiologie et de la pneumologie, tandis que l'autre, spécialiste en maladies

Une conséquence de la carence en personnel médical est que l'offre de soins en matière de VIH est strictement hospitalière, en la quasi-absence de dépistage et de suivi en ville ou en centre de santé. La création d'un réseau ville hôpital à Saint Laurent permet de remédier quelque peu à cette situation, avec un début de relais pris par les médecins de ville, mais ce n'est pas encore le cas à Cayenne. Or l'absence d'alternative au suivi hospitalier peut générer deux types de difficultés qui se voient exacerbées par des « spécificités guyanaises ».

C'est d'abord l'impossibilité pour le patient de choisir son équipe soignante en fonction de ses « affinités ». Cette absence de choix peut devenir problématique lorsque le patient perçoit des préjugés racistes dans l'attitude de l'un ou plusieurs de ses soignants, or on a déjà dit la prégnance du jeu interethnique sur la scène guyanaise et notamment de l'accès aux soins. L'accueil discriminatoire, dès lors qu'il est perçu par la victime, peut la décourager à continuer son suivi.

Il est par ailleurs bien plus difficile d'espérer se fondre dans l'anonymat, tant les couloirs des services VIH sont repérés comme tels<sup>242</sup>, or on a dit l'importance de la stigmatisation associée à la maladie : certains préfèrent renoncer à se faire tester à la CDAG (les deux CDAG guyanaises en état de marche sont hospitalières) ou suivre au CISIH. A noter que la plupart des patients ayant les moyens financiers de se faire suivre hors du département (c'est à dire payer les frais de transport : à Cayenne quand ils relèveraient plutôt de Saint Laurent (à 250 km de là), en Guadeloupe, voire en métropole (la « médecine Air France »)), par crainte d'être reconnus, sont créoles<sup>243</sup>.

Le membre d'une association de lutte contre le sida (15) déclare ainsi avoir rencontré une jeune Haïtienne qui a interrompu son suivi hospitalier en raison du perçu d'une attitude discriminatoire à son égard et d'un risque de se faire reconnaître dans les couloirs du CISIH.

La carence de l'offre est également patente en terme d'analyses biologiques et médicales. La recherche du VIH dans les prélèvements sanguins est réalisée par le service de biologie de l'hôpital de Saint Laurent depuis 1987 et le calcul de la charge virale l'est depuis 1995 ... mais 50 examens maximum sont réalisés chaque matin en externe au laboratoire hospitalier, et les 50 numéros sont distribués dès 8h, il faut donc se présenter à 7h30, ce qui pose problème à ceux qui ont des bilans réguliers, surtout quand ils viennent à pieds.

Une autre conséquence de la pauvreté de l'offre de soins spécialisés est le risque de discrimination non pas ethnique mais économique.

Comme en métropole, de nombreux dentistes refusent le « tarif CMU » qu'ils considèrent totalement inadapté aux frais qu'engendrent leurs activités et demandent un supplément d'honoraire, « de la main à la main », avec une qualité des soins éventuellement proportionnelle à la somme payée. Cette situation est exacerbée en Guyane par le très faible

---

infectieuses, s'occupe de la gastrologie, des maladies infectieuses et du CISIH. Un poste d'endocrinologie a été ouvert mais il n'est pas pourvu, résultat le diabète, dont la prévalence est élevée, est pris en charge par des non spécialistes qui de plus n'ont pas le temps d'engager les actions de prévention nécessaires (59).

Une médecin de la PMI de Saint Laurent (43) déplore l'absence sur tout l'Ouest guyanais (voire tout le département) de psychologue, de pédopsychiatre, d'orthophoniste, de spécialiste de la rééducation, de kinésithérapeute.

Les partenariats sont particulièrement importants, dans une telle situation de carence de professionnels

<sup>242</sup> C'est également le cas à AIDES, seule association de tout Saint Laurent investie dans le domaine du VIH : certains malades, y ayant croisé une connaissance, préfèrent désormais appeler plutôt que passer. (22)

<sup>243</sup> ce qui ne baise par les statistiques départementales des files actives, puisque le lieu de résidence des patients suivis est recueilli.



nombre de dentistes qui prive le patient d'alternative, surtout sur le Maroni où aucun dentiste n'accepte de venir (même pour simplement tenir des permanences) (seuls viennent des « arracheurs de dents » ou « extracteurs » privés, du Surinam). Les habitants du fleuve doivent donc se rendre à Saint-Laurent, ce qui leur coûte cher en temps comme en argent. Cette appréhension du coût induit un retard à la consultation, celle-ci venant souvent après une tentative de soin auprès d'un « extracteur ». De plus, les patients refusent souvent de rester plusieurs jours de suite à Saint Laurent, alors que leur traitement peut nécessiter plusieurs consultations (il faut par exemple revoir le patient plusieurs jours après une dévitalisation pour effectuer le reste du soin, alors les gens préfèrent, et la demandent avec insistance, une extraction ... même à 30 ans). (79)

Un ophtalmologue vient deux fois par mois à Saint Laurent, les files d'attente sont interminables. Il refuse de faire l'avance des frais pour les bénéficiaires de la CMU : les gens doivent payer la consultation. Le collègue, grâce au fonds social collégien, accorde des aides financières à certains parents. Ainsi, quand les parents vont acheter une paire de lunettes, ils donnent la facture au fonds social qui paie l'opticien, sans qu'ils aient à payer ni à faire l'avance des frais. Mais l'ophtalmologue refuse ces bons de prise en charge, exigeant d'être payé dès la consultation, ce qui prive de consultation les enfants dont les parents ne peuvent pas faire l'avance des frais. (42)

### ***Insuffisances qualitatives***

Incompétence grave ; misogynie ou pédophilie ; irréfrenable cupidité en libéral et gaspillage de l'argent public à l'hôpital<sup>244</sup> ... les professionnels métropolitains portent un jugement sévère sur les soignants, en particulier les plus qualifiés d'entre eux, c'est à dire métropolitains.

### Profitant des besoins élevés

Certains médecins de ville de Saint Laurent profitent de la rareté de l'offre et de la pression de la demande qui s'ensuit pour s'enrichir rapidement (d'autant plus que des avantages fiscaux sont prévus, tels que l'absence de taxe pendant les cinq premières années d'installation). Ainsi, ils ne donnent pas de rendez-vous, prétextant que les gens ne sauraient pas les gérer. C'est en fait un moyen de multiplier les consultations quotidiennes (on parle de « matinées à quarante patients », de consultations comptées pour *chacun des six enfants d'une mère qui vient pour des vers*), surtout depuis la réforme CMU, que les patients ne sont plus arrêtés par le montant des honoraires.

---

<sup>244</sup> Voici deux exemples d'évacuations sanitaires dont la gestion en dépit du bon sens s'est avérée fort onéreuse. Une nuit, un service de l'hôpital de Saint Laurent demande qu'un patient soit transféré de toute urgence à Cayenne. Or l'hélicoptère de l'hôpital ne vole pas la nuit. On fait alors appel au Puma, l'hélicoptère militaire dont la sortie coûte 80 000 Frs. Mais le Puma est déjà occupé sur une autre mission. On fait alors venir le Transal : l'avion des troupes militaires, à 180 000 Frs la sortie. Le malade enfin arrivé à Cayenne, on s'aperçoit qu'il n'y a pas le plateau technique suffisant à sa prise en charge. Il faut envoyer le patient en Martinique. Mais il n'y a pas d'avion dans l'immédiat. On affrète un jet privé. A son arrivée en Martinique, il s'avère que le seul médecin capable de le prendre en charge est en vacances ... Le patient est alors transféré à Miami (probablement en jet privé également). C'est un clandestin brésilien. Il était hospitalisé à Saint Laurent depuis une semaine ... d'où on aurait pu sereinement le transférer à Cayenne en ambulance, si on s'y était pris un peu avant. Il y a aussi le cas d'une patiente transférée en métropole, dans un désordre inimaginable, pour une greffe coeur-poumon ... en omettant de signaler qu'elle présentait la seule contre-indication absolue à cette intervention : une drépanocytose. (70)

Mais les patients paient un autre prix pour cette rentabilité : les files d'attente dans la rue se constituent dès quatre heures du matin à l'extérieur des cabinets médicaux, les salles d'attente non climatisées et bondées sont parfois la scène de bagarres. Chez l'ophtalmologue, qui vient une fois par mois de Cayenne, certains se présentent dès quatre heures du matin, puis vendent leur numéro. (59, 69)

Cette cupidité serait perçue par la population, justifiant chez cette dernière les « abus » de consultations dont on l'accuse notoirement (« les gens consultent pour un rien ») : *ils savent que les médecins sont là pour le fric, alors ils n'hésitent pas à venir pour un oui ou pour un non.* (69)

### Inexpérience professionnelle et turn over

Nombre des acteurs métropolitains interrogés sont jeunes, leur expérience professionnelle préalable à leur exercice en Guyane est brève, voire nulle. La Guyane est l'occasion, juste après l'obtention du diplôme, au début d'une autonomie financière et avant la constitution de charges familiales, de « se faire la main », d'économiser rapidement un petit pécule, pour éventuellement partir ensuite à la découverte du reste de l'Amérique du Sud.

Il est ainsi moins souvent question de faire sa carrière en Guyane que de l'y débiter.

La deuxième caractéristique du personnel métropolitain, jeune ou moins jeune, est d'ailleurs son turn over important<sup>245</sup>. La brièveté des temps d'exercice peut être prévue dès le départ ou bien provoquée par une lassitude devant les nombreux dysfonctionnements pointés. Les conséquences négatives, en terme de continuité des travaux entrepris, sont légions<sup>246</sup> ... et

---

<sup>245</sup> Lors de notre arrivée en Guyane en mai 2002, la plus « ancienne » des trois assistantes sociales (toutes métropolitaines) de l'hôpital de Saint Laurent est en poste depuis deux ans et demi, elle part dans deux semaines. La responsable du service social est arrivée il y a deux ans. La troisième est arrivée il y a six mois, elle part dans un mois. Deux nouvelles vont arriver au cours des six mois suivants.

Les internes en médecine, qui représentent presque un tiers des effectifs médicaux restent six mois à deux ans. En l'espace de deux mois après notre enquête, quatre des médecins de l'hôpital de Saint Laurent quitteront la Guyane (sur une vingtaine, sans les internes), ainsi que le directeur de l'hôpital, le responsable des ressources humaines et la responsable du service infirmier.

A la DSDS, le médecin inspecteur en charge de l'accès aux soins (PRAPS, PASS ...) vient de partir, il sera remplacé quelques mois plus tard, l'inspectrice en charge des ouvertures de droit et des évacuations sanitaires est là depuis quelques mois, le directeur vient quant à lui d'arriver.

A la CGSS, le médecin conseil qui s'occupe des demandes d'autorisations lors d'évacuations sanitaires est arrivé il y a deux ans.

A la sous-préfecture, un nouveau secrétariat général arrive au cours de mon séjour (la réunion qui avait fait date, sur les cartes de séjour pour soins, avait eu lieu avec son prédécesseur ainsi qu'avec l'ancien coordinateur de Aides, l'assistante sociale hospitalière et le médecin hospitalier qui s'en vont, il va donc falloir tout « remettre au point »).

Un certain nombre de professionnels « tournent » entre les différents TOM et les DOM ... (Un jeune médecin d'un centre de santé de l'intérieur, ainsi que l'infirmière, sa femme, ont déjà exercé en Guyane, Martinique, Nouvelle Calédonie ... un autre couple de médecin et infirmière, en fin de carrière, n'ont encore jamais exercé en métropole ...)

<sup>246</sup> Au service social de l'hôpital de Saint Laurent, les assistantes sociales insistent sur l'importance de connaître en personne leurs interlocuteurs pour mettre au point les procédures.

Au cours de nos six mois d'enquête, le nombre d'assistantes sociales en poste à l'hôpital de Saint Laurent est passé alternativement de trois à deux puis une puis trois à nouveau. Un même assistant social est passé, en quelques mois de présence en Guyane, successivement, au service social de secteur, à celui de l'hôpital et à celui du collège, avec chaque fois beaucoup d'insatisfaction.(38)

Il y a deux ans, une assistante sociale (2) venait tous les matins au staff des médecins de psychiatrie. Mais l'équipe a changé, et la nouvelle équipe se désintéresse de l'aspect social. Le manque de temps aidant, l'assistante sociale ne va plus au staff.

sont en partie responsables de la lassitude sus-dite et du départ prématuré des professionnels, d'où une spirale infernale des départs.

Face à ce tourbillon, les acteurs créoles apparaissent comme les éléments stables du système. Un assistant social estime qu'ils sont les grands bénéficiaires de ce turn over des Métropolitains prématurément « usés », il cite trois noms de familles créoles, fortement

---

L'association AIDES a changé deux fois de coordinateur en moins de six mois, le dernier a été engagé quelques semaines après son arrivée en Guyane. Alors qu'une réunion de quatre heures entre l'ancienne équipe et l'assistante sociale de l'hôpital avait permis de définir la répartition de leurs fonctions respectives quant à la prise en charge sociale des patients séropositifs, tout est à refaire. Or la nouvelle équipe n'a pas fait l'effort de se présenter au service social pour faire ce cadrage. Alors l'assistante sociale ne veut plus travailler avec eux. (2)

Une employée de l'agence départementale d'insertion (31) avait l'habitude de travailler avec les assistantes sociales de secteur. Mais il y a trois ans elles sont toutes parties. L'employée ne sait pas si elles ont été remplacées. Elle a de toutes façons perdu l'habitude de cette collaboration. De façon plus générale, il lui est difficile d'avoir des repères, dans les services sociaux des différentes administrations, tant les changements de personnes se succèdent.

Quand cette jeune assistante sociale (18) est arrivée en Guyane, engagée à la PASS de Cayenne, il y a moins d'un an, elle ne connaissait rien à la question des PASS, ni de l'AME et de la CMU, ni en fait à l'accès aux soins, puisque son autre expérience professionnelle était à l'Education Nationale. La collègue qui la précédait ne lui a laissé aucune information. Donc il a fallu qu'elle *se débrouille*. Elle a récupéré sur Internet des informations sur les PASS. Elle est agréée DSDS pour s'occuper de la Sécurité sociale, mais ne sait pas comment elle l'a été. Pour les questions AME et CMU, elle s'est formée, notamment grâce à des conversations téléphoniques avec les deux responsables CMU-AME, Mme D et Mme B.

Elle ne connaît aucune des associations agréées pour les ouvertures de droit couverture maladie avec lesquelles elle serait susceptible de travailler.

Ses partenaires pour se former sont donc :

- ses collègues assistantes sociales d'autres PASS : celles de métropole, car celle de Saint Laurent, emploi jeune, est elle-même assez perdue, sa responsable étant partie à Cayenne peu après l'installation de la PASS, la laissant seule en poste
- la DSDS : une jeune inspectrice qui vient d'arriver
- la CGSS : Mme D est citée par quasi tous les professionnels comme leur informatrice privilégiée sur les textes CMU-AME ...

Le secrétaire général à la sous-préfecture de Saint Laurent (63) est en poste depuis un mois et demi, il répond de façon très peu assurée même aux questions les plus simples sur les procédures d'instruction des demandes de titre de séjour (pour soins ou autres), se rapportant systématiquement aux textes, qu'il semble découvrir à l'occasion de notre entretien. Il justifie cette méconnaissance flagrante en expliquant que lors de sa précédente affectation, il ne s'occupait pas de droit des étrangers, ni d'autres questions qui relèvent ici de sa compétence, et qu'il se sent un peu débordé par la quantité de textes avec lesquels il doit se familiariser ...

Ainsi, ne sachant pas si un numéro d'immatriculation est demandé aux requérants d'un titre de séjour, il nous renvoie ... à la préfecture à Cayenne

Il semble également très peu au fait de la situation migratoire saint-laurentaise, découvrant en cours d'entretien, dans un document laissé par son prédécesseur, la question des Surinamiennes qui viennent accoucher en Guyane. Il affirme également ne pas connaître les pratiques des forces de l'ordre en matière de contrôles d'identité et de reconduction à la frontière (à l'égard des étrangers sans titre de séjour mais détenteurs d'un certificat médical ou d'un livret de naissance d'un enfant), considérant que son travail est *administratif*, et que ces questions doivent être directement vues avec la PAF ou les gendarmes.

Au total, c'est en méconnaissance générale des textes, de la situation migratoire locale, et des pratiques des forces de l'ordre, qu'il porte un jugement global sur la pratique de l'instruction des demandes de titre de séjour à Saint Laurent : il lui semble qu'on est *assez large, assez humanitaire*, sur les questions des titres de séjour pour soins, et que comme *c'est vraiment du cas par cas*, il ne peut pas répondre à nos questions ( !! certes chaque dossier offre une situation unique, mais son traitement n'est-il pas régi selon des critères standardisés et réglementaires, plutôt que variables et relevant d'« humanisme » ? ).

Il explique ainsi avoir parfois cinquante de demandes de titres de séjour à signer, et faire confiance à ses agents qui les instruisent, mais tout relire malgré tout, parce que *c'est des êtres humains qui sont en jeu*, ils viennent ici parce qu'ils sont dans des *situations financières difficiles*.

implantées à l'hôpital, dont les membres sont embauchés à des postes divers (secrétariat, etc.) dès qu'une place se libère, grâce à leurs appuis sur place et sans en avoir la qualification (38). Remarquons également que Mme D, responsable créole à la CGSS, est citée par quasi tous les acteurs interrogés comme leur informatrice privilégiée sur les textes CMU-AME ... difficile, dans ces conditions, de prendre des distances vis à vis des pratiques de la CGSS, surtout quand on est soi-même peu familiarisé avec eux ...

Le paysage associatif est également marqué par des remaniements aussi fréquents que profonds, à un rythme qui semble même plus rapide que le turn over humain<sup>247</sup>, ce brouillage des repères n'aidant évidemment pas la création de réseaux partenariaux : une assistante sociale (6) se plaint de tomber sur un « numéro non attribué » la plupart du temps quand elle veut appeler une association (expérience qui a été également la nôtre : une liste d'associations datant de deux ans, donnée à notre départ de la métropole, ne nous a guère été utile, quasiment toutes les associations ayant disparu à notre arrivée en Guyane). Les assistantes sociales hospitalières interrogées à Cayenne et Saint Laurent ne connaissent pas les associations de leur ville qui sont agréées pour constituer des demandes de couverture maladie et pour réaliser des élections de domicile, alors que ces associations pourraient leur offrir un partenariat intéressant, surtout étant donné la carence de service social de secteur à dans l'Ouest guyanais.

Les difficultés de communication avec les institutions viennent aggraver ce brouillage des repères (on verra notamment plus loin la pénibilité que décrivent les professionnels à propos de leurs relations avec la CGSS).

---

<sup>247</sup> On a déjà vu les exemples de AIDES et EMIPS. On peut donner ici celui de l'association SAVIP (association d'aide aux victimes d'agression pénale).

La même personne a dirigé successivement trois associations, chacune affichant un objectif différent, (aide aux enfants en difficulté, soutien scolaire puis enfin aide aux victimes d'infractions pénales) mais dont le fond de l'activité avait chaque fois pour noyau commun sa compétence de juriste. A partir d'un intitulé modulé selon les subventions disponibles au moment de sa création, l'activité de chaque association était étoffée dans de multiples directions. Par exemple, SAVIP, explicitement dédiée à l'aide aux victimes, propose une palette d'aide individuelle très diversifiée, pour toute personne qualifiée de « victime » : aide juridictionnelle bien-sûr, mais aussi écoute psychologique, suivi social, socialisation en crèche pour les plus jeunes des victimes et même sessions d'éducation dans les écoles du fleuve sur les MST et la toxicomanie (auprès de « victimes » potentielles ...).

Le travailleur social en poste à l'association se voit ainsi demandé de faire de l'éducation à la santé et de réaliser des entretiens psychologiques, fonctions pour lesquelles ils ne se sent pas toujours à l'aise, tout en regrettant de ne pas pouvoir exercer pleinement la sienne propre (suivi social), les personnes correspondant à la catégorie de victime montrant généralement moins d'intérêt pour un suivi social que pour une aide technique juridique que seule la juriste de l'association est en mesure de leur fournir.

Outre cette inadaptation du travailleur social aux activités de l'association, la faible visibilité de l'un et de l'autre auprès de leurs partenaires potentiels est frappante, surtout dans un contexte saint-laurentais caractérisé par un déficit massif de travailleurs sociaux :

- le travailleur social de l'association se désole de ce que aucun partenaire potentiel (l'hôpital, la maison de justice, l'Education Nationale, une association, etc.) ne lui ait jamais adressé qui que ce soit ... le seul qui s'est adressé à lui est une association de lutte contre la toxicomanie qui l'a prié de ne pas s'occuper de Saint Laurent car elle couvre déjà ce territoire !
- la surveillante du service de psychiatrie de l'hôpital voit dans l'annuaire le nom d'une association d'aide aux jeunes en difficulté : elle est intriguée, intéressée, voudrait se renseigner ... las, cette association n'existe déjà plus, c'était l'ancêtre de SAVIP.
- seule une des sept autres assistants sociaux interrogés déclare être au courant de l'existence de ce poste de travailleur social.

Au total, l'offre socio-sanitaire se caractérise par l'opacité de son organisation<sup>248</sup>, responsable de gâchis (on a déjà noté l'exemple des travailleurs sociaux : en nombre bien insuffisant sur Saint-Laurent, sans même tous connaître leurs présences respectives<sup>249</sup>) et d'incohérence : il est par exemple remarquable que la plupart des professionnels sociaux et administratifs interrogés soient incapables de répondre avec certitude sur le devenir des dossiers de demande de couverture maladie ne satisfaisant pas aux critères de la CGSS (pas de résidence en France, pas de document d'identité par exemple), alors qu'il s'agit de l'aspect symétrique de leur propre activité<sup>250</sup>.

Dans ces conditions marquées à la fois par des moyens humains insuffisants quanti et qualitativement, les qualités le plus reconnues au dispositif d'accès aux soins sont justement celles qui permettent d'établir des liens<sup>251</sup>.

### Incompétence

Le niveau de qualité requis en métropole est revu à la baisse par certains professionnels métropolitains exerçant en Guyane, qui spontanément adaptent leurs pratiques à un « milieu d'outre-mer » (où les moyens et donc les exigences devraient être « forcément » inférieurs aux normes métropolitaines<sup>252</sup>), mais aussi en raison des difficultés de recrutement. Ce seraient les recalés de là-bas qui échouent outre-mer (pour les soignants comme pour les autres corps professionnels, tels que les enseignants). Circulent des histoires aux relents de baignade : on raconte (17) que des condamnés (pour pratiques pédophiles par exemple) s'étant vus proposer le départ en Guyane ou la prison, ont choisi la Guyane où ils *se sont installés dans une maison vide* .... Et ces recalés font fortune, grâce aux salaires élevés, aux avantages fiscaux et à la demande forte dans les secteurs libéraux.

---

<sup>248</sup> Ainsi, en matière d'accès aux droits à une couverture maladie, personne à Cayenne ne semble au courant du passage hebdomadaire d'agents du DSU (Développement Social et Urbain), médiateurs sociaux du service social de la mairie de Cayenne, dans les services de l'hôpital de Cayenne pour s'intéresser justement, notamment, aux difficultés d'accès à une couverture maladie : *Personne n'est au courant, vous vous rendez compte ? Moi même je ne savais pas*, s'exclame cette inspectrice DSDS pourtant spécifiquement investie sur ces questions. (53)

<sup>249</sup> On a vu ci-dessus l'exemple de ce travailleur social de SAVIP, dont la présence est inconnue de la grande majorité de ses collègues potentiels.

<sup>250</sup> Les seuls qui sachent sont certains agents des services de facturation des hôpitaux et un directeur d'hôpital : passage de ces factures en créances irrécouvrables puis leur inclusion dans le budget de l'hôpital pris en compte l'année suivante pour son enveloppe versée par l'ARH.

<sup>251</sup> Il s'agit par exemple :

- des relations de travail comme celles instaurées entre les MISP de la DSDS et les services hospitaliers (social et soignants) pour les demandes de titres de séjour pour soins ou d'IVG (pour les femmes dépourvues de couverture maladie, ou ayant-droits de leurs parents qu'elles ne veulent pas informer).
- de l'échange d'informations. La plupart des acteurs apprécie la disponibilité de Mme D, responsable CMU-AME de la CGSS.
- des dispositifs permettant d'assurer une certaine continuité, au-delà des changements de personnes. Le réseau ville-hôpital Matoutou, récemment mis en place à Saint Laurent, fait l'unanimité.

<sup>252</sup> On raconte par exemple que beaucoup de médecins qui exerçaient à l'hôpital de Saint Laurent avant la construction des nouveaux locaux de 1995 se sont habitués à une « médecine de brousse » (il arrivait qu'un chien passe entre les jambes des chirurgiens en train d'opérer ...) et auraient un peu trop tendance, aujourd'hui que les moyens se sont améliorés, à s'en contenter encore, se souciant trop peu par exemple des normes d'hygiène. (59) On regrette qu'hormis l'un d'eux, les anesthésistes ne fassent pas de péridurales pour les accouchements, prétextant le manque de temps, alors qu'ils l'auraient. (68)

Les centres de santé sont particulièrement exposés à ce type de difficultés : leur isolement en fait des postes peu attractifs pour les soignants métropolitains ; les autorités locales, créoles, font peu de cas des populations concernées (noires marronnes et amérindiennes essentiellement) (17). La tendance est peut-être cependant en voie de s'inverser, avec l'augmentation importante des salaires. Le salaire des médecins curatifs est passé de 16 000F par mois en 1993-1996 à 45 000 F en 2002, suite en partie à la mise sous tutelle ARH des centres curatifs. Les médecins préventifs, bien que restés sous tutelle du Conseil général, ont vu eux aussi s'élever leurs salaires, bien que dans une moindre mesure (23 à 26 000 F selon l'ancienneté), cette inégalité salariale constituant d'ailleurs un facteur de dysfonctionnement au sein des centres puisqu'ils sont théoriquement gérés conjointement par un médecin préventif et un curatif.

Les critiques portant sur le personnel soignant concernent également le personnel créole, volontiers qualifié de paresseux, plus prompt à se mettre en grève pour réclamer des aménagements des conditions de travail (cf. « la grève à l'hôpital de Saint Laurent » en annexe) qu'à se mettre au travail<sup>253</sup>.

Arrêtons-nous sur l'exemple du VIH. Les commentaires qui suivent sont le fait essentiellement d'un médecin (17) et du membre d'une association de lutte contre le sida (15), militants, arrivés en Guyane quelques mois auparavant. Ils regrettent que *le mouvement de pensée et de réflexion qu'il y a eu autour du VIH en métropole depuis quinze ans* (17), avec, dans un contexte militant, l'élaboration de techniques d'entretien ad hoc et de dispositifs assurant l'anonymat ou encore la prise en compte des conditions sociales ne soient pas « passées » auprès des soignants de Guyane.

#### *Exemple : l'éducation lors du dépistage du VIH*

De nombreuses occasions d'éducation à la santé en matière de sida sont gâchées lors de la réalisation des tests de dépistage, en raison du défaut de professionnalisme de certains médecins, qu'ils soient ou non spécialisés pour le VIH.

Trop souvent, les tests de séropositivité pour le VIH sont réalisés à l'insu des personnes, en l'absence donc de consentement éclairé.

A la maternité, les tests sont systématiques<sup>254</sup>, mais les demandes de consentement se résument souvent à : « *Alors Madame, vous êtes d'accord pour avoir un test ?* » (*la voix forte*) et sans que les intéressées ne le comprennent, ce qui amène certaines d'entre elles, à leur sortie de la maternité, à demander qu'on leur en fasse un ... (17, 66).

Ce médecin (17) raconte une situation s'étant présentée à lui le matin-même de l'entretien. Un médecin de ville suivait pour un diabète une femme haïtienne, francophone. Il lui fait faire un jour un test VIH, sans lui en demander l'autorisation préalable. Il s'abstient également de

---

<sup>253</sup> Un exemple parmi d'autres : une interne (81) s'indigne de ce qu'à la naissance d'un enfant de 1600 grammes, aucune des 4 infirmières ne s'est levée pour s'occuper de lui quand on le leur a amené : elles voulaient terminer d'abord leurs transmissions.

<sup>254</sup> On a vu que le dépistage systématique chez les femmes enceintes est tout particulièrement justifié en Guyane, où leur séroprévalence atteint 1,7%, alors qu'un traitement approprié peut faire baisser la probabilité de transmission materno-foetale du virus.

l'informer du résultat du test, positif. Il prend rendez-vous pour elle à la consultation du CISIH, informant la secrétaire du CISIH de ce qu'il n'a pas annoncé la séropositivité à la patiente (le défaut d'information donnée à la patiente se doublant donc de rupture du secret médical auprès de la secrétaire). Quand il annonce à la patiente qu'elle va devoir aller au CISIH, celle-ci, ne connaissant pas ce service, s'imagine que c'est le service de la dialyse et craint que son diabète ne se soit compliqué d'une insuffisance rénale. Mais elle s'incline sans poser de question et, ne sachant pas bien où trouver ce service, demande à sa sœur de l'y accompagner.

Elle se présente donc au CISIH, sans savoir pourquoi.

Cette situation est fréquente, et quand ce médecin s'en plaint auprès de ses collègues médecins, ceux-ci lui rétorquent qu'en fait les patients *savent très bien*, en dépit de leurs affirmations contraires. Lui assure que ce ne devait pas être le cas dans cette histoire puisque la patiente, quand il a commencé à lui parler de sa séropositivité, s'est inquiétée de savoir si on pouvait entendre à travers la porte et lui a demandé de parler moins fort parce qu'elle ne voulait pas que sa sœur (qui l'attendait, assise dans le couloir face à la porte) comprenne ce qui se disait

Ce médecin rappelle par ailleurs qu'il faudrait saisir l'occasion de la grossesse pour réaliser des tests chez les partenaires des femmes enceintes testées, celles-ci pouvant être contaminées en cours de grossesse. Mais en Guyane, comme en métropole d'ailleurs, les professionnels n'en font pas la demande aux femmes, considérant a priori que leurs partenaires ne les accompagneront pas en consultation, ces préjugés constituant ainsi des pertes de chance de dépistage comme d'éducation.

La réalisation à l'insu du patient d'un test sérologique ne fait finalement que traduire un défaut de réflexion sur l'importance de la qualité de l'information qui sera donnée au rendu de son résultat, qu'il soit négatif ou positif (counselling). C'est en effet, plus largement, une absence de mise à profit de l'annonce des résultats que conteste surtout ce médecin. Distinguons la situation des tests selon qu'ils sont réalisés hors ou en CDAG (consultation de dépistage anonyme et gratuit).

Hors CDAG, les tests étant réalisés le plus souvent à l'insu du patient, les résultats des sérologies négatives ne sont pas annoncés. Cette absence de communication est très regrettable étant donné que le premier objectif d'un test est *d'aider les séronégatifs à le rester*, tandis que la bonne prise en charge des séropositifs n'en est qu'un deuxième (argument de prévention primaire gâché)<sup>255</sup>.

Pour les sérologies positives : l'annonce est

- soit remise dans les mains d'autres professionnels : « *le test est positif, j'appelle le CISIH et le psy* » (*en parlant très vite*). Il raconte comment une sage femme lui a justifié son refus de faire ces annonces : « *moi je ne me sens pas habilitée à rendre un résultat positif, en tant que sage femme, c'est pas mon boulot de le faire, donc je ne le fais pas* ». Il lui a répondu « *pourquoi pas ? Mais dans ce cas-là, tu le prescribes pas* »
- soit réduite à une vague information à connotation biologique : « *ho, vous savez, le sang, il y a quelque chose dedans, vous savez il y a un virus* », justifiée par « *parce que « virus » ils savent ce que c'est* ».

---

<sup>255</sup> En outre, sachant qu'un test est réalisé lors de la grossesse mais qu'on n'en donne le résultat que s'il est positif, des hommes, sur le fleuve, concluraient de leur séronégativité du seul fait que leur compagne n'a pas été césariée : l'absence d'explication au rendu du résultat entraînerait donc un certain nombre d'approximations.

Il donne l'exemple d'une personne pour laquelle on vient de lui demander de faire l'annonce de la séropositivité ... dépistée en 95.

A la CDAG de Cayenne comme à celle de Saint Laurent, l'entretien à la prescription n'est pas réalisé par un médecin mais par un infirmier, or, indépendamment de sa *bonne volonté*, la formation de celui-ci ne peut suffire à la tâche : en terme de technique d'entretien et surtout d'aptitude à poser l'indication des différents examens à réaliser (tel type de test, quel marqueur rechercher, etc. ...), dans le cadre des dépistages VIH mais aussi VHB-VHC qui sont réalisés dans la même structure<sup>256</sup>. Le rendu des tests est en revanche fait par un médecin, alors que ce n'est pas une contrainte légale (contrairement à la prescription), tant que le résultat est négatif. La CDAG de Cayenne dépendant du service de dermatologie, le résultat est rendu par<sup>257</sup> :

- un interne de spécialité de dermatologie si le test est négatif : or quelle garantie en terme de la qualification à rendre ces résultats le suivi de ce cursus étudiantin apporte-t-il ? Ce médecin donne un exemple de rendu de test négatif qu'il a entendu : *(d'une voix forte) : « c'est bien t'as rien, tu mets une capote. Moi j'en mets, alors tu peux en mettre »* et il commente : *parce qu'on tutoie tout de suite.*
- le chef du service de dermatologie s'il est positif, ce qui induit un risque élevé de rupture du secret médical en salle d'attente. En effet, quand le chef de service n'est pas disponible, et alors que leurs résultats sont rendus à certains individus (séronégatifs), d'autres (séropositifs) s'entendent demander, devant tout le monde, d'attendre l'arrivée du chef de service : *annonce sauvage en salle d'attente, c'est hallucinant.*

Cette absence de préoccupation pour la qualité du rendu des tests négatifs, pourtant cruciale en matière de prévention, et qu'exprime cette différenciation du rendu des tests selon qu'ils sont négatifs ou positifs, s'explique là encore par la perception du dépistage comme un outil pour dépister des séropositifs : *c'est de la chasse aux séropos, c'est pas s'occuper des négatifs.*

Au total, même dans cette CDAG, on constate une absence de prise en charge médicale à la prescription, un rendu des tests positifs stigmatisant et un rendu des tests négatifs sans prévention associée.

Finalement, les médecins perpétuent l'invisibilité de la maladie : le silence qui pèse autour des tests de dépistages ne fait qu'entretenir le déni avec lequel les campagnes de communication sont reçues, campagnes qui, de plus, donnent une image déformée de la réalité épidémiologique locale.

#### *Exemple : l'observance thérapeutique en matière d'antirétroviraux*

On a vu que de graves insuffisances d'observation thérapeutique pour les antirétroviraux sont décrites en Guyane. Le responsable d'une association de lutte contre le sida (15) déclare que tout projet de les réduire doit passer par un travail considérable, une *révolution* ... à entreprendre d'abord non pas auprès des malades, mais des médecins : *On dit que l'observance, c'est 50-50, là je dis que c'est 90 de responsabilité médicale (rire). (...) Quand je dis que dans la non observance, il y aurait un boulot à faire avec les médecins de l'hôpital, il est immense, le boulot à faire.*

---

<sup>256</sup> En Guyane, aucune CDAG ne satisfait d'ailleurs aux normes nationales, le médecin en charge de celle de Cayenne la fermera au cours de notre enquête pour protester contre sa non conformité.

<sup>257</sup> A Saint Laurent, le même médecin rend tous les résultats.



Cette révolution passe par un changement du regard des médecins sur leurs patients, il faudrait que l'information dont ces derniers ont besoin leur soit donnée et que leurs difficultés soient entendues. Bref, cette indispensable amélioration de la communication passe par une auto-critique des médecins sur leur propre attitude.

Il faut donc commencer par informer les patients, c'est à dire prendre le temps de leur parler. L'insuffisance des efforts faits en matière de communication avec les patients peut en effet engendrer l'inobservance.

Exemple : une jeune Haïtienne arrête de prendre sa trithérapie deux jours après l'avoir commencée parce que, explique-t-elle, elle avait des nausées et ne voulait pas avoir « des nausées toute sa vie ». Mais son médecin lui a-t-il expliqué que les effets secondaires du premier mois de traitement s'estompent souvent par la suite ? Prendre le temps de donner cette information réduit considérablement le risque d'abandon précoce du traitement.

Il faut ensuite être à l'écoute des difficultés des patients, pour éventuellement adapter l'organisation de l'offre de soins, au lieu d'interpréter tout échec d'observance par un présupposé d'inaptitude des malades à assurer un suivi régulier.

Un exemple particulièrement éclairant est celui des de la non prise en compte de l'insuffisance des moyens de transport.

Les réseaux de transports collectifs guyanais sont notoirement insuffisants, les taxis collectifs affichent des tarifs bien trop élevés pour une population aux faibles revenus, tandis que leurs rotations n'ont rien de régulier (ils démarrent quand ils sont pleins). Si on ajoute à cela les distances géographiques (seules deux équipes hospitalières sur un département grand comme le Portugal), les charges familiales souvent élevées et le tabou qui entoure le sida, on comprend mieux les rendez-vous manqués : *une séropo qui a huit gamins, qui est perdue dans un bled, qui a pas un rond, qui ne peut en parler à personne ... la difficulté que c'est pour venir à votre rendez vous à une heure précise !*

Or l'hôpital ne propose aucune aide aux patients. Des solutions simples pourraient pourtant être mises en place, telles que la distribution de bons de transport ou l'organisation d'un transport associatif allant chercher les patients à leur domicile<sup>258</sup>. Cette totale absence de réflexion sur les moyens de transport, pourtant élément de base à l'accès aux soins<sup>259</sup>, s'inscrit dans une situation plus générale dans laquelle *il y a tout à mettre en place*.

Pire, ces difficultés de suivi sont mises sur le compte des patients, blâmés pour leur motivation jugée insuffisante. Un patient arrivé avec deux heures de retard à son rendez vous s'entend ainsi déclarer, alors que son médecin est disponible à l'hôpital : « *ha bin non, hein, et bin vous reviendrez, vous n'êtes pas arrivé à l'heure, c'est la énième fois que ça vous arrive* »

...

Un autre exemple est celui des catégorisations restrictives mises en jeu pour ne pas prescrire de trithérapie. Ces critères (« trop » d'enfants, assiduité « insuffisante » aux rendez vous, etc.) conduisent les médecins à considérer que le patient n'arrivera pas être observant et qu'il est

---

<sup>258</sup> Ce qui est réalisé par une association haïtienne, mais qui ne peut évidemment pas venir à bout à elle seule de tous les besoins.

<sup>259</sup> *Je trouve qu'il y a pas besoin d'être prix Nobel dans l'accès aux soins pour se dire qu'à ce niveau-là, il y a quelque chose à faire !*

Ajoutons que les rapports de santé publique guyanais ne manquent jamais de dûment souligner le poids des inégalités spatiales dans l'accès aux soins ...

donc inutile de lui proposer une trithérapie<sup>260</sup>. L'application d'un tel traitement discriminatoire (restriction des soins en fonction d'un préjugé de non observance) omet en outre l'impact parfois décisif de la mise sous trithérapie (qui « déclenche » le suivi régulier).

Un dernier exemple est celui de l'incapacité, si souvent décrite à propos de la population guyanaise, à prendre quotidiennement et à vie un traitement pour un « problème » asymptomatique (prévention tertiaire) : trithérapies, traitements antidiabétiques, antihypertenseurs ou prise quotidienne d'une pilule contraceptive (au contraire de la pilule du lendemain qui *fonctionne à merveille*). Certes, *il y a sans doute là-dedans quelque chose dans le fait de prendre un traitement quand on n'est pas malade, en continu, c'est quelque chose qui n'est pas du tout intégré.*<sup>261</sup> Mais il revient aux soignants, par de bons outils de communication, de faire comprendre l'importance de l'observance, au lieu de se contenter d'étiqueter de culturel ce problème<sup>262</sup> ... problème dont il aurait fallu s'occuper avant l'arrivée du VIH : de multiples études sont en cours sur la question de l'observance thérapeutique pour les antirétroviraux en Guyane alors que le département détient aussi des records de prévalence en matière de diabète ou d'hypertension. Cette carence de réflexion ne signe-t-elle pas une absence de remise en cause des médecins qui attribuent systématiquement aux patients la responsabilité des échecs d'observance ?

Enfin, les médecins devraient être attentifs à la qualité de leur parole et à celle de leur écoute, mais aussi à la cohérence de leur attitude. Ainsi, lorsque la pharmacie de l'hôpital de Cayenne se trouve en rupture du stock d'antirétroviraux (ce qui est survenu à deux reprises, récemment), au lieu de prendre fait et cause pour la continuité de la prise médicamenteuse de leurs patients, en reprochant avec virulence au directeur de faire subir à ces derniers la mauvaise gestion de sa pharmacie<sup>263</sup>, les médecins se contentent de demander aux patients de repasser la semaine prochaine ... et c'est l'ensemble du dispositif thérapeutique qui s'écroule, miné par ses incohérences : comment demander aux patients d'être observants si la prise de leur traitement est d'abord soumise à des erreurs professionnelles ? L'observance se trouve en effet fragilisée immédiatement, par la non prise du traitement, mais aussi à plus long terme,

---

<sup>260</sup> BUTON (2002), décrivant lui aussi cette approche des médecins du VIH en Guyane, la rapproche de l'approche qualifiée de « prédictive » de l'observance par J.P. Moatti et B. Spire. « Celle-ci considère qu'il est possible, à partir de l'identification des caractéristiques attachées aux individus agissant comme des obstacles à l'observance, de prévoir les comportements des patients en matière d'observance, et suggère en conséquence à la fois d'intervenir sur ces caractéristiques, et parfois, à défaut, de refuser de traiter les individus chez lesquels les obstacles sont trop importants. Contre cette approche dominante dans le milieu médical en général, Moatti et Spire proposent de penser les comportements individuels en termes dynamiques (prenant en compte la trajectoire de la personne et évaluant dans la durée son comportement), et relationnels, c'est à dire ne sous-estimant pas la responsabilité du système de soins lui-même dans la production sociale de la non-adhérence aux soins. » (BUTON, 2002, p. 70)

<sup>261</sup> Cette « non intégration » de la notion de prévention est également fréquemment invoquée pour interpréter la rareté des démarches d'accès à une couverture maladie en l'absence de besoin de soins.

<sup>262</sup> Il faut entendre l'expression de « problème culturel » au sens large. On décrit ainsi par exemple le rôle des nombreuses églises évangélistes présentes en Guyane qui interdisent ou du moins s'abstiennent de toute promotion des traitements médicamenteux. La difficulté à entrer dans un dispositif de suivi biomédical encourage ainsi les malades à opter pour une prise en charge religieuse : *c'est plus agréable quand même d'aller prier que de prendre la trithérapie tous les jours !* (15)

<sup>263</sup> L'argument selon lequel « c'est l'administration » ou mettant en avant la spécificité de la situation guyanaise, caractérisée par un défaut de moyens, n'est pas valable : *il y a des moyens, on a accès à tous les médicaments ...*

pas la mauvaise « éducation » que promeuvent des messages tels que « c'est le médecin qui ne l'a pas donné ».

### ***Exemple illustrant la conjonction de ces insuffisances : confidentialité et VIH***

Le refus des séropositifs de se faire connaître publiquement en tant que tels traduit la stigmatisation dont ils font l'objet, une stigmatisation « encore » particulièrement tenace en Guyane<sup>264</sup>. Ce militant de la lutte contre le sida (15) remarque que la scène militante guyanaise se singularise ainsi par l'absence d'une catégorie particulière d'acteurs : le séropositif local<sup>265</sup> ... Or avec cette absence de visibilité des malades, c'est un maillon essentiel de la lutte pour une amélioration de la prise en charge de la maladie qui fait défaut, le mouvement revendicatif mené localement par des personnes séropositives étant indispensable à l'évolution des mentalités professionnelles<sup>266</sup>. Cette visibilité des malades est tout aussi nécessaire à l'évolution des représentations populaires sur la maladie, pour dissocier

---

<sup>264</sup> Pour VERNON, l'individu noir marron fait partie d'une communauté. Ce n'est pas à lui qu'on annonce sa maladie, mais à sa famille : c'est elle qui absorbe le malheur. Mais il y a une maladie qu'on annonce à la personne elle-même, en raison de la honte qui lui est associée, c'est le sida. (communication personnelle) Deux conjoints peuvent se faire suivre sans s'être révélés mutuellement leurs séropositivité. (47) (Le Conseil National du Sida (2003) précise que seules 50% des femmes de couples sérodiscordants révèlent leur séropositivité à leur partenaire en 2002 ; un frein à ces révélations par les femmes séropositives est leur fréquente dépendance financière à l'égard de leur(s) partenaire(s) ; pour les hommes, un frein important est la crainte d'être accusés d'homosexualité, particulièrement stigmatisée). Un des patients d'un médecin (59) est mis au ban de sa famille depuis l'annonce de sa maladie, une autre cache sa séropositivité à sa colocataire et au père de ses enfants. Selon un professionnel rencontré par BUTON (2002), si certains consultants des CDAG ne viennent pas chercher leurs résultats, c'est parce que leur papier de convocation a été « tellement caché qu'ils ne les trouvent plus ». Suivi en CISIH et prise d'antirétroviraux peuvent également être évités par crainte d'éveiller des soupçons dans l'entourage. Mr D., responsable haïtien d'une association d'aide aux malades du sida (54) considère que le rejet des malades provient moins des soignants créoles à l'égard de patients étrangers que des membres de la propre famille du patient. Les malades doivent tout faire pour cacher l'altération de leur état de santé. Son association n'est d'ailleurs pas repérée « sida », son nom même n'indique rien de sa mission principale qui est le soutien des personnes séropositives (ASFMF, Association de Soutien aux familles des Malades et de Formation). L'association organise des transport à l'hôpital, mais rien n'est inscrit sur son bus, pas même le nom de l'association, pour empêcher qu'il ne soit repéré comme « *le bus qui amène les malades* ». Au local de l'association, les gens vont et viennent, mais personne ne sait qui est malade, hormis Mr D., qui est le seul à savoir utiliser le logiciel informatique. La distribution de colis alimentaires est faite *en toute confidentialité*. (...) *on ne connaît pas qui est malade, je ne dirais pas à quiconque, même à ma mère !*

<sup>265</sup> Ce n'est qu'en cette année 2002 qu'AIDES met en place un premier groupe de parole de personnes séropositives, une première étape vers la visibilité des malades étant déjà qu'ils se rencontrent entre eux. Mais cette invisibilité reste malgré tout relayée au niveau associatif : à AIDES, on conseillerait aux malades de suspendre tout projet de se faire connaître (après notre terrain, en décembre 2002, un malade a cependant témoigné pour la première fois à visage découvert lors d'une émission de télévision sur RFO Guyane). A l'image du peu de parole prise par les malades, le réseau associatif guyanais en matière de sida se caractérise par sa faiblesse numérique et l'implication de Métropolitains : trois associations sont investies exclusivement sur le VIH (AIDES, le GRID (groupement de recherche et d'innovation pour le développement) et Sida Info Service), elles sont gérées quasi exclusivement par des Métropolitains (être guyanais et s'intéresser au sida expose à la suspicion d'être soi-même séropositif) ; une quatrième est dirigée par un Haïtien et, on vient de le voir, elle n'affiche pas explicitement son champ d'application.

<sup>266</sup> Cette carence autorise par exemple, pour partie, l'attitude désinvestie des médecins face aux ruptures de stocks d'antirétroviraux à la pharmacie hospitalière que l'on a mentionnées plus haut. En métropole, si un séropositif s'entend dire, à l'hôpital « je n'ai pas de trithérapie, revenez dans une semaine », il *ne sort pas de l'hôpital tant qu'on ne lui aura pas donné sa trithérapie*.

séropositivité et mort imminente<sup>267</sup>, évolution qui seule pourra, en retour, alléger la stigmatisation qui pèsent sur les malades. Mais revendiquer ses droits de malade, dans le contexte de tabou qui entoure le sida, est évidemment une affaire délicate, le premier à se lancer devant être soigneusement soutenu et dûment informé des risques individuels qu'il encourt pour un bénéfice plutôt collectif (la communauté des malades).

En attendant le démarrage de ce mouvement de reconnaissance, la conscience du risque de se faire reconnaître en tant que séropositif pour le VIH constitue encore un frein majeur à l'accès aux soins en Guyane. On a vu que pour ceux qui ne peuvent partir loin, les limites de l'offre de soins, strictement hospitalière, peuvent sembler bien étroites et qu'à sida info service, le projet de mise en place d'écouter parlant créole ou taki taki est freiné par la crainte des appelants d'être reconnus par leurs écouter, forcément « locaux ».

Outre cette vulnérabilité d'ordre quantitatif (offre de soins réduite), la confidentialité est mise en péril par le défaut de conscience qu'ont les professionnels soignants eux-mêmes de son importance.

Ce militant associatif (15) rappelle que les mouvements de droits des malades du sida ont en métropole et ailleurs engagé une lutte pour le respect de l'anonymat et de la confidentialité, impulsant la mise en place de dispositifs spécifiques - comme le dépistage anonyme et gratuit - qui n'avaient jamais été pensés avant le sida. L'anonymat a en effet été d'emblée identifié comme un élément favorisant l'accès aux soins, tant est difficile à assumer la perception d'être reconnu comme séropositif par son entourage. Mais cette dynamique n'est pas pleinement parvenue en Guyane. Récemment arrivé de métropole, ce militant se dit choqué des façons de faire locales, quasiment anachroniques. Les médecins, c'est à dire des professionnels formés en - et le plus souvent issus de la - métropole, ne sont pas épargnés par ces critiques. S'ils adhèrent théoriquement à ces notions, ils ne les mettent pas toujours en pratique<sup>268</sup>. Ce décalage entre théorie et mise en pratique illustre le travail qui a été réalisé en métropole et qui reste à faire en Guyane.

Ce défaut de confidentialité s'avère crucial sur le fleuve Maroni.

Un pharmacien y ayant travaillé (61) déclare que les habitants refusent de s'y faire dépister par crainte que tout le monde y soit au courant du résultat : on raconte que les résultats des examens sérologiques sont donnés par téléphone par le laboratoire départemental de Cayenne (c'est celui qui décroche qui a le résultat), il n'y a pas d'armoire sécurisée pour ranger les

---

<sup>267</sup> *La séropositivité, c'est pas le sida, aujourd'hui il y a des traitements (...) Ici, on a le sentiment qu'être séropositif, c'est avoir le sida, et hop la mort.*

<sup>268</sup> Ce militant raconte avoir été surpris d'entendre un médecin, pourtant depuis longtemps investi professionnellement dans la prise en charge du VIH - *intellectuellement, la confidentialité, il est tout à fait au clair* - émailler un exposé d'informations sur les caractéristiques socioprofessionnelles des patients présentés en exemples, d'une façon suffisamment explicite pour que l'auditoire puisse identifier les personnes en question (ex : « le directeur de la poste »), tout à fait inutilement, bien-sûr, au regard de son propos. Un médecin (59) déplore que certains de ses confrères considèrent même que le maintien de la confidentialité n'est pas nécessaire en Guyane. Selon eux, si, de fait, la confidentialité n'est pas assurée dans le quotidien, notamment sur le fleuve ou dans la promiscuité des habitats urbains précaires, où il est difficile de faire quoi que ce soit à l'insu de son voisinage, c'est que *les gens s'en fichent*. Pour BUTON (2002), les médecins jugent que seuls certains de leurs patients sont attachés à la confidentialité, à savoir ceux qu'ils ne voient pas, tels que les Créoles qui se font suivre ailleurs (aux Antilles ou en métropole) par crainte de croiser à l'hôpital un parent ou une connaissance y travaillant et susceptible de les y reconnaître ... comme si les autres de leurs patients, étrangers par exemple, ne pouvaient pas craindre d'y être reconnus eux aussi, par d'autres patients cette fois.

dossiers, le personnel non médical des dispensaires peut consulter ces derniers et en divulguer le contenu. Ce risque de rupture du secret médical amène un médecin hospitalier investi dans cette pathologie à refuser d'organiser le dépistage du VIH dans les centres du fleuve et même, bien que *fervent partisan* des échanges de toutes sortes (courriers, réseaux, emails ...), à ne pas informer ses confrères des centres du fleuve de ce qu'il suit certains de leurs patients (sauf autorisation expresse de ces derniers), tout courrier qui leur est adressé étant susceptible d'être lu par tout un chacun, une fois rangé dans ces dossiers *ouverts à tout vent* (59)<sup>269</sup>. L'organisation-même des locaux n'est pas propice à la confidentialité : certains dispensaires sont dans un tel état de vétusté que tout ce qui s'y dit s'entend de l'extérieur (17) (certes, n'est pas en cause ici le défaut de professionnalisme des médecins, mais la négligence du Conseil général à l'égard des centres de santé)<sup>270</sup>.

Au total, le secret médical et le respect de l'anonymat, cruciaux dans le contexte stigmatisant qui sévit en Guyane, sont fragilisés par une série de facteurs tenant à l'insuffisance de l'offre de soins dans ses volets tant quantitatif (réduction de l'offre de soins) que qualitatif (défaut de professionnalisme des soignants)<sup>271</sup>.

### **Absence de prise en compte par l'Etat des pratiques restrictives des acteurs créoles**

On va s'attarder longuement, ci-dessous, sur les dérives que déplorent les professionnels métropolitains chez leurs collègues créoles, quand les enjeux communautaires s'immiscent dans leur activités professionnelles.

Or une dernière négligence de l'Etat quant à la spécificité du terrain métropolitain tiendrait dans son aveuglement sur ces dérives. C'est une fonctionnaire d'Etat (DSDS) (53) qui met en cause le plus explicitement les autorités centrales, regrettant que celles-ci tolèrent et même encouragent certains des excès de zèle des agents CGSS créoles, comme par exemple les refus d'AME pour défaut de document d'identité, alors que les déclarations sur l'honneur devraient être acceptées. Pour mettre le holà à de telles pratiques, elle demande aux assistantes sociales de l'informer de tout ce qui leur paraît anormal, mais déplore que le Ministère ne prenne pas le relais de ces contrôles, quand elle lui fait pourtant remonter les dérives qu'elle repère en Guyane. Pire, il les encourage, s'appuyant sur un rapport de l'IGAS selon lequel la CGSS en Guyane accepte beaucoup trop de déclarations sur l'honneur mensongères. Elle envoie des

---

<sup>269</sup> *Tout le centre de santé a accès à ce dossier et ne se prive pas de le faire, et comme les employés permanents des centres de santé, hors médecins, sont la plupart du temps des locaux, le diagnostic est connu dans la journée qui suit, et ça j'en ai cinquante exemples. (...) Tout le monde sait sur le fleuve que tu rentres dans le centre de santé, tu ressors, les gens sont déjà au courant de ce que tu as, mais que ça soit n'importe quoi ... (...) rien n'est fait pour assurer la confidentialité des dossiers médicaux, ça traîne de partout, c'est ouvert à tout vent ...* D'ailleurs quand il demande de façon neutre aux patients s'ils désirent qu'il envoie un courrier au médecin de leur centre, *neuf fois sur dix, c'est « non, parce que sinon tout le monde va le savoir ».*

<sup>270</sup> Ajoutons que l'agent de la PASS de l'hôpital de Saint Laurent (3), qui n'est pas métropolitaine, déplore le manque de confidentialité liée à l'agencement des bureaux : ce qui se dit à l'agent PASS s'entend du bureau des admissions et vice versa. Quand elle demande aux patients qui est-ce qui les envoie, ceux qui répondent « AIDES » ou le nom du médecin spécialiste du VIH peuvent être gênés de dévoiler implicitement leur séropositivité VIH.

<sup>271</sup> BOURDIER (2001) remarque que la crainte de la révélation de la séropositivité est exacerbée quand s'y associe celle de l'expulsion du territoire. Les étrangers en situation irrégulière hésiteraient à se faire tester car le dépistage pour le VIH, même censé être anonyme en CDAG, pourrait être à l'origine de la déclaration officielle d'un état physique et social compromettant qu'il faut mieux dissimuler.

courriers au Ministre, vus par le Préfet, *parce que c'est important que ces décisions-là, il les voit. Tout le monde s'en fout, moi quand j'appelle on me dit « il faudra plutôt régler ça en interne, au niveau local. » Non, non, c'est pas du local, on est sur des question de droits ouverts ou non ...* Il en va du non-respect des droits décrétés au niveau national, c'est donc à l'Etat de s'y opposer. Or si ces droits sont bafoués, c'est au nom d'intérêts et de craintes locales de l'étranger : *Il faut bien qu'ils se mettent dans la tête que de toutes façons ils iront se faire soigner donc soit on paye, soit c'est l'hôpital qui paye. C'est clair, quoi, ils iront et l'hôpital les soignera. C'est ce qu'on lui demande de faire, à l'hôpital.*

Elle décrit finalement le même sentiment d'être « lâché » par l'Etat, mais en sens inverse que pour les Créoles ...

## **Mise en cause du pouvoir local (créole) : incompetence massive et racisme notoire**

*C'est pas compliqué, on est dans un département au racisme institutionnel : tout ce qui n'est pas créole guyanais ... (17)*

Le pouvoir local, incarné par les élus locaux (Conseil Général, Conseil régional, mairies, etc.) et les représentants locaux d'organismes nationaux (CGSS, CAF, COTOREP, etc.), est qualifié de créole. Son action dans l'accès aux soins est jugée catastrophique, avec perturbations à divers niveaux de l'activité des professionnels métropolitains, lesquels doivent assumer ses carences, individuellement (les assistantes sociales de l'hôpital gèrent par exemple, au cas par cas, des situations qui devraient être réglées au niveau de la polyvalence de secteur) ou institutionnellement (l'hôpital de Cayenne par exemple gère les missions curatives des centres de santé que le département s'est révélé incapable d'assumer). Ils se plaignent ainsi de pâtir de ces carences, personnellement et surtout professionnellement, autant que les professionnels créoles, on l'a vu, déplorent subir l'afflux d'étrangers dans leurs vies quotidiennes et professionnelles.

Les Métropolitains ne disent rien, en revanche, des institutions d'Etat représentées en Guyane (les services déconcentrés de l'Etat tels que la DSDS (notamment ses MISP) sont épargnés, hormis cependant la sous-préfecture pour la délivrance des titres de séjours pour soins).

### **Le Conseil Général**

L'incompétence du Conseil Général est vivement regrettée par l'ensemble des professionnels métropolitains interrogés, qu'ils soient sociaux, soignants ou administratifs, y compris ceux exerçant dans des institutions placés sous sa tutelle (médecins des centres de santé et de PMI). Le blocage, l'inertie qui caractérisent la Guyane auraient pour principale origine le Conseil Général<sup>272</sup>.

---

<sup>272</sup> Rappelons que les compétences des départements dans le domaine de l'action sociale et de la santé, telles que définies par les lois de décentralisation de 1982 (nous ne tenons pas compte ici des modifications de 2004) incluent notamment l'aide sociale à l'enfance (ASE), l'aide aux familles, l'aide aux personnes handicapées, l'aide aux personnes âgées, la protection maternelle et infantile (PMI), la lutte contre la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles (IST, anciennement MST), la lèpre et les vaccinations.

### ***La polyvalence de secteur***

Les moyens alloués par le Conseil Général à la polyvalence de secteur dans l'Ouest guyanais sont très insuffisants.

Il s'agit bien sûr des moyens financiers. Selon un assistant social qui a exercé en secteur (38), le Conseil Général ne lui laissait aucune marge de manœuvre pour accorder des aides financières<sup>273</sup>.

C'est aussi l'infra structure qui fait défaut. Le local saint-laurentais prévu pour recevoir prochainement quatre assistants sociaux de secteur n'est pas du tout adapté (aucun bureau n'est fermé, pour recevoir les familles), ce qui (comme pour la CGSS, logée aux Assedic) est *inadmissible* pour une population de plus de 30 000 habitants, de la part d'un *service public et social*. (26)

Mais c'est surtout l'absence de tout personnel sur la commune de Saint Laurent qui suscite les critiques les plus vives. L'arrivée « prochaine » des quatre assistants sociaux (sur les six postes existants vacants), c'est un peu l'Arlésienne, depuis trois années qu'on en entend parler.

Il n'y a, au moment de l'enquête, qu'une seule assistante sociale de secteur pour tout l'Ouest guyanais, elle est en poste sur la commune de Mana, ce qui laisse vacant le vaste territoire situé entre la commune de Mana et celle de Maripasoula, comprenant Saint Laurent<sup>274</sup>.

Pourvoir ces postes est pourtant une obligation du département. De nombreux acteurs se sont mobilisés pour rappeler en ce sens leur devoir aux élus du Conseil Général<sup>275</sup>. Une demi-douzaine d'acteurs, exerçant à Saint Laurent, sociaux, soignants ou administratifs, récusent l'explication avancée par le Conseil Général, à savoir l'absence de candidatures : ils affirment connaître personnellement un certain nombre de professionnels, au profil approprié, qui ont soumis leurs candidatures à plusieurs reprises, sans jamais obtenir de réponse de la part des services du Conseil Général, *parce qu'ils n'en ont rien à faire ! Ils s'en foutent !!* (2) Le directeur de l'hôpital affirme, pour preuve, n'avoir rencontré aucune difficulté à recruter des assistantes sociales.

---

<sup>273</sup> Les moins bien lotis sont, sans grande surprise au regard du chapitre sur les discours créoles, les étrangers en situation irrégulière. Les seules aides que leur distribuent les CCAS sont le riz saisi par la douane ... et ceux qui le refusent sont fichés, les CCAS ne leur donneront plus rien.

<sup>274</sup> Pour la commune de Saint Laurent, on compte donc, du point de vue des assistants de service social, un à la CAF, un à trois à l'hôpital et trois en milieu scolaire. Il y a par ailleurs deux travailleurs sociaux (qui ne sont pas des assistants de service social) dans deux associations : AIDES (spécifiquement consacré aux personnes séropositives) et SAVIP (dont on a vu que le poste est inconnu de la plupart des autres travailleurs sociaux de la commune, et qu'il se plaint d'ailleurs de ne pas avoir suffisamment de travail ...). Il n'y a pas d'assistant social en CMP ni au CCAS. A l'agence d'Insertion de la Guyane (ADI) de Saint Laurent, qui dépend de l'Etat sous couvert du Conseil Général, le poste d'assistant social, créé depuis l'année dernière, n'est pas pourvu, alors que plusieurs personnes de métropole ont postulé ; en attendant, ce sont les animateurs qui s'occupent du suivi social. Enfin, il n'y a aucun travailleur social à l'antenne ASE. Le jour de notre entretien avec une assistante sociale de collègue (9), un éducateur de l'ASE qui devait venir prendre ses fonctions l'a appelée le matin-même de Cayenne pour lui dire qu'il ne pouvait pas venir car il n'avait pas obtenu de voiture de service. L'assistante sociale n'est nullement étonnée, elle présentait qu'il ne viendrait pas, *c'était couru d'avance* ...

<sup>275</sup> Les assistantes sociales de l'hôpital de Saint Laurent ont ainsi interpellé le directeur de l'hôpital et les médias, et l'association des assistantes sociales du département a fait une grève de plusieurs semaines ; un médecin de ville de Saint Laurent (26) a organisé une réunion avec le maire, lequel s'est alors exprimé à ce sujet dans les médias.

Les divers acteurs interrogés à propos de l'accès aux soins déplorent les conséquences de cette absence de service social de secteur sur leur propre activité. C'est finalement toute l'organisation du système d'accès aux soins qui s'en trouve perturbée<sup>276</sup>.

Les médecins de ville ou des centres de santé (PMI comprise) racontent se trouver régulièrement contraints d'orienter leurs patients vers l'hôpital, uniquement pour des problèmes administratifs qu'ils sont incapables de gérer eux-mêmes (alors qu'ils savaient les orienter vers l'assistante sociale de secteur à l'époque où il y en avait une).

Soit ils adressent leur patient à un médecin de l'hôpital, pour qu'une assistante sociale de l'hôpital se charge du suivi, c'est par exemple le cas des demandes de titres de séjour pour soins. Soit ils l'adressent directement au service social de l'hôpital. Mais les assistantes sociales de l'hôpital déclarent refuser de pallier les carences du secteur et par conséquent de prendre en charge les patients qui leur sont adressés de la ville<sup>277</sup>.

Il arrive aussi que certains médecins de ville ou des centres de santé, pour un défaut de couverture maladie, adressent leur patient vers la PASS (ce qui témoigne d'une connaissance du système que la plupart des soignants n'ont pas, ignorant l'existence de la PASS) ... or l'agent PASS refuse de prendre en charge des personnes non hospitalisées, elle les réadresse donc vers la CGSS.

Les orientations (vers une assistante sociale de l'hôpital ou à la PASS) auxquels procèdent les médecins de ville ou des centres de santé qui font l'effort de tenir compte des difficultés administratives et/ou sociales de leurs patients sont motivées par l'image « humanitaire » de l'hôpital et de la PASS en particulier et une défiance à l'égard des services de la CGSS (cf. ci-dessous). Mais ces orientations ne sont le plus souvent pas fructueuses, puisque les assistantes sociales et l'agent de la PASS renvoient à leur tour ces personnes.

Enfin, au sein de l'hôpital, l'équipe de psychiatrie et celle du CISIH, dont on a déjà dit qu'elles pâtissent tout particulièrement de l'absence d'assistantes sociales spécifiquement rattachées à leur services, tant est nécessaire l'association d'un volet strictement social à la prise en charge médicale, regrettent amèrement le défaut d'assistantes sociales de secteur.

Malgré leurs réticences, il arrive que les assistantes sociales de l'hôpital prennent en charge des problèmes relevant du secteur, chez des patients hospitalisés (idem pour l'assistant social de la CAF ou ceux des collèges et lycées, pour les personnes qu'ils suivent dans le cadre de leurs fonctions). Mais c'est alors sans avoir la marge de manœuvre dont disposeraient des assistantes sociales de secteur<sup>278</sup>.

---

<sup>276</sup> L'absence de service ASE interfère également avec l'accès aux soins. Les dossiers des enfants signalés par les assistantes sociales scolaires ou hospitalières comme à risque de maltraitance sont transférés au juge des enfants, d'où une procédure longue qui serait évitée si l'ASE locale pouvait intervenir (il n'y a qu'un juge des enfants sur toute la Guyane) ; ce défaut de suivi explique l'arrivée de ces enfants directement au service des urgences de l'hôpital. (2, 9) En attendant que ces procédures aboutissent, les assistantes sociales scolaires assurent comme elles peuvent ce suivi, au détriment d'autres tâches telles que l'accès aux droits à une couverture maladie.

<sup>277</sup> L'une d'elle (6) reconnaît cependant que ce refus n'est pas systématique : *humainement*, tout dépend de l'ampleur de la difficulté.

<sup>278</sup> En secteur, les assistantes sociales instruisent des dossiers et font partie des commissions qui examinent ces dossiers, elles sont à la fois juges et partie, mais pas à l'hôpital (1).



### ***Couverture maladie***

Tous les acteurs métropolitains interrogés à ce sujet, soignants, sociaux et administratifs, même s'ils n'étaient pas encore arrivés en Guyane à cette époque, racontent qu'avant la mise en place de la CMU et la rénovation de l'AME, l'aide médicale départementale (AMD) *marchait mal*. (53)<sup>279</sup>

C'était d'abord l'insuffisance de couverture de la population, insuffisance vécue quotidiennement par de nombreux professionnels en butte avec les refus du département d'accorder l'AMD. A la DSDS, on rappelle les chiffres, qui parlent d'eux-mêmes : il y avait 8500 dossiers d'AMD au 31 décembre 1999 (soit moins de 8500 personnes bénéficiaires, puisqu'il y avait un dossier par soin). Un an plus tard, 32 000 personnes bénéficiaient de la CMU et 46 000 au 31 avril 2002. Selon un médecin de ville exerçant à Saint Laurent (34), avant la CMU, 35% de sa clientèle n'avait pas de couverture maladie. Avec la CMU, elle est tombée à 5 à 10%. Plus de la moitié des patients de l'hôpital n'étaient pas couverts, même à l'issue des démarches engagées au cours de leur hospitalisation, ils ne sont « plus » que 30 à 40% aujourd'hui. (45)

C'était aussi le refus d'assumer les responsabilités financières des dossiers acceptés : les frais des dossiers que la DSP acceptait de prendre en charge (on vient de voir qu'ils n'étaient pas nombreux) n'étaient pas pour autant toujours remboursés au prestataire des soins. Avant la réforme, la DSP devait « 50 ou 150 millions de France » de Francs à l'hôpital de Cayenne (49) et 22 millions de Francs à celui de Saint Laurent (45).

Enfin, la qualité de gestion des dossiers était notoirement insuffisante (aucune informatisation, les dossiers étaient de papier).

A noter que sur le terrain, si la réforme CMU-AME est saluée, c'est non seulement pour la meilleure gestion locale de ces dossiers (c'est désormais la CGSS qui s'en charge), mais c'est aussi pour des éléments qui sont en fait indépendants de la gestion départementale de ces dossiers, telle que la meilleure qualité de la couverture accordée depuis la réforme (panier de soin plus complet, tiers payant accepté par les pharmacies et les médecins, par exemple). Or les professionnels ne font pas toujours la part des choses, mettant l'ensemble des améliorations sur le compte du changement d'organisme gestionnaire et payeur. De la même façon, d'autres éléments concomitants ou précédents la réforme mais indépendants d'elle voient leur conséquences mises sur le compte de la réforme, telles que la possibilité d'obtention des titres de séjour pour soins depuis la « loi Chevènement » de 1998, l'élargissement de l'offre de soins à Saint Laurent (par exemple, un ophtalmologue vient désormais deux fois par mois à Saint Laurent alors qu'avant il fallait faire une demande d'AMD, puis organiser le voyage à Cayenne, or l'AMD ne remboursait pas les frais de transport ni l'hébergement) (31).

### ***Les centres de prévention et de vaccination***

La prévention est théoriquement assurée par la DSP du Conseil Général, qui ne semble disposer ni des moyens ni de la compétence nécessaires et dont le fonctionnement est paralysé par une pesante bureaucratie.

---

<sup>279</sup> L'AME (Aide Médicale Etat) de la DDASS couvrait les personnes non résidentes ou résidentes depuis moins de 3 mois en Guyane, et l'AMD (Aide médicale Départementale) du Conseil Général couvrait les autres. 90% des patients de Saint Laurent déclaraient habiter en Guyane et relevaient donc de l'AMD. (45)

### Le Conseil Général n'assume pas financièrement ses responsabilités

Loin d'adapter les moyens logistiques aux besoins particulièrement élevés qu'induit la configuration géographique guyanaise (climat tropical, population clairsemée dans l'Intérieur, etc.), le Conseil Général manque aux exigences basiques de ses fonctions, par défaut de moyens financiers accordés aux structures. Or chacun des impayés du Conseil Général est un coup d'arrêt sur la chaîne du soin<sup>280</sup>.

Les laboratoires, impayés, ne fournissent plus de vaccins : aucune vaccination n'a été réalisée, sur le fleuve Maroni, depuis deux ans (59)<sup>281</sup>. La PMI de Saint Laurent, chaque fin d'année (vers novembre, décembre), est à cours de vaccins. (43)

Au moment de l'enquête, il y a une rupture du stock de carnets de santé d'enfants depuis six mois. Les médecins libéraux ont écrit au Conseil Général pour protester et la présidente de la DSP a eu *le culot* d'accuser les éditeurs, *alors qu'on sait que c'est parce qu'ils ne payent pas*. (26)

Des IDR à la tuberculine sont réalisées à la PMI. Quand elles sont positives, une radiographie pulmonaire est prescrite à l'intéressé, à faire à l'hôpital, lequel se fait rembourser par le Conseil Général. Mais l'hôpital a annulé sa convention avec le Conseil Général car il n'était pas payé. Résultat, les patients doivent s'acquitter eux-mêmes des frais de la radiographie. (43)

Les conditions de stockage des vaccins, dans les deux chambres froides de la PMI de Saint Laurent, avant leur utilisation sur place ou leur transfert dans les centres de prévention et de vaccination (CPV) du fleuve, sont déplorables (35, 43). Personne, à la PMI, ne sait vraiment faire fonctionner ces chambres froides, les coupures de courant sont fréquentes, il n'y a plus de barrette sur les vaccins pour indiquer s'il y a eu rupture de la chaîne du froid et quand les deux chambres se mettent en marche simultanément, en plus de la climatisation, l'ensemble de l'installation électrique disjoncte.

Avant d'arriver à Saint Laurent, ces vaccins ont déjà été transportés depuis Cayenne, dans des glacières pas toujours fiables et non des camions frigorifiques, pendant trois heures de route. Plusieurs médecins émettent des doutes sur le bon état des vaccins qu'ils injectent.

Par le passé, tous les centres de santé adressaient leurs échantillons au laboratoire départemental situé à Cayenne : pour les centres situés entre Saint Laurent et Grand Santi, les prélèvements voyageaient en pirogue jusqu'à Saint Laurent (jusqu'à quatre jours depuis Grand Santi), où ils transitaient dans les chambres froides de la PMI (dont on a dit les dysfonctionnements), puis par route jusqu'à Cayenne (trois heures) dans des glacières pas toujours fonctionnelles ; pour les centres situés entre Grand Santi et Maripasoula ou au-delà,

---

<sup>280</sup> Les ruptures de paiement sont nombreuses et ne concernent bien-sûr pas que la santé. Par exemple, sur le fleuve, les transporteurs scolaires n'ont pas été payés depuis plusieurs mois par le Conseil Général. (35)

<sup>281</sup> Ces carences concernent également l'autre côté de l'Intérieur du département : à Camopi, sur le fleuve Oyapock, deux enfants amérindiens sont décédés de coqueluche : le médecin préventif censé venir y faire les vaccinations avait suspendu ses missions en attendant que le Conseil Général lui installe un local fonctionnel. Ces décès ont profondément marqué les esprits, ils reviennent souvent dans les commentaires, pour symboliser l'ampleur des carences du Conseil Général et leurs conséquences dramatiques. C'est d'ailleurs ces décès qui sont souvent identifiés comme le motif du transfert de la tutelle des centres curatifs à l'ARH. Que reste-t-il, si même ce tout premier niveau de la prévention, la vaccination, n'est pas assuré ? s'interroge un médecin. (17)

les prélèvements voyageaient en pirogue jusqu'à Maripasoula (jusqu'à deux ou trois jours) puis en avion depuis Maripasoula jusqu'à Cayenne (une demi-heure).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, les dispensaires dépendent, pour le curatif, de l'ARH, aussi les échantillons prélevés dans la partie curative des centres de santé qui sont situés du côté de Saint Laurent (Apatou, Grand Santi, Organobo et Javouhey) sont-ils analysés à l'hôpital de Saint Laurent, ce qui leur évite la route. Mais leur périple demeure hasardeux. Surtout, ceux réalisés par le médecin préventif de ces centres sont encore aujourd'hui acheminés jusqu'au laboratoire départemental de Cayenne. Ils y arrivent souvent trop tard, hémolysés ou agrégés. Se pose également le problème de la fréquence des voyages. Si le voyage est quotidien depuis Apatou (à trois heures de Saint Laurent), il n'est qu'hebdomadaire depuis Grand Santi, le mardi. On ne peut donc faire des prélèvements sanguins que le lundi, pour qu'ils partent avec la pirogue le lendemain (35). Ceux réalisés au centre d'Oragnobo sont emmenés en voiture à Saint Laurent, mais il n'y a qu'un aller-retour hebdomadaire.

Au-delà des questions d'acheminement, c'est le fonctionnement du laboratoire départemental qui est lui-même mis en cause (*tout le monde sait qu'il y a de gros problèmes* (59)), jetant la suspicion sur la validité des résultats obtenus même à partir des prélèvements effectués à la PMI de Saint Laurent, qui ne parcourt « que » trois heures de route.

Les moyens matériels à disposition des CPV de l'Ouest et de la PMI de Saint Laurent sont notoirement insuffisants.

Le Conseil Général met à leur disposition une pirogue, avec des piroguiers, mais la plupart du temps, il n'y a pas d'essence. (17) L'adduction d'eau a été coupée au centre de Grand Santi, car il y avait une facture impayée de 50 000 Frs à cause de branchements clandestins. Le médecin s'est insurgé : c'était au moment de l'épidémie de choléra ... Le médecin préventif ne dispose pas de divan d'examen ni même de bureau à lui, la ligne téléphonique est coupée depuis des mois, la balance pour peser les nourrissons est défectueuse. (35)

En 2001, le personnel de la PMI de Saint Laurent s'est mis en grève pour protester contre le délabrement des locaux (murs moisissés, installations électriques et de protection contre les incendies hors normes, ruptures de stock de produits sanitaires pour nettoyer les sols, attente de plusieurs mois pour obtenir un balai). Cette grève a permis d'obtenir une désinfection annuelle, la réfection des locaux, une alarme (on a compté dix huit cambriolages ces deux dernières années) et du matériel : stéthoscope, doppler pour les bruits du cœur fœtaux, photocopieuse, fax, téléphones (il n'y en avait que deux pour toute la PMI, il y en a maintenant dans tous les bureaux). (43)

Les bâtiments des centres de santé restent inachevés.

Celui de Papaïchton est un bâtiment identique à celui de la gendarmerie, juste à côté, construit au même moment. Le premier tombe en ruines, le second semble flambant neuf. A l'extérieur du dispensaire, on entend tout ce qui se passe à l'intérieur, pas un seul des murs internes ne monte jusqu'au plafond ... comment assurer une quelconque confidentialité ? Un nouveau centre a été livré il y a un an, il n'est toujours pas ouvert : *le Conseil Général fait le maître d'œuvre, alors, donc ...* (17)

Le centre de santé de Mariapasoula qui était presque terminé il y a sept ans est maintenant en ruines. *C'est une ruine d'un bâtiment neuf qui n'a jamais été terminé, juste à côté du centre de santé actuel, qui était considéré comme vétuste et devait être remplacé il y a une dizaine d'années, et donc l'ancien marche toujours, avec, à côté, la ruine du nouveau, qui doit coûter aussi cher à remettre en état qu'à construire. (...)* C'est typiquement du Conseil Général de Guyane, ça. (17)

Celui d'Organabo n'a plus d'eau courante le jour de notre visite des lieux (donc pas de chasse d'eau, pas d'eau à boire, juste un filet d'eau d'un bidon pour se laver les mains entre chaque malade (qui sont souvent atteints de dermatoses)), l'adduction de l'électricité est récente (avant il n'y avait qu'un groupe électrogène).

#### L'hôpital doit pallier ces carences

Bien que la prévention ne relève pas des missions d'un hôpital, l'hôpital de Saint Laurent a mis en place des actions pour pallier les carences de la DSP en la matière (59). La lutte en matière de VIH bénéficie de l'EMIPS (missions de prévention sur le fleuve) et d'une CDAG à l'hôpital ... mais ces actions ne suffiront probablement pas à enrayer l'épidémie qui se profile. Le diabète et les AVC, autres pathologies lourdes, ne font l'objet d'aucune campagne de prévention, alors qu'elles risquent elles aussi de *flamber* (des modifications importantes des comportements alimentaires ont été observés en Guyane ces dernières années).

La gestion des centres de santé curatifs du fleuve a été transférée à l'hôpital de Cayenne. Mais cette reprise en main ne peut rapidement effacer une longue période d'abandon. En attendant, lassés par ces dysfonctionnements mais également rebutés par la grande difficulté de l'exercice - il faut savoir tout faire – les médecins s'épuisent vite, le *turn over*, caractéristique de l'exercice professionnel métropolitain en Guyane, est ici exacerbé : *Il y a des endroits sur le fleuve où la durée de vie du médecin, c'est deux mois.* (17)

En outre, des tensions persistent sur la délimitation des compétences de l'Etat et du département, avec incohérence dans les prises en charge de certaines pathologies. Un médecin qualifie ces coupures de *schizophrénie médico-administrative* (47). Il donne deux exemples. L'Etat s'occupe des moustiques de la dengue et le département de ceux du paludisme : *il y a des moustiques département et des moustiques Etat.*

Le département s'occupe des infections sexuellement transmissibles (IST) mais refuse de s'occuper du sida, décrétant que c'est une compétence de l'Etat ... c'est pourtant une IST (surtout en Guyane où on a décrit le taux marginal de contamination par le sang (partage de seringues et transfusions)). Résultat, *il y a des sexes Etat et des sexes département.* Par exemple, un homme a un herpès, il est vu à la lutte anti-vénérienne. S'il est séropositif pour le VIH, comme l'herpès n'est pas une maladie classante pour le sida, même si s'il est extensif, l'homme n'est pas considéré étant au stade sida. Son herpès reste donc un *sexe départemental*. Si un jour il a une toxoplasmose, il est classé sida, son herpès devient un *sexe Etat*, dorénavant pris en charge par l'hôpital ... De la même façon, le département refuse de dépister les partenaires d'un malade classé sida, considérant que cette activité est liée au sida, donc relève de l'Etat.

Au total, de nombreux acteurs déplorent vivement l'inaction du Conseil Général en matière de lutte contre le sida<sup>282</sup>.

---

<sup>282</sup> C'est certes une compétence d'Etat, lequel a notamment suscité à cet égard la création du CISIH et des CDAG Antilles-Guyane. Mais les compétences du département dans l'action sanitaire et sociale recouvrent de nombreux problèmes liés au VIH/sida, outre les IST, telles que la tuberculose, l'aide aux personnes malades et à leurs familles, le soutien des personnes précarisées (plus exposées aux risques de contamination par le VIH), la santé de la mère et de l'enfant.

Le Conseil national du sida dans son rapport de 2003 confirme le refus du Conseil Général de s'impliquer pour une épidémie « qui vient d'ailleurs ».

## La CGSS

On va s'attarder sur les critiques adressées à la CGSS, mais on peut noter que CGSS, CAF, COTOREP, sous préfecture (pour les titres de séjour pour soins) et les mairies (pour les cartes d'identité des Français, les délivrances d'attestations de séjour) font l'objet des mêmes critiques principales : retard dans l'instruction des dossiers<sup>283</sup> et fonctionnement tatillon dont la complexité finit par constituer des imbroglios<sup>284</sup> : *Dans toutes les administrations : la sous-pref, la CAF ... ils sont tatillons, toujours en train de chercher. Des fois c'est kafkaïen. (...) C'est de super paperasseries. Il manque toujours un truc.* (1)

L'assistant social de la CAF (23) se dit sollicité pour toute une série de motifs pour lesquels il devrait pas avoir à intervenir<sup>285</sup>, en raison de la démission des autres administrations.

### **Moyens humains et matériels insuffisants**

A la plupart des problèmes présentés ci-dessous, les agents CGSS invoquent l'insuffisance de personnel, aux conséquences exacerbées par une charge de travail supérieure à ce qui était prévu (afflux de demandes de CMU-AME), les urgences médicales perturbant encore ce système (les assistantes sociales demandent alors de traiter de suite un dossier envoyé des semaines ou des mois avant et à la recherche duquel il faut partir). Cette insuffisance de personnel explique aussi selon eux que les ouvertures de droit ne se fassent que dans les

---

<sup>283</sup> Du 15 juillet au 31 août, la CAF à Saint Laurent ferme tous les lundis matins, parce que la quinzaine d'agents ont 17 000 pièces de retard à enregistrer (23).

Il faut parfois attendre un an voire plus pour obtenir la réponse aux dossiers adressés à la COTOREP. Il s'en suit le versement de grosses sommes d'argent (par rétroactivité), avec l'inquiétude des professionnels que les bénéficiaires ne sachent pas les gérer ...

<sup>284</sup> Une assistante sociale (1) donne deux exemples.

La COTOREP a beaucoup de retard dans l'instruction des dossiers d'AAH. Son accord est nécessaire au versement de l'allocation par la CAF. Aussi, en attendant d'avoir cet accord, l'assistante sociale oriente les personnes vers la CAF pour qu'elles fassent une demande de RMI. Mais en général, la CAF demande, pour verser le RMI, une attestation de la COTOREP comme quoi la personne n'a pas encore droit à l'AAH ... attestation que celle-ci ne délivre pas. La CAF refuse alors de verser le RMI ... pourtant, elle est informée par la COTOREP des accords, et elle sait donc quand il n'y a pas encore eu accord. *Les personnes, elles ne comprennent rien...*

Une femme en situation régulière fait une demande à la CAF d'allocation d'éducation spéciale pour son enfant. Début 2002, la CAF lui répond : « *Madame, nous vous avons informée qu'après accord de la commission d'éducation spéciale vous aviez droit à l'allocation pour votre enfant jusqu'en septembre 2002. Pour continuer à vous verser cette prestation, la commission doit à nouveau donner un avis favorable. Voilà pourquoi nous vous demandons de remplir une nouvelle demande.* » C'est à dire qu'il lui est demandé de refaire un dossier.

<sup>285</sup> La mairie lui adresse les personnes en besoin d'un logement alors que la CAF ne dispose d'aucun logement à Saint Laurent et des sans papiers pour une aide financière alors qu'il ne peut rien faire pour eux.

A l'ANPE, on recommande aux gens d'aller à la CAF pour « faire une demande pour acheter des meubles, vous y avez droit ». C'est vrai que la CAF peut accorder des aides pour acheter des meubles, mais c'est dans des situations très particulières.

Il a vu son nom inscrit sur une notification de droit Assedic « allez voir Mr M. » ... *je suis AS à la CAF, moi !! Que mon nom apparaisse partout et qu'on me mette à toutes les sauces, non, ça ne va pas.*

Il a fallu seize mois pour faire aboutir un dossier de renouvellement d'AAH, seize mois durant lesquels, l'intéressée étant gravement malade, son fils âgé de seize ans a été contraint de quitter l'école pour aller à la pêche et vendre du poisson. L'assistant social avait pourtant appelé la COTOREP à de multiples reprises, s'y était déplacé physiquement, avait écrit. On lui répondait invariablement « dossier en cours de traitement ». Il avait été obligé de faire une demande d'aide financière à la CAF, alors que c'est pas du tout son rôle premier. Pendant ses quatre années d'exercice de polyvalence de secteur dans un quartier réputé difficile de Paris, il n'a jamais, au grand jamais sollicité la CAF pour une aide financière alimentaire alors qu'ici ça ne choque personne.

locaux de la CGSS à Cayenne, dans l'annexe de Saint Laurent et dans les mairies des petites villes (où les agents tiennent des permanences à rythmicités variables (à Mana par exemple, la permanence de l'agent CGSS est bi-mensuelle), et qu'aucun personnel ne puisse être placé dans les associations ou les hôpitaux, malgré les demandes de ces derniers. Enfin, la CGSS a répondu au mouvement de protestation des médecins de ville de Saint Laurent contre les cinq mois de retard au paiement de leurs consultations CMU par le recrutement d'un agent supplémentaire affecté exclusivement à ces feuilles de soins ... mais localisé à Cayenne, en avançant l'impossibilité d'en recruter sur place.

Comme pour le service social de secteur, mais de façon beaucoup moins unanime et véhémente, les acteurs professionnels métropolitains récusent les arguments avancés par la CGSS selon lesquels elle serait en butte à un défaut de candidature : c'est surtout qu'ils ne veulent pas embaucher : *Ils ont de gros problèmes de personnel, mais ils ne veulent pas embaucher. (...) ils ont été surpris par deux congés maternité. Et ils n'ont pas pu prévoir, c'est embêtant !! (rire) Non, mais ils sont ridicules !!* (34)

Ainsi, l'argument du défaut de recrutement, qu'avancent les acteurs métropolitains à propos des postes de soignants, est réfuté pour les postes administratifs de la CGSS et les travailleurs sociaux du Conseil Général.

La CGSS est également accusée de ne pas avoir su anticiper les besoins nouveaux et les effectifs supplémentaires nécessaires qu'allait générer la mise en place de la CMU : *La CMU a été une catastrophe pour la CGSS. (...) ils ne se sont pas rendu compte qu'en Guyane ça doit représenter la moitié de la population !* (45).

On s'irrite de la rareté des permanences tenues en dehors des villes et de leur absence complète du fleuve, car bien souvent il faut attendre que les gens soient hospitalisés pour être informés des démarches d'accès à une couverture maladie, or loin de chez eux, ils sont alors dans l'impossibilité de fournir les pièces demandées. (83)

Outre l'insuffisance de moyens humains, c'est le défaut de locaux qui est fait l'objet de vives critiques : l'annexe de Saint Laurent depuis un an occupe deux pièces des locaux des Assedic, dont elle partage la salle d'attente, après avoir été logée dans ceux de la CAF. Les agents CGSS regrettent que le maire n'ait pas voulu mettre de local à la disposition de la CGSS à Saint Laurent. Cette situation d'hébergé justifie, selon l'agent de l'annexe, créole :

- que le public ne soit pas reçu l'après midi (les Assedic n'étant ouverts que le matin, la CGSS doit suivre cet horaire),
- qu'il ne puisse signaler largement la venue, une fois par mois, d'une assistante sociale de la CGSS (*Je n'ai pas mis de calendrier sur la porte parce que là nous ne sommes pas chez nous, il n'était pas prévu qu'on placarde les portes Assedic. (...) Les gens ne le savent pas, aussi, effectivement. Mais j'ai pas le droit de placarder les portes Assedic, on peut pas faire autrement.*)
- qu'aucune permanence ne soit plus assurée à Saint Laurent par les médecins conseils de Cayenne<sup>286</sup>, les locaux ne répondant pas aux exigences du contrôle médical (pas de lavabo, etc.) : *Il était prévu qu'on apporte des améliorations dans le bâtiment, mais là nous ne sommes pas chez nous, là c'est l'Assedic, donc il faut demander à l'Assedic.* Résultat, depuis un an, comme ils ne peuvent plus être reçus sur place, tous les patients de l'Ouest guyanais doivent être convoqués sur Cayenne.

Cette absence de local propre à la CGSS, ni surtout de local adapté aux consultations des médecins conseil semble *inadmissible* (26) aux yeux de certains Métropolitains. Un médecin

---

<sup>286</sup> Ces consultations permettent aux médecins conseils de faire une expertise et fixer les pensions d'invalidité, les taux d'IPP en accident du travail, etc.

(26) a suggéré à la CGSS d'utiliser une fois par mois les locaux de la médecine du travail à l'hôpital pour les consultations des médecins conseil, il leur a dit « *battez vous pour l'avoir* » ! (...) *Mais c'est à eux de faire le boulot, c'est pas à moi ... ils n'ont qu'à se battre, ça fait deux fois que je leur dis ...*

Un médecin conseil (16) précise que hors certains cas, il est indispensable que les intéressés viennent pour une expertise. Donc si un patient ne peut pas venir, son dossier n'est pas traité, il ne pourra pas bénéficier de la prestation à laquelle il pourrait avoir droit. En général, les gens viennent. La Sécurité sociale prend en charge, mais avec beaucoup de retard, les frais de taxi. Mais ces personnes qui sont supposées être handicapées pour un certain nombre d'entre elles, doivent partir à cinq heures du matin, arrivent pour leur rendez vous et repartent l'après midi parce que la nuit d'hôtel n'est pas prise en charge.

### ***Traitement tatillon des dossiers***

Le personnel CGSS connaît bien la législation et s'ingénie à trouver une bonne raison pour rejeter une demande : il manque toujours quelque chose. Ce caractère tatillon est volontiers interprété comme de la mauvaise foi voire une mauvaise volonté.

Une éducatrice (21) conserve une note de chaque coup de téléphone passé, et le double de tout ce qu'elle envoie, tant que la demande n'a pas abouti (quand c'est obtenu, elle restitue les copies de documents aux personnes). En les envoyant, elle accompagne toujours les dossiers d'un courrier, pour accélérer les choses et pour garder une trace écrite : *Quand je dis à la Sécu que je le dossier est complet, je sais ce que je dis. (...) quand on me dit « il manque ceci, il manque cela », je me mets un peu en colère. Jusqu'à présent, les travailleurs sociaux avaient du mal à poser le poing sur la table et à leur dire « arrêtez de nous prendre pour des imbéciles ». J'ai le sentiment qu'on cherche à ralentir les choses.*

### ***Mauvaises relations avec les partenaires professionnels***

Le fonctionnement de la CGSS est suspect aux yeux de ses partenaires professionnels ; il est également mal connu : à Saint Laurent, aucun des professionnels rencontrés n'est au courant de la venue régulière d'une assistante sociale CGSS à l'annexe ni ne saurait dire précisément quelles sont les affaires traitées sur place et quelles sont celles transférées à Cayenne, etc.

On fait observer qu'au sein-même de l'institution CGSS, les difficultés de communication sont patentées : entre l'annexe de Saint Laurent et le centre de Cayenne, entre la cellule CMU de Cayenne et le service social de la CGSS<sup>287</sup> ... Surtout, on déplore des difficultés de communication quotidiennes avec les interlocuteurs extérieurs à la CGSS, usagers comme professionnels.

---

<sup>287</sup> Le service social de la CGSS peut proposer la mutualisation aux personnes dont les revenus dépassent de moins de 10% le plafond de la CMU complémentaire, c'est à dire une mutuelle à des tarifs allégés grâce à un financement complémentaire par le fonds d'action sociale. C'est une alternative intéressante et qui pourrait concerner beaucoup de monde en Guyane étant donné la faiblesse moyenne des revenus et le fait que la plupart des refus à la CMU complémentaire le sont pour dépassement du seuil de ressources ... pourtant, les services signifiant le refus à la CMUc n'orientent pas ces personnes vers le service social pour qu'elles s'y voient proposer une mutualisation. Par exemple sur la notification de refus, n'est pas signalée la possibilité de prise de contact avec le service social de la CGSS pour avoir des informations ... Cette absence de lien entre le service social de la CGSS et la cellule CMU est *déconcertante* aux yeux d'une inspectrice DSDS.(53)

### Difficultés d'obtention d'informations auprès des agents

Les usagers qui déposent ou adressent par courrier des dossiers, ou les professionnels ou les membres d'association qui le font pour eux, ne reçoivent pas d'accusé de réception.

Quand une assistante sociale ou une pharmacienne par exemple veut rendre service à un requérant dont la demande d'ouverture de droit est sans réponse depuis des mois, elle essaie de joindre la CGSS. Mais la compétence de Mme D, responsable CMU-AME à Cayenne, reconnue de la plupart des acteurs professionnels métropolitains, contraste avec les insuffisances de l'accueil téléphonique dans son propre service, à Cayenne (aucune information n'est donnée par téléphone, quand on a la chance de tomber sur quelqu'un (boîtes vocales sinon)) comme à l'antenne locale de Saint Laurent, où l'agent, quand il répond, ne peut rien dire puisque les dossiers sont envoyés à Cayenne (*Ce qu'on dit aussi c'est que si un dossier bloque, la Sécu de Saint Laurent te laisse tomber.* (22)<sup>288</sup>)

Plusieurs professionnels insistent sur l'importance de la personnalisation des relations inter-individuelles pour constituer un réseau et fluidifier les rapports.

De leur côté, des usagers noirs marrons interrogés confirment l'importance d'être accompagné dans ces démarches par des personnes parlant bien français de façon à remplir correctement les dossiers. En l'absence de cette aide, il faut retourner à de multiples reprises à la CGSS pour erreur de remplissage, défaut de pièces justificatives, etc. Un antécédent de scolarisation est un atout déterminant dans le succès de ces démarches, car on apprend à l'école ce qu'il *faut savoir dans la vie*. Pour les étrangers en situation irrégulière, la méconnaissance des droits potentiels (« on n'a droit à rien si on n'a pas de titre de séjour ») et la crainte du repérage par les autorités s'ajoutent à l'incapacité administrative. (58)

Enfin, la carence d'information donnée par les agents CGSS aux usagers permet à des réseaux informels de prospérer. CHAMBRON (1998) observe que l'accès à l'information sur les procédures d'accès aux prestations sociales peut être monnayé via des réseaux informels d'informateurs, la possibilité de l'accès direct aux professionnels concernés étant parfois complètement ignorée des usagers.

### Pas de transmission des décisions

En cas de refus de la demande, l'ensemble des pièces du dossier est renvoyé à la personne, avec un formulaire listant des pièces manquantes, cochées en fonction du motif du refus (défaut d'acte de naissance d'un enfant, déclaration de ressources incomplète, etc.), mais de façon trop peu explicite (53).

En cas d'acceptation de la demande, en 2000, les décisions de la CGSS n'étaient jamais envoyées, ni à la PASS, ni au domicile du patient. Résultat, les gens ne savaient pas s'ils étaient couverts ou non, et même quand ils savaient l'être, la caisse de l'hôpital, tant qu'elle n'en avait pas l'assurance, leur demandait de payer et ne savait pas si elle pouvait envoyer la facture à la CGSS pour être remboursée des frais déjà engagés. La responsable CGSS affirme que les attestations, depuis janvier 2002, sont envoyées à l'assistante sociale de l'hôpital qui a aidé à constituer le dossier, ou à l'intéressé lui-même si c'est lui qui a adressé directement le dossier. Mais l'agent PASS et les assistantes sociales hospitalières interrogées, directement

---

<sup>288</sup> Notons d'ailleurs que ce responsable de Saint Laurent déclare ne connaître sur sa ville aucune des associations agréées pour la constitution de dossiers de couverture maladie et ne jamais avoir entendu parler d'AIDES. Il n'est par ailleurs pas au courant du dysfonctionnement de l'affichage du minitel en matière d'AME, dont se plaint l'agent de la PASS. Ces éléments tendent à confirmer la pauvreté des relations entre la CGSS et ses partenaires potentiels les plus directs.



concernées, ne semblent pas, mi-2002, persuadées que cela soit le cas, du moins pas systématiquement.

Les acteurs métropolitains interprètent ces carences par une variabilité inter-agents (les uns transmettent leurs décisions, les autres non) et un manque de moyens (impossibilité matérielle d'envoyer toutes les attestations). Ils mettent en place différents procédés pour gérer ces carences, au prix d'un surplus de temps de travail et de moyens nécessaires<sup>289</sup> qui font perdre du temps aux usagers (comme la CGSS ne répond pas au téléphone, pour connaître une décision ou mettre à jour une carte vitale, il leur faut aller en personne au guichet CGSS, où il faut attendre plusieurs heures ...).

Le minitel, qui permet de connaître certaines décisions, reste peu fonctionnel, surtout pour les dossiers des étrangers en situation irrégulière<sup>290</sup>, or ni les agents CGSS de Saint Laurent, ni ceux de Cayenne ne semblent au courant de ce problème.

#### « Ne joue pas le jeu » avec les médecins de ville

Les médecins reprochent à la CGSS les délais de remboursement des consultations CMU-AME : *Ils ont vraiment trop exagéré, dans les délais* (34). Les médecins généralistes de Saint Laurent se sont mis en « grève de la CMU » pendant deux semaines en juillet 2002 pour cette raison<sup>291</sup>. Ils reprochent aussi à la CGSS de ne pas les informer des nouveaux textes, de ne pas

---

<sup>289</sup> A l'hôpital de Cayenne, une auxiliaire du service social, faisant office de vagemestre, vient chercher tous les jours les attestations à la CGSS (système impossible à l'hôpital de Saint Laurent en raison de son éloignement géographique de la CGSS basée à Cayenne)

La plupart des assistantes sociales hospitalières prennent soin d'apposer leur tampon personnel sur tout dossier qu'elles envoient, tiennent à jour des fiches de suivi, notant tout ce qu'elles envoient et à quelle date (en gardant les doubles), demandent systématiquement à la CGSS les attestations et restent vigilantes sur l'arrivée de ces dernières, etc.

<sup>290</sup> La seule information qu'il donne en matière d'AME est le numéro d'immatriculation : si un numéro apparaît, c'est que le dossier a été traité et des droits ouverts, si c'était une première demande ... mais si c'était un renouvellement, on ne sait rien, puisqu'un numéro était déjà attribué. En outre, il est mentionné « les droits ne sont pas ouverts » dans tous les cas, que les droits soient ouverts, périmés, ou n'aient jamais été ouverts (alors que pour la CMU, s'affiche « les droits sont ouverts » ou bien « sans exonération » ou encore « 100% ») ; enfin les dates de début et de fin de la période couverte (l'AME est ouverte pour un an) ne sont jamais affichés.

<sup>291</sup> Le traitement de leurs dossiers de remboursement souffrait d'un retard de cinq mois pour les « consultations CMU » et de six mois pour celles AME. La grève a consisté à refuser de faire l'avance des frais c'est à dire à demander à ces patients de payer leur consultation (ces derniers se faisaient ensuite rembourser par la CGSS), sauf en cas d'impossibilité manifeste de payer ou de pathologie très grave. La grève s'est interrompue quand un agent CGSS supplémentaire a été recruté, spécialement affecté aux feuilles de soins des médecins de Saint Laurent, qui sont désormais traitées en moins d'un mois.

Ce mouvement est à distinguer de celui des médecins de Cayenne. La grève des médecins de Saint Laurent a eu lieu pendant un temps délimité et a concerné l'ensemble des médecins de la ville, avec un motif précis. Celle de leurs confrères de Cayenne perdure, ne concerne pas tous les médecins et fait l'objet d'interprétations variées.

Les motifs que les acteurs interrogés prêtent aux médecins « grévistes » de Cayenne sont les suivants :

- position de principe : refus de devenir un *salarié de la Sécu* (par suppression du paiement au moment de l'acte) (26)
- refus de pratiquer les tarifs de la Sécurité sociale (notamment pour les médecins de secteur 2 et la plupart des dentistes, dont les honoraires dépassent ces tarifs mais qui, en cas d'avance des frais, ne sont remboursés qu'au « tarif Sécu »).
- volonté de sélectionner la clientèle pour n'en garder que la partie la plus favorisée économiquement, les moins *propres sur eux* faisant *mauvais genre dans la salle d'attente*. (17)
- désir de limiter l'afflux de patients, considérablement accru avec la réforme CMU, et de décourager les venues « pour rien ou pour voir s'il n'y a pas quelque chose qui ne va pas » qui submergent les

mettre en pratique des déclarations qu'eux, médecins, respectent (exemple : la CGSS leur demande d'accepter de faire l'avance des frais pour des soins qui ne seront en fait pas pris en charge par la CGSS<sup>292</sup>) ou encore de ne les faire bénéficier que tardivement des revalorisations des tarifs des consultations décidées au niveau national<sup>293</sup>.

## ***Dysfonctionnements***

### Délais de traitement des demandes d'ouverture de droit

Selon la responsable CGSS, Mme D, les délais maximums de traitement de l'AME et de la CMU complémentaire sont de deux mois et la CMU base est traitée immédiatement. Les délais que nous avons pu observer sont cependant plus élevés (personnes se présentant au bureau CGSS pour demander des nouvelles de leurs dossiers déposés plus de deux mois avant), et les acteurs métropolitains professionnels interrogés décrivent des délais moyens de 3 à 8 mois pour les premières demandes de CMU, 4 à 8 mois pour les renouvellements de CMU, 4 mois pour les AME<sup>294</sup>. (18, 22, 31, 34)

Ca ne « marche » que parce que les agents CGSS prennent un jour par semaine pour écluser les dossiers en retard (fermant leur agence au public), l'hôpital et la CGSS utilisent des emplois jeunes pour fluidifier leurs relations (une emploi jeune hospitalière vient chercher les attestations à la CGSS, où elle est reçue par une emploi jeune CGSS ...). Souvent, les personnes attendent, n'osent rien dire, puis finalement viennent trouver une assistante sociale,

---

praticiens, altèrent la qualité de leur exercice et exposent au risque de contrôle et de sanction par la CGSS pour excès de consultations

Notons enfin qu'à Saint Laurent, 60 à 80% de la clientèle de ville bénéficie de la CMU, contre 10 à 20% à Cayenne. (26)

<sup>292</sup> Autres exemples :

- Selon un courrier de la CGSS, les droits CMU sont acquis, même un an après la date limite spécifiée sur la notification de droits. Un médecin (34) dit avoir *joué le jeu à fond depuis le début* : il ne faisait pas payer les bénéficiaires d'ALD, de la CMU, les femmes enceintes après le 5<sup>ème</sup> mois ... En fait, les droits CMU étaient bien interrompus après la date notifiée sur l'attestation, et il n'a été remboursé de tous ces soins que rétroactivement, une fois un nouveau dossier accepté.
- Au début de l'application de la réforme CMU, n'étaient payées que les consultations, aucune majoration (visites, nuit ou week-end) n'étant prise en compte. Elles sont censées l'être aujourd'hui, mais ne le sont pas toujours, *il y a beaucoup d'aléatoire*.

<sup>293</sup> *Et puis il y a un truc qui vraiment m'énerve à la Sécu, c'est qu'ils sont malhonnêtes*. Le tarif de la consultation a été augmenté à trois reprises récemment : 19,28 euros après le passage à l'euro en janvier 2002 ; 20,35 courant mars ; et 22 au 1<sup>er</sup> juillet.

La CGSS envoie les textes par courrier, les médecins les reçoivent trois semaines - un mois après. Mais ils sont informés immédiatement, par les informations, dès que la loi est passée. Or la CGSS, qui l'est également, n'a pas l'honnêteté de payer immédiatement le nouveau tarif.

*Mais passer mon temps à gueuler contre la Sécu, j'ai pas le temps. Bon, la Sécu, c'est une machine complexe, ça je veux bien le croire, mais il y a quand même des choses, comme ça ... bon, je m'en fiche, de toutes façons on travaille beaucoup, donc je vais pas, mais bon ... Alors que je suis sûr qu'en métropole, il n'y pas de problème.*

<sup>294</sup> Les statistiques de la PASS de Saint Laurent indiquent que ces estimations ne sont en rien exagérées. En septembre 2002, sur les 814 dossiers d'AME transmis à la CGSS pendant l'année 2001, 693 sont encore en instance de traitement et aucune des 497 demandes d'AME adressées depuis janvier de cette même année n'ont encore reçu de réponse de la part de la CGSS. Sur les 538 demandes de CMU (base et/ou complémentaire) transmises en 2001, 470 sont encore en instance de traitement.

dont le soutien s'avère crucial pour relancer, faire passer par-dessus la pile, négocier s'il manque encore quelque chose<sup>295</sup> ... L'organisation de la CGSS semble reposer pour une bonne part sur les coups d'urgence et les connaissances interpersonnelles.

Les interprétations données à ces délais tiennent à l'isolement de l'Ouest (lenteur de la transmission des dossiers déposés à Saint Laurent vers Cayenne) et à la complexité réglementaire des procédures, aggravée par le manque de souplesse des pratiques de la CGSS, d'où des allers retours superflus : on renvoie les dossiers pour deux croix oubliées ...

Les conséquences sont une perte de temps pour les assurés<sup>296</sup> et surtout un frein à leur accès aux soins puisque pour les demandes de CMU, les droits ne sont ouverts qu'à partir de la prise de décision, sans rétroactivité (l'AME, elle, semble pouvoir bénéficier d'une rétroactivité, ce qui certes permet la prise en charge des frais engagés depuis le dépôt de la demande mais implique aussi, si le dossier a mis par exemple six mois à être traité, d'enclencher les démarches de renouvellement dès six mois après l'obtention de l'attestation). Si certains médecins de ville acceptent les patients en consultation, espérant (à tort ou à raison) qu'ils seront remboursés à l'ouverture des droits, rétroactivement, les pharmaciens, dont les frais sont plus importants que ceux des médecins, vérifient que tous les droits sont ouverts par minitel et refusent en cas de droits en cours de renouvellement de délivrer les médicaments.

Ce problème de délai se conjugue à la précarité des titres de séjour : à l'expiration de ces derniers, les droits CMU sont arrêtés (illégalement puisqu'ils devraient être ouverts un an pour la complémentaire et quatre ans pour la base). Il faut un à deux mois pour faire renouveler la carte de séjour auprès de la préfecture, puis une fois cette nouvelle carte présentée à la CGSS, il faut encore plusieurs mois pour l'ouverture de nouveaux droits CMU. Un Noir Marron surinamien (58) vivant au bord de la route de Saint Jean (à quelques kilomètres de Saint Laurent) raconte que quand il a voulu renouveler son titre de séjour, il s'est vu demander par la sous-préfecture un numéro de Sécurité sociale. En étant dépourvu, il a alors fait une demande en ce sens à la CGSS, avec ouverture de droit CMU. Mais le traitement de cette demande a été si long que le renouvellement de son titre de séjour n'a pu se faire ... et quand la CGSS lui a demandé la copie de son titre de séjour pour valider sa demande de CMU, il n'en avait plus ...

---

<sup>295</sup> Cette situation de retard chronique se résorbant par urgences désordonnées est perçue du côté des usagers étrangers. Selon le responsable haïtien d'une association agréée pour la constitution de dossiers de demande de couverture maladie (54), 41 000 dossiers attendaient d'être traités en 1999-2000. Contraints de résorber ce retard, les accords ont été donnés à tout va, des gens relevant de l'AME se sont vus attribuer une CMU, et vice versa : *il y avait une sorte de débandade* ...

<sup>296</sup> Observation à l'antenne locale CGSS de Saint Laurent, 4 septembre. Un homme entre dans le bureau de l'agent, il vient pour savoir où en est son dossier qu'il a déposé en juin. L'agent lui répond être en train de traiter les dossiers déposés en juin, donc il devrait recevoir une réponse dans une semaine. L'entrevue a duré à deux minutes à peine, l'homme a probablement attendu plus de deux heures.

L'enquête sur la pratique effective du droit réalisée par CHAMBRON, Nicole (1998) auprès tout particulièrement de la population étrangère du Maroni révèle que le premier facteur de difficulté à l'accès au droit (en particulier le droit aux prestations sociales d'ordre divers) est la durée des délais des déplacements et des procédures (obtention des pièces, traduction, attente au guichet ...), dont l'impact est exacerbé dans un contexte d'incertitude (on ne sait pas pourquoi ça dure, combien de temps ça va durer ...).

Notons que les éléments mentionnés ensuite sont le coût financier des procédures (voyage, traduction, certificats et pièces officielles, places dans la file d'attente, consultations et frais pour les avocats, notaires, huissiers. Là encore, l'incertitude sur le montant renforce les freins), le langage et l'obligation de l'écrit, l'ignorance des procédures et enfin l'évitement de la justice, des gendarmes et des policiers.

Voyons comment les acteurs métropolitains gèrent ces délais.

La plupart d'entre eux, assistantes sociales<sup>297</sup> ou pharmaciens et même inspecteur DSDS (un peu moins les médecins, qui sont plus dans une logique de soin : acceptent les consultations et donnent des échantillons médicamenteux), appellent Mme D pour qu'elle leur explique ce qui bloque le dossier voire fasse passer celui-ci « par-dessus la pile ».

Certains prennent quelques libertés avec la règle, pour ne pas pénaliser les patients. Pour les frais engagés avant le traitement d'un dossier, une pharmacienne demande au patient d'aller chercher auprès de son médecin une autre ordonnance, datée du jour d'ouverture des droits (28). Les deux médecins de ville interrogés expliquent accepter bien volontiers de marquer les consultations avec la carte vitale d'une autre personne (ce que les patients leur demandent) *on le fait, c'est évident !* (26). Plutôt que de parler de fraude des usagers, ils mettent en cause les délais voire les erreurs de la CSSS. Par exemple, très souvent, toute la famille bénéficie de la CMU, sauf le dernier-né, ou bien c'est un jumeau sur les deux : *C'est parce qu'ils sont nuls à la Sécu, c'est tout. (...) c'est pour ça qu'on triche : cet enfant n'y est pas, bon on met le nom de tel autre enfant. Pour compenser les inexactitudes administratives.*

### Délais de remboursement des médecins

C'est la critique principale des pharmaciens et des médecins. On a vu que ces derniers ont protesté en refusant, pendant un temps à Saint Laurent, de faire le tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU et de l'AME. A Cayenne, où le mouvement perdure, les bénéficiaires de la CMU et de l'AME affluent aux urgences hospitalières (47) (à Saint Laurent au contraire, l'afflux aux urgences serait constitué par des personnes qui ont un emploi et qui ne peuvent pas se permettre d'attendre dans les cabinets des médecins de ville (39)). Les délais seraient pires pour l'AME : certains médecins de Cayenne accepteraient la CMU mais pas l'AME, ne pouvant supporter le retard de six mois, malgré leurs positions militantes en faveur de l'accès aux soins des plus défavorisés (même s'ils *font du super social* (17)) ; or les bénéficiaires de l'AME, étrangers en situation irrégulière, ne peuvent le plus souvent pas ouvrir de compte bancaire ni postal (par refus des établissements concernés), d'où l'impossibilité pour eux de se faire rembourser une consultation dont ils auraient avancé les frais.

### Dysfonctionnements de la télétransmission

Il y a non seulement des problèmes techniques (il faut recommencer plusieurs fois, appeler, etc.), mais en plus, moins d'une carte vitale sur deux étant à jour<sup>298</sup>, les médecins ne peuvent le plus souvent pas faire la télétransmission (26, 28).

### Files d'attente

Chaque matin – dès trois ou quatre heures du matin - une vingtaine de personnes se postent aux portes du bâtiment de l'annexe CGSS de Saint Laurent qui n'ouvrent pourtant qu'à 7 heures 30, sans malgré tout être sûres d'avoir un ticket (43).

---

<sup>297</sup> Pour les assistantes sociales hospitalières de Saint Laurent, ces interventions auprès de la CGSS font partie de leurs fonctions propres, et l'inertie de cette dernière, avec prolongations intempestives des délais, induit une perte de crédibilité du service social aux yeux de l'équipe soignante qui suit le patient, dans un contexte déjà conflictuel : *Et souvent les services pensent qu'on est de mauvaise foi, ou qu'on n'a pas envie de le faire ...* (1)

<sup>298</sup> Il n'est d'ailleurs pas possible de mettre à jour les cartes vitales en dehors des centres de la CGSS. L'hôpital de Cayenne attend depuis longtemps une borne de mise à jour.

D'autres administrations sont également submergées. Mais des efforts y ont été réalisés : à la CAF par exemple, un agent d'accueil a été recruté, il a pour mission l'orientation des usagers et l'aide à la constitution des dossiers et les locaux ont été rénovés. Malgré tout, ceux qui veulent voir l'assistant social de la CAF se présentent à 5 heures du matin car celui-ci ne distribue que 10 tickets (23). La poste a elle aussi élargi ses heures d'ouverture et recruté du personnel.

On compare aussi avec la médecine de ville : il paraît que chez le Dr V, les gens arrivent dès 4-5 heures du matin. On raconte qu'une mère noire marronne a envoyé sa fille âgée de dix ans, aux aurores, pour lui garder sa place car elle voulait pouvoir passer à 3-4 heures de l'après midi. Des soignants métropolitains commentent :

- *C'est un peu n'importe quoi, quand même !*
- *Non, mais c'est la folie. Il n'y a qu'ici qu'on voit ça.*
- *Tu vois ça qu'aux concerts, à Paris !! (rire)*
- *Ou au Virgin, quand il y a quelque chose d'exceptionnel ! Mais le problème, c'est qu'ici, c'est pas exceptionnel ! (rire) (7)*

Ce problème est exacerbé par l'ambiance d'insécurité générale : laisser son dossier à la boîte éviterait de passer par la file d'attente, pourtant seuls ceux qui connaissent bien l'agent de sécurité s'y risquent, en raison de la crainte, non d'avoir oublié une pièce au dossier, mais d'un vol du dossier ou de la boîte aux lettres. (31)

Enfin, les délais de traitement et les files d'attente multiplient leurs effets respectifs : une partie des personnes qui viennent prendre une place dans la file d'attente ne viennent que pour demander des nouvelles de leur dossier. En outre, pour celles d'entre elles qui, après le dépôt de leur dossier, ont dû être hospitalisées, il faut partir en urgence à la recherche du dossier pour le traiter immédiatement, ce qui aggrave le retard des dossiers placés avant dans la pile ...

Ces problèmes d'attente perturbent le fonctionnement des institutions partenaires à la CGSS. La PASS doit par exemple faire face aux demandes des personnes rebutées par l'attente à la CGSS, qui préfèrent venir directement à la PASS, même quand elles ne sont pas hospitalisées. Ces problèmes font également le lit de dérives sur place. On raconte que certains prennent cinq ou dix tickets, puis les revendent (43), voire que le vigile fait payer la place : *il y a un nouveau métier : gardien de place ! (7)*, ou plus simplement donne un meilleur numéro aux personnes qu'il connaît (ce que confirme un jeune Noir Marron de Saint Laurent (40) : *ça, ça c'est normal, c'est partout.*)<sup>299</sup>

---

<sup>299</sup> Une observation au guichet de l'antenne CGSS de Saint Laurent est l'occasion d'illustrer ces commentaires. Quand son tour arrive et qu'elle entre dans le bureau de l'agent CGSS, une femme se plaint de ce que, quand elle est arrivée, il n'y avait que quatre personnes dans la salle d'attente, mais le vigile lui a donné le numéro 60. Après avoir attendu deux heures et remarqué que de nombreuses personnes arrivées après elle passaient avant elle, elle s'est plainte auprès du vigile. Celui-ci lui a alors de suite donné un numéro plus proche et elle a pu passer rapidement. L'agent CGSS (27) reconnaît qu'elle n'est pas la première à se plaindre. Il a déjà menacé le vigile de faire part de ces remarques à son supérieur, mais comment l'empêcher, tant qu'il n'est pas pris en flagrant délit ? Il a aussi entendu dire qu'il faisait payer les numéros. Il n'ose pas installer un distributeur automatique de tickets numérotés par crainte qu'il ne se fasse voler ou endommager, se demande s'il ne pourrait pas l'installer en en confiant la responsabilité au vigile ...

La femme qui s'est plainte est métropolitaine : moins fataliste que d'autres à l'égard des méthodes du vigile et mal placée à leur égard puisqu'elle ne fait pas partie de ses connaissances ...

### Pertes de dossiers

Tous les acteurs métropolitains ont des exemples de dossiers perdus, que ce soit à titre personnel ou professionnel : il arrive que les assurés doivent déposer trois ou quatre fois leurs dossiers ... un médecin a envoyé huit arrêts maladie pour le même patient, les huit ont été perdus par la CGSS.

Là aussi, ces reproches ne sont pas spécifiques à l'administration CGSS : les dossiers se perdent aussi à la CAF. Un médecin a dû refaire quatre fois une déclaration de grossesse à la même femme. (34) Des dossiers se perdent entre la CAF et la CGSS : le dossier CMU inclus dans celui du RMI, qu'envoie la CAF à la CGSS, ne parvient pas toujours à celle-ci (31).

Ce problème est exacerbé par les défauts de communication de la CGSS et les délais de traitement exposés ci-dessus : comment savoir en effet si l'absence de réponse à un dossier signifie qu'il a été perdu, qu'il n'est pas encore traité, ou qu'il l'a déjà été mais qu'aucune attestation n'a été envoyée à l'intéressé ?? L'affaire se complique d'autant plus qu'un dossier refusé par la CGSS n'est pas enregistré (l'original du dossier est renvoyé à l'intéressé sans être saisi) : si on appelle la CGSS et que celle-ci répond que le dossier n'est nulle part, on ne peut donc pas faire la différence entre un dossier perdu et un dossier refusé et renvoyé à une mauvaise adresse ... Enfin, la fonction de « boîte aux lettres » de l'annexe de Saint Laurent n'arrange rien à l'affaire, accroissant non seulement les délais de traitement de dossiers (qui doivent être transférés de Saint Laurent à Cayenne), mais aussi, par conséquent, leur risque d'être perdus, et cela sans que les agents de Saint Laurent ne puissent guère donner de renseignements sur leurs situations, une fois qu'ils sont « partis » (aucun récépissé n'est donné au dépôt d'un dossier pour en attester).

On a déjà dit que les acteurs métropolitains se méfient du fonctionnement de la CGSS. Une assistante sociale hospitalière (18) qui photocopie tous les dossiers qu'elle envoie à la CGSS, va photocopier ces doubles pour les dossiers qui sont déclarés perdus par la CGSS (environ un ou deux dossiers par mois, sur une douzaine d'envoyés complets chaque mois) : *bête et méchant, ils ne l'ont pas trouvé, bin ils vont me dire ce qui se passe.*

On a dit qu'une employée jeune de l'hôpital de Cayenne amène les dossiers tous les jours à la CGSS : c'est autant pour aller plus vite que pour éviter les pertes par la poste (et pouvoir certifier que c'est bien arrivé)

Côté CGSS, la situation est reconnue. L'agent CGSS de l'antenne de Saint Laurent (créole) (27) reconnaît que des dossiers se perdent : comme dans toute administration, selon lui, mais l'insuffisance de personnel pour traiter les dossiers à mesure qu'ils arrivent accroît les risques. Cette situation le place dans l'embarras vis à vis non seulement des gens en attente de leur dossier, que des agents de Cayenne à qui il les demande. Il prend d'ailleurs une journée, deux fois par mois, pour aller à Cayenne chercher les dossiers non retrouvés par ses collègues de Cayenne, mais urgents et réclamés par les assistantes sociales de l'hôpital de Saint Laurent ...

### ***Non respect des textes de la loi CMU-AMER***

Les critiques sont très nombreuses, de documents exigés de façon injustifiée par la CGSS pour des demandes d'ouverture ou de renouvellement de droits, avec refus abusifs à la clé.

Une assistante sociale hospitalière (14), particulièrement au fait de la législation, explique ne jamais donner plus que ce que les textes requièrent. Elle n'hésite pas non plus à protester en cas de demande systématiquement abusive de la part de la CGSS (quand par exemple un relevé d'identité bancaire était requis pour les dossiers de CMU, elle a écrit en ce sens à la CGSS qui ne l'a alors plus demandé). Mais la plupart des autres acteurs métropolitains se

montrent plus fatalistes face aux pratiques illégales de la CGSS, et ce d'abord parce qu'ils ne sont pas eux-mêmes suffisamment certains de la teneur exacte des textes.

Surtout, plus que des pratiques systématiques, ces restrictions abusives sont le plus souvent aléatoires : des dossiers complets peuvent être refusés par la CGSS alors qu'elle en accepte des incomplets. Cette variabilité est interprétée comme une question d'agents, de façon de faire guyanaise (une pensée pas *cartésienne* (6)), mais aussi comme une volonté de freiner l'accès aux soins des étrangers : *il y a plein de bizarreries, il y en a tout le temps ... c'est par moment, on a l'impression que certaines personnes veulent régler à eux-seuls le taux d'immigration ... C'est tant au niveau de la sous préfecture que des administrations générales, ce genre de truc, ils se mettent à inventer un justificatif.* (14)

### Les pièces justificatives demandées par excès

#### *L'extrait d'acte de naissance*

On a vu dans le chapitre sur les pratiques différenciatrices opérées par les acteurs créoles les raisons (contrainte technique nationale et méfiance locale des fraudes) pour lesquelles l'acte de naissance est exigé pour les demandes de CMU et d'AME, alors que le passeport devrait suffire.

Cette exigence fait l'objet de nombreux commentaires de la part des acteurs métropolitains : elle étonne, interroge (une assistante sociale a demandé à une inspectrice de la DSDS si c'était légal, celle-ci va se renseigner ... ). Certains suspectent une obligation nationale mais la plupart estiment que cette demande est abusive, l'exigence réglementaire de preuve de l'identité pouvant être satisfaite par un passeport, une carte d'identité *ou* un acte de naissance<sup>300</sup>, une déclaration sur l'honneur devrait même suffire, au moins dans un premier temps.

#### *Les justificatifs de domicile et de revenus*

Sont demandés, pour le domicile, une attestation de résidence ou d'hébergement, la dernière quittance de loyer ou la dernière facture d'eau ou d'électricité, l'avis d'imposition ou de non imposition (sur lequel est noté l'adresse).

Pour les revenus, les déclarations nulles sont refusées.

La plupart des acteurs professionnels métropolitains interrogés n'ont pas de commentaires à faire sur les pièces acceptées ou non par la CGSS en la matière.

#### *Un certificat de scolarité*

Il est demandé, abusivement, pour la CMU.

#### *Un relevé d'identité bancaire*

Il a été demandé, abusivement, pour la CMU et l'AME<sup>301</sup>.

---

<sup>300</sup> Remarque : il semble que chaque administration ait ses préférences : à la sous préfecture, c'est le passeport qui est indispensable à la demande de titre de séjour, l'acte de naissance n'étant pas suffisant.

<sup>301</sup> Un RIB peut être utile (sans être légalement exigible) en cas de soins engagés avant l'accord de prise en charge (pour le remboursement rétroactif) ou si un médecin refuse de faire l'avance des frais. Une responsable CGSS reconnaît avoir demandé un RIB à tout son public .... jusqu'à s'apercevoir que la poste (ni aucune banque) n'ouvre pas de compte aux étrangers en situation irrégulière ...

## Le droit au séjour

### *Titre de séjour et CMU*

Avec l'acte de naissance, c'est un des problèmes les plus souvent évoqués par les acteurs professionnels métropolitains.

On a vu, dans le chapitre sur les pratiques différentielles opérées par les acteurs créoles, que les droits CMU sont ouverts pour la même durée que le temps de validité du titre de séjour ou de la convocation préfecture présentés par l'étranger : les responsables CGSS interrogés reconnaissent que cette pratique avait cours au début de l'application de la réforme CMU, suite à une mauvaise lecture des textes, mais que ce n'est désormais plus le cas, les droits CMU étant ouverts pour un an (CMU complémentaire) ou quatre ans (CMU base).

Ce changement de pratique n'est pourtant pas confirmé par les acteurs métropolitains : il y a maintien de droit pour la CMU base seule, pas pour la CMU complémentaire.

En cas de détention d'une carte de séjour d'un an, la CMU n'est délivrée que pour un an, en cas de titre de séjour de trois mois, la CMU n'est pas du tout accordée. Les récépissés de renouvellement de titre de séjour ne sont pas acceptés (parce que, selon un responsable CGSS (27), ces récépissés ne donnent aucune assurance que la personne obtiendra le titre de séjour qu'elle demande)<sup>302</sup>. Ces récépissés suffisent cependant en cas de suivi par une assistante sociale (dont atteste le coup de tampon sur le dossier) et/ou d'une urgence médicale (importance du certificat médical associé au dossier). La pratique restrictive de la CGSS a donc d'autant plus d'impact que la personne n'est pas suivie par une assistante sociale ou n'est pas malade (or légalement, le besoin de soin n'est pas censé intervenir dans l'instruction d'un dossier CMU), deux conditions souvent associées (on a vu qu'en l'absence de service social de secteur, les assistantes sociales de l'hôpital n'acceptent de suivre que des personnes hospitalisées).

### *Déboutés du droit d'asile et AME*

On a également vu cet exemple dans le chapitre sur les pratiques différentielles opérées par les acteurs créoles. Ceux des acteurs métropolitains rencontrés qui sont au courant de cette affaire (assistantes sociales et inspectrice DSDS) contestent le refus d'AME qu'oppose la CGSS aux déboutés du droit d'asile.

### Les applications illégales des textes que l'enquête a repérées, sans qu'elles soient contestées par les acteurs métropolitains

Reprenons. Les applications contestées par les acteurs métropolitains, et que nous considérons également comme illégales sont les suivantes : demande de RIB pour l'AME et la CMU, d'acte de naissance et de certificat de scolarité pour la CMU (acte de naissance également, parfois, pour l'AME), expiration des droits CMU avec celle du titre de séjour, refus de l'AME aux déboutés du droit d'asile.

Il y a également un certain nombre de pratiques qui nous semblent illégales mais qui ne sont pas repérées en tant que telles par les acteurs métropolitains.

### *AME*

Les responsables CGSS interrogés (27, 55) expliquent exiger une *résidence de trois mois* au moins : la plupart des acteurs métropolitains ou créoles interrogés pensent également que cette

---

<sup>302</sup> Rappelons que la CMU est censée être accordée sur présentation de tout titre de séjour, quelque il soit, même d'une convocation en préfecture attestant simplement de ce qu'une demande de titre de séjour est en cours.



condition est légalement exigible. Une assistante sociale décrit d'ailleurs son défaut comme un des motifs les plus fréquents de refus. Notons que l'impact en terme d'accès effectif à une couverture maladie de cette condition restrictive est probablement atténué du fait que les agents CGSS ne vérifient pas la réalité de son effectivité (en cas d'hébergement, la déclaration sur l'honneur de l'hébergeant est acceptée, sans précision sur l'ancienneté du séjour).

Les responsables CGSS interrogés expliquent aussi avoir, au début de la réforme, exigé un *besoin de soins* pour l'AME. On a vu dans le chapitre sur les pratiques différentielles opérées par les acteurs créoles que cette pratique résultait, pour l'un, d'une mauvaise lecture des textes (l'absence de besoin de soins constituant, selon lui, une nouveauté, alors que c'est le cas depuis la réforme de l'aide médicale de 1992), et pour l'autre, d'une volonté affichée de réduire l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière. Mais selon ces deux responsables, cette pratique n'a plus cours<sup>303</sup>. Un autre agent CGSS affirme pourtant le contraire. Par ailleurs, une assistante sociale hospitalière métropolitaine (18) dit avoir reçu, pour un dossier de demande d'AME récemment envoyé à la CGSS, une notification de refus sur laquelle était coché le motif « absence de soins ou d'hospitalisation dans un établissement de santé »<sup>304</sup> (cf. annexe). Cette assistante sociale n'a pas considéré illégale cette notification de rejet lorsqu'elle l'a reçue. Plusieurs autres assistantes sociales interrogées sont du même avis. Ce motif est de toutes façons rarement invoqué par la CGSS car toutes les assistantes sociales hospitalières rencontrées ont l'habitude de joindre aux dossiers de demande d'ouverture de droit un document administratif attestant du besoin de soins (facture, bon d'hospitalisation), de façon à accélérer le traitement du dossier. En bref, méconnaissance des textes et contexte hospitalier (dossiers urgents car besoin de soins immédiat) font que cette condition de soins, illégale, n'est pas remarquée par les assistantes sociales. Mais côté usagers, cette condition ne peut que décourager toute initiative individuelle faite en dehors du circuit de l'hôpital.

Ces deux conditions, illégales, mais non contestées par les acteurs métropolitains, feront l'objet de développements ultérieurs quant aux traitements différentiels que ces mêmes acteurs métropolitains peuvent opérer.

Aux dires du responsable haïtien d'une association qui accompagne les démarches d'ouverture de droit (54), un *certificat de vaccination* est requis pour la demande d'AME. Cette demande abusive ne semble pas poser de problème en pratique : le responsable associatif indique aux gens l'adresse d'un centre de prévention, où ils peuvent aller se faire vacciner gratuitement. Il y a cependant eu des refus d'AME pour défaut de certificat de vaccination.

Un usager noir marron déclare que la CGSS n'accepte pas les attestations de résidence écrites à la main, contraignant les requérants à avoir recours à un écrivain public muni d'un ordinateur. (58)

---

<sup>303</sup> Une responsable (55) remarque cependant qu'en cas d'hospitalisation, l'autre condition abusivement demandée, à savoir la condition de résidence de trois mois, n'est pas requise, ce qui est une façon de faire perdurer l'« avantage » que procure le besoin de soins (authentifié par l'hospitalisation).

<sup>304</sup> La responsable CGSS explique que ce motif figure encore sur les notifications de refus mais n'est plus coché.

Deux certificats médicaux, un de ville et un hospitalier, sont demandés lorsque l'AME, au bout de trois ans, de hospitalière devient totale, ce qui est une pratique non seulement illégale mais en plus spécifique à la Guyane nous semble-t-il.

Enfin, notons également une pratique favorable aux étrangers en situation irrégulière, par rapport aux textes. Alors que la prise en charge ne devrait théoriquement prendre effet qu'à partir du jour de l'accord d'AME ou de CMU complémentaire, la responsable CMU-AME de Cayenne (55) déclare faire démarrer la prise en charge des frais de santé jusqu'à deux mois avant le jour de l'accord pour les AME (mais pas pour la CMU complémentaire) (elle le fait en méconnaissance des textes et non dans un objectif de pratique favorable).

### *CMU*

La seule pratique illégale observée ou entendue à propos de la CMU, en plus de celles repérées par les professionnels métropolitains, est favorable : selon un responsable CGSS (27), il n'y a pas besoin des trois mois de résidence en France pour demander une CMU. Cette affirmation accentue d'autant la pratique défavorable et illégale appliquée à l'encontre des étrangers en situation irrégulière, auxquels cette condition est illégalement exigée.

### **Divers « degrés » de discriminations sur l'origine**

Ces carences graves des institutions locales – par incompetence, abus de pouvoir, corruption, clientélisme, tensions Est Ouest, racisme – engendrent des difficultés d'accès aux soins pour tous les usagers mais surtout pour les étrangers et/ou les Noirs Marrons. Elle n'ont pourtant pas toutes une intentionnalité discriminatoire. Les discours métropolitains recueillis permettent ainsi de dresser une typologie de ces discriminations sur l'origine, selon qu'elles sont plus ou moins directes : là où certains voient une incompetence aveugle qui pénalise surtout les usagers les moins à l'aise avec les démarches d'accès aux soins, à l'origine de discriminations indirectes parce que ces usagers « les moins à l'aise » se trouvent être en grande majorité étrangers et/ou Noirs Marrons, d'autres estiment qu'il y a exclusion volontaire de certains de ces usagers, considérés indésirables, ce qui produit des discriminations directes manifestes. Enfin, de façon « intermédiaire », certains préfèrent parler d'une « reconnaissance des siens » qui produirait, par « ricochet », une exclusion des « autres », plus que d'une volonté manifeste de rejet de ces « autres ».

Notons que les Créoles étant français et inscrits à l'état civil, ce n'est qu'avec les Noirs Marrons français (ou dans certains cas étrangers en situation régulière) qu'on peut comparer leur situation. Les difficultés pour l'AME, les défauts de pièce d'identité et bien sûr les questions directement relatives au droit au séjour en France sont autant de questions, donc, pour lesquelles il n'y a pas de comparaison possible entre Créoles et non Créoles (la seule comparaison ne peut se faire qu'avec ce que prévoit la législation).

### ***Une incompetence aveugle***

Elle affecte tous les usagers. Ainsi, nombreux sont les acteurs métropolitains à avoir pâti, à titre personnel, des carences des professionnels créoles, mises sur le compte avant tout d'une incompetence flagrante<sup>305</sup>. On cite en exemple les difficultés que rencontrent également les

---

<sup>305</sup> Un exemple souvent donné est le temps de transfert du dossier d'assurance maladie de la métropole à la Guyane : on donne des durées de neuf ou onze mois, voire deux ans (malgré les courriers recommandés, c'est alors la venue sur place au guichet CGSS qui permet de régler la situation), parfois après perte une ou deux fois du dossier. Certains comparent : trois semaines pour un transfert la Réunion-Paris, onze mois pour un transfert

usagers créoles (rares exemples où les Créoles sont cités en tant qu'usagers plutôt qu'acteurs professionnels du système de soins), pour mieux démontrer la récurrence des dysfonctionnements des administrations (la victime serait étrangère et/ou noire marronne, on pourrait mettre la perte du dossier sur le compte de sa maladresse ou de la mauvaise intentionnalité de l'agent CGSS) : un médecin a dû par exemple refaire à une femme enceinte créole quatre fois sa déclaration de grossesse, parce que les précédentes avaient été perdues par la CAF : *Mais quand on les voit au 3<sup>ème</sup> mois, qu'on les voit tous les mois, quand c'est une patiente qui travaille, qui est créole, qui est bien cortiquée, qui connaît bien le parcours, et que quatre fois elle demande la feuille, moi je dis « mais c'est pas possible ! », elle me dit « ils ont perdu le dossier, ils retrouvent pas ma feuille » !! (34)*

Certains acteurs métropolitains interprètent ces dysfonctionnements comme les symptômes d'un mode « créole » de travailler, non systématisé (variable selon les agents<sup>306</sup>) et dans lequel il ne faut donc pas chercher d'intention discriminatoire ... il s'agit de le comprendre et non de lutter contre (*on peut pas être dans ce combat-là parce qu'autrement il faut partir vite d'ici.*(6)), en s'armant de patience.

***Un comportement tatillon à l'égard de tout « non Guyanais » ... mais dont les conséquences sont plus rebutantes pour les étrangers et les Noirs Marrons***

Ces difficultés concernent tout le monde, puisqu'elles concernent « même les Métropolitains » ... mais elles sont plus néfastes pour les étrangers et les Noirs Marrons, non en tant que tels, mais parce qu'ils sont moins à même d'y faire face.

Une pharmacienne (28) explique : *ils prennent un malin plaisir, à Cayenne, à retourner les dossiers ... inutilement. Quand ils renvoient le dossier complet qu'il leur a déjà fallu deux mois au minimum pour traiter, les gens qui ne comprennent pas un mot de français, (...) ça peut décourager. Ils ne comprennent pas car pour eux, du moment qu'ils ont fait la demande, c'est qu'ils ont la couverture, surtout s'ils n'ont reçu aucune réponse. Leur incompréhension est bien-sûr accrue par le manque flagrant d'information donnée par la CGSS.*

Quand elle a appelé la CGSS, pour son propre dossier, on lui a répondu : *« mais quand on vient en Guyane, il faut savoir attendre », ils sont très hautains, que ce soit n'importe qui qui les appelle, donc j'imagine le pauvre Noir Marron qui leur téléphone, c'est même pas la peine. (...) Même les Métros, ils ont leurs bébés inscrits sur leur carte à sept ou huit mois, c'est quand même aberrant ! (...) parce qu'ils estiment que c'est eux qui sont maîtres du truc, ils ont les dossiers en main, ils en font ce qu'ils veulent, ils font passer le dossier qu'ils veulent quand ils veulent, qu'elle me dise pas qu'ils respectent la pile dans le bon sens parce qu'il suffit de râler une ou deux fois ...*

Il lui est arrivé d'appeler pour des patients dont l'enfant âgé de six mois n'était toujours pas inscrit sur leur carte : *quand ils téléphonent, on les rembarre tout de suite, on ne veut même pas répondre à leurs questions, moi quand je téléphone, en tant que pharmacienne, déjà, ça*

---

Paris-Guyane. Un assistant social, prévenu par une pharmacienne dont le dossier a mis cinq ans pour être transféré depuis la métropole, a préféré laisser son dossier en métropole.

Les pertes de dossiers, à l'intérieur du département, les concernent aussi, ainsi que les radiations intempestives (une sage femme s'aperçoit un jour qu'elle n'a plus de droits ouverts. On lui explique, à la CGSS, que c'est parce qu'elle n'a pas eu de remboursement de frais de soins depuis un an).

<sup>306</sup> Pour le justificatif d'identité, *ils sont plus ou moins rigoureux (...) il y a des dossiers qui sont rejetés, on ne sait pas pourquoi, et d'autres qui passent, sans tous ces documents-là.(...) Il y a des dossiers qui sont en échec qui sont dans des cas de figure très différents.* (6)

*... passe un petit mieux, ils repassent une semaine après en disant « c'est bon, on a reçu l'attestation ». Il suffit de gueuler un peu ... (...) moi, ce qui me choque, c'est surtout la lenteur ... même nous, pour les remboursements, à la limite ... mais je me dis « le pauvre gars, haïtien ou quoi que ce soit, qui monte son dossier, il doit ...*

### ***La préférence pour « les siens » : clientélisme communautaire***

Si on suspecte des pratiques de corruption à la sous préfecture (administration d'Etat) telles que la délivrance de titres de séjour contre de l'argent ou des services sexuels<sup>307</sup>, c'est de clientélisme communautaire dont on accuse le Conseil Général (administration gérée par des élus locaux). Ainsi, le déficit budgétaire chronique du Conseil Général, que l'on a dit responsable de graves carences de l'offre de soins<sup>308</sup>, serait dû à son sureffectif embauché par connaissances<sup>309</sup> et serait creusé par des dépenses décidées au nom d'intérêts particuliers<sup>310</sup>. Ce clientélisme jouerait également au niveau de l'embauche dans les structures de soins<sup>311</sup>.

---

<sup>307</sup> La condamnation, il y a quelques années, d'un agent haut placé de la sous préfecture, démis de ses fonctions pour délivrance de titres de séjour sur des critères illégaux (on parle de *droit de cuissage* (1), entre autres), est évoquée par plusieurs interlocuteurs. Aujourd'hui encore, certains traitements différentiels semblent suspects : *il y a des choses bizarres qui se passent, mais pas liées à la nationalité. Il y a des gens ont des droits et qui n'arrivent pas à les faire valoir, qui rentrent bien dans les cases, qui ont 50 000 preuves, qui essayent, et réessayent, et qui n'arrivent pas à faire valoir, et puis des gens qui ne rentrent pas dans les cases et qui arrivent à avoir une carte de séjour.* (1) Selon cette assistante sociale, les étrangers constatant ces inégalités de traitement et suggèrent que les titres se monnaient par des actes sexuels ou de l'argent.

<sup>308</sup> Le Conseil national du sida (2003) rappelle le très lourd endettement des Conseils Général et Régional ainsi que des municipalités de Cayenne et de Saint Laurent qui, bien que non spécifiques à la Guyane ni aux autres DOM, lorsque cependant « ils aboutissent, comme en Guyane, à priver toute une population déjà défavorisée de l'accès à des soins élémentaires et à des conditions de vie décentes, ils deviennent insoutenables et appellent à des mesures d'urgence. » (p. 40)

<sup>309</sup> Le Conseil Général s'abstiendrait de recruter dans l'Ouest guyanais pour compenser l'effectif pléthorique sur Cayenne (la charge de personnel représentant 80% du budget du Conseil Général, avec 900 personnes recrutées en sureffectif, par connaissance et payées à ne rien faire) (38, 45).

GALLIBOUR (1996) note l'importance des réseaux personnels pour trouver un emploi et les pratiques clientélistes des élus locaux et fait lui aussi mention de l'attribution par la mairie de Cayenne de postes supplémentaires ne correspondant pas à une activité réelle.

On peut d'ailleurs noter à ce propos la faiblesse du corps électoral en Guyane en raison de la présence de nombreux étrangers n'ayant pas le droit de vote (à Saint Laurent, on compte 3000 électeurs parmi les 25 000 habitants en 2002) et le taux élevé d'abstention (aux élections législatives de juin 2002, les deux représentants élus ont rassemblé respectivement en leur nom environ 4000 et 7000 suffrages pour 51 000 inscrits). (BUTON, 2002 ; CONSEIL NATIONAL DU SIDA, 2003)

<sup>310</sup> Exemples :

Les cuisines des collèges sont hors norme. Au lieu de réaliser les quelques travaux nécessaires à leur mise aux normes, le Conseil Général fait appel à une entreprise privée qui amène les repas, une entreprise qu'il connaît bien ... qui fait payer 35 Frs des repas dont les infirmières scolaires dénoncent expressément l'insuffisance des portions (38).

Un magnifique bâtiment vient d'être construit pour la PMI d'un petit bled de l'Intérieur ... d'où est originaire une des huiles du Conseil Général (43).

<sup>311</sup> Une assistante sociale (1) constate amèrement qu'elle n'a été embauchée pour un contrat de six mois non renouvelé que parce que sa direction savait qu'au terme de ce contrat, une assistante sociale créole pourrait l'être.

Une infirmière parle de *copinage* (un Créole arrive à un poste, il fait entrer ses copains) bien plus présent que dans les autres DOM (43).

Il se traduirait également par une négligence de Cayenne à l'égard de l'Ouest, caractérisé par un sous-équipement médical, social et administratif<sup>312</sup> qui exacerberait les difficultés déjà mécaniquement induites par les distances géographiques<sup>313</sup> et les particularismes culturels<sup>314</sup>. Cette négligence serait patente en terme de politiques de santé : on a dit les insuffisances des actions de vaccinations sur les fleuves et plus généralement les carences des centres de médecine collective ; de la même façon, on reproche aux pouvoirs locaux de tolérer les activités d'orpaillage illégales et pourtant fort visibles qui polluent les fleuves, mettant en danger la santé des populations qui y vivent. Notons que ce type de négligence à l'égard des populations de l'Intérieur guyanais a déjà été noté à l'époque coloniale, dans cet espace qui, précisément, nécessite de lourds aménagements pour permettre la mise en œuvre efficace des politiques de santé<sup>315</sup>.

L'accès aux soins des individus est dit largement dépendant de ce clientélisme : on évoque des pressions exercées dans la décision de soins particuliers (évacuation sanitaire, cure ...) <sup>316</sup>;

---

<sup>312</sup> Les voitures de fonction affectées au personnel de la PMI de Saint Laurent sont toujours vieilles, les neuves étant réservées aux fonctionnaires influents du Conseil Général basés à Cayenne, alors que ceux de Saint Laurent sont amenés à rouler beaucoup plus, sans même disposer d'un téléphone portable en cas d'accident (43). L'annexe CGSS de Saint Laurent ne fonctionne qu'avec un seul agent, contre neuf à Cayenne ; l'assistante sociale de la CGSS ne vient que rarement à l'annexe de Saint Laurent : *c'est les disparités est-ouest. C'est politique*. Alors le directeur de l'hôpital constate devoir pallier ce déficit, via sa PASS : *Nous, on joue un rôle qu'on doit pas jouer, mais on le joue parce qu'on n'a pas le choix*. (45)

<sup>313</sup> A l'annexe de Saint Laurent, la plupart des dossiers ne font que transiter vers le centre de Cayenne pour y être traités, ce qui induit donc des délais de traitement supplémentaires, des pertes de dossiers et l'incapacité de l'agent de Saint Laurent à donner des informations sur un dossier particulier.

L'hôpital de Cayenne est avantagé par rapport à celui de Saint Laurent par sa proximité physique avec la CGSS :

- contacts physiques par l'intermédiaire de la vague mestre tous les jours
- la CGSS réserve deux heures hebdomadaires aux agents des admissions
- les assistantes sociales connaissent personnellement, pour les avoir vus à de nombreuses reprises, les agents CGSS, d'où de meilleurs contacts téléphoniques

La permanence des médecins conseil n'est plus tenue à Saint Laurent, d'où obligation pour tous les requérants de l'Ouest guyanais de faire le déplacement à Cayenne.

<sup>314</sup> Une médecin de la PMI (17) avait passé du temps à élaborer un guide sur l'allaitement destiné aux Noirs Marrons, avec ses propres dessins et des commentaires en taki taki. Elle l'a envoyé au Conseil Général et n'en a plus jamais entendu parler.

<sup>315</sup> BOURGAREL (1994) rappelle qu'au début du 20<sup>ème</sup> siècle, l'ensemble des « grands bois », c'est à dire tout l'espace intérieur, où vivent « les orpailleurs et les populations tribales (...) [et qui] représente la vie sauvage, la non-civilisation et suscite peu d'intérêt chez les résidents du littoral » (p.70) est considéré peu touché par le paludisme, contrairement à la zone du littoral où vivent les Européens ... alors que c'est en fait la zone la plus touchée.

Or une politique sanitaire nécessite un investissement soutenu. A la même époque, Cayenne et Saint-Laurent sont peu atteints car les eaux dormantes y sont drainées, contrairement à Kourou qui ne fait l'objet d'aucun effort d'aménagement.

<sup>316</sup> *De façon générale, en Guyane, tout ce qui passe par la Sécurité sociale, c'est politique* (16) : faire accepter le remboursement d'une évacuation sanitaire ou d'une cure est plus facile si le patient est apparenté à un élu, puisque ces élus (mairie, conseil général) peuvent exercer des pressions, notamment via leur participation au conseil d'administration de la CGSS.

Notons qu'à ce niveau, d'ailleurs, la mobilisation de l'appartenance communautaire peut également être décrite chez des non Créoles : on raconte (16) que sur le fleuve Maroni, un malade voulait être évacué sur Cayenne. Les deux médecins du centre de santé ainsi que médecins des urgences de Cayenne refusaient, estimant que l'évacuation n'était pas nécessaire. Mais le malade et la population locale insistaient. Finalement, les élus municipaux, noirs marrons, ont parlementé avec ceux de Cayenne, et l'évacuation a pu avoir lieu, en dépit des avis médicaux contraires.

mais c'est surtout dans le traitement routinier des dossiers administratifs que jouerait la reconnaissance des siens : la reconnaissance d'un nom (c'est à dire d'un nom créole par des agents eux-mêmes créoles), voire l'initiative de l'intéressé<sup>317</sup>, permet qu'on place un dossier « par dessus la pile » et qu'on lui épargne des vérifications poussées<sup>318</sup> ... traitements préférentiels qui, dans le contexte sus-décrit de carence d'information donnée, délais excessifs chroniques et complexité kafkaïenne des procédures, peuvent avoir un impact majeur.

Les acteurs sociaux et soignants, métropolitains, savent bien que leur « coup de téléphone » à Mme D, responsable à la CGSS, est lui aussi très efficace ... La reconnaissance en tant que créole et l'appui par un professionnel extérieur sont donc les deux façons de passer outre les dysfonctionnements principaux de la CGSS ... au prix d'un accroissement des difficultés pour « les autres », puisque le traitement en urgence d'un ou deux dossiers vient, chaque jour, retarder encore un peu plus la résorption du retard de traitement de la masse des dossiers anonymes.

La reconnaissance interpersonnelle (et on plus la reconnaissance de l'appartenance communautaire) peut jouer aussi : le vigile réserve les « meilleurs » numéros, dans la salle d'attente de la CGSS, aux personnes qu'il reconnaît ; l'agent de la caisse de l'hôpital laisse plus facilement passer en consultation une personne qu'elle connaît, même si elle n'a pas d'argent pour payer (*une amie arrive, c'est comme partout, hein « ho, j'ai pas pris mon argent », « c'est pas grave, je te fais passer ». Mais une autre femme se présenterait, je pense que, des fois ...* (18)). Or les étrangers, les Noirs Marrons et les Amérindiens sont moins susceptibles de connaître personnellement les professionnels en position de leur faire accéder aux soins, puisque ces postes sont essentiellement tenus par des Métropolitains et des Créoles<sup>319</sup>.

## **Le racisme**

### Le racisme s'observe quotidiennement

La plupart des acteurs métropolitains donnent des exemples de racisme, au quotidien, des Créoles envers les étrangers, les Noirs Marrons et les Amérindiens<sup>320</sup>.

---

<sup>317</sup> S'il n'y a pas de dossiers retardés, il y a des dossiers accélérés : *Si on connaît quelqu'un de placé, là, oui, on passera plus vite, je pense que c'est plus au piston ...* (31)  
*C'est très clientéliste. Quand un Créole a un problème, il appelle un cousin, un copain, quelqu'un qui travaille à l'administration en question, alors que le Surinamais il n'a personne.* (1)

<sup>318</sup> Une assistante sociale (2) décrit le traitement préférentiel car moins sourcilleux dont bénéficient les dossiers de nom créole :  
*Mais on attachera peut-être une importance différente à un autre dossier qui n'aura pas un nom noir marron ... (...) c'est clair, c'est évident ... C'est pas qu'il passera plus vite, mais si quelque chose coince dans le dossier, on sera plus souple ... L'effet rétroactif, par exemple. C'est quelque chose qui est légalement dans les textes, mais il suffit qu'on demande l'effet rétroactif pour un dossier on va dire créole, les choses peuvent se faire comme ça, alors que pour un autre, il faudra le justifier : de l'hospitalisation du patient, est-ce que c'est bien légal, est-ce que c'est pas légal, est-ce que c'est bien ...*

<sup>319</sup> A noter que dans l'exemple du vigile de la salle d'attente CGSS, c'est une femme métropolitaine qui s'est plainte de ce qu'il donnait les numéros aux gens non pas dans l'ordre d'arrivée mais selon ses connaissances, voire le prix que lui en offraient les gens : exclue puisque ne connaissant pas l'agent de sécurité, et peut-être plus susceptible d'être choquée par une procédure peu habituelle dans les salles d'attente des CPAM de métropole.

<sup>320</sup> Exemples :

Les Créoles mépriseraient *tout ce qui n'est pas guyanais*, avec une définition de l'identité guyanaise restreinte à sa composante créole et considèreraient que la résidence en Guyane assortie de la nationalité française ne garantit en rien l'identité guyanaise : *Une Française de Maripasoula n'est pas guyanaise, elle est Bush. Un vrai Guyanais, c'est pas quelqu'un qui vit en Guyane depuis quinze ans, c'est un Créole guyanais ; un Amérindien c'est pas un Guyanais.* (17). C'est bien l'appartenance à la communauté créole qui compte dans la définition du Guyanais : de nombreux Créoles martiniquais sont venus en Guyane après l'irruption de la Montagne Pelée, en 1912. *Ca doit faire deux générations, alors ils sont guyanais, mais pas les autres, alors que les autres étaient là avant !!* (28)

Si les Créoles respectent l'organisation des revendications identitaires portées par les Amérindiens ces vingt dernières années, voire leur envient leur « autochtonie » reconnue, les discours métropolitains recueillis retiennent surtout le mépris des Créoles à l'égard de ceux qui étaient il y a encore peu volontiers inclus parmi les populations « primitives ».

Mais c'est plus encore le racisme des Créoles envers les autres « primitifs » guyanais, les Noirs Marrons, qui donne matière à la plupart des commentaires métropolitains énoncés à Saint Laurent.

Précisons qu'à Cayenne, où la présence des Noirs Marrons est beaucoup moins manifeste, parce qu'ils y sont moins nombreux et parce que l'immigration y est beaucoup plus diverse, ce sont les Haïtiens qui sont décrits comme les victimes les plus systématiques du rejet des Créoles. On a dit que les Haïtiens représentent une des communautés étrangères les plus importantes et dont les débuts de l'implantation sur le territoire sont antérieurs à la plupart des autres immigrations étrangères. Les Métropolitains leur attribuent les raisons suivantes pour être victimes du racisme des Créoles (14, 76) : ils leur ressemblent (même si les Créoles insistent sur les différences de langue créole et la peau plus foncée des Haïtiens), leur sorcellerie est puissante, on les accuse d'avoir importé le sida et leur pays est très pauvre (ils viennent profiter de la Sécurité sociale française), etc.<sup>321</sup>

---

*Il faudrait vraiment me démontrer le contraire par a + b, parce que ... Ca fait cinq ans et demi que je suis là, j'ai entendu des réflexions, des choses comme ça. Je suis convaincue qu'il y a du racisme envers les Haïtiens, les Noirs Marrons, etc. ... Même ici, à la pharmacie, on entend des réflexions qui me paraissent aberrantes ... (...) Je m'en souviendrai toute ma vie, il y avait eu un incendie au village chinois, et le lendemain il y avait des gens qui venaient avec des irritations des yeux, et puis il y a des Créoles qui nous sortent « ha, bin, il y a eu un beau spectacle hier soir, c'est dommage qu'il n'y ait pas eu de morts » ... donc quand on entend des choses comme ça, moi, ça me ... ça m'a refroidie ... (...) Le racisme, il vient des Créoles.* (28)

Une éducatrice (21) explique que les Noirs Marrons, qu'ils soient étrangers ou français, sont victimes de traitements discriminatoires (elle cite des enfants non inscrits à la rentrée scolaire, des pêcheurs exploités) : *on ne ferait pas ça à un Créole.*

*Les Créoles parlent des Noirs Marrons comme d'une population sous développée. (...) c'est un peu « ces sauvages ».* (15)

Un Amérindien recruté comme médiateur culturel aux urgences de l'hôpital de Cayenne n'a jamais pu exercer cette fonction, trop accaparé par le secrétariat (créole) qui lui confiait le travail administratif des admissions sans lui laisser le temps de voir des patients. Cette situation paraissait satisfaisante au personnel créole, qui commentait : « *il paraît que c'est bien qu'il y ait un Amérindien dans un truc comme ça, qui ait un travail normal* » et ce médecin (17) d'ironiser : *soi-disant que ce serait éducatif : voir qu'on peut être amérindien et faire un travail d'administration, ce qui est quand même l'aboutissement de toute une vie ...*

<sup>321</sup> *Il y a quand même un gros racisme envers les Haïtiens de la part des Guyanais, ça a toujours été. C'est un peu comme les Maghrébins pour les Métropolitains.* Des tracts circulaient (une lettre qu'un Haïtien adresse à sa famille en Haïti, lui racontant comment il est là pour profiter du système), ainsi que des histoires (exemple : une femme haïtienne séduit un Créole bien installé (il est fonctionnaire, marié et propriétaire de sa maison). Ce dernier chasse alors sa femme, l'Haïtienne emménage, mais elle a un mari, lequel ensorcelle le Créole, le tue et vient prendre sa place dans la maison.) (14, 76).

Revenons à Saint Laurent. Les Noirs Marrons, qu'ils soient originaires du Surinam ou de la rive française du Maroni, y sont, selon les acteurs métropolitains, les premières victimes du racisme des Créoles, inquiets de leur arrivée massive à Saint Laurent et de leurs taux élevés de fécondité : leur nombre *fait peur* aux Créoles (21), qui craignent le pillage de la Guyane (*Les Créoles ont l'impression qu'on vient manger le pain des Français* (1)) et la dilution de leur communauté dans la masse des Noirs Marrons<sup>322</sup>, avec perte de leur pouvoir local. Cette crainte démographique des Créoles, certains Métropolitains en relativisent les fondements. Sans contester la réalité de cette arrivée massive et incontrôlable à Saint Laurent, plusieurs professionnels métropolitains prédisent que, plus que celle des Surinamiens, c'est l'immigration des Brésiliens qui sera la plus décisive pour la démographie départementale des prochaines décennies<sup>323</sup>.

Plusieurs acteurs métropolitains perçoivent les risques d'une « explosion sociale »<sup>324</sup> catalysée par le renversement démographique favorable aux Noirs Marrons.

On envisage la révolte des jeunes Noirs Marrons, dont le début de l'intégration à la société française leur rendra bientôt insupportables les traitements discriminatoires dont leurs parents font aujourd'hui l'objet. La version « douce » de cette révolte serait ainsi une prise de pouvoir

TAVERNE (1991) décrit lui aussi le rejet des Haïtiens, perceptible dès la fin des années 70, avec le début de leur immigration en Guyane. On leur reproche leur volonté de faire des économies pour les envoyer en Haïti. Ils sont accusés de tout problème lié à l'immigration et au-delà de toute difficulté rencontrée par le département en général : maladies, chômage, insalubrité des logements, insécurité. Ce rejet est le même en Martinique et en Guadeloupe. Beaucoup d'auteurs leur reconnaissent une grande « proximité culturelle » avec les Créoles guyanais.

<sup>322</sup> Dans les rues de Saint Laurent, contrairement à celles de Cayenne, on n'entend plus parler créole, le *taki taki* est omniprésent, il n'y a plus de jardins créoles, etc. ... toute expression culturelle créole a disparu, jusqu'à sa littérature, fleuron de la fierté créole, dont plus aucun ouvrage ne figure dans les rayons de l'unique librairie de la ville.

Une médiatrice culturelle (66) raconte avoir donné un cours portant notamment sur la culture noire maronne à des élèves infirmières, quasi toutes créoles. Certaines d'entre elles ont violemment refusé d'entendre parler « des autres ». Celles se montrant les plus tolérantes étaient des Créoles issues des autres DOM ou qui avaient passé du temps en Métropole. Peu à peu, les élèves se sont confiées : « *Mais nous, on n'a plus de culture. On n'a plus que le carnaval, et encore les autres s'y mettent aussi maintenant. On n'a plus que les repas.* »

<sup>323</sup> *Dans cinquante ans, la Guyane sera coupée en deux, il y aura l'Ouest, qui sera un territoire noir marron, qui sera africanisé, et l'Est, qui sera un département brésilien, enfin une zone brésilienne. Mais ça, je crois que tout le monde est d'accord là-dessus, hein. Et les Créoles, je ne sais pas où ils seront ... ils seront mal ... Dans cinquante ans, les Créoles, ils seront tous en Métropole ! Cayenne, ce sera une ville brésilienne. A Cayenne, on t'annonce froidement 20% de Brésiliens, déjà.* (59)

Une route vient d'être construite, alors qu'auparavant, pour venir du Brésil, il fallait passer par le Surinam, pour contourner la forêt. C'est un pays de 160 millions d'habitants, soit mille fois plus peuplé que la Guyane, dont les états les plus pauvres se trouvent justement du côté de la frontière avec celle-ci : *ils ne vont pas migrer à Sao Paulo, hein, à 4000 km, ils vont venir ici, c'est évident.* Ils sont déjà 30 ou 40 000 en Guyane, où ils constituent la plus grosse communauté étrangère à Cayenne avec les Haïtiens, et représentent 1 sur 10 des 400 000 habitants du Surinam ... *la Guyane est au milieu, sera bientôt un état supplémentaire du Brésil. Par la force des choses. (...) Il faut relativiser : à Macapa, la petite ville de l'état voisin, il y a autant d'habitants qu'en Guyane. Dans quarante, cinquante ans, ce sera une terre brésilienne par la langue, les gens parleront tous brésilien, et français peut-être aussi. Si on est suffisamment malin, on peut utiliser ça pour en faire une tête de pont sur l'Amérique du Sud.* (45)

<sup>324</sup> Exemples : (...) *mais ça tout le monde le sait. Il y a énormément de racisme, moi ça me choque de plus en plus, en fait. C'est toujours sous-jacent, personne n'en parle, mais c'est toujours ... (...) Et donc c'est une situation explosive.* (28)



par leur accession aux postes aujourd'hui détenus pas les Créoles, le bouleversement démographique pénétrant les arcanes du pouvoir socio-économique départemental (les Noirs Marrons de Saint Laurent (pas encore ceux du fleuve) seraient déjà de plus en plus nombreux à poursuivre des études)<sup>325</sup>.

Une autre variante serait, à l'inverse, le chaos, la *guerre civile* (66) qui suivrait le départ de l'Etat français, les Créoles chassant sans pitié les Noirs Marrons et les étrangers de « leur » Guyane devenue indépendante<sup>326</sup> ...

Les tensions communautaires décrites par les acteurs métropolitains ne se limitent pas au rejet des « minoritaires » (Noirs Marrons, Amérindiens et étrangers) par les Créoles. Si ce sont ces relations-là qui nous retiennent ici, c'est parce qu'elles sont les plus influentes au niveau de l'accès aux soins, les Créoles en étant les principaux acteurs professionnels, et donc à même de le limiter de façon discriminatoire. Mais d'autres phénomènes de racisme sont décrits, qu'il est important d'au moins mentionner ici. Bien artificielle en effet semblerait une analyse prétendant extirper les relations des Créoles envers les Noirs Marrons, les Amérindiens et les étrangers, pour les isoler de l'écheveau des relations interethniques du tissu social guyanais. C'est l'ensemble de ces relations et des tensions qu'elles génèrent qui donne à la situation générale son caractère explosif, que pour certains seul d'ailleurs le cadre français semble pouvoir contenir<sup>327</sup>. Il faut donc ici présenter les relations conflictuelles qui opposent les Amérindiens aux Noirs Marrons, les clans de ces derniers entre eux, le racisme des Créoles envers les Chinois, les Hmong et les Métropolitains.

---

<sup>325</sup> [Les femmes noires marrones surinamiennes qui viennent accoucher de nombreux enfants en Guyane] *Ca fait peur car ça fait des générations de jeunes, qui vont être scolarisés, donc dotés d'un minimum de (...) bagage, voilà, pour pouvoir faire valoir leurs droits. (...). C'est des jeunes, c'est des gens qui vont être révoltés parce que leurs parents auront subi justement toutes les humiliations de « on ne parle pas la langue », du tutoiement, de plein de choses ...* (4)

Les Créoles d'origine antillaise, arrivés en grande nombre après l'irruption de la Montagne Pelée en Martinique, affirment que le jour où *les Noirs Marrons seront majoritaires, ils repartiront dare-dare aux Antilles* (28).

Ces craintes expliqueraient le refus des Créoles de prendre en compte les appartenances communautaires au niveau politique. VERNON remarque qu'alors que les Créoles peuvent valoriser les différences entre les diverses communautés constitutives de la société guyanaise, ils peuvent aussi, notamment par la voie de Christina Taubira, députée, rappeler sèchement qu'il est hors de question de faire des « communautés ethniques » (à propos par exemple des Hmong de Cacao désireux d'avoir leur propre commune pour que leurs problèmes spécifiques (entretien des routes, etc.) y soient pris en compte) ... feignant d'ignorer que les communautés en Guyane sont toutes « ethniques » de fait (les Noirs Marrons d'un côté, les Hmong d'un autre ... *Ce n'est pas une société cosmopolite, c'est une juxtaposition de groupes ethniques* qui chacun ont gardé leurs lois coutumières, leur langue ...). (communication personnelle)

<sup>326</sup> [Si la Guyane devenait indépendante, ils pourraient] *décider qui entre et qui ne rentre pas sur le territoire, de manière peut-être plus ferme, je sais pas. C'est ce qui transparait de cette demande d'indépendance. C'est pouvoir dire « vous donnez, vous, France métropolitaine, des allocations à tous les gens, vous les attirez ici, vous donnez le RMI, les Amérindiens ils boivent le RMI »* (4)

*En Guyane, dans chaque structure, il y a des Blancs à la tête, au-dessous c'est des Créoles, et à la fin, fin, fin, s'il doit y avoir des balayeurs ou quoi que ce soit, c'est des Bushinengués et parfois deux ou trois Amérindiens qui font de petits boulots. Et en fait c'est comme ... si jamais les Français partent, c'est les Créoles qui ont le pays, ça va faire une guerre monumentale, parce que ouais, voilà, ils fonctionnent pas pareil, ils ont pas du tout les mêmes objectifs ... (...) Je sais que les Amérindiens et les Bushinengués tiennent à ce que la France reste, ils ne veulent pas l'indépendance. Alors que les Créoles, c'est ceux qui la demanderaient le plus* (13).

<sup>327</sup> Un douanier (79) : *ça va exploser. On en a déjà des prémices, sur les sites d'orpillage mixtes, Noirs Marrons et Brésiliens. Le seul fait fédérateur, en, Guyane, c'est la France : la langue française, etc.*

Les acteurs métropolitains font part des tensions qui opposent les communautés d'Amérindiens à celles de Noirs Marrons : hostilité plus ou moins contenue au quotidien par la ségrégation spatiale, mais qui ne manque pas d'occasions de s'échapper sous forme de brusques accès de violence<sup>328</sup>.

Au niveau de l'accès aux soins, les uns et les autres se retrouvent en concurrence en tant qu'usagers, puisqu'ils n'en sont pas acteurs professionnels et qu'ils partagent souvent une même précarité économique. Les Amérindiens bénéficient en revanche, souvent, d'une plus grande ancienneté de résidence (même ceux d'origine surinamienne). Cette ancienneté explique qu'ils soient plus nombreux à être français ou en étrangers en situation régulière, ce qui facilite leurs démarches d'accès aux droits. En outre ils étaient là, en tant qu'usagers du système de soins, « avant » les Noirs Marrons, dont ils « subissent » eux aussi (comme les Créoles) de plein fouet l'arrivée massive. La ségrégation, patente au niveau de l'habitat, est désirée dans le cadre de l'accès aux soins (ne pas avoir les mêmes recours)<sup>329</sup>.

Sont évoquées également les rivalités entre les différents clans de Noirs Marrons. On a dit que les discours créoles ne tiennent pas compte de ces distinctions : les Noirs Marrons sont décrits « en bloc », seules parfois les distinguent leurs origines « du fleuve / de la ville » ou « de Guyane française / du Surinam ». Cette absence de prise en compte des distinctions claniques

---

<sup>328</sup> *Ils peuvent pas s'encaisser non plus, hein. (...) C'est pour ça qu'ils ne se mélangent pas.* (28)

Cette pharmacienne raconte qu'un jour, alors qu'elle était en promenade en zodiaque sur le fleuve, a coulé une pirogue chargée d'une vingtaine de Noirs Marrons. *Ils vivent tous sur le fleuve mais il n'y en a aucun qui sait nager.* Elle et ses compagnons ont jeté à l'eau tout leur matériel pour laisser monter des naufragés à bord de leur embarcation. Une grande pirogue occupée par seulement trois Amérindiens les a croisés, elle venait de Balaté, le village amérindien à hauteur duquel se déroulait l'accident. La pharmacienne et ses compagnons leur ont demandé de les aider. Pour toute réponse, les Amérindiens leur ont fait un bras d'honneur et ont passé leur chemin.

Elle raconte également le meurtre d'un jeune Amérindien par un jeune Noir Marron, au lycée, deux ans plus tôt. *Ca a été l'étincelle qui a tout fait exploser, en fait, parce qu'ils se tolèrent, mais il ne faut pas qu'il y ait de problèmes.* Il y a eu des émeutes, *ils étaient prêts à s'entre tuer*, alors la mairie, *le seul truc qu'elle a trouvé*, a été d'élever des murs en béton entre leurs deux quartiers, mitoyens, *pour qu'ils se mélangent le moins possible.* On ne peut donc plus passer de la Charbonnière (quartier noir marron) à Balaté (quartier amérindien), la route est coupée. Les Amérindiens affirment que si des Noirs Marrons échouent face à l'un de leurs villages, ils n'appelleront la police qu'après leurs morts.

Un douanier (79) : *Il y a un mur de Berlin entre la Charbonnière et Balaté.*

<sup>329</sup> Le poste de santé d'Oraganobo a été ouvert, il y a une dizaine d'années, pour les 88 habitants, tous amérindiens, de ce petit village situé à quelques dizaines de kilomètres au nord de Saint Laurent. Mais depuis, les réfugiés noirs marrons surinamiens ont afflué par centaines, s'installant dans des conditions très précaires le long de la route ou dans l'épaisseur de la forêt. Aujourd'hui, le dispensaire accueille quelques 2000 Noirs Marrons, habitant dans les 70 kilomètres à la ronde. Les deux demi-journées de consultation hebdomadaires assurées par un médecin font l'objet d'une affluence toujours croissante. Parmi ces consultants noirs marrons, beaucoup relèvent en fait d'un autre secteur, celui de Mana. Mais le centre de santé de Mana n'est que préventif, depuis qu'un médecin s'est installé en libéral sur la commune (les centres curatifs sont fermés dès qu'une offre libérale est proposée sur le secteur). Alors ils viennent à Oraganobo pour les soins curatifs car ne peuvent pas se permettre de payer les honoraires du médecin libéral de Mana. Ils évitent de toutes façons de se rendre à Mana, bourg à forte dominance créole et amérindienne où ils ne se sentent pas les bienvenus.

Les Amérindiens d'Organobo constatent amèrement que, même s'ils n'ont pas de distance à parcourir puisqu'ils habitent dans le village même du poste de santé, ils sont malgré tout contraints d'arriver très tôt le matin puis d'attendre plusieurs heures avant l'ouverture du centre tant sont déjà longues les files d'attente, pour pouvoir voir le médecin avant la fin de sa permanence. (37)

Aujourd'hui, 90% des patients de la PMI de Saint Laurent sont des Noirs Marrons. Il y a une dizaine d'années, il y avait beaucoup plus d'Amérindiens. Puis les Noirs Marrons sont arrivés en grand nombre. Avec la réforme CMU, beaucoup de ces Amérindiens ont pu obtenir une couverture maladie et sont alors partis se faire suivre en ville, considérant que désormais *la PMI c'est pour les Noirs Marrons*, où ils ne veulent plus venir, du fait du *racisme entre les populations.* (7)

est d'ailleurs cohérente avec la rareté des références « culturelles » (hormis quelques traits qui reviennent de façon récurrente, tels que le nomadisme). Les Métropolitains sont, on le verra plus loin, plus attentifs aux caractéristiques culturelles de leur public noir marron, et la référence que font certains d'entre eux aux divers clans noirs marrons va en ce sens. Est connue en particulier l'histoire qui au 19<sup>ème</sup> siècle a scellé l'opposition entre deux de ces clans, les Boni (ou Aluku) et les Ndjuka<sup>330</sup>. Cette hostilité traditionnelle est perçue aujourd'hui comme suffisamment prégnante pour constituer un des éléments de compréhension de la vie politique du fleuve<sup>331</sup>. Cette absence de solidarité au sein de la communauté des Noirs Marrons serait d'ailleurs un frein incontestable à leur « révolte » annoncée ci-dessus<sup>332</sup>. En matière d'accès aux soins, un enseignant interprète le défaut d'information donnée par une agent de la PASS, ndjuka, à un homme saramaka comme une volonté d'exclure celui-ci du circuit d'accès aux soins<sup>333</sup>.

Deux caractéristiques reviennent à propos des Chinois : la fermeture de leur communauté et leur efficacité commerciale (ils tiennent les boutiques), la tendance à la première se trouvant d'ailleurs confortée par la seconde<sup>334</sup>.

Les deux mêmes caractéristiques sont attribuées aux Hmong : réussite économique et fermeture communautaire. Ils doivent la première au sérieux de leurs activités agricoles. La seconde, contrastant avec l'attitude accueillante qu'ils réservent aux visiteurs (66), est accrue par deux facteurs : territorial (les Hmong ne vivent que dans deux villages difficiles d'accès, habités quasi exclusivement par des Hmong) et économique (contrairement aux Chinois, commerçants installés au cœur de tout îlot de population, eux restent isolés, près de leurs terres). Cette fermeture n'est pourtant pas associée, comme pour les Chinois, à un repli

---

<sup>330</sup> L'accord de paix que les Ndjuka avaient conclu avec les colons les engageait à chasser ceux qui s'échapperaient à leur tour des plantations, et notamment les Boni.

<sup>331</sup> On a dit que les Boni, chassés par les Ndjuka, se sont réfugiés sur la rive française du Maroni et qu'un siècle plus tard, ce retrait a tourné à leur avantage : l'ancienneté de leur présence sur le territoire français leur a permis d'obtenir la nationalité française, et Papaïchton, une des principales communes du fleuve, leur appartient. Mais en 1993, au terme de nombreux débats, est décidée la création de la commune de Grand Santi (village ndjuka jusqu'alors inclus dans la commune de Papaïchton), les Boni ont alors dû céder une partie de leur pouvoir territorial et financier aux Ndjuka, désormais installés officiellement sur une partie de ce qui était « leur » territoire.

<sup>332</sup> *Et même les Noirs Marrons entre eux : un Saramaka ne se mélange pas avec un Ndjuka, etc. Il y a beaucoup d'ethnies ! C'est un peu ça qui fait que même malgré le nombre, ça va quand même les empêcher de faire front un jour. (...) Oui, ils sont très divisés. Un Ndjuka ne va pas aller travailler dans un secteur boni ... c'est vraiment spécial, hein ... mon ami a travaillé sur le fleuve, son piroguier était ndjuka, il était hors de question qu'il aille travailler dans un village boni. Ou il faisait, mais à contrecœur et ça se sentait.* (28)

<sup>333</sup> L'agent de la PASS a répondu au jeune homme qu'elle ne pouvait pas l'aider à constituer son dossier d'AME parce qu'il n'était pas hospitalisé et qu'elle ne s'occupait que des personnes hospitalisées, *sans* l'informer de sa possibilité de constituer ce dossier à l'annexe CGSS (39).

<sup>334</sup> Les Chinois ont su conquérir la sphère commerciale grâce à la constance de leurs efforts, toujours prêts par exemple à se lever la nuit pour ouvrir leur boutique. Les Créoles ont du céder leur place, eux qui au début du siècle dernier tenaient encore toutes les boutiques. Une nouvelle vague d'immigration chinoise, dans les années 90, est venue profiter du nouveau marché que constituait la population surinamienne réfugiée puis immigrée en Guyane. Mais aujourd'hui qu'ils détiennent un monopole, les manières des Chinois ont bien changé : le temps des « extra » est révolu, l'acheteur potentiel mécontent peut aller voir ailleurs ... on leur reproche même d'être racistes, restant en communauté de plus en plus fermée tandis que le développement des communications leur permet d'entretenir des contacts avec la diaspora internationale et la Chine, où ils se trouvent des épouses (66).

raciste à l'égard des autres communautés. Bien au contraire, les Hmong sont présentés comme victimes du racisme des autres, du moins des Créoles. Cependant, de façon générale, bien qu'imposés de force par l'Etat, ils semblent relativement acceptés car cantonnés dans leurs deux villages bien délimités et réputés travailleurs. (1, 66)

Enfin plusieurs professionnels métropolitains décrivent la difficulté quotidienne à travailler avec des collègues créoles qui se montrent hautement susceptibles, rabrouent les plus jeunes d'entre eux, nouveaux-venus mais souvent plus diplômés. Cette hostilité des Créoles peut être masquée par un « tatillonisme » exacerbé<sup>335</sup>. Leurs différences de pratiques professionnelles vis à vis des étrangers peuvent donner lieu à de franches oppositions<sup>336</sup>. Certains préfèrent quitter la Guyane tant ils trouvent « l'ambiance » désagréable. (7, 71, 74)

Mais revenons aux traitements intentionnellement discriminatoires envers les Noirs Marrons et les étrangers, que les Métropolitains décrivent chez les Créoles et qui concernent l'accès aux soins.

#### Dans les services administratifs

Avant de nous intéresser plus particulièrement aux commentaires tenus à propos de la CGSS, voyons les traitements discriminatoires qui peuvent être opérés dans d'autres administrations, quand ils sont susceptibles d'avoir un impact sur l'accès aux soins.

#### *A la sous-préfecture*

Les demandes de titres de séjour sont des procédures longues, compliquées (on fait revenir les gens pour rien), les dossiers sont perdus ... mais plus que dans le traitement des dossiers, c'est dans le comportement des agents de guichet que les acteurs métropolitains décèlent des discriminations sur l'origine : attente<sup>337</sup>, renseignements erronés, réflexions péjoratives<sup>338</sup>,

---

<sup>335</sup> Une médecin de PMI (7) raconte ses difficultés relationnelles avec une puéricultrice, qu'elle décrit comme très à cheval sur le règlement et prompt à critiquer tout médecin dès que le suivi thérapeutique d'un enfant n'est pas parfait (même si leur responsabilité n'est pas en cause : absence de couverture maladie ou d'observance thérapeutique). Cette attitude s'expliquerait par le fait que la puéricultrice est créole : elle est revendicative à l'égard des médecins comme les Créoles le sont à l'égard des Métropolitains ; *quand j'ai ce conflit-là avec quelqu'un qui est métro, qui est de la même couleur de peau que moi, j'arrive à entamer le dialogue, définir le problème. Alors qu'avec elle, il n'y a pas de dialogue possible.*

Cette puéricultrice prend très à cœur sa responsabilité d'évaluation des assistantes maternelles (lors de leur agrément) : passe à domicile à l'improviste, vérifie la propreté du frigidaire, que les vaccins sont bien là où il faut ... Ses collègues de la PMI se sentent obligés de faire garder leurs enfants par une assistante maternelle agréée, même non compétente, pour éviter de s'attirer ses foudres.

<sup>336</sup> On raconte l'hostilité qui oppose, dans un village proche de la frontière avec le Brésil, l'assistante sociale du CCAS, créole en poste depuis très longtemps, et celle du secteur, métropolitaine, qui vient d'arriver pour occuper un poste qui ne l'avait jamais été jusqu'à présent. Leurs pratiques divergent à propos des étrangers venus en Guyane pour se faire soigner : l'assistante sociale de secteur considérant qu'une fois ces étrangers présents, il faut les soigner, donc commencer par leur faire une élection de domicile au CCAS, tandis que celle du CCAS traînant les pieds, même si consciente que cet afflux a permis au village de laisser ouverte une classe supplémentaire en primaire.

<sup>337</sup> *Je trouve qu'on maltraite les gens, vous arrivez à 4 heures du matin, vous êtes obligé de dormir devant la préfecture pour avoir un ticket ... (...) C'est n'importe quoi. On paye des gens pour faire la queue, il y a des spécialistes. C'est pas normal, que des gens dorment devant la préfecture.* (14)

tutoiement et surtout prétendues difficultés linguistiques : les étrangers ne comprennent pas ce qui leur est dit, tandis que de leur côté les agents feignent ne pas les comprendre, y compris les anglophones (Guyaniens)<sup>339</sup>, avec mise en cause explicite de l'affluence étrangère jugée excessive<sup>340</sup>.

On situe la sous-préfecture à un pôle opposé à celui des services de soins, comme si la distance qui la sépare du soin et de la légitimité qui auréole celui-ci permettait l'épanouissement des comportements discriminatoires ; en position intermédiaire s'intercalerait une autre administration, mais du soin : la CGSS : [en fonction de la couleur de la peau, de l'origine ethnique, il peut y avoir des différences dans] *la manière d'être reçu ... : sûrement, à la sous préfecture. Mais pas à la Sécu. Et puis les médecins pas du tout.* (26)

En revanche, les décisions de la préfecture semblent peu sujettes au racisme - elles seraient plutôt suspectes de corruption -, en particulier lors de l'attribution des titres de séjour pour soins : pas de préférence d'une nationalité ou d'une appartenance ethnique (repérée sur le nom) plutôt que d'une autre (hors le cas des Brésiliens pour le sida, pour des raisons d'accès aux soins au pays). Cette nuance permet de ramener les critiques de racisme sur le « petit » personnel, créole, de la préfecture (les responsables qui prennent les décisions étant métropolitains). (14)

#### *Dans les administrations en général*

Certains suspectent une composante racialement discriminatoire dans les blocages des dossiers, le manque d'information donnée ... *c'est pour ça que tous les problèmes administratifs ... Les Créoles, ils ont tous les postes, ici, ils le savent, qu'ils sont les maîtres de ce qui se passe ici ... ils en profitent ...*(28)

On déplore aussi, plus généralement, le traitement de l'Ouest de la Guyane par des administratifs vivant à l'Est du département : les « Créoles de Cayenne » n'ont que mépris pour cette vaste zone notoirement habitée par des Noirs Marrons, la discrimination étant manifeste dans le sous équipement médical (sur le fleuve et à l'hôpital) et dans le sous développement du service social (38)<sup>341</sup>.

Dans certaines administrations, comme à la poste, des embauches « ethniquement diversifiées » ( Noirs Marrons et Amérindiens) ont pour objectif de réduire les comportements racistes connus de tous (31).

---

<sup>338</sup> Plusieurs assistantes sociales hospitalières (1, 14) peuvent en témoigner, les ayant entendues quand elles accompagnaient des patients étrangers à la sous préfecture : « *ho, et puis elle touche les allocs en plus* » : *c'est horrible, tu sens qu'il y a un racisme, un mépris énorme.* (1) ; *Il y a une discrimination raciale épouvantable à la préfecture (...)* des personnels hyper désagréables avec les étranger. (14)

<sup>339</sup> *On va leur dire « oui mais moi je parle pas, je comprends pas ce que tu me dis », enfin vraiment, déjà, le tutoiement, moi je suis désolée, mais ... (...) alors qu'en fait la dame a forcément et sûrement très bien compris. Et puis elles le disent, les personnes qui sont au guichet : « moi je suis pas là pour faire traduction ... ». (...) C'est dit, c'est ouvert. « j'suis pas là pour ça, je parle pas, je comprends pas ce qu'elle me dit », or c'est faux, je le sais.* (1)

<sup>340</sup> Les agents arguent de l'affluence excessive (qui sous-entend l'invasion par étrangers) : *Leurs propos, c'est toujours « on est débordé, on n'en peut plus, on en ras le bol, on les supporte plus ... » en gros, c'est un peu ça, mais bon, c'est leur boulot.* (14)

<sup>341</sup> Le maire de Saint Laurent aurait demandé à créer un deuxième département en Guyane, de façon à ce que les grandes administrations y soient représentées et en finir avec la centralisation à Cayenne (31).

### *Dans les mairies*

On décrit là encore les mêmes refus de parler taki taki<sup>342</sup>. Se pose aussi le problème, plus spécifique à la mairie, des attestations de résidence.

Quand une personne ne dispose d'aucune facture d'électricité, d'eau ou de téléphone pour prouver sa résidence, elle peut demander à la mairie de lui délivrer une attestation de résidence. Cette attestation est un élément indispensable à la constitution d'un dossier de demande de couverture maladie ou de titre de séjour (pour soins par exemple). Précisons enfin que les personnes dont il s'agit sont le plus souvent étrangères en situation irrégulière, habitant des cabanes posées le long de la route ou au bord du fleuve.

Plusieurs acteurs professionnels métropolitains déplorent que certaines mairies refusent de délivrer ces attestations.

Une assistante sociale (44) rappelle que c'est pourtant une obligation des services municipaux. Elle s'insurge de ce qu'au lieu de s'y soumettre, une employée de mairie lui a conseillé de dire aux personnes de se faire remettre une attestation d'hébergement par un parent qui lui aurait des factures ... c'est à dire de faire une fausse déclaration, potentiellement dangereuse (lors d'une demande de carte de séjour, une enquête est réalisée pour vérifier que la personne habite bien l'adresse qu'elle a indiquée). Surtout, elle considère que ce refus de remettre l'attestation à des habitants qu'on ne reconnaît pas exprime la volonté d'exclure les indésirables (étrangers en situation irrégulière noirs marrons) du système de protection sociale et au-delà la société guyanaise : les Créoles utilisent leurs positions professionnelles pour écarter ceux dont ne veut pas leur communauté ethnique<sup>343</sup>.

### *A la caisse de l'hôpital*

Deux exemples sont donnés de discriminations indirectes à l'égard des étrangers se présentant aux caisses de l'hôpital.

La caisse a demandé, pendant un temps (une *mode*, qui est passée), leur carte vitale aux patients : mesure inutile (il n'y a pas de lecteur de carte à la caisse, et il y est noté moins d'informations que sur l'attestation papier) et surtout discriminatoire. Discriminatoire, directement, dans son application : *c'est uniquement pour enquiquiner les*

---

<sup>342</sup> Un médecin (7) donne l'exemple d'un agent de mairie qui a décidé de ne plus le parler, alors qu'il maîtrise parfaitement cette langue, estimant que « à la mairie on est français et on n'a pas à parler le dialecte », et exigeant que les Noirs Marrons viennent accompagnés d'un traducteur ... (précisons que cet agent accepte en revanche de parler créole).

<sup>343</sup> Ce refus des étrangers s'exprime concrètement par une reconnaissance quotidienne des siens et des autres : une assistante sociale de la mairie lui a expliqué délivrer *les attestations de résidence à la tête du client, à savoir que si la personne a le bonheur d'être connue de cette personne, elle aura son attestation, si elle n'a pas le bonheur d'être connue, elle ne l'aura pas. (...) C'est assez restreint parce qu'elle n'est pas obligée de connaître tout le monde, et puis c'est quand même à la commune de faire son enquête, et c'est pas à l'assistante sociale.* Mais si, après plusieurs relances, les agents de la mairie de Grand Santi et d'Apatou ont fini par céder alors que ceux de Saint Laurent s'obstinent dans leur refus, c'est parce ces derniers sont créoles, alors que les premiers sont noirs marrons. Ainsi, quand elle leur parle d'obligation légale, les agents de Saint Laurent lui renvoient un discours reposant sur une toute autre logique : ils lui parlent de leurs impôts qui financent la Sécurité sociale et dont ces irréguliers n'ont pas à profiter. *Je voudrais leur parler de professionnel à professionnel, mais eux me renvoient un discours d'individu. (...) C'est un dialogue de sourds.*

Elle rapporte ce discours très choquant, je dirais limite raciste : « oui, mais ça veut dire qu'il va se faire soigner ici, et puis nous quand on est malade au Surinam, on nous demande de payer avant de se faire soigner », ce qui est vrai, hein, « donc il n'y a pas de raison, ils n'ont qu'à retourner chez eux, c'est pas normal, c'est mes impôts », et je lui ai dit « écoutez, on va pas commencer à entrer dans ce genre de discours-là (...) », on n'est pas sur un débat, de savoir ce que fait l'Etat de notre argent, de l'argent public, mais on est sur une demande de carte de séjour pour soins pour que cette personne puisse se faire soigner.

*gens, ça, c'est clair. Mais c'est certaines personnes de la caisse et c'est avec certains patients. ... plutôt les patients étrangers (14)*

Et discriminatoire, indirectement, dans ses effets : les personnes dépourvues de carte vitale (et qui donc seront pénalisées par cette demande) sont en effet les personnes affiliées sous un numéro provisoire, c'est à dire tous les bénéficiaires de l'AME et les personnes nées à l'étranger dont un numéro définitif est en cours de constitution, c'est à dire surtout des personnes étrangères (en situation irrégulière pour les bénéficiaires de l'AME). Il s'agit donc d'une discrimination indirecte à l'égard des étrangers.

A l'inverse, les patients suivis pour une séropositivité au VIH sont dispensés du passage à la caisse, pour leur éviter les files d'attente et pour assurer le respect de la confidentialité. Ils ne sont donc pas exposés à ce risque de traitement discriminatoire ... grâce à la discrimination positive fondée sur la pathologie (VIH) dont ils font l'objet (d'autres exemples sont donnés dans le chapitre suivant de la « protection » qu'assure le VIH contre certaines discriminations sur l'origine.)

### *A la CGSS*

Les divers dysfonctionnements décrits ci-dessus à propos de la CGSS (délais d'instruction des dossiers, pertes de dossiers, etc.) sont, on l'a vu, de l'avis de certains professionnels métropolitains, la conséquence d'un mode de fonctionnement « créole », c'est à dire peu rationnel et aléatoire (chaque agent a sa façon d'agir), sans qu'il soit suspecté d'intention discriminatoire. Pour d'autres Métropolitains en revanche, il y a bien discrimination, mais positive, par facilitation des procédures pour aider « les siens ». Et pour d'autres acteurs encore, enfin, les plus nombreux, les variations de délais d'instruction des dossiers, etc. sont à interpréter comme des traitements discriminatoires directement négatifs.

Il y a d'abord les règles édictées par la CGSS en matière d'ouverture de droit aux étrangers, pour lesquelles aucune comparaison n'est possible (c'est spécifique aux étrangers) sauf par rapport à la législation<sup>344</sup>, et dont le caractère restrictif est suspect d'intentionnalité défavorable aux étrangers. C'est le cas par exemple du refus d'AME qu'a opposé la CGSS à des demandeurs d'asile déboutés (exemple détaillé dans la partie sur les traitements différentiels opérés par les Créoles) ou à des personnes dont la demande de titre de séjour pour soins auprès de la préfecture a échoué. Des usagers noirs marrons déclarent de leur côté que les agents CGSS profitent de leur ignorance quant aux conditions réglementaires d'obtention d'une couverture maladie pour leur demander abusivement des pièces justificatives (par exemple en interdisant que l'attestation de résidence soit manuscrite) (*la porte, elle est bien fermée, pour nous ... (58)*).

Il y a ensuite et surtout les pratiques suspectées mais que la CGSS n'affirme pas en tant que telles, soit qu'elles sont le fait de certains agents seulement<sup>345</sup>, soit, le plus souvent, qu'on ne puisse accuser une règle précise ou un agent particulier, mais simplement suspecter un traitement défavorable collectif des Noirs Marrons et des étrangers : ce sont pour les dossiers

---

<sup>344</sup> Une inspectrice DSDS (53) relève cependant la fragilité du recours réglementaire en matière d'AME : celle-ci a été rénovée par un décret peu précis, explicité par une circulaire. Or les circulaires n'ont aucune valeur réglementaire. *C'est comme si on n'avait pas de texte, à la limite.* Chaque CPAM peut plus ou moins faire ce qu'elle veut par rapport à l'AME.

<sup>345</sup> Par exemple, à une époque, l'agent CGSS de Saint Laurent refusait les rattachements des enfants à la couverture de leurs parents quand ils étaient étrangers. Une assistante sociale l'a remarqué, a posé la question à la CGSS à Cayenne, où on lui a répondu que ces enfants ont le droit d'être rattachés. Elle en a donc informé l'agent en question, qui a obtempéré. (42)

repérés par leur nom noir marron des délais de traitement excessivement longs<sup>346</sup>, des demandes abusives de pièces<sup>347</sup>, des informations non données aux requérants en question<sup>348</sup> ou tout simplement la longueur dissuasive de la file d'attente, essentiellement constituée de Noirs Marrons et d'étrangers<sup>349</sup>.

---

<sup>346</sup> *Personne le dit, mais tout le monde sait très bien ... J'imagine très bien que quelqu'un qui a un minimum de pouvoir dans un service administratif, à mon avis il fait un peu sa cuisine ... mais bon, pour les dépôts de dossiers, et tout ça, je suis sûre que Haïtiens et Noirs Marrons, ça va pas aussi vite que quelqu'un d'autre ...* (28)

Une assistante sociale (1) donne l'exemple d'un dossier de demande de couverture maladie pour une personne hospitalisée, envoyé complet par la poste à la CGSS le 9 avril. Sans réponse le 18 avril, le médecin l'interpelle, elle en faxe alors une copie, avec la mention « urgent », un certificat médical (pour *insister* ...) et un courrier adressé à Mme D, responsable à la CGSS : « *Madame, je me permets de vous interpeller à propos de la demande AME de Mme X. (...) Le dossier a été transmis le 9, il semble que la prise en charge n'a toujours pas été accordée, cette patiente nécessite un traitement coûteux et ne peut avancer les frais. Pourriez vous faire le nécessaire et me faxer l'attestation d'accord ?* ». Au jour de l'entretien (21 mai), il n'y a toujours aucune réponse. *Mais ça ça arrive tout le temps.*

Appeler la CGSS est inutile : après avoir présenté la situation, l'assistante sociale s'entend répondre : « *ah je sais pas, je vais vous rappeler, bon je vais voir, hein, et puis je vous rappelle.* » Elle n'a plus de nouvelle depuis. Malgré le surplus de pièces justificatives et d'attention portées au dossier (certificat médical, relances par l'assistante sociale), le dossier reste bloqué, le service social perd de sa crédibilité aux yeux de l'équipe soignante qui suit le patient (*Et souvent les services pensent qu'on est de mauvaise foi, ou qu'on n'a pas envie de le faire* ...) et surtout, la patiente, qui n'est plus hospitalisée, ne peut pas le prendre traitement qui lui a été prescrit car elle n'a pas les moyens de le payer et la pharmacie de l'hôpital a déclaré ne pas avoir le budget nécessaire.

A l'origine de ces difficultés, l'assistante sociale suspecte une discrimination sur le nom : *Quand les gens ont tous les documents, il arrive que la CGSS n'aie pas envie de répondre. Alors pourquoi ? Moi je crois qu'à ce niveau-là, il y a de la discrimination raciale. (...) Quelle excuse ils donnent quand toi tu faxes quinze fois le truc ? (...) Elle, on sait très bien qu'elle s'appelle X, et que donc ... pour eux c'est « encore une ! » ... Peut-être que j'interprète, que je suis devenue parano, mais je ne vois pas ce qui manque à ce dossier pour qu'il ne soit pas ...*

<sup>347</sup> *Il y a plein de bizarreries, il y en a tout le temps ... c'est par moment, on a l'impression que certaines personnes veulent régler à eux-seuls le taux d'immigration ... C'est tant au niveau de la sous préfecture que des administrations générales, ce genre de truc, ils se mettent à inventer un justificatif.* (14)

<sup>348</sup> Deux pharmaciennes (28) expliquent que les Noirs Marrons ne sont pas correctement informés par les agents CGSS. Résultat de ce défaut d'information, ils n'engagent pas les démarches nécessaires à la réouverture de leurs droits quand ils ont expiré et ne savent pas profiter de leurs droits tant qu'ils sont encore ouverts. Par exemple, ils ne savent pas que certains médicaments prescrits par le médecin ne sont pas remboursés ; certains prennent des lunettes de soleil, des boîtes de lait en poudre ou des médicaments non prescrits et les posent sur le comptoir de la pharmacie, avec leur carte vitale, *ils essaient de tout faire passer avec la carte vitale. Ils n'ont rien compris, mais ça ils n'y peuvent rien, c'est parce que personne ne leur a expliqué. L'interlocuteur qu'ils ont eu en face d'eux, il n'était ni noir marron, ni surinamien. Moi, je pense qu'il y a un gros problème à ce niveau-là. Le Créole qu'ils vont voir à la Sécu ...*

**P1** : *Moi, je me demande si c'est pas un peu sciemment ...*

**P2** : *Moi, j'en suis convaincue.*

L'agent CGSS *prend le temps avec qui il veut. (...) Ils ne font pas l'effort.*

Ce sont les médecins et les pharmaciens qui *font l'information que devrait faire la Sécu.*

<sup>349</sup> *C'est peut-être un peu pour décourager les gens. Il faut se poser la question. La plupart du temps, les gens se découragent d'attendre huit heures ... Or les gens qu'on décourage, ce sont ceux qui ne savent ni lire, ni écrire, les autres font tout par courrier, comme les Métropolitains eux-mêmes.* (7)

Une infirmière (43) raconte être allée à la CGSS s'enquérir de son propre dossier. Comme il n'y a pas d'agent d'accueil à la CGSS, c'est au vigile qu'elle s'est adressée. Celui-ci lui a répondu correctement. Mais à une femme noire marronne venue lui poser une question juste après, il a répondu assez brutalement de revenir le lendemain parce que c'était trop tard. Il était 11 heures du matin. On a dit plus haut la pénibilité de l'attente à la CGSS.



### *Dans la gestion des centres de santé*

Les responsables du Conseil Général, créoles en poste à Cayenne, se désintéressent des populations du fleuve, noires marronnes et amérindiennes dans leur grande majorité, et donc des centres de santé en place sur ces territoires. On a déjà cité le décès de deux enfants amérindiens par coqueluche à Camopi : une « prétendue » rupture de stock de vaccins qu'un médecin (17) interprète plutôt comme un exemple flagrant de ce désintérêt discriminatoire. Nombreux sont ceux qui interprètent le transfert de la tutelle de la partie curative de ces centres à l'Etat comme un moyen de protéger les populations concernées d'une négligence massive et discriminatoire de la part des élus du Conseil Général.

Au quotidien, c'est encore le refus de parler *taki taki* qui est régulièrement pointé. Ce médecin (17) raconte qu'une responsable administrative des centres de santé, Créole en poste à Cayenne, en déplacement à Maripasoula (*qui est quand même la plus grande ville boni*), s'est irritée de ce qu'au centre de santé, les agents créoles parlent *taki taki* aux patients car selon elle *les gens n'ont qu'à parler le français, ici la langue c'est créole et français, le taki taki, c'est pas une langue, ça, c'est du Surinam*<sup>350</sup>. Elle leur reproche également d'être « trop gentils » avec les patients, leur objectif premier étant de les *discipliner*.

### Dans les services de soins

Plusieurs acteurs métropolitains, qui par ailleurs critiquent vivement les comportements discriminatoires des agents administratifs créoles à l'égard des étrangers et des Noirs Marrons, pensent que ces pratiques n'ont pas cours dans les services de soins proprement dits. Par sa légitimité, le soin semble épargné : *je pense qu'au niveau des soins, ils n'ont pas le choix, ils sont obligés d'assurer* (28), comme si le devoir d'assistance à personne en danger s'imposait à tout soignant<sup>351</sup> et écartait toute tentation de pratiques différentielles, lesquelles s'épanouissent en revanche dans le secteur social<sup>352</sup>.

Plusieurs médecins consolident cette position de principe (le soin est trop légitime) par un raisonnement rationnel qui nous semble relever plus de la réassurance que du constat empirique<sup>353</sup>. D'abord, les médecins auraient un niveau d'éducation trop élevé pour se prêter à

---

<sup>350</sup> Ce à quoi ce médecin voudrait rétorquer que le créole n'est pas une langue plus légitime que le *taki taki*, *en France on parle français, on parle pas créole. (...) on n'est pas censé parler occitan à l'hôpital de Toulouse*. Et il conclut *Ca, c'est typiquement le racisme créole*.

<sup>351</sup> On peut rappeler la formule, citée plus haut, d'un médecin qui suggère une gradation de l'expression du racisme, selon qu'il s'agit d'un domaine plus ou moins éloigné du soin : [en fonction de la couleur de la peau, de l'origine ethnique, il peut y avoir des différences dans] *la manière d'être reçu ... : sûrement, à la sous-préfecture. Mais pas à la Sécu. Et puis les médecins pas du tout*. (26) Tous les médecins interrogés expriment peu ou prou cette gradation.

Le responsable haïtien d'une association (54) présente lui aussi la fonction soignante comme une protection contre les attitudes discriminatoires : *je sais que les infirmières, les médecins, ce sont des gens assermentés, je crois qu'il y a le serment d'Hippocrate, il n'y a pas de discrimination raciale en ce sens*.

Et là comme dans d'autres domaines, le VIH bénéficie d'une position privilégiée : dans les services du CISIH, le personnel est censé être *sensibilisé* (49) à ces questions.

<sup>352</sup> *Les propos racistes qu'ils [les Créoles] vont tenir, c'est « les femmes elles viennent pour accoucher pour avoir les allocations familiales », voilà, c'est ça (...) c'est pas le système médical. Ca arrive, parfois, mais c'est plus les allocations familiales « dix enfants, vous vous rendez compte, elles touchent des allocations pour dix enfants !! »* (2)

<sup>353</sup> DE RUDDER et al (2000) constatent également que de façon plus générale (hors domaine du soin), les personnes investies d'autorité éludent souvent la réalité du racisme, comme si cette attitude pouvait soit l'interdire, soit le rendre inexistant.

des comportements racistes, qui seraient plus le fait des para-médicaux. Or parmi le personnel soignant, les plus qualifiés (les médecins) se trouvent être métropolitains, ce qui constitue implicitement, dans les discours métropolitains, une garantie de neutralité à l'égard des conflits d'intérêts interethniques guyanais. Ensuite, il suffirait que le médecin chef de service désapprouve les comportements racistes pour qu'ils disparaissent<sup>354</sup>, même si l'un d'eux reconnaît malgré tout que de son bureau, il ne peut avoir conscience de tout ce qui se passe dans les couloirs et les chambres. (49)

Certains acteurs métropolitains décrivent par ailleurs une attitude de rejet des Noirs Marrons et des étrangers, émanant des Créoles usagers du système de soins et non professionnels. Cet évitement, qui est donc le fait des malades et non du personnel, et qui se manifeste à l'occasion du partage d'une chambre d'hôpital ou du recours commun à une même structure de soins, peut être à l'origine de discriminations indirectes.

Ainsi, les patients créoles refusent de partager leur chambre d'hôpital avec des Noirs Marrons<sup>355</sup>, mais comme ils ne sont pas suffisamment nombreux pour être rassemblés dans des chambres à plusieurs lits, le personnel soignant les place dans des chambres seules, ce qui revient à une discrimination positive indirecte à leur égard. (30) Par ailleurs, les Créoles, pour ne pas côtoyer les Noirs Marrons, délaissent la PMI pour consulter en ville (comme on l'a vu pour les Amérindiens). (8)

Mais la plupart des professionnels métropolitains décrivent surtout des discriminations qui tiennent dans des réflexions, une mauvaise volonté, une façon brutale de dialoguer, le tutoiement, voire une absence de communication, de la part des soignants créoles.

Les « réflexions » renvoient au coût du soins de « ces intrus » et à la charge de travail supplémentaire qu'ils imposent au personnel soignant créole.

Au-delà des réflexions, on décrit aussi une *négligence* envers les patients (31), qui ne sont ni accompagnés ni informés (exemple : hystérectomie réalisée sans que la patiente comprenne pourquoi). Aucun effort n'est fait pour optimiser le séjour hospitalier : *Les Créoles ne font rien pour aider les Noirs Marrons* (43), avec là encore le prétexte de la langue : certains refusent par exemple de parler taki taki pour traduire les explications d'un médecin, quand en fait ils le parlent très bien<sup>356</sup>, ou de parler anglais à des patients guyanais qui ne comprennent ni le français ni le créole, de nombreux soignants estimant que « *Moi je suis déjà bilingue, je parle le français, le créole, ça suffit je vais pas parler autre chose* » (17).

---

<sup>354</sup> Un médecin ne pense pas qu'il y ait des discriminations raciales dans l'accès aux soins, il y a bien le *ton désagréable* des aides-soignantes et des brancardiers : « *tu viens mais en fait t'as rien.* ». Moins de la part des infirmières *parce qu'elles ont fait des études. J'y ai mis le hola parce que je ne supporte pas ça.* (34) Un chef de service (47) ne pense pas qu'il y a des discriminations raciales, hormis de petites remarques, ici ou là, comme « *ce ne sont que des Indiens !* », mais il a *lutté contre, toute sa vie*, alors ça ne s'est pas diffusé. C'est *par l'exemple* qu'il a lutté, en traitant tout le monde de la même façon : chaque fois qu'il entre dans une chambre, il porte la même attention au patient qui s'y trouve.

<sup>355</sup> Ils demandent une chambre particulière au médecin métropolitain, mais ils expliquent clairement au personnel créole qu'ils ne veulent pas *être à côté de ces gens-là.* (30)

<sup>356</sup> La langue est également un élément fédérateur entre les différents Créoles (des Antilles, guyanais, réunionnais) qui, bien que frères ennemis, parlent créole entre eux pour que les membres métropolitains de l'équipe soignante ne les comprennent pas. (43)

L'hôpital de Cayenne<sup>357</sup>, aux dires des soignants métropolitains, est la scène des traitements discriminatoires les plus flagrants<sup>358</sup> : *Les Noirs Marrons sont très mal accueillis à Cayenne. Tout le monde le sait. (...) Ca se traduit par une négligence. (...) Le dialogue n'existe pas, personne ne leur parle taki taki, (...) et puis c'est toutes ces petites attentions qui font que le séjour à l'hôpital va être agréable ou pas. Ces petites attentions n'existent pas.* A Saint Laurent, la majorité de la population hospitalisée étant noire marronne, quelqu'un qui ne parle que taki taki peut toujours se faire comprendre et avoir accès à une qualité de soins identique (soin global, incluant la relation sociale, etc.) à celle des autres patients (59).

C'est pour les femmes de Maripasoula venant accoucher à Cayenne que la situation semble la plus douloureuse. L'inconfort d'un séjour hospitalier de plusieurs semaines en fin de grossesse<sup>359</sup>, loin de l'entourage familial et dans un environnement où le taki taki n'est pas parlé couramment, se conjugue au racisme du personnel, *un racisme noir marron qui est horrible.* (30)

On raconte que dans les années 80, deux femmes étaient venues du fleuve pour accompagner leurs enfants malades. Une fois ceux-ci guéris, personne n'a pensé à les ramener chez elles. Le temps a passé. Quand elles voyaient passer un avion, elles faisaient des signes pour dire qu'elles voulaient rentrer. Mais personne ne parlait leur langue. Elles se sont toutes deux suicidées, à quelques mois d'intervalle (66). Aujourd'hui, quand des femmes de Saint Laurent apprennent qu'elles doivent être évacuées sur Cayenne, *elles pleurent.* (66)

BOURDIER, Frédéric (2001) rapporte l'histoire d'une femme brésilienne enceinte, hospitalisée à l'hôpital de Cayenne. Peu après y avoir été testée séropositive pour le VIH, elle est arrêtée, dans l'enceinte même de l'hôpital, et expulsée.

Cette histoire est reprise par le responsable d'une association de lutte contre le sida (15) selon lequel cette arrestation prouve que certains professionnels hospitaliers, créoles cela va de soi, dénoncent à la préfecture la présence à l'hôpital d'étrangers malades en situation irrégulière vis à vis de leur séjour en France.

Personnellement, nous nous permettons de mettre en doute le lien entre les faits ainsi relatés et la conclusion sur l'existence de dénonciations. Ainsi que le remarque un médecin (59) lui aussi sceptique, s'ils étaient désireux d'expulser un maximum d'étrangers malades, les policiers n'auraient pas besoin qu'on leur signale la présence de tel ou tel sans papier à l'hôpital : il leur suffirait de se poster à la sortie de l'hôpital et de contrôler les papiers de tous les sortants ...

---

<sup>357</sup> Il faut bien sûr nuancer. Dans certains services, une attention toute particulière portée à la médiation culturelle, par des soignants métropolitains installés en Guyane de longue date, donne une toute autre ambiance (le CISIH par exemple).

<sup>358</sup> Les tensions interethniques y seraient pluridirectionnelles.

Un interne métropolitain (71) raconte s'y faire lui-même régulièrement rabrouer par de *vieilles aides soignantes créoles* qui par ailleurs interdisent l'accès des urgences aux sans papiers, tandis qu'une interne (72) explique quand un patient se présente aux urgences pour une suture, il est pris en charge par un chirurgien *s'il est blanc*, par un interne *s'il est noir marron* (l'un et l'autre étant tous les deux métropolitains, puisque tous les médecins le sont, les traitements discriminatoires seraient donc également l'œuvre de ces derniers).

<sup>359</sup> Une ligne aérienne relie Maripasoula (commune la plus en amont sur le fleuve) à Cayenne, d'où le transfert des femmes enceintes à Cayenne (seules quelques dizaines des femmes accouchent au dispensaire de Maripasoula chaque année) ; les femmes des communes en aval de Grand Santi viennent, elles, par pirogue, accoucher à Saint Laurent.

C'est en fait, précisément, le décalage entre le défaut de « preuve » et la certitude de la conclusion<sup>360</sup>, comme entre le cas particulier et la généralité de la conclusion (le « *des personnes dénoncent* » s'avère reposer sur *une* histoire), qui nous semble intéressant. Ce qui justifie en effet, au yeux de ce professionnel métropolitain récemment arrivé en Guyane, le passage de la suspicion à la certitude et du cas singulier au général, c'est son perçu du racisme des personnels hospitaliers créoles à l'égard des étrangers : *quand tu entends parler, à l'hôpital, les Créoles, des Haïtiens, des Dominicains ... quand tu vois des personnes de Saint Domingue, quand tu vois comment elles sont traitées à l'hôpital ... Racisme à son avis exacerbé en matière de sida : les dénonciations, selon lui, concernent surtout les séropositifs car le sida est souvent identifié ici comme un truc, justement d'Haïtien, de Brésilien, de Noir Marron ...* (l'identification des Haïtiens à la fin des années 80 comme groupe à risque du VIH a accru le racisme dont ils faisaient déjà l'objet en même temps qu'elle exacerbait la stigmatisation des séropositifs<sup>361</sup>).

Les professionnels métropolitains décrivent un certain *fatalisme* (18, 31) chez les Noirs Marrons et les étrangers, qui ne se plaignent pas de traitements discriminatoires voire ils les accusent d'être passifs face à des pratiques qu'ils devraient au contraire combattre<sup>362</sup>.

Les hospitalisations à Cayenne constituent en ce sens une exception : elles sont l'objet de plaintes (adressées aux médecins de Saint Laurent), émanant des victimes elles-mêmes, et fondées sur la perception de discriminations raciales explicitement qualifiées comme telles, ayant pour auteurs des professionnels créoles. Il ne s'agit pas que de plaintes, il y a aussi refus de s'exposer plus avant à ces traitements : de plus en plus de femmes de Maripasoula refusent désormais d'être hospitalisées à Cayenne, préférant venir accoucher à Saint Laurent, à deux journées au moins de pirogue (mais facilement le double en saison sèche), contre 45 minutes d'avion pour Cayenne.

Précisons enfin que c'est le personnel para médical qui ferait l'objet de ces plaintes. Deux raisons à cela. D'abord, démographique : ce sont les infirmières et surtout les aides soignantes, qui sont créoles, tous les médecins étant métropolitains (ou étrangers). Ensuite, pragmatique : le quotidien d'un séjour hospitalier est plus sensible à l'attitude des aides soignantes (une attitude *méprisante* de leur part est vite pénible) qu'à celle des médecins, dont on attend une attitude de toutes façons beaucoup plus *distante* avec leurs patients quels qu'ils

---

<sup>360</sup> Alors même que le membre de l'association reconnaît lui-même qu'*il n'y a rien qui permette de le valider, c'est juste une suspicion.*

<sup>361</sup> Dans son article, BOURDIER interprète cette arrestation par le souci d'empêcher que les malades du sida ne cherchent à se faire traiter en France car c'est un traitement long et coûteux, plus que comme l'expression d'un rejet des étrangers.

<sup>362</sup> Un médecin (26) regrette que les gens ne se plaignent jamais. *Ils peuvent faire quatre heures de queue, ils ne se plaignent pas. Ça aussi, ça nous fait râler. Ils savent qu'ils ont des droits, mais ils sont patients. Ils disent « ça s'arrangera ».*

Lui-même a tenté, en vain, de faire avancer le dossier de la polyvalence de secteur. *Aucun effort n'est fait. Mais comme les gens en se plaignent pas ...* A ce propos, une assistante sociale (2) regrette elle aussi que les gens ne soient pas *dans la rue à manifester et à bloquer toutes les autres administrations. Je ne suis pas en bonne position pour pouvoir le leur suggérer (...)* Rappelons que les professionnels métropolitains (soignants ou sociaux), eux, se mobilisent sur la question.

Certains Métropolitains remarquent cependant que les plus jeunes des Noirs Marrons (maîtrisant mieux le français et l'écriture) sont plus réactifs que leurs aînés face aux dysfonctionnements de la CGSS (par exemple, téléphonent pour savoir où en est un dossier (31)).

soient : ils s'assoient rarement au lit du malade, ils ne voient le malade qu'au cours de la visite avec toute l'équipe des internes, ne s'adressent souvent même pas au malade ... (66)

Enfin, signalons une rumeur de discrimination positive à l'égard des femmes noires marronnes à Saint Laurent ... en fait indirecte, si elle était vérifiée. Un seul anesthésiste pratiquant des péridurales, on ne les propose pas aux femmes qui viennent accoucher, et on prévient les femmes métropolitaines, qui savent ce que c'est, qu'elles n'en n'auront pas. Les seules qui en bénéficient sont les très jeunes parturientes, de 14-15 ans ... or elles sont toutes noires marronnes. Aussi une rumeur court-elle, parmi les femmes métropolitaines, selon laquelle on ne fait les péridurales qu'aux femmes noires marronnes. (68)

## **Une illustration de ces différents problèmes : le suivi VIH dans les centres de santé du fleuve**

Très peu de dépistage VIH est réalisé dans ces centres et le suivi VIH n'y est pas assuré.

Les commentaires portant sur cette question reprennent les principales caractéristiques attribuées à l'ensemble de l'offre sanitaire, à savoir l'inadaptation du système national et le racisme des professionnels créoles.

### **Inadaptation du système national**

#### ***Les distances***

L'exercice médical est compliqué par l'isolement des centres<sup>363</sup>. On a dit la complexité du transport des prélèvements sanguins jusqu'à un laboratoire d'analyse et les risques qu'elle implique pour la fiabilité des examens biologiques. Cette complexité explique en partie pourquoi si peu de tests de dépistage du VIH sont réalisés sur le fleuve. Un médecin du fleuve en aval de Maripasoula qui doit envoyer ses prélèvements à Saint Laurent en pirogue d'où ils sont acheminés par route à Cayenne déclare n'avoir aucune confiance dans la fiabilité des analyses réalisées sur les prélèvements qu'il effectue auprès des femmes enceintes, et constate d'ailleurs qu'il ne reçoit jamais de résultat positif, alors qu'à Maripasoula, des tests reviennent positifs ... or de Maripasoula, ils partent directement en avion à Cayenne, ce qui leur assure une bien meilleure fiabilité. Ces difficultés liées aux distances sont exacerbées par l'insuffisance des moyens alloués par le Conseil Général.

---

<sup>363</sup> En cas d'urgence de nuit, il n'y a aucune possibilité d'évacuer, ni en pirogue, ni en hélicoptère. (35) La pharmacie la plus proche du poste d'Organobo est à 70 km de route, or celle du poste est restreinte (exemple : en ce début de matinée d'observation, il ne reste plus que deux boîtes de doliprane, qu'il va falloir réserver aux femmes enceintes). (37) Plus généralement, les médecins doivent tenir compte de l'impossibilité dans laquelle sont leurs patients de se faire délivrer des médicaments dans une pharmacie ou de bénéficier d'examen complémentaires, tant en raison des distances géographiques que du défaut de couverture maladie et de ressources financières pour y pallier.

Au retour d'une évacuation sanitaire à l'hôpital de Saint Laurent ou de Cayenne, les patients n'ont avec eux aucun courrier médical pour expliquer ce qui s'est passé, en revanche ils ont une ordonnance ... pour des médicaments non disponibles localement. (57)

Autre difficulté liée aux distances qui séparent les centres de santé des pôles urbains et en particulier hospitaliers, c'est l'absence de prise en charge par la CGSS des transports pour les consultations des patients séropositifs pour le VIH suivis à l'hôpital, hors évacuation sanitaire. Or le suivi des patients séropositifs vivant sur le fleuve ne peut être actuellement s'effectuer qu'à l'hôpital, celui de Cayenne ou celui de Saint Laurent. Cette absence de prise en charge des transports semble aberrante, au vu des soins de moindre importance vitale, comme les cures thermales, qui sont remboursés en métropole : *c'est une discrimination envers les malades de cette pathologie et envers les gens du fleuve : ça coûte cher, et les gens n'ont pas de sous sur le fleuve, on est dans la discrimination la plus totale, la plus absolue. Pour une situation cent fois moins discriminatoire, on descend dans la rue en France.* (17)

### ***Incompétence des médecins (métropolitains) en poste sur le fleuve***

Au-delà des difficultés de recrutement des médecins du centre (chaque centre doit disposer d'au moins un médecin curatif et un préventif, mais il manque souvent l'un des deux), se pose la question de la compétence de ces derniers pour assurer le suivi du VIH. Tous les acteurs métropolitains interrogés sur cette question, y compris les médecins du fleuve eux-mêmes, reconnaissent que l'accompagnement d'un test de dépistage et le suivi d'une séropositivité nécessitent des compétences spécifiques que n'ont pas les médecins en poste sur le fleuve. Leurs avis diffèrent pourtant sur la possibilité de la tenue de tests de dépistage et d'un suivi des patients séropositifs dans ces centres de santé du fleuve.

Certains professionnels (des médecins et un membre d'une association de lutte contre le sida) mettent en avant les effets négatifs en terme de dépistage et d'efficacité thérapeutique de cette absence de prise en charge sur le fleuve et appellent de leurs vœux un changement rapide. D'autres (médecins) sont beaucoup plus réservés, insistant sur l'importance des changements dans l'organisation des centres et la formation des médecins qui y exercent, préalables indispensables avant de pouvoir envisager toute prise en charge sur place.

Pour ces derniers, les problèmes actuels tiennent surtout dans le défaut de confidentialité des données médicales dans les centres et le manque de formation des médecins, ces deux points s'ajoutant à la complexité des circuits d'acheminement des prélèvements sus-décrite.

L'absence de compétence des médecins est soulignée à propos tant du dépistage (non formés au dépistage, *ils sont incapables d'expliquer aux gens pourquoi c'est intéressant de faire un dépistage* (59) et ne rendent pas les résultats, ni négatifs ni positifs, adressant simplement les patients séropositifs à l'hôpital pour qu'on leur y annonce leur séropositivité) que du suivi lui-même, avec notamment la possibilité de prescrire ou du moins d'assurer le renouvellement des antirétroviraux : la manipulation de ces derniers est complexe, tout bricolage est interdit en la matière, le déplacement d'un patient jusqu'à l'hôpital, même mensuel, est préférable à de l'à peu-près (37). Un médecin (59) déclare que si les médecins ont tous le droit de renouveler une ordonnance d'antirétroviraux, *il espère qu'ils sont assez lucides et conscients de leurs limites pour ne pas le faire s'ils ne connaissent pas les antirétroviraux, s'ils ne savent pas à quoi ça sert, s'ils ne savent pas les surveiller, s'ils ne connaissent pas les effets secondaires.* Il ajoute que si une collaboration a pu s'installer entre lui-même, médecin hospitalier, et certains médecins de ville, c'est parce que ces derniers ont pris la peine de se former à la question (il a lui-même mis en place un réseau ville-hôpital)<sup>364</sup>,

---

<sup>364</sup> Ces médecins de ville qui se sont formés suivent aujourd'hui certains de ses patients, dont ils renouvellent les traitements : *moi, c'est les yeux fermés, je dis au patient : « vous avez bien fait d'aller voir le Dr M », parce que je sais qu'il sait surveiller le traitement, il sait ce que c'est, il s'y intéresse, il prend le temps de s'y intéresser, et les choses sont faites parfaitement, d'ailleurs en ce moment, je commence à basculer des patients de l'hôpital*

ce que n'ont pas fait les médecins des centres de santé. Au-delà de la question de leur compétence, les médecins des centres de santé ne disposent d'aucun moyen pour suivre ces patients, hormis l'examen clinique : *ils toussent, ils crachent ... c'est tout*. Dès qu'une infection intercurrente nécessite un examen, le patient doit donc de toutes façons revenir à l'hôpital.

Le deuxième obstacle à la prise en charge du VIH sur le fleuve est le défaut de confidentialité des données médicales qui figurent dans les dossiers médicaux. On l'a déjà évoqué, rappelons en particulier les réticences d'un médecin de CISIH à adresser des courriers aux médecins des centres en raison du risque de rupture du secret médical.

Les tenants de la mise en place d'un suivi au niveau du fleuve relativisent ces obstacles et mettent en avant les difficultés que l'absence actuelle engendre pour les patients.

Le médecin d'un centre de santé (35) reconnaît ne pas maîtriser l'usage des différents tests qui permettent d'évaluer l'évolutivité de la maladie et donc ne pas pouvoir assurer la prescription initiale d'antirétroviraux, mais se déclare désireux de renouveler les prescriptions. Il conteste de plus les affirmations sur l'absence de confidentialité des données médicales, affirmant qu'il peut fermer son bureau à clé et déplore n'apprendre que par hasard la séropositivité de l'un de ses patients (en l'absence de courrier du CISIH l'en informant).

L'impossibilité d'avoir accès aux antirétroviraux sur le fleuve dans le cadre d'un suivi nuit à l'observance (comment imaginer que les patients ne soient pas tentés de faire des interruptions thérapeutiques s'ils doivent faire plusieurs heures de pirogue pour obtenir le renouvellement de leur traitement ?) et conduit à des situations *aberrantes* (15) (une femme enceinte a dû être hospitalisée à Cayenne, trois mois avant l'accouchement, *tout simplement* pour la prise du traitement prophylactique).

Considérant que cette situation est anormale en France (*C'est absolument insupportable, insoutenable, bien sûr, c'est ... là, pareil, on est où, là ? On est dans un département français ou on est au fin fond de je ne sais trop quoi*) (46) et théoriquement modifiable<sup>365</sup>, un médecin du CISIH travaille avec le médecin chef des centres de santé à la mise en place du suivi de la prise en charge dans les dispensaires, en lien avec les urgences de Cayenne : gestion sur place les prophylaxies (avec des kits), des traitements, des examens, des consultations et prise en charge du transport par la CGSS quand une consultation hospitalière est requise.

### Carences des professionnels créoles

On a vu les nombreux dysfonctionnements des centres de santé, interprétés comme autant de signes du désintérêt du Conseil Général pour le service médical apporté aux populations

---

*vers la ville, et je le fais sans inquiétude. Ce sont les patients, qui sont inquiets, parce qu'ils n'ont pas l'habitude, mais moi je le fais sans inquiétude.*

Il reverra ces patients une fois par an ou plus si le médecin traitant repère une complication, *et là, le deal il est comme ça, je suis le référent hospitalier, je suis disponible et on m'appelle si les prises de sang se modifient, s'il y a un truc limite un peu bizarroïde ... je trouve ça très bien. Mais les centres de santé, ils sont absolument incapables de faire ce genre de choses, le VIH, pour eux, j'allais dire c'est virtuel, non, ils ont vu mourir un ou deux patients du sida, mais ...*

<sup>365</sup> La prescription doit être hospitalière pour le traitement initial et les renouvellements au moins annuels. Dans ces intervalles annuels, les prescriptions peuvent être faites en ville. De toutes façons, tous les médecins de dispensaire sont des médecins hospitaliers puisque les dispensaires dépendent désormais du centre hospitalier de Cayenne, ils sont donc théoriquement habilités à initier les traitements.

noires marronnes et amérindiennes du fleuve et on a dit déjà les déséquilibres induits au sein des centres par ces carences du Conseil général<sup>366</sup>.

Ce désintérêt se double ici de son refus de s'investir sur la question du sida, les responsables du Conseil Général déclarant se désintéresser du sida, compétence de l'Etat.

Concrètement, cette indifférence se traduit notamment par les absences du médecin censé assurer l'activité de la CDAG de Maripasoula. Celle-ci relève en effet du centre de prévention, le CPV, or le médecin du CPV n'est jamais à son poste : parce qu'il a un territoire très important à couvrir, mais surtout parce que dès qu'un médecin manque à la PMI de Cayenne, il y est envoyé : *Parce qu'il n'y ait pas de médecin à Maripasoula tout le monde s'en fout, c'est des Marrons, hein, le Conseil Général s'en tape, par contre il ne faut pas qu'il manque un médecin à Cayenne.* (46)

Le mépris dont sont victimes les Noirs Marrons vient exacerber les insuffisances de l'offre de soins, puisque, étant dans l'impossibilité de se faire un suivre sur le fleuve, ils sont alors contraints de venir à l'hôpital, où ils sont exposés aux traitements discriminatoires du personnel créole.

---

<sup>366</sup> On a déjà dit que devant les insuffisances de la gestion du Conseil Général, la tutelle de la partie curative a été confiée à l'ARH (agence régionale d'hospitalisation), via l'hôpital de Cayenne, la préventive (vaccinations, dépistage MST, suivi de grossesse) restant au Conseil Général. Ce passage à l'ARH s'est accompagné d'une revalorisation des salaires et de l'amélioration des moyens attribués, mais uniquement du côté curatif. Le déséquilibre qui en résulte engendre des tensions entre les médecins curatifs et préventifs d'un même centre. (43, 67, 78)



# Les usagers du système de soins

## Les Noirs Marrons

A Saint Laurent, les usagers des services sociaux et des services de soins « gratuits » (telles que la PMI) sont le plus souvent des Noirs marrons, français ou surtout surinamiens. En effet, la plupart des autres étrangers, des Amérindiens, des Hmong et des Chinois semblent trouver plus facilement le chemin du « droit commun ».

Les Métropolitains, comme leurs partenaires professionnels créoles, caractérisent leur public noir marron par son incompréhension du système et sa tendance à en abuser<sup>367</sup>. Cependant ils interprètent de façon beaucoup plus diversifiée ces caractéristiques.

Selon eux, l'incompréhension n'a pas pour seule explication le refus des Noirs Marrons de s'intégrer de façon responsable à la société et les abus ne signent pas toujours la vulnérabilité du système au pillage opéré par les étrangers. Contextes géo-économique international (attirance « universelle » de ressortissants de pays pauvres pour l'offre socio-sanitaire d'un pays voisin beaucoup plus riche), interethnique (traitements discriminatoires des professionnels créoles envers les non Guyanais et les Guyanais non créoles) et culturel (le défaut d'intégration des Noirs Marrons (manque de familiarisation avec « les papiers », pratiques traditionnelles) est moins lié à leur refus de s'intégrer qu'à l'inadaptation du système qui leur est proposé, lequel a même, selon les Métropolitains les plus anciennement installés en Guyane, perverti les « bons sauvages » d'autrefois) constituent la trame de ces explications. Ces dernières insistent ainsi tour à tour sur la responsabilité des usagers, des acteurs professionnels, ou encore de la structure-même du système.

Pour eux-mêmes, en tant que professionnels, ces caractéristiques se traduisent par une surcharge de travail et une obligation de reprendre à la base ce qui est souvent déjà plus avancé en métropole (exemple : les assistantes sociales doivent s'occuper de trouver une pièce d'identité pour ensuite envisager demander une couverture maladie quand en métropole la plupart des personnes suivies sont déjà couvertes).

## Incompréhension du système

Les Noirs Marrons, comme semble-il de nombreux étrangers quelle que soit leur nationalité, ne connaissent pas leurs droits potentiels en matière de couverture maladie<sup>368</sup>, ni leur droits en

---

<sup>367</sup> Phénomènes qui ne se recoupent d'ailleurs pas, l'incompréhension s'accompagnant le plus souvent d'une sous utilisation du système, alors que les abus sont ceux d'une consommation excessive.

<sup>368</sup> Ils ne comprennent pas la notion de couverture maladie :

- l'importance de faire préventivement (en dehors d'un besoin de soins) les démarches d'ouverture de droit à une couverture maladie leur est étrangère (18, 13)
- le motif principal d'appel à l'aide des Noirs Marrons est la demande de titre de séjour. En cas d'absence de couverture maladie, il demandent de l'aide pour obtenir des soins non délivrés à l'hôpital (une paire de lunettes ou des soins dentaires) plutôt qu'une couverture maladie. Même après que les agents du bureau des admissions soient passés les voir pour leur remettre un document qui indique les pièces

tant que malades<sup>369</sup>. Cette incompréhension concerne bien-sûr l'ensemble du système socio-sanitaire, au-delà de l'accès aux soins. On cite en particulier les allocations familiales, prestations qui éveilleraient chez les Noirs Marrons une convoitise qui n'aurait pour égale que la maladresse avec laquelle ils s'y prendraient pour les obtenir<sup>370</sup>.

On a vu plus haut que de nombreux acteurs professionnels métropolitains mettent en cause, dans cette incompréhension des Noirs Marrons, un manque d'information donnée par les agents CGSS, créoles, auxquels ils prêtent généralement une intentionnalité discriminatoire.

Mais d'autres explications sont données, plaçant la responsabilité cette fois du côté des usagers eux-mêmes (et non plus des acteurs professionnels) : c'est d'abord l'obstacle

---

justificatives nécessaires à une demande couverture maladie, en leur parlant en taki taki, les patients viennent trouver la médiatrice culturelle en lui demandant « *regarde ce papier, qu'est-ce que c'est ?* ». (66)

- de nombreuses femmes enceintes, à la PMI, ne savent pas dire si elles ont ou non une couverture maladie (7)

Ils ne connaissent pas leurs droits potentiels ni les démarches à mettre en œuvre :

- certains, étrangers en situation régulière ou français, ne savent pas qu'ils pourraient bénéficier d'une couverture maladie, ils paient leurs médicaments et répondent : « *non, non, y'a pas de carte* » quand le pharmacien leur demande leur carte vitale (28, 40)
- il ne savent pas qu'à leur naissance, les enfants doivent être affiliés comme ayants-droits de leurs parents (25), ni qu'à 15 ans, les enfants ne sont plus ayants-droits de leurs parents, à moins d'avoir fourni un certificat de scolarité

Une fois ces droits ouverts, ils ne savent pas les utiliser ni en contrôler la validité :

- ils utilisent le tiers payant avec les médecins mais n'en connaissent pas l'usage avec les pharmaciens (7)
- si un médecin refuse le tiers payant (comme en cas de « grève de la CMU »), ils ne savent souvent pas envoyer leur feuille de soins à la CGSS pour se faire rembourser le consultation (37)
- les bénéficiaires de l'AME hospitalière ne comprennent pas que les médecins de ville refusent leurs attestations de droits
- ils n'imaginent pas que leurs droits puissent expirer et leur carte vitale se périmier (à la pharmacie, *ils ont la carte vitale sur eux et sont persuadés que c'est bon* (28))
- au contraire, depuis décembre 2001, les renouvellements d'attestation de droits à une couverture maladie ne sont plus envoyés par la poste (la carte vitale doit être rechargée à la borne placée dans les locaux de la CGSS), mais certains de ceux qui déchiffrent leur attestation pensent qu'une fois que la date indiquée est dépassée, ils n'ont plus droit à rien alors ils attendent de recevoir la nouvelle attestation (28)

<sup>369</sup> Beaucoup ne connaissent pas la possibilité d'obtenir un titre de séjour (pour soins) et/ou une AAH au titre de leur maladie. (14, 54)

<sup>370</sup> Un assistant social de la CAF (23) explique, un peu perplexe, qu'on lui demande avec véhémence des allocations familiales sans paraître entendre qu'elles sont conditionnées par les revenus et la régularité du séjour. *Je n'ai pas l'impression qu'ils essaient de comprendre pourquoi (...) J'ai l'impression que les gens n'ont pas forcément conscience que pour pouvoir continuer à percevoir les allocations familiales, il faut nous informer [par une déclaration des ressources actualisée] pourtant c'est pas faute de leur expliquer, (...) et pourtant à chaque fois on a l'impression qu'ils tombent des nues.*

Toutes les femmes enceintes amènent leur déclaration de grossesse à la CAF ... même celles qui n'ont pas de titre de séjour : *il n'y a pas de souci, avec ou sans titre de séjour, on les a toutes dans la boîte aux lettres. Sans papier, ça marche pas, mais on les a toutes. Tous les examens prénataux, on les a dans la boîte aux lettres. Une dame que j'ai choppée il n'y a pas très très longtemps, elle attendait un bébé, elle nous a mis ses échographies dans la boîte aux lettres !! J'ai renvoyé les échographies à la dame !! C'est quand même assez fou ! Elle n'avait pas de titre de séjour, ça c'est certain.*

linguistique<sup>371</sup>, quotidien et aggravé par l'analphabétisme, l'un et l'autre s'accroissent mutuellement lors des démarches d'obtention de droits<sup>372</sup> et d'accès aux soins<sup>373</sup>.

Certains malades non francophones se font accompagner de traducteurs : quelqu'un de la famille - les enfants sont alors mis à contribution, étant souvent les plus francophones et les plus lettrés de la famille car scolarisés, avec toutes les difficultés qu'ils peuvent éprouver à assumer le rôle de l'interlocuteur – ou bien un ami ou encore un autre patient ou usager présent dans les locaux au même instant, avec alors la question de la confidentialité de l'entretien<sup>374</sup>. Ils peuvent également faire remplir leurs dossiers par des écrivains publics ou quelqu'un de la famille<sup>375</sup>. On a vu plus haut les erreurs que peut induire la rédaction par un tiers (approximations diverses, etc.), à l'origine de blocages des dossiers administratifs.

La familiarisation « avec les papiers » est perçue comme directement dépendante de l'histoire politique de la Guyane : l'ancienneté de *prise en charge par le système français* (28) en est un élément déterminant, avec des difficultés particulières pour les *nouveaux recensés*<sup>376</sup> et les étrangers primo-arrivants, dont les difficultés commencent dès la volonté de faire reconnaître leur présence en France<sup>377</sup>.

---

<sup>371</sup> En dehors des refus des agents de parler leur langue quand ils le pourraient.

<sup>372</sup> *C'est pas dans leur culture (...) ça fait quand même des années qu'on est habitué à manipuler des papiers (...) Déjà que pour nous c'est pas toujours évident, alors c'est vrai que pour des gens qui sont plutôt dans un processus d'oralité, de ne rien écrire ...* (7)

Illettrés, les gens mélangent tous leurs documents dans un même sac, qu'ils présentent ensemble à leurs interlocuteurs professionnels (dans le carnet de vaccination sont glissés relevés de la poste, de la CAF, extrait d'acte de naissance surinamien ...) (7). Le remplissage d'un dossier par un tiers (qui sait écrire) est facteur d'oublis ou d'approximations (par exemple on ne signale pas le dernier-né sur une demande de couverture maladie) (25). Ces difficultés perturbent l'activité des professionnels. Il arrive qu'un patient hospitalisé donne plusieurs noms successifs, avec à chaque fois un nouveau dossier administratif constitué par le service des admissions, laissant les précédents en suspens. En 2000, 800 dossiers seraient restés incomplets pour cette raison. (70) Quand une femme est incapable de remplir sa déclaration de grossesse, le faire à sa place demande du temps au professionnel (demander le nom du conjoint, la date de naissance, etc.) (7).

<sup>373</sup> Il arrive qu'un enfant signe pour sa mère son autorisation parentale d'opérer (7).

Les fugues de patients ne sont pas rares à l'hôpital, non par crainte de ne pas pouvoir payer la facture de l'hôpital, mais lors d'une *rupture de communication* (66).

Il arrive à un médecin de PMI (7) de recevoir une femme qui à chacune de ses grossesses successives change de nom et de prénom ... il faut alors reconnaître de visu les gens pour savoir si c'est quelqu'un qui a déjà été suivi. De même, la date de naissance peut varier, entre celle donnée oralement et celle mentionnée sur l'extrait d'acte de naissance, parce qu'elle n'est tout simplement pas précisément connue de l'intéressé.

Surtout, les professionnels, médecins ou pharmaciens, décrivent leurs difficultés pour expliquer une prescription médicamenteuse et s'assurer que la personne a bien compris : *ils disent toujours « oui, oui, oui » (...) Celui qui vous dit toujours oui, il y a neuf chances sur dix qu'il n'ait rien compris.* (28)

<sup>374</sup> En particulier en cas d'une maladie aussi stigmatisée que le VIH, le patient généralement ne désire pas que quiconque soit informé de sa maladie.

<sup>375</sup> Un médecin (34) insiste sur cette solidarité familiale : *Dans chaque famille il y en a un qui a déjà fait le parcours et donc qui aide. Ils s'aident pas mal entre eux, ils sont assez solidaires de ce côté-là.*

<sup>376</sup> (...) *les nouveaux recensés, parce qu'il y a eu un recensement il n'y a pas très longtemps, sur le fleuve, où on a mis un peu d'ordre, on a recensé pas mal de personnes, et on s'est aperçu que ces gens-là avaient les mêmes droits que les autres. Chez eux, je crois qu'il y a plus de difficultés de compréhension, parce qu'ils ne sont pas habitués encore. C'est la population du fleuve* (28).

On reviendra plus loin sur la question des « nouveaux recensés », avec l'analyse du traitement des demandes de jugements déclaratif de naissance.

<sup>377</sup> Un enseignant (39) donne l'exemple d'un Surniamien noir marron en situation irrégulière vivant dans la forêt à quelques dizaines de kilomètres de Saint Laurent. Les seules preuves de sa présence en France sont la

Face à ces difficultés, les professionnels optent pour diverses stratégies<sup>378</sup>.

Des facteurs dits « culturels » contribuent également à freiner la bonne compréhension des messages délivrés par les professionnels : le nomadisme<sup>379</sup>, l'attachement à la médecine traditionnelle et l'importance de la maternité<sup>380</sup>, le mode traditionnel de transmission de

---

reconnaissance de son enfant, il y a cinq ans, et les récépissés de son acquittement d'impôts à l'Office National des Forêts, pour chaque mètre cube de bois qu'il coupe et vend. Mais arrive-t-il à conserver ces papiers ? L'enseignant le lui a très fortement recommandé ... *mais vous avez déjà essayé de garder des papiers quand vous vivez dans un carbet au toit en paille et au sol en terre ? Il roule les papiers et les glisse dans les interstices de son toit en paille .. mais quelquefois les souris les mangent, ou les champignons ... Ils n'ont pas l'habitude du papier. Ils n'ont pas l'argent pour, ou ils ne pensent pas à acheter quelque chose de fermé pour garder les papiers. Ils ne savent pas ce que c'est, le papier, c'est presque magique pour eux ...*

<sup>378</sup> Apprentissage le plus souvent « sur le tas » et dans les champs restreints (médical, social ...) qui les concernent des langues parlées par leur public : taki taki, créoles haïtien et guyanais, portugais, anglais (avec les Guyaniens) ... mais le créole haïtien semble particulièrement difficile à maîtriser pour les professionnels métropolitains, tandis que les pièges sont fréquents avec le créole guyanais qui, parce qu'il ressemble au français, donne à tort l'impression aux interlocuteurs de se comprendre. (17)

Recours au médiateur culturel de l'hôpital (dont le rôle est pourtant beaucoup plus large que d'assurer de la traduction), recrutement spécifique d'un traducteur trilingue (anglais, créole et taki taki) à la CAF (où jusqu'à présent c'est le vigile qui assurait cette fonction) (23) ou mise à profit des compétences d'un agent déjà là (*maintenant, j'ai une petite vendeuse qui est noir marron, qui explique très bien*, explique une pharmacienne (28) qui remarque que la « petite vendeuse » se fait même appeler par des médecins de ville pour qu'elle traduise pour eux).

Affichage à l'entrée de la PMI d'une note en taki taki « si vous n'êtes pas francophone, amenez quelqu'un qui parle français » (7), dessins de soleils (un petit le matin, un grand à midi et un à l'envers le soir) sur les boîtes de médicaments (28) ; on fait régulièrement reformuler par le patient ce qu'on lui a dit (17), éventuellement en taki taki ce qui vient de lui être expliqué en français (7) ...

Enfin, la non francophonie est un élément distinctif dans l'orientation d'aval : une médecin oriente les personnes non francophones dépourvues de couverture maladie vers la PASS plutôt qu'à la CGSS, parce que le personnel y est réputé plus serviable et moins intimidant.

<sup>379</sup> Certaines femmes ne peuvent être suivies que six mois par an, partant sur le fleuve le reste de l'année pour visiter leur famille ou célébrer un décès (pendant deux-trois mois, c'est *la tradition*) et ne revenant que pour une nouvelle grossesse : *ce sont des gens très mobiles, assez vagabonds*. (7)

<sup>380</sup> Une médecin de PMI (7) constate une passivité inadéquate des enfants noirs marrons lors de son examen clinique, qu'elle interprète par des habitudes traditionnelles d'examen. *Le Noir Marron, quand il va voir son tradi-thérapeute, il est, ouvrez les guillemets, un sac à viande. C'est à dire qu'il est là, il fait le mort, c'est le tradithérapeute qui fait tout. Moi, j'ai dû, je dois même encore quand les gens c'est la première fois qu'ils viennent, dire « attends, moi je te pose des questions, tu viens chercher ma médecine à moi, il faut au moins que tu répondes aux questions que je te pose. Si je te demande si tu as mal, tu fais oui ou tu fais non, mais tu me dis quelque chose, je te demande de communiquer avec moi ». Alors que visiblement avec leur tradithérapeute, ils doivent être passifs, et c'est lui qui va deviner ce qui se passe.*

*Certaines familles ne pensent pas à aller voir le médecin, ou alors en dernier ressort ; en 1<sup>er</sup> ressort ils vont tester les moyens qu'ils ont, et ensuite ils iront voir le médecin si ça va pas mieux. (...) ils sont peu antibiotiques et choses comme ça, ils sont plutôt médecines traditionnelles, des plantes, des cataplasmes ... (9)*

Selon une sage-femme ayant exercé sur le fleuve (36), la préconisation du préservatif pour se protéger des contaminations par le VIH se heurte au désir d'enfant, chez les femmes bushinengués mais plus encore chez leurs compagnons, lesquels, quand ils l'acceptent parce que les premières le leur demandent, en déchirent néanmoins subrepticement le bout.

De façon générale, on regrette les grandes multiparités, surtout quand des contre-indications médicales telles que la séropositivité au VIH ont été signifiées aux femmes (66).

l'information<sup>381</sup>. Notons que ces éléments, également relevés dans les discours créoles, sont ici beaucoup moins connotés péjorativement en terme de « primitivité » et de défaut d'assimilation que dans ces derniers, et sont plutôt présentés comme des témoins d'une culture dont l'altérité n'a pas à être justifiée.

Plutôt que d'incompréhension des usagers, certains professionnels parlent aussi de leur propre impuissance face à une « culture » capable de métamorphoser la donne à tel point que leurs actes professionnels n'ont plus aucun sens, tous leurs repères se trouvant bouleversés<sup>382</sup>.

La communication se trouve enfin brouillée par le poids de la relation dominant-dominé, qu'il s'agisse du couple médecin-patient, français-étranger, urbain-rural, etc., qui amène le second à acquiescer trop systématiquement aux dires du premier<sup>383</sup>.

---

<sup>381</sup> Le mode traditionnel noir marron de transmission des informations est un frein à la compréhension du fonctionnement du système de santé français (39) :

- cette transmission est orale, d'où une somme relativement faible de connaissances transmises
- on ne donne l'information que lorsque l'enfant en a le besoin et qu'il est capable de l'utiliser
- selon un proverbe noir marron, « la connaissance, c'est du pouvoir », donner de la connaissance c'est donner du pouvoir et donc en perdre soi-même un peu ; on hésite donc à donner de l'information
- l'information donnée est susceptible d'être piégée, elle est accueillie avec défiance. La diffuser par la radio serait une bonne façon de contourner ces difficultés, car elle s'adresserait à tous, émise anonymement
- poser des questions au maître d'école ou au médecin, c'est les insulter. Elles viennent de manière détournée

Tout cela revient donc à freiner la transmission d'information, qui n'est jamais donnée en bloc, mais petit à petit.

<sup>382</sup> Une jeune assistante sociale de collège (9) donne quelques exemples de suivis sociaux malaisés, des histoires dont il lui semblait maîtriser si peu les tenants et les aboutissants que ses efforts se trouvaient tournés en ridicule, tant était grand le décalage entre ce qu'elle se représentait des désirs de l'enfant et de sa famille et ce qu'ils étaient réellement :

- une élève malade, dont les parents (avec lesquels elle n'a même pas réussi à entrer en contact) refusaient de faire des démarches d'ouverture de droit à une couverture maladie : *une situation familiale très compliquée (...) j'essayais d'intervenir, ça a été bloqué rapidement, et là j'avoue que ne sais absolument pas ... (...) C'était une situation, on avait l'impression, emberlificotée dans tous les sens. L'assistante sociale s'inquiète, l'année scolaire s'achève, elle ne voit plus l'élève.*
- une élève affirme vivre chez sa tante depuis le décès de sa mère. L'assistante sociale cherche alors à qui pouvait être déléguée l'autorité parentale. Puis elle comprend incidemment que la mère est vivante, réside au Surinam et que le prétendu décès n'avait comme seul objectif que de permettre l'inscription au collège malgré la situation irrégulière de l'enfant : *moi, j'ai fait le dossier, voilà, et après ... j'avais pas l'air con !! (rire).*
- des jeunes filles enceintes « disparaissent » (*c'est régulier, elles partent, on sait pas où, on sait pas quand, déscolarisation totale, moi j'essaie de courir après, à domicile, je les retrouve pas, c'est compliqué, je sens que je marche sur des oeufs*), puis réapparaissent six mois plus tard, *sans gros ventre et sans bébé, sans qu'on sache si elles ont avorté ou accouché : soit une IVG est réalisée de façon traditionnelle, soit l'accouchement a lieu là-bas et l'enfant est confié à la grand-mère ou à un autre membre de la famille, c'est des choses qui se font, chez les Noirs Marrons.*

Tenter d'effectuer un suivi dans ces situations familiales compliquées l'amène à des bricolages peu conformes aux principes qu'on lui a enseignés : *c'est des situations rocambolesques ... c'est pas forcément très professionnel, dans l'optique de l'AS comme on l'apprend, du moins comme moi je l'ai appris à l'école, en métropole, ça n'a aucun sens, parfois on peut pas, c'est pour ça qu'on intervient des fois un petit peu pas très judicieux, mais parce qu'on peut pas faire autrement.* Elle reconnaît ne pas être toujours efficace : *Il y a des conséquences à court terme qui sont pas toujours très positives, j'avoue que moi aussi je me suis prise des retours de bâton, mais j'apprends aussi.*

<sup>383</sup> Un médecin spécialiste du VIH (17) reconnaît qu'il ne saurait dire ce que ses patients étrangers en situation irrégulière pensent réellement de la proposition qu'il leur fait d'engager pour eux une demande de titre de séjour pour soins. S'ils ont des craintes par rapport au fait de révéler leur présence à la préfecture, ils ne lui en font pas part (peut-être le font-ils avec l'assistante sociale qui gère par la suite ces affaires ?) :

## La « passivité »

On peut aussi qualifier non plus d'incompréhension mais de passivité face aux démarches administratives l'absence d'anticipation de l'affiliation à la Sécurité sociale en l'absence d'un besoin de soins. Cette passivité étonne, laisse perplexe<sup>384</sup>, on ne lui trouve pas véritablement d'explication, « la culture » s'apparente à une boîte noire qu'aucun raisonnement rationnel ne peut approcher : *C'est pas dans leurs mœurs. Et les Amérindiens, c'est pareil.* (28)

Une médecin (7) décrit ainsi comment les Noirs Marrons ne font pas leurs démarches d'ouverture de droit, *même si tu leur mâches le travail* : [car pour eux] *demain n'a pas de valeur, il n'y a pas de projet, d'avenir. A chaque jour suffit sa peine. Il n'y a pas d'anticipation. On règle les problèmes d'aujourd'hui, on verra demain pour les autres.*

Cette incapacité à anticiper est aussi un obstacle à l'observance thérapeutique : la notion de vaccination leur est étrangère, si les enfants sont vaccinés, c'est uniquement pour pouvoir être admis à l'école ; souvent, ils ne viennent pas à leurs rendez vous à la PMI, et en plus ils ne comprennent pas qu'on le leur reproche (7). Une interne en médecine (73) exprime sa lassitude face à l'observance quasi nulle pour les traitements chroniques malgré les arrivées en catastrophe aux urgences et les séjours hospitaliers répétés.

Mais dans de nombreux discours, cette incompréhension et cette absence d'anticipation ne sont pas qu'un trait culturel énigmatique, elles sont aussi et surtout suspectes de traduire un manque d'effort : si les Noirs Marrons ne comprennent pas les démarches qui peuvent leur permettre de se faire ouvrir des droits à une couverture maladie, c'est parce qu'ils n'ont tout simplement pas envie de s'ennuyer avec elles, ni d'ailleurs avec toutes celles qui impliquent une participation plus assumée au système socio-sanitaire dont ils profitent<sup>385</sup>. Ces arguments se rapprochent ainsi de ceux développés par les professionnels créoles.

---

*Mais il faut se méfier aussi ... on a affaire à des petites gens, comme on dit (...) assez pauvres, peu instruits, etc., quand le docteur dit quelque chose, on dit « oui » pour lui faire plaisir, souvent, et ça veut pas dire forcément que ça va se passer comme ça, mais ... en plus, c'est quelque chose de plutôt gentil que le docteur propose, on va pas lui dire « j'en ai rien à foutre de ton machin » Chose qu'on peut entendre en métropole, mais ici c'est quand même vraiment rare. Donc ça c'est une autre difficulté du boulot ici, c'est de pas se faire avoir avec ça.*

<sup>384</sup> Une assistante sociale (44) cite le cas d'un jeune homme de 24 ans, français, noir marron, vivant sur le fleuve, auparavant ayant-droit de son père et qui n'a pas fait les démarches pour obtenir une couverture maladie en son nom propre après sa majorité, mais qui, une fois arrivé malade à Saint Laurent, craint d'être rejeté des urgences car n'a pas d'argent pour payer ses soins : *Moi aussi je lui ai posé cette question-là [de l'absence d'anticipation], on a tous cette interrogation-là. Il m'a dit " bin j'étais pas malade ". Et en plus il te dit ça de façon ... il ne comprend même pas que toi tu te poses la question ...*

<sup>385</sup> Certains Noirs Marrons expliquent ne pas pouvoir se faire ouvrir des droits à une couverture maladie par défaut de documents (exemple : le livret de famille) alors qu'en fait ils n'ont même pas essayé de faire ces démarches (*on le sent*), alors il faut un peu les bousculer pour qu'ils *se mobilisent*. (7)

Les patients non couverts approuvent *passivement* (...) disent « oui, oui », quand les soignants de l'hôpital leur demandent de se faire ouvrir des droits à une couverture maladie et d'aller payer leurs soins à la caisse de l'hôpital après leur passage aux urgences. Mais 3/4 d'entre eux ne se présentent pas à la caisse... et le plus souvent, ils ne prennent même pas la peine de sortir du carnet de santé leur facture, que les soignants retrouvent alors au moment du passage suivant aux urgences ... (33,73)

Une sage-femme (7) se dit agacée que des femmes qu'elle suit depuis des années ne fassent aucun effort pour parler en français alors qu'elle-même a appris le takî takî. Elle voudrait *leur faire comprendre qu'il faut que l'effort soit partagé* ... elle raconte le cas d'une femme tout juste naturalisée, à qui elle a posé une question en français et qui pour toute réponse a brandi sa carte d'identité française avec fierté en disant « mi no foutan » (je ne comprends pas), *d'un air de dire « vous n'avez rien à dire, j'ai mes papiers français »*. La sage femme s'est trouvée *révoltée, forcément*, et elle lui a rétorqué : « non, on va te parler en français, il faut aussi faire l'effort

Mais si certains discours qualifient cette passivité de caractéristique culturelle spécifique aux Noirs Marrons<sup>386</sup>, les autres, plus nombreux, mettent en cause le système, non pas ses acteurs professionnels, mais sa structure elle-même, en ce qu'elle encourage cette passivité : c'est l'offre de services socio-sanitaires non conditionnée par l'effort qui produit cette passivité, laquelle n'est alors plus un trait culturel spécifique aux Noirs Marrons, mais une réaction que peut produire ce système chez tout un chacun. C'est par exemple, l'absence, dans les centres de santé du fleuve, de besoin d'une couverture maladie, qui décourage les efforts en ce sens. Enfin, si certains remarquent que cette passivité est également observée en Métropole, le même système y engendrant les mêmes effets pervers<sup>387</sup>, d'autres considèrent que la Guyane est un cas à part, et que c'est parce que le système national y est mal adapté à la population locale qu'il y produit ces dérives<sup>388</sup>.

---

*(...) il faut pas non plus être toujours dans une position d'assisté. Quand on veut avoir des papiers français, il faut savoir demander ses papiers en français. »*

Un médecin (7) renchérit : quand on lui parle *taki taki*, la population ne fait plus d'effort, après. Les Noirs Marrons, parce que je baragouine le *taki taki*, ils ne font plus un effort pour me dire bonjour en français. Même quand elle demande simplement « bonjour, ça va ? », on lui répond « mi no foustan » (je ne comprends pas). Plusieurs professionnels métropolitains remarquent, comme les Créoles, la réticence des patients noirs marrons et étrangers à payer de leur poche la partie non remboursée des médicaments qui leur sont prescrits. Mais là où certains voient surtout un défaut de moyens financiers (*ils prennent ou ils ne prennent pas, ça, ça dépend de la date dans le mois : en début de mois, c'est bien, en milieu de mois, non, en fin de mois, c'est bien parce qu'ils vont toucher leurs allocs ... ça, entre le 15 et le 25, il y a le creux ...* (une pharmacienne, 28)), d'autres mettent en cause un refus de faire tout effort financier : *par principe* (61), alors qu'ils s'achètent un produit cosmétique qui coûte cher ou paient les autres médicaments avec un billet de 100 euros ... ; à la PMI, bien que service de prévention, les médecins peuvent prescrire quelques *petites choses*, mais les femmes opposent à toute prescription un « *j'ai pas d'argent* » (...) *Ils réfléchissent pas*, pour que les médicaments en question leur soient donnés (par la PMI) ... *elles ont les boucles d'oreille en or, mais elles disent ne pas pouvoir.* (7)

Plusieurs professionnels justifient ainsi de ne pas plus aider les patients dans leurs démarches, estimant en faire déjà beaucoup et ne pas vouloir en faire plus pour amener des personnes déjà assistées à se mobiliser :

- Les assistantes sociales ne tiennent pas à jour une liste informatisée des détenteurs des titres de séjour pour soins, de façon à prévenir les gens suffisamment à l'avance de la nécessité de reprendre les procédures de renouvellement... *Mais on ne peut pas tout faire à la place des gens, s'il faut encore leur courir après en leur disant « attendez, votre carte elle va arriver à expiration dans 2 mois, revenez ».*(4)
- La sage femme PMI préfère ne pas se rapprocher de la PASS pour suivre de près les démarches des femmes car elles sont déjà *assistées*, alors il faut leur laisser la possibilité de *se mobiliser* un peu d'elles-mêmes (7)
- *Par contre, les gens, il faut aussi qu'ils fassent quelques efforts, parce que, on les aide beaucoup, mais eux aussi il faut qu'ils s'investissent, parce que, bon ... déjà, il y a beaucoup de choses auxquelles ils peuvent avoir droit, c'est normal aussi qu'il y ait quelques exigences ...* (14)

<sup>386</sup> La proportion de bénéficiaires de la CMU au sein de la clientèle des médecins de ville est beaucoup plus élevée à Saint Laurent qu'elle ne l'est à Cayenne et Kourou, les deux autres villes dotées d'une offre de soins en libéral, car à Saint Laurent, *c'est une population qui est à 50% noire marronne, (...) pas forcément étrangère, mais 50% de Noirs Marrons, donc des gens qui ne travaillent pas, qui sont pas salariés vraiment, qui vivent d'allocations ...* (26)

<sup>387</sup> Une médecin (7) : *je ne suis pas responsable de la santé des gens, c'est les gens qui sont responsables de leur santé, nous sommes là pour les aider. Mais ça je le disais en Métropole aussi parce que les gens avaient trop tendance à se reposer sur nous.*

<sup>388</sup> Un assistant social de la CAF (23) donne un exemple parmi tant d'autres où les allocations familiales ne sont pas utilisées pour les enfants, or ce détournement des prestations est d'autant plus flagrant en Guyane que les familles étant nombreuses, le montant des prestations y est élevé : une femme lui demande une aide financière pour acheter des livres pour ses enfants ; comme pour chaque demande, il fait une visite au domicile pour vérifier que la demande est justifiée ... *et là que vois-je, une belle télé à 7000 balles ! Alors que, elle aurait pas acheté la télé, elle s'en serait achetée une à 1500 ou 2000, elle aurait largement eu de quoi acheter des livres pour ses enfants ! Mais comme disent beaucoup de gens ici « on est dans le paraître », il faut avoir une belle*

Notons que cette mise en cause du système n'est pas radicale, parfois au sein d'un même discours, reconnaissant à ce système qui produit de l'assistanat, la capacité à initier malgré tout une certaine responsabilisation<sup>389</sup>.

Enfin, on a vu plus haut que des professionnels déplorent que certains de leurs collègues rejettent un peu rapidement la responsabilité d'un défaut d'observance sur le patient, en particulier au motif d'une incapacité culturelle, en occultant les facteurs par exemple socio-économiques qui peuvent être en jeu. Cette critique est parfois émise, au-delà de l'observance thérapeutique, à propos de l'usage en général de l'offre de soins. La passivité et l'infantilisme des Noirs Marrons seraient un peu trop vite mis en avant<sup>390</sup>.

---

*voiture, une belle télé, une belle chaîne hi fi. Vous le retrouvez en métropole, mais ici ça prend une autre mesure parce que c'est des familles relativement nombreuses.*

L'absence de familiarisation de la population locale avec la gestion monétaire nécessiterait d'adapter le système d'aide sociale dans le sens d'un accroissement des aides en nature (donner par exemple les allocations familiales sous forme de vêtements, fournitures scolaires, paiement des frais de bus scolaire) et d'une formation des bénéficiaires à la gestion de budget, mais également d'un raccourcissement des délais de traitement des dossiers administratifs (exemple : un homme s'est vu accorder l'AAH en janvier 2001, mais le premier versement n'a eu lieu qu'en janvier 2002 ... 12 mois lui ont été versés d'un coup : lui qui n'avait jamais eu 500F devant lui, a soudain vu son compte crédité de 50 000F ... et tout s'est envolé en quelques semaines : remboursements de dettes, prêts à des amis, achats divers, etc.). (67)

*(...) une frange de la population qui n'a pas compris que pour obtenir de l'argent, il faut travailler. C'est une histoire de culture. Le RMI a transformé les mentalités, et la CMU fait disparaître la médecine traditionnelle, ce qui est très dommage, parce que même si beaucoup de choses peuvent nous paraître bidons, il y a une connaissance des plantes qui est réelle. (un douanier, 79)*

<sup>389</sup> La crainte des factures peut inciter les patients à faire les démarches d'ouverture de droit, ce que confirme un usager noir marron selon lequel certaines femmes surinamiennes préfèrent accoucher à Albina pour éviter de recevoir des factures. (6,7, 58)

Plus largement, « le système », c'est aussi la scolarisation des jeunes générations, qui donne à ces dernières les moyens (maîtrise de la langue française et de l'écriture, habitude du téléphone, quelques relations) de comprendre les démarches qui leur sont demandées comme de protester contre les dysfonctionnements institutionnels les plus récurrents. (21, 28, 34)

<sup>390</sup> Les trois assistantes sociales de l'hôpital ont décidé de distribuer des cartons de rendez-vous de couleur différentes pour chacune d'entre elles. Il s'agit, selon l'une d'elles (44), de faciliter le parcours des usagers illettrés (incapables de lire le nom de l'assistante sociale avec laquelle ils ont rendez-vous). Mais pour un de leurs collègues (38), c'est une *infantilisation* des Noirs Marrons, symptomatique de *mépris envers ces sauvages, les Bush*, de la part des professionnels.

Une médecin de PMI (43) raconte cette histoire qu'elle considère illustrative des préjugés sur la prétendue incapacité des Noirs Marrons à assumer les besoins sanitaires de leurs enfants.

Une jeune fille mineure tombe enceinte. Les professionnels de la santé qui suivent sa grossesse la jugent particulièrement immature. L'enfant naît.

Lors du sevrage, à 4 mois, la courbe pondérale entame une chute. A chaque consultation à la PMI, la jeune mère se fait expliquer à nouveau le régime alimentaire qu'elle doit donner à son enfant. Mais chaque fois qu'elle revient, le nourrisson est encore plus dénutri. La PJJ (protection judiciaire de la jeunesse) est interpellée.

Pourtant, la mère semble plus mûre, plus réfléchie. Par exemple, elle est ponctuelle pour ses rendez vous.

Un jour, l'enfant semble vraiment mal, la médecin de PMI, suspectant une raison autre qu'un simple déséquilibre du régime alimentaire, l'adresse à la consultation de pédiatrie de l'hôpital.

Là, on diagnostique des carences du régime alimentaire et on prescrit un traitement antiparasitaire et des sels de réhydratation. Bref, rien de plus que ce qui était fait en PMI depuis des mois.

Quelques temps plus tard, la mère ramène son enfant à la PMI, il est en état de déshydratation avancé. Elle est à nouveau orientée sur l'hôpital, en urgence. Là, cette fois, enfin, un bilan complet est réalisé ... révélant une maladie coeliaque.



Arrêtons-nous sur le discours de l'animatrice d'une agence d'insertion, Mme S (31), illustratif à plusieurs titres de cette « passivité » alléguée : l'opposition trait spécifique/trait universel, les effets pervers d'un système non adapté à la Guyane, le timide espoir d'une adaptation progressive de la population locale.

Mme S déplore que les malades ne cherchent pas à se renseigner sur les soins dont ils bénéficient, cette passivité se trouvant encore accrue par le traitement infantilisant qu'elle inspire aux soignants : *On leur fait un truc, ils se laissent prendre en main. (...) Les gens de l'hôpital ont pris cette habitude de traiter les gens comme des enfants, et c'est eux-mêmes qui se sont comportés comme ça.*

La passivité est un attribut réparti de façon non uniforme entre les différents groupes de la population :

*C'est surtout les Noirs Marrons, la race noire, et les Amérindiens. Parce que les Créoles sont beaucoup plus curieux de ce qu'on fait et les Métropolitains aussi. Les Brésiliens posent beaucoup de questions. Les Haïtiens, beaucoup moins. J'ai eu affaire à plusieurs Brésiliennes qui ont eu des problèmes de santé, et elles ont su m'expliquer pourquoi on les avait opérées, alors que les autres ... (...) Les Brésiliens, c'est des gens qui viennent d'un pays où ils sont obligés de se débrouiller. C'est pareil pour les Surinamais : un Bushinengé surinamais posera beaucoup plus de questions qu'un Bushinengé français qui a lui l'habitude de se laisser manipulé, manié ... Au niveau de l'insertion, il y a beaucoup plus de motivation chez les Surinamais que les Bushinengé français. On sent que c'est des gens qui ont du se débrouiller dans leur vie et qui sont disponibles, cherchent du travail ... (...) [Plus que la crainte de perdre leur titre de séjour, et d'être renvoyés dans leur pays,] ce qui joue surtout c'est leur débrouillardise, on sent que c'est des gens qui ont du se battre pour survivre, faire des petits jobs de n'importe quoi, vendre des paquets de cigarettes, ils se trouveront toujours un petit quelque chose à vendre pour gagner de l'argent alors qu'un Bushinengé ou un Amérindien français, il s'installera mais ne fera rien pour essayer de gagner, même le moindre petit argent, il attendra plus qu'on l'appelle pour un travail ou une formation.*

Cette passivité résulte donc pour Mme S de l'action croisée de facteurs environnementaux (un environnement difficile forme des gens combattifs, l'accès facile aux prestations sociales en France décourage tout effort) et raciaux : au sein d'un même environnement, certains (ceux de « race noire » et les Amérindiens) seront plus passifs que les autres (Créoles et Métropolitains). A noter que les seconds facteurs (raciaux) sont plus déterminants que les premiers (environnementaux) puisque les Haïtiens, dont chacun s'accorde pour décrire les difficultés de la vie au pays d'origine, sont ici qualifiés de passifs.

L'animatrice explicite ensuite cette composante environnementale de la passivité : si les Noirs Marrons français sont plus assistés que leurs frères surinamiens, c'est parce qu'ils subissent l'imposition, depuis la Métropole, d'un système social localement inadapté.

Elle explique ainsi que la situation en Guyane est différente de la métropolitaine : les bénéficiaires du RMI ne sont pas des *désinsérés*, des *cas sociaux*, même s'ils risquent de le devenir car on commence à les *parquer* et à leur faire changer de *rythme de vie*. *Ce sont des gens qu'on désinsère pour les réinsérer dans un autre système.*

Alors qu'ils sont insérés dans leur communauté, on cherche à les insérer dans un système qu'ils ne connaissent pas : la recherche d'un emploi, d'une formation, d'un logement, eux qui ont l'habitude de prendre un terrain pour y construire leur maison, d'aller à la chasse et à la pêche, de planter du manioc pour faire du quack et de vendre leurs légumes.

*C'est là le défaut du RMI qui s'installe en pays outremer. Ca déstabilise une population pour les stabiliser dans un truc qui ...*

Ils auraient pu continuer à vivre comme ça, il y a toujours des forêts et des rivières ... mais les jeunes ne veulent plus aller à l'abattis, parce que c'est trop fatigant, il fait trop chaud, ils ne gagnent pas assez. Seuls les anciens y vont encore, *ils ne restent pas à attendre quelque chose, tous les jours ils travaillent chez eux*. Mme S connaît une femme de 70 ans qui ramasse ses cacahuètes à l'abattis, les met à sécher, enlève les branches, les lave, les remet à sécher, puis envoie ses enfants les vendre à Cayenne, ça lui fait un revenu, un plus, même si ça fait du travail. Mais les enfants ne font plus ça<sup>391</sup>.

Autre exemple d'inadaptation du système national : la scolarisation selon l'Education Nationale. Un enfant de douze ans doit entrer en 6<sup>ème</sup> d'accueil, il n'a qu'un an pour rattraper tout l'enseignement primaire et sera automatiquement placé en 6<sup>ème</sup> normale l'année d'après. Ca n'est pas adapté parce qu'ici il y a des enfants de douze ans qui n'ont jamais été scolarisés. Résultat, la nouvelle génération de jeunes parlera peut-être le français, plus ou moins, mais aura un niveau scolaire faible. Et ces jeunes-là, on va les retrouver dans dix ans au RMI.

Certes, avec le temps, les choses évoluent un peu. Au début de l'application du RMI, quand on disait aux gens qu'il leur fallait essayer de trouver du travail, et pour cela suivre des formations de français, *ils ne voyaient pas pourquoi, ils rigolaient, ils avaient une réaction un peu d'enfant, ils avaient l'impression de retourner à l'école, ils savaient pas trop pourquoi on leur disait ça, ils pensaient qu'on leur donnait de l'argent en plus, qu'on leur donnait de l'argent gratuitement !*

Mais aujourd'hui, même les gens qui ne parlent pas français viennent demander du travail, ils ont pris conscience qu'un salaire, c'est plus confortable que de devoir *demander à droite à gauche des choses*.

### **Consommation médicale abusive**

Comme leurs équivalents créoles, les discours métropolitains associent volontiers deux qualités qui ailleurs pourraient paraître antinomiques, passivité et consommation abusive du système sanitaire. Comme pour la passivité, les conditions d'accès aux soins telles qu'elles sont définies réglementairement sont mises en cause, les critiques pointant en particulier la CMU<sup>392</sup> (ce qui n'empêche pas de reconnaître les bienfaits de cette accessibilité accrue des soins<sup>393</sup>, effets positifs et négatifs se trouvant ainsi intrinsèquement liés<sup>394</sup>), et seuls des

---

<sup>391</sup> Une assistante sociale (2) tient le même raisonnement à propos des Amérindiens qui, selon les *discours racistes des Créoles boivent le RMI ...* selon elle, le fait est que la législation sociale n'est *pas du tout adaptée à la situation économique, sociale du territoire*.

Lors de *la mise en place du RMI, c'était l'eldorado*. Or les bénéficiaires ne signent pas de contrat d'insertion, ne font aucune démarche, ne sont pas suivis, parce qu'il n'y a aucun moyen en travailleurs sociaux pour accompagner les gens dans leur insertion. On se contente de multiplier les CES, les contrats emploi solidarité, puis on abandonne les gens en se disant qu'ils pourront au moins toucher le RMI.

Cette inadaptation pervertit la population locale, par entraînement dans la société de consommation : *Il y a vingt ans de ça, les Amérindiens ne demandaient rien ! (...) Il y a vingt ans, ils avaient beaucoup plus développé le côté pêche, chasse, culture en abattis, de choses comme ça ... là, effectivement, on voit les grosses paraboles dans les villages amérindiens*.

<sup>392</sup> La CMU et l'AME ont *majoré la demande de soins pour rien*, en rendant les traitements gratuits (26).

<sup>393</sup> Avant la réforme CMU, les parents n'amenaient à la consultation qu'un seul de leurs enfants malades, et à la fin de la consultation, ils demandaient si le médecin pouvait prescrire la même chose pour un autre qui présentait selon eux les mêmes symptômes. Aujourd'hui, ils viennent avec tous leurs enfants symptomatiques (34).

facteurs extérieurs à l'offre de soins proprement dite semblent capables de juguler ces excès<sup>395</sup>. Enfin, comme pour la passivité, les discours insistent tantôt sur le caractère uniformément national de ces dérives, tantôt sur leur expression locale.

Les acteurs métropolitains se présentent, en tant que professionnels, comme les victimes de ces abus<sup>396</sup>, leur tâche s'en trouvant alourdie. Moins souvent cependant que les créoles, les commentateurs métropolitains peuvent présenter les victimes comme les cotisants, les actifs, les financeurs de ce système abusé par les « assistés »<sup>397</sup>. Enfin, notons que ce discours victimaire est globalement beaucoup moins récurrent que chez les acteurs créoles.

---

<sup>394</sup> La plupart des allocataires du RMI ne se font suivre médicalement que depuis qu'existe la CMU. Mais cet accès aux soins, légitime, s'est aussitôt accompagné d'excès : *Du fait qu'ils ont la CMU, ils y vont pour trois fois rien.* (31)

<sup>395</sup> L'attente. Un médecin généraliste exerçant en libéral à Saint Laurent (34) remarque que les cinq cabinets médicaux de la ville sont débordés, l'attente y est au moins de deux heures ... donc les bénéficiaires de la CMU ne viennent pas *pour des riens*, car personne n'accepterait d'attendre deux heures *pour des riens*. Les seules consultations de ville *pour des riens* ont lieu le week end, car là il n'y a pas d'attente. Dans ces cas, ce médecin non seulement renvoie les consultants, quand leur problème n'est pas urgent, mais surtout, *pour effectivement bloquer les dérives*, il n'accepte pas la CMU le week end.

Les distances. Alors que les habitants d'Apatou passent « pour rien » au dispensaire, ceux des villages alentour hésitent à y venir, en raison des heures et des frais de pirogue. Résultat, ils ne viennent que quand c'est grave et/ou après échec de la médecine traditionnelle. (17)

<sup>396</sup> La femme de l'unique médecin d'un centre de santé (37) explique que celui-ci est de garde tous les jours puisqu'il est seul en poste. Il assure donc seul le Samu avec trois pompiers volontaires, à toute heure du jour ou de la nuit. Il y a de plus de nombreuses *fausses urgences* : les gens viennent frapper à son domicile, chaque soir, entre 18 et 21 heures, *pour trois fois rien le plus souvent. Et là, c'est moi qui ai envie de faire de la discrimination : les Bush, ils sont là, ils claquent des doigts, pour qu'il leur ouvre la porte, sans dire ni bonjour, ni bonsoir.*

Elle-même, infirmière, les reçoit au dispensaire. Quand ils se présentent sans rien lui dire, en posant simplement leur numéro sur sa table, elle s'irrite et les renvoie en leur demandant de revenir en lui disant « bonjour, voilà mon numéro ». Les Amérindiens ne sont pas comme ça, ils sont beaucoup plus polis.

Une sage femme exerçant dans un dispensaire du fleuve, à Apatou (17), explique qu'il arrive qu'on frappe à la porte du dispensaire à 4 heures du matin : ce sont des habitants de Saint Laurent qui, préférant faire le chemin jusqu'au dispensaire d'Apatou (3 heures de pirogue) plutôt que de payer une consultation en ville, sont arrivés la veille au soir, ont trouvé le dispensaire fermé et veulent y avoir une consultation avant de repartir au matin. *De toutes façons, t'es à leur service.*

Certains habitants d'Apatou passent quasi quotidiennement au dispensaire, *pour des bobos*, faisant le tour du personnel (la sage femme, l'infirmier, etc.) pour exiger une consultation qu'on leur refuse étant donné le peu de gravité, certains n'hésitant pas à dire mensongèrement « c'est un tel qui m'a demandé de venir te voir ». Pour éviter d'être ainsi manipulés, les membres du personnel ont mis en place un système de « petits papiers » : un patient effectivement envoyé par un professionnel doit présenter un mot écrit de la main de celui-ci.

Cette jeune remplaçante en médecine générale (74) déplore que les patients viennent consulter pour trois fois rien, lui déclarant si elle proteste « *vous êtes là pour ça* ». Elle ne sait plus quoi faire pour limiter l'affluence : installer un système de rendez-vous ? Mais que faire quand il n'y a plus de place et qu'une véritable urgence se présente ? Des tickets ? Mais pour un ticket, les trois membres de la famille entrent dans la pièce. Il y a foule tous les jours, et à partir du moment où la personne est dans le bureau de consultation, elle ne peut pas être renvoyée sous prétexte que ça n'a pas l'air grave, sans avoir été examinée de la tête aux pieds, au cas où il y aurait bien quelque chose ....

<sup>397</sup> *Après, les contribuables en ont assez de payer pour ces assistés qui abusent, alors ils votent Le Pen ...* (74)

Présentons le discours d'un médecin des urgences de Saint Laurent (33) qui reprend certains des thèmes sus-dits : exigence irresponsable de malades assistés, par hyper accessibilité de l'offre de soins, phénomène national exacerbé en Guyane où ce système a été imposé de l'extérieur.

Il raconte l'histoire suivante. Un matin, au cabinet d'une infirmière libérale, une femme se fait faire une prise de sang prescrite par son médecin. Elle revient chez elle. Le soir, *elle fait une crise hystérisiforme*, en se plaignant de fortes douleurs ... ce n'était pourtant qu'une prise de sang, pas une injection, donc sans risque de lymphangite ou autre, précise le médecin ... Mais son mari appelle une ambulance pour l'emmener aux urgences. Quand, à leur arrivée, le médecin lui fait remarquer que ce n'était pas utile, le mari répond « *mais j'ai la CMU* ». *Il avait la CMU, alors il pensait que tout était permis !!*

Le médecin considère que cette histoire illustre le gâchis de l'offre de soins pour tous. Il en va de la nature humaine : *La CMU, dans l'absolu, c'est merveilleux, l'accès aux soins pour tout le monde. Mais dans la pratique, ça ne peut pas marcher, et moi à mon avis dans cinq ou dix ans ça n'existera plus. Si l'être humain était raisonnable, ça se saurait ... L'être humain consomme et, s'il le peut, abuse. La CMU, c'est comme ça : on offre un service gratuit, alors les gens en abusent. Moi, quand j'étais petit et que j'avais de la fièvre, ma mère trouvait dans sa boîte à pharmacie du doliprane, elle ne m'a jamais amené aux urgences !!*

Mais ce phénomène universel est sensible à une certaine « maturation » locale (argument qui rappelle l'assimilation partielle et non méritée que déplorent les acteurs créoles) : *Ca a été donné en bloc, sans apprentissage et sans bataille pour ça.*

Le médecin donne ainsi l'exemple du RMI (un afflux d'argent donné à des gens qui vivaient très bien sans auparavant) et des allocations familiales (une femme qui a huit enfants *se retrouve du jour au lendemain avec 15 000F d'allocations chaque mois !!*).

*Le système de santé français est le meilleur du monde, mais les gens ne le savent pas. Ils ne savent pas que ce système est idyllique, et ils ne savent pas non plus qu'il est fragile et qu'il faut y faire attention.*

Lui a appris que pour tout service, il faut payer, et que pour pouvoir payer, il faut travailler.

*Mais ici, une femme qui n'a jamais rien fait d'autre dans sa vie que d'avoir des enfants, qui n'a jamais eu d'emploi salarié, se voit payer de grosses sommes d'argent. Et de la même façon, la santé, c'est un service gratuit, il n'y a rien à payer. La gratuité est perçue comme une absence de coût.*

### ***Les accouchements en France de femmes surinamiennes***

Cette question mérite une place à part, tant elle est omniprésente dans les discours. Elle est inextricablement liée à des aspects plus sociaux que sanitaires.

Peu de discours insistent sur les aspects culturels tels que la fréquente multiparité des femmes noires marronnes. Bien plutôt, on reconnaît l'universalité des raisons qui conduisent les femmes surinamiennes à venir accoucher à Saint Laurent (*Je crois qu'ils ont raison, on ferait tous pareil* (45)) et qui tiennent - dans des proportions variables selon les acteurs - plus qu'à la sécurité médicale, à des arguments sociaux : bénéfice des allocations familiales<sup>398</sup>, facilitation

---

<sup>398</sup> Selon un assistant social de la CAF (23), les femmes enceintes amènent leur déclaration de grossesse à la CAF, pour bénéficier d'allocations, même si elles n'ont pas de titre de séjour et ne peuvent donc pas en bénéficier. La CAF occupe une place considérable dans la vie des résidents de Guyane : les revenus qui en sont issus sont très prisés, elle est sollicitée pour toute une série de motifs pour lesquels elle devrait pas avoir à intervenir, qui font même parfois l'occasion de bagarres (l'entrée dans les locaux de la CAF, avant qu'ils soient rénovés et agrandis, était la scène de cohues voire de bagarres pour avoir un ticket).

de l'installation sur le territoire français ou de la vie au Surinam<sup>399</sup>, avec scolarisation de l'enfant, son obtention de la nationalité française à sa majorité, les possibilités d'activités économiques diverses pour les parents<sup>400</sup> ... (7, 23, 25, 34, 45, 59, 67)

Certains approuvent l'idée de donner un statut international à la maternité de Saint Laurent<sup>401</sup>, qui *couperait le cordon du droit du sol* (45), puisque la naissance ne serait pas considérée avoir eu lieu en France<sup>402</sup>. D'autres au contraire soulignent son faible impact potentiel étant donné que l'enfant ne pourrait certes plus obtenir aussi facilement la nationalité française à sa majorité (il faut de toutes façons qu'il ait résidé en France un certain nombre d'années), mais il serait néanmoins scolarisé et donnerait droit (sous conditions) à des prestations familiales.

Notons que les acteurs professionnels prêtent des intentions et des intérêts aux femmes surinamiennes sans forcément connaître la réalité de leurs possibilités réglementaires (ce qu'on avait déjà noté pour les acteurs créoles). Ainsi, en expliquant que les femmes accouchent à Saint Laurent pour bénéficier d'allocations familiales, certains acteurs ignorent qu'il faut qu'au moins l'un des deux parents soit étranger en situation régulière ou français pour bénéficier d'allocations ; d'autres croient que l'obtention de la nationalité française est immédiate, dès la naissance sur le sol français et quelle que soit la nationalité des parents ; d'autres encore militent pour le statut international de la maternité car pensent à tort que cela éviterait le versement des allocations familiales.

---

Ce lien entre la venue des femmes surinamiennes pour accoucher en Guyane et le bénéfice d'allocations familiales est d'ailleurs notoire autant du côté français que du côté surinamien du fleuve : un journaliste surinamien désireux de connaître le nombre de femmes qui viennent accoucher à Saint Laurent l'a contacté lui, assistant social de la CAF, plutôt que les admissions de l'hôpital.

Chez les Noirs Marrons, l'intérêt « raisonné » pour les prestations accompagne le processus d'intégration : une personne *intégrée* a beaucoup moins d'enfants ... mais en a encore au moins un pour les allocations : *Même les jeunes Noirs Marrons, ils deviennent comme tout le monde, ils ne font pas trente enfants ... dès qu'ils sont scolarisés, en général les filles elles font un enfant ou deux pour avoir des revenus, l'allocation parent isolé, en plus souvent il y a la pression, et après, on est tranquille jusqu'à je sais plus quel âge.* (45)

<sup>399</sup> C'est la déclaration de grossesse pour la CAF que les femmes enceintes viennent chercher à la PMI, *le reste elles s'en foutent, même l'examen clinique elles s'en foutent, c'est le seul papier dont elles demandent un duplicata en cas de perte de l'original, même plusieurs mois après l'accouchement. C'est une habitude, un ouïe dire entre elles, où elles sont convaincues que ce papier-là, c'est la porte ouverte pour l'intégration en France. (...) Pour eux c'est comme un passeport qui va leur ouvrir certaines portes.* (7)

Mais inversement la scolarisation des enfants n'est pas forcément associée à la résidence en France : on vient, du Surinam, chercher les enfants en fin de journée, *Il y a vraiment cette double vie qui fait que ce qu'on gagne en France, ça permet de bien vivre au Surinam. Quelque part, on fait son marché, on vend ses produits ici mais on habite au Surinam parce que ça revient moins cher.* (7)

Un médecin surinamien évoque également la vie au Surinam de femmes grâce aux allocations françaises. (11)

<sup>400</sup> Il ne reste plus à Albina que des trafiquants et quelques fonctionnaires, tous ses *vrais habitants*, noirs marrons, sont venus s'installer à Saint Laurent, où *il y a une activité économique, il y a l'argent, des trafics intéressants, divers et variés, des droits qui peuvent être ouverts, on peut se faire de l'argent assez facilement ...* (45)

<sup>401</sup> Ce projet, proposé par le maire de Saint-Laurent, a été rejeté par l'Assemblée Nationale.

<sup>402</sup> Ces réflexions rappellent celles de certains Créoles, selon lesquels à partir du moment où une certaine catégorie de la population (exemple : les Noirs Marrons) est très nombreuse à en profiter, il faudrait supprimer ou modifier certaines aides sociales (en l'occurrence, les allocations familiales) : ici, il s'agirait du droit à la nationalité via le droit du sol, étant donné la forte population étrangère susceptible d'en bénéficier.

### ***Les abus par infraction à la loi***

La consommation abusive des services sociaux et sanitaires peut également être illicite. Le type le plus fréquemment évoqué est la déclaration de paternité par des hommes, français ou étrangers en situation régulière, pour des enfants dont ils ne sont pas les pères biologiques, après arrangement avec la mère, elle en situation irrégulière, de façon à partager les allocations familiales (on parle même de *clubs de faux géniteurs* (66)). Un assistant social de la CAF (23) qualifie ce phénomène de *quotidien* et d'inévitable, compte tenu de la situation géographique de la Guyane, séparée d'un *pays pauvre*, le Surinam, par un simple fleuve. Plus largement, la frénésie avec laquelle la population noire marronne tente par tous moyens d'obtenir des prestations sociales met en évidence l'inadaptation du système social national, dont les moyens de contrôle apparaissent dérisoires (autant en raison de l'étendue du territoire que de l'attitude de la population), imposant à l'assistant social une fonction de contrôle qui ne lui convient pas, alliant vigilance non relâchée et bricolage intuitif<sup>403</sup>.

---

<sup>403</sup> Cet assistant social en poste à l'antenne de la CAF de Saint Laurent (23) raconte son combat quotidien pour ne pas se faire submerger par les demandes.

*Mais vous savez, je me bats avec tous les gens que je peux rencontrer. Ce matin, une dame s'installe en face de moi et me dit « mi wapi mi wani moni », ça veut dire « je veux de l'aide et je veux de l'argent », alors je lui ai dit « non, si vous voulez de l'argent, c'est pas moi qu'il faut aller voir, c'est la banque ».*

Il raconte comment il est repéré pour être potentiellement source d'aide et comment il doit se tenir en permanence sur ses gardes pour éviter les sollicitations abusives : *je suis très connu sur la place de Saint Laurent. On sait qui je suis.*

Une personne à qui il avait remis un formulaire de demande de prêt d'honneur pour des achats divers (ex : des meubles) avait photocopié ce formulaire et l'avait distribué aux habitants de son quartier. Ces derniers se présentaient alors dans son bureau, munis de ce formulaire, en lui prétendant avoir déjà satisfait aux formalités préalables ... Il ne remet désormais plus ces imprimés qu'après y avoir précisé la date, le nom du requérant et l'objet de sa demande. *Tout peut prêter à confusion, ici, il faut être vachement vigilant.*

Une semaine sur deux, il ne reçoit les personnes que sur rendez-vous, donnés uniquement par téléphone le lundi matin. Il suffit qu'il *fasse un écart*, acceptant exceptionnellement de donner un rendez-vous à une personne en grande difficulté venue le trouver, pour que la semaine suivante on vienne le trouver sur place en exigeant un rendez-vous au motif qu'il l'a bien fait la semaine précédente. *Vous avez intérêt à être super réglo et il faut surtout pas qu'il y ait d'équivoque possible.*

Le système semble opposer un cadre bien dérisoire face à cette pression exercée par la population. Il considère en effet que la CAF tient un rôle en Guyane qui dépasse largement ses prérogatives, mais aucune volonté politique ne vient le remettre en cause, les moyens de contrôle sont dérisoires : *La CAF est le plus gros employeur de Guyane, en terme de revenus de transfert. Les revenus de transfert, c'est très bien, mais il faudrait peut-être que les politiques de coin se posent la question de à quoi ça va mener ! Ca va mener à rien ! Il y a une démographie galopante ... (...) Il faudrait faire beaucoup plus de contrôles de situation, je veux pas faire le gendarme ...*

La réglementation est même adaptée dans un sens plus souple. Par exemple, en cas de décès des parents, nulle délégation d'autorité parentale, en principe décidée par le juge des affaires familiales, n'est en Guyane nécessaire pour que la CAF prenne en compte la prise en charge des enfants par un autre couple : suffisent ici une simple déclaration du couple (qu'il a la charge effective et permanente des enfants) et un lien de parenté.

Il affirme connaître de nombreuses personnes qui vivent à Albina mais remettent aux administrations françaises un certificat d'hébergement à Saint Laurent ce qui leur permet d'obtenir un titre de séjour et des allocations familiales pour leurs enfants nés à Saint Laurent.

Il y a aussi tous les parents qui ne scolarisent pas leurs enfants en âge de l'être mais pourtant reçoivent les allocations familiales car les établissements scolaires n'envoient pas systématiquement à la CAF les justificatifs de présence des enfants.

*Il y a quatre contrôleurs pour un département qui je crois est grand comme la Belgique, ils sont basés à Cayenne, il faudrait qu'ils aillent partout ... c'est infaisable.*

Il en est réduit à faire du « bricolage », à l'intuition, pour mettre en place son propre système de vérification : alors qu'il affirme qu'à la CAF *tout est déclaratif*, il ajoute qu'il *peut* demander des justificatifs, s'il a un doute sur la réalité de la résidence en France ... : *des fois j'arrive à avoir un petit doute, je suis pas là pour contrôler, je suis pas là pour vérifier, mais ... (...) j'ai pas de recette pour me dire « tiens attention, ce monsieur-là, je suis*

En matière d'accès aux soins, quelques acteurs évoquent la présentation par le patient d'une carte vitale qui n'est pas la sienne, que ce soit à l'hôpital ou en cabinet de ville. Un directeur d'hôpital s'inquiète du risque médical encouru par le fraudeur, par exemple lors d'une erreur sur le groupe sanguin en cas de nécessité de transfusion, et regrette de ne pas avoir la possibilité de mieux contrôler la situation (45) (il est interdit aux services administratifs de l'hôpital de demander un justificatif d'identité à quelqu'un qui présente une carte de Sécurité sociale). Un travailleur social (13) assure que cette pratique est tout aussi courante en métropole, car simple comme bonjour. Un médecin généraliste de ville (26) explique accepter volontiers de noter la consultation d'un patient sur une carte qui n'est pas la sienne car il considère que si certains n'ont pas de carte, c'est à cause des dysfonctionnements de la CGSS et qu'il n'est donc pas question de pénaliser les patients pour cela. Mais un agent de l'hôpital (67) suggère que si les médecins de ville acceptent ces pratiques, c'est surtout pour pouvoir être remboursés de leurs consultations ...

Le fleuve est sectorisé. Les habitants sont censés consulter au centre de leur secteur (ou à l'hôpital de Saint Laurent), qui ne se trouve pas forcément être le plus proche des leur domicile. Mais en fait, les gens disent habiter où ils veulent, voire inventent des noms de villages, on ne peut donc jamais les refuser au prétexte qu'ils ne relèvent pas du secteur (36).

Bref, explications géographico-économiques (attrait pour un pays riche), risques sanitaires pour les fraudeurs, similarité avec la métropole et mise en cause de l'offre de soins (dysfonctionnements CGSS, intérêt des médecins de ville) constituent les commentaires faits autour de ces pratiques illicites. Il n'est finalement véritablement question de fraudes et de leur illégitimité qu'à propos des trafics : reventes de médicaments au Surinam par des patients traités en Guyane et trafics de carnets de vaccination<sup>404</sup>.

## Les autres groupes catégorisés

### Les Amérindiens

On a déjà évoqué la prise de parole des Amérindiens, depuis les années 80, après des siècles de répression. La fédération amérindienne de Guyane qui regroupe aujourd'hui 36 associations sait s'exprimer et faire entendre ses revendications, en participant notamment au

---

*en train de me faire arnaquer » (...) je sais pas comment vous dire ... les raisons qui font que sur des situations, je peux avoir un doute particulier ...*

<sup>404</sup> Par exemple, des gens se présentent à un dispensaire lors d'une crise de paludisme. On leur donne un traitement antipaludéen. Ils n'en prennent qu'une partie et revendent le reste au Surinam. Le personnel s'en aperçoit car il arrive que certains reviennent mal en point, par défaut de prise du traitement. (24, 36).

La PMI s'est faite cambrioler dix-huit fois en deux ans. On y vole la photocopieuse, le fax, mais aussi les médicaments, le lait en poudre, et même les carnets de vaccination de la fièvre jaune, avec le tampon du médecin : il doit y avoir des trafics ... Alors cette médecin limite les duplicata d'attestation de vaccination (jamais plus de deux et refus quand la personne a été vaccinée par un médecin extérieur à la PMI) et le soir, elle part avec « son » tampon dans son sac pour ne pas le laisser à la PMI. (43)

forum international sur le droit à la terre. Cette capacité d'organisation politique opposerait les Amérindiens aux Noirs Marrons, qui ont toujours été libres, mais qui viennent d'arriver en Guyane, dont le souci premier est la gestion matérielle du quotidien, qui n'entendent rien à la politique et dont les divisions inter claniques font obstacle à toute représentativité cohérente au niveau national. (66)

Cependant, les portraits amérindiens que brossent la plupart des professionnels métropolitains, dans le cadre des démarches d'accès aux soins au quotidien, sont plutôt ceux d'individus à la dérive. Alors qu'ils sont plus souvent français que les Noirs Marrons, ce qui leur évite un certain nombre d'obstacles administratifs (pas de problème de titre de séjour ni de recherche d'acte de naissance, droit à la CMU, etc.), on les décrit volontiers alcooliques et chômeurs (alors que les Noirs Marrons se débrouillent avec leurs « petits jobs »).

Rappelant qu'ils sont les vrais autochtones, et qu'il y a encore peu ils vivaient de chasse, cueillette et pêche, on les présente comme l'incarnation-même des ravages que peut induire l'introduction de la société de consommation<sup>405</sup>. Pire : ils n'offrent aucune résistance à ce rouleau compresseur, restant discrets et disciplinés lors de leurs contacts avec les professionnels métropolitains<sup>406</sup>, voire effarouchés<sup>407</sup>, à l'opposé des Noirs Marrons dont l'attitude revendicatrice et le sans-gêne en exaspèrent plus d'un ... même si on reconnaît que, collectivement, ces derniers semblent justement incapables d'exprimer des revendications communautaires.

## Les Chinois

On a dit que les Chinois sont volontiers caractérisés par la prospérité de leurs commerces et la progressive fermeture de leur communauté C'est ce qui explique que les travailleurs sociaux et les soignants exerçant dans des structures gratuites telles que la PMI aient peu affaire à eux. D'abord, les nouveaux venus font rapidement aboutir leurs démarches administratives et intègrent bientôt le droit commun, grâce à une insertion économique qui ne tarde pas (7). Ensuite, on suspecte que la faiblesse de leur demande d'aide sociale traduise la mise en œuvre d'une entraide communautaire qui vient en quelque sorte court-circuiter l'interpellation des professionnels<sup>408</sup> (53).

---

<sup>405</sup> Les Créoles, Noirs Marrons, Brésiliens et Haïtiens se cherchent, malgré les prestations sociales, des emplois ... sauf les Amérindiens : *les seuls vraiment qui ne font rien, à mon avis, c'est les Amérindiens, et puis alors eux, effectivement, ils boivent le RMI à longueur de journée ! Je crois que ceux qui en [de l'instauration des prestations sociales] ont le plus souffert, ce sont les Amérindiens, parce que eux ils ne font vraiment rien, plus rien, et ils boivent. [Avant, ils vivaient de ] la chasse, la pêche, la cueillette, la culture ...*(34)  
*Les Amérindiens s'enfoncent plus que les Noirs Marrons* (8).

<sup>406</sup> *Le véritable Guyanais, c'est l'Amérindien, hein, et c'est pratiquement celui qui se plaint le moins. (...)*  
*L'Amérindien, il dit rien* (28).  
*Ils sont très effacés, ils ont des problèmes sociaux énormes. (...) Ils sont très disciplinés, c'est ça qui est bien. On leur demande d'amener ça, la semaine d'après, ils viennent.* (1).

<sup>407</sup> Une médecin de PMI (7) distingue très nettement l'examen clinique d'un enfant amérindien de celui d'une enfant noir marron.  
*Le Noir Marron, il est exubérant, à la limite, le problème, c'est de le calmer.*  
*L'Amérindien, il est mutique, ou alors il pique des crises de terreur dès qu'on le touche, il faut l'examiner sur les genoux de ses parents.*

<sup>408</sup> Par exemple, leur sous représentation parmi les bénéficiaires du RMI ne s'explique pas entièrement par le fait qu'ils ont plus souvent un emploi : ces emplois sont souvent non déclarés, or il est bien connu que nombre de bénéficiaires du RMI en Guyane ont un emploi non déclaré. Idem pour la CMU et l'AME : *je pense qu'il y a toujours quelqu'un pour leur payer leurs soins* (53).



## Les Hmong

On a dit également que les deux caractéristiques attribuées aux Chinois le leur sont aussi : réussite économique et fermeture communautaire.

Comme pour les Chinois également, les professionnels de l'accès aux soins constatent avoir fort peu affaire aux Hmong : grâce à leur insertion économique, leurs besoins sont faibles ; mais ce faible recours serait le symptôme non pas de l'opulence de leur communauté, toujours capable de prendre en charge ceux dans le besoin, comme chez les Chinois, mais plutôt d'une absence de besoin par responsabilisation accrue : chez ces agriculteurs ou ces artisans, affiliés pour la plupart d'entre eux non pas au régime général mais à la RAM, le paiement de cotisations trimestrielles induit une *prise de conscience de leurs devoirs*. (2)

Au total, si les deux caractéristiques de départ les rapprochent des Chinois, ils s'en distinguent car la fermeture communautaire semble plus subie que désirée (cantonnés dans leurs deux villages) et l'insertion économique (et le faible recours aux aides sociales) s'appuie sur une responsabilisation plus que sur une prospérité bien établie.

## Les Créoles

Selon TAVERNE (1991), les Créoles (avec les Chinois), qui occupent en Guyane des positions sociales dominantes, contestent la compétence de la médecine, ce que l'auteur interprète comme le rejet d'une idéologie perçue comme dominante et imposée de l'extérieur. Ce n'est pas ce que décrivent les professionnels interrogés, qui considèrent au contraire que leur attitude vis à vis du système de soins est comparable à celle des Métropolitains (type de recours, observance, etc.), surtout s'ils jouissent d'un niveau socio-économique élevé (72).

## Les Brésiliens

Les discours métropolitains dressent deux portraits de Brésiliens (7, 49).

Les communautés installées, notamment à Cayenne, dont l'importance va croissante, sont constituées d'individus festifs mais travailleurs<sup>409</sup> (recherchés notamment dans le bâtiment), débrouillards et dont les démarches d'accès aux soins sont cohérentes et fructueuses (ils savent obtenir une couverture maladie, ne consultent pas « pour rien » ...).

Les orpailleurs s'en distinguent nettement : ces aventuriers itinérants évoluent dans un autre monde, celui des placers clandestins enfouis dans l'épaisseur de la forêt et soumis à des lois qui ne sont pas celles de l'Etat de droit, dans des conditions de vie que l'on imagine fort difficiles. On ne les voit d'ailleurs en surgir que lorsque, éreintés, ils doivent d'urgence se faire soigner. Sitôt les soins reçus, ils disparaissent à nouveau.

BOURDIER (2001) insiste d'ailleurs sur le fait que la santé, même chez les Brésiliens en situation régulière, passe au second plan car c'est le rendement au travail qui prime. Même intégrés, ils ne recherchent pas les prestations sociales car prônent les valeurs du travail. Cette situation est bien sûr exacerbée pour ceux qui mènent une vie solitaire, dans la forêt : s'ils tombent malades, ils doivent cacher leur maladie car sont alors considérés comme une menace pour les autres.

---

<sup>409</sup> *Il y a une sorte de prédisposition naturelle au travail : l'avantage des Brésiliens, c'est qu'ils sont pas syndiqués, ils travaillent même le dimanche, et les jours fériés. Avec eux, s'il faut que le chantier monte, ça monte ! (rire) (...) ils sont plus travailleurs, sans être méchants vis à vis des autres.* (34, un médecin)

## Les Haïtiens

Tous les professionnels interrogés s'accordent pour les pointer comme principales victimes du racisme des Créoles à Cayenne (à Saint Laurent, ce sont les Noirs Marrons), et donc de leurs pratiques discriminatoires dans l'accès aux soins. On remet par exemple leurs dossiers sous la pile, à la CGSS ou à la sous-préfecture (28).

Les commentaires divergent en revanche étonnamment sur leur attitude (indépendamment de la profession ou de la ville d'exercice de l'interlocuteur) : décrits tantôt comme plaintifs et passifs, tantôt d'une exigence insatiable, chacun de ces attributs étant pourtant associé à son explication logique : passifs et plaintifs car écrasés par la précarité administrative et économique de leur situation en Guyane<sup>410</sup> ... mais également revendicateurs et fraudeurs car aguerris par leurs difficiles conditions de leur vie au pays<sup>411</sup> ou la crainte de leur reconduite en Haïti<sup>412</sup> ...

En ce qui concerne l'adhésion aux soins biomédicaux, les Haïtiens rejoignent les Noirs Marrons, en ce qu'on pointe souvent chez eux un défaut d'observance par fidélité à des pratiques traditionnelles<sup>413</sup>.

---

<sup>410</sup> *Ils sont dans leurs problèmes de survie immédiate, les trois quarts du temps, donc (...) ils sont assez passifs, quoi, ils ont toujours une façon de faire très plaintive, ils essaient de rentrer comme ça, ils s'intègrent comme ça ... (14)*

<sup>411</sup> Les Haïtiens ont l'habitude de falsifier leur identité, parce qu'y étant obligés dans leur pays, ils continuent ici. Par exemple, le même enfant peut être amené deux fois à l'hôpital, à dix jour d'intervalle, avec un nom, un âge et une mère différents les deux fois. C'est trop « gros » pour être de la simple négligence. Ces problèmes, rencontrés aussi avec les adultes, induisent de grosses difficultés de suivi des dossiers, d'autant plus que les Haïtiens étant très méfiants, ils ne veulent rien signer (72).

*Ce sont des gens qui ont une demande, une hargne à demander, une impatience, limite violents. Mais ça, j'ai appris que c'est parce qu'ils viennent d'Haïti, donc dans un contexte de pauvreté et un contexte socio politique particulier qui font que ce sont des gens, j'allais dire, vicieux, pour être obligés de survivre là-bas, et donc ils ont ce comportement-là ici, donc ils vont te dire qu'ils ont mal à la tête, qu'ils ont ci, qu'ils ont ça, parce qu'ils vont bouffer à tous les râteliers, de manière à obtenir le maximum qu'on peut, et donc moi ça me pose problème dans la mesure où je ... pigeon, quoi... des fois je suis obligée de prendre sur moi. Mais ça, je l'ai appris récemment, que c'est normal, c'est un comportement d'auto subsistance, de survie. C'est leur comportement de survie et il faudra des années ici pour qu'ils abandonnent ce comportement de survie. Donc maintenant que j'ai compris ça, OK, je deviens plus tolérante vis à vis de ce comportement qui pour moi est aberrant.*

Cette impatience, alliée à une aide communautaire, est synonyme d'efficacité en terme de d'ouvertures de droit à une couverture maladie : *C'est dément, leur CMU, en six mois, ils l'ont ! (7)*

<sup>412</sup> Ils forment une importante communauté fermée et solidaire (contrairement à celle des Noirs Marrons), bien au courant de leurs droits, parce qu'ils se défendent, c'est beaucoup plus long pour eux de revenir, si on les renvoie dans leur pays. (28)

<sup>413</sup> Une interne au CISIH (72) explique que la croyance dans le vaudou vide de leur sens les messages de prévention : si la contamination par le VIH est causée par un sort, à quoi bon porter un préservatif lors des rapports sexuels ? Les certitudes de la bio médecine sont remises en question : un homme peut récuser l'annonce de sa séropositivité, même si elle lui est faite « papiers du labo en main » : « je mange, je bois, je dors, je ne suis pas malade, vous vous trompez, votre laboratoire se trompe ».

Les procédés occidentaux sont remplacés par des traditionnels (les remèdes feuille) et même quand ils sont acceptés, c'est sans aucune compréhension de leurs mécanismes d'action : le préservatif est coupé au bout pour avoir des enfants. On raconte l'histoire d'un Haïtien séropositif et tuberculeux qui déclare porter un préservatif pour ne pas transmettre la tuberculose à sa femme. Quand on lui demande comment s'attrape la tuberculose, il répond « par la fièvre ».

TAVERNE (1991) décrit d'ailleurs comment l'attitude des consultants haïtiens n'est pas celle qu'attend le médecin. Ils s'asseyent et attendent que le médecin trouve ce qu'ils ont, sans être capables d'exprimer de plainte spécifique. Réciproquement, certains malades évaluent la performance du médecin à l'efficacité de ses traitements mais aussi à sa capacité à « voir » la maladie sans aucune indication de la part du malade, comme le ferait un thérapeute créole.

## Les Guyaniens

Ils sont perçus comme volontiers délinquants voire violents, l'immigration guyanienne serait constituée de la fraction la plus désinsérée de la population du Guyana.

En matière d'accès aux soins, on les décrit comme très exigeants<sup>414</sup>. Mais leurs demandes administratives (de couverture maladie ou de titre de séjour pour soins) peuvent être bloquées par l'absence de tout document d'identité. On a vu que le Guyana n'accepte en effet pas le retour d'individus dépourvus de document attestant qu'ils en sont ressortissants, ce qui conduit certains d'entre eux à se débarrasser intentionnellement de leurs papiers d'identité, surtout s'ils sont recherchés au Guyana par la police ou par des criminels. Ils constituent alors, avec les Brésiliens orpailleurs et certains Surinamiens dépourvus également de tout document, la population la plus difficile à gérer pour les professionnels de l'accès aux soins (leurs soins sont aux frais des hôpitaux).

## Les catégorisations nationales, ethniques et raciales : d'usage banalisé mais sujet à débat

Ces catégories sont en Guyane d'un usage banal. Les lignes qui précèdent illustrent leur application par des professionnels de l'accès aux soins, quand ils associent des caractéristiques (agressivité, passivité, débrouillardise, observance, etc.) à des groupes de population. Des documents issus de l'hôpital de Saint Laurent nous confirment d'ailleurs le recueil systématique des variables ethniques, dans le cadre d'enquêtes ponctuelles, sur les fiches de suivi des patients ou dans les bilans de l'activité de l'hôpital :

- lors d'une enquête ponctuelle sur le paludisme, tout patient traité pour une crise paludique se voit remettre un questionnaire dont un des items est « ethnique ».
- une case « catégorie ethnique » figure sur toutes les feuilles d'observation (que ce soit d'ailleurs à l'hôpital de Cayenne ou celui de Saint Laurent). (71, 77) Les dossiers médicaux du service de la maternité comportent par exemple l'item « origine », que le professionnel remplit par le numéro de code correspondant à l'une des catégories suivantes : amérindienne brésilienne, amérindienne française, amérindienne surinamienne, autre, brésilienne (non amérindienne), chinoise, créole, guyanienne (du Guyana), haïtienne, hmong, métropolitaine, noire marronne française, noire marronne nationalité inconnue, noire marronne surinamienne, surinamienne (non noire marronne, non amérindienne).
- les données statistiques décrivant la population hospitalisée dans les différents services de l'hôpital associent également distinctions selon les nationalités et selon des catégories ethniques : noirs marrons, amérindiens, créoles, métropolitains (catégorie parfois remplacée par celle de « européens »). (Cf. par exemple MEISSONIER & RODRIGO, 1997)

---

<sup>414</sup> C'est « j'ai le droit de ». (...) Je sais pas s'ils sont au courant de leurs droits, mais ils exigent en tous cas ! (rire) Ils exigent des choses absolument impossibles, mais bon ... C'est pas du tout le même profil de demande [que les Haïtiens] ... En trente secondes, je vois, même en dehors de la langue, le comportement n'a rien à voir (14).

Dans ces deux derniers cas, à l'opposé de la réponse « libre » faite par l'intéressé dans le premier (l'enquête sur le paludisme), les codages complexes<sup>415</sup> suggèrent une volonté de « coller » au plus près des classifications couramment utilisées, en faisant fi du « tabou » républicain en la matière : l'Etat républicain ne reconnaît en effet dans ses citoyens aucune appartenance de race ou de communauté ethnique (principe du "color blindness" qui assure « l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion », article 1 de la Constitution de 1958). Ainsi, le repérage statistique des variables raciales ou ethniques (origine, religion, langue, phénotype, etc.) est-il le plus souvent interdit par la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés).

Certes, en métropole, depuis les années 90, la constitution et l'usage de statistiques ethno-raciales interrogent. Il est en effet apparu à un certain nombre de chercheurs qu'il ne suffit pas d'être français pour être intégré à la société française : ni la différenciation statistique classique étrangers/Français, ni les critères strictement sociaux et économiques ne peuvent repérer les deuxièmes et troisièmes générations, ces « nouveaux Français ». Faut-il alors officialiser le recours aux catégories sur l'origine ? L'intérêt (pour distinguer les inégalités sur l'origine des autres inégalités sociales) et les dangers (de stigmatisation et de réification des groupes ainsi repérés) de la construction et de l'usage de variables ethno-raciales font l'objet de débats tant scientifiques<sup>416</sup> que politiques<sup>417</sup>.

Revenons en Guyane. Les recensements réalisés dans les colonies distinguaient la couleur (Blanc/Noir/les divers déclinaisons du métissage) et le statut (colon/libre/esclave, et après 1948, coolie (travailleur engagé sous contrat)). Certes, le statut était plus utilisé que la couleur, d'abord parce que celle-ci s'avérait d'un usage complexe en raison des mélanges, ensuite parce que ce qui importait avant tout, c'était le décompte des forces économiques (de production pour les esclaves). Mais à partir de 1946, les imprimés de recensement et d'état civil métropolitains sont utilisés dans les DOM, couleur et statut n'y figurent donc plus (la couleur a en revanche perduré dans les TOM). Notons tout de même que la Guyane est le seul DOM où des recensements font encore état, après 1946, d'une catégorie raciale : une population « primitive » répartie en « Indiens » et « Noirs » est recensée en 1954 et en 1961. (RALLU, 1998)

Surtout, comme on l'a vu en début de paragraphe, les catégorisations ethno-raciales sont encore d'usage banal, tant dans l'appréhension orale que dans les fichiers écrits. Certes, le « rappel à l'ordre » lancé par un ministre délégué à la santé (Bernard Kouchner) en visite en Guyane en 2001, qui s'est déclaré scandalisé par la mention de l'origine « bio-ethnique » dans les dossiers médicaux de l'hôpital de Cayenne, rend un certain nombre d'acteurs prudents. A l'hôpital de Saint Laurent, le directeur et le médecin du DIM assurent ne plus avoir de statistiques de cet ordre (le document cité plus haut date de 1997), tout en reconnaissant que les médecins peuvent, par initiative personnelle, en constituer pour leurs propres services, pour un usage médical et à *leurs risques et périls*. (45)

---

<sup>415</sup> Exemple : la catégorie ethnique « noir marron » se décline selon diverses nationalités, tandis que d'autres, ethniques (ex : créole) ou nationales (ex : haïtien) restent simples.

<sup>416</sup> Cf. la « controverse » opposant des démographes de l'Ined, déclenchée par la publication de l'enquête MGIS (Mobilité géographique et insertion sociale) en 1992.

<sup>417</sup> Cf. la récente polémique sur la prise en compte d'un critère évoquant l'origine immigrée lors de la nomination d'un préfet.

Cet usage est donc en Guyane banalisé, mais l'ombre du tabou républicain pèse sur les pratiques, et ce dans le domaine du soin plus que celui de la couverture maladie : l'universalité du soin peut-elle en effet s'accommoder d'un formatage ethno-racial ? Peut-on envisager le malade à travers le prisme de la catégorie ethnique et/ou raciale ? Face à la prégnance de ces catégorisations dans la vie courante<sup>418</sup>, les positions des médecins, tous métropolitains, divergent quant à la pertinence de leur introduction dans leur activité professionnelle, de l'hostilité résolue à l'utilisation ouvertement affichée, en passant par la reconnaissance prudente et mesurée de leur intérêt.

Intéressons-nous aux discours de quatre de ces médecins – A (17), B (49), C (47), D (59) – déjà sensibilisés aux questions de la dénomination et de la stigmatisation puisque tous quatre spécialisés dans la prise en charge de l'infection par le VIH. La présentation de leurs positions, qui s'échelonnent le long d'un continuum allant du plus « anti » au plus « pour » l'usage de ces catégories, permet de mettre à jour la complexité de cette question.

### Culturalisme et discriminations

Arrêtons-nous d'abord sur la première et la plus fondamentale objection que pointent du doigt les détracteurs de l'utilisation des catégories ethniques. Il s'agit des effets pervers de l'association trop systématique d'une caractéristique dite culturelle à un groupe d'appartenance, avec explication des comportements individuels par, avant tout, des facteurs culturels (au détriment de facteurs explicatifs d'autres natures, socio-économiques par exemple), ce que nous qualifions de culturalisme.

Selon cette grille classificatoire, déplore le médecin A, tout individu est censé incarner les attributs associés à son groupe, lesquels sont censés, en retour, suffire à décrire complètement son comportement, lui supprimant toute possibilité de marge de liberté personnelle (en rapport avec sa situation socio-économique, son statut marital, son âge, l'ancienneté de son installation en Guyane, la régularité de son séjour, etc.) : *Et puis après, les gens sont réduits à leur culture, ou à ce qui est présumé être leur culture : « un Haïtien, ça réagit comme ça, un Amérindien, ça réagit comme ça, un Brésilien, ça réagit comme ça ... » (...)* « chez ces gens-là, chez eux, ça se passe ... ».

La plupart des traits censés décrire les comportements des membres d'un groupe sont en fait des caricatures péjoratives<sup>419</sup>. L'appartenance ethnique ou raciale devrait plutôt être utilisée

---

<sup>418</sup> Un médecin (17) raconte la difficulté, en Guyane, à appréhender un patient indépendamment de cette grille classificatoire, tant elle semble s'imposer à l'esprit de tout soignant, même animé d'une *vocation de soigner tout le monde de la même façon*.

« *Machin est chinois, Truc Muche est ...* » (...) *toute personne, la première chose, c'est son étiquette ethnique. « Tu connais Machin ? » « C'est un quoi ? », c'est quasiment systématique. (...) des trucs auxquels on s'habitue, moi quand je vois un patient, je me demande s'il est haïtien, c'est un truc qu'il y a ici dans l'air du temps et c'est dur d'y échapper, l'étiquette ethnique ... (...) C'est vraiment un automatisme de pensée, et ça m'énerve, parce que je me rends compte que ça fait quatorze mois que je suis en Guyane, et je commence à l'avoir, cet automatisme de pensée, tellement il est prégnant.*

La simple prise de conscience de ce schème de pensée est elle-même un exercice délicat : *il faut être entraîné et formé à savoir le repérer, résister, ce qui demande vachement de discipline et aussi une formation au départ que la plupart des soignants n'ont pas.*

<sup>419</sup> Ainsi en est-il des affirmations suivantes :

*Les Haïtiens ne prennent pas leurs médicaments : ils font du vaudou et de toutes façons ils vont voir les médecins feuilles. Les Georges –towniennes sont délinquantes primaires, donc indisciplinées. ... même si elles reposent sur un fondement empirique :*

comme indicatrice de seules quelques conduites culturelles, lorsqu'elles peuvent croiser les pratiques médicales (vis à vis par exemple de la maternité<sup>420</sup> ou de l'alimentation<sup>421</sup>)<sup>422</sup>. La variable ethnique devrait aussi et surtout signaler des conditions socio-économiques susceptibles de faire obstacle à l'observance<sup>423</sup>, au même titre que le statut marital, la qualité

---

*Des patients haïtiens vont se faire désenvoûtés à Haïti, parce que le sida c'est un truc d'ordre magique alors il faut revenir faire le grand traitement en Haïti sur la Terre Mère.*

*Certains Guyaniens sont complètement destroys, ils sont partis avec deux ou trois contrats sur le dos, et ici c'est une délinquance extrêmement violente ... c'est des gens complètement psychopathes, extrêmement destroys, ça c'est un phénomène récent, mais ça veut pas dire que tous les gens qui parlent anglais sont comme ça.*

(Georges-Town est la capitale du Guyana. Un « contrat » est conclu avec une personne pour qu'elle assassine un tiers. Quand une personne est visée par un ou deux voire trois contrats, il devient urgent qu'elle quitte le pays).

<sup>420</sup> L'importance de la maternité pour les femmes noires marronnes peut expliquer certaines de leurs conduites face aux recommandations médicales en cas de séropositivité au VIH :

- celle-ci n'est pas chez elles un frein à la multiparité, ni même à la grande multiparité, comme elle peut l'être chez d'autres femmes, en raison de l'importance sociale de la maternité et de la suspicion de séropositivité qui menace toute femme non mère (après l'aide à l'obtention du titre de séjour, la deuxième activité de AIDES Saint Laurent est d'ailleurs le don de lait pour la prévention des enfants nés de mères infectées (5))
- la grossesse peut être la seule période pendant laquelle des femmes séropositives acceptent de faire suivre leur séropositivité. Le médecin A cite la situation de l'une d'elles, qui depuis son dépistage a eu six enfants, disparaissant entre chacune de ses grossesses, avec 50 T4. Lors de la dernière grossesse, il a bien cru que cette fois, il allait la faire adhérer à son traitement : il l'a vue avant sa grossesse, au moment de l'accouchement, a réussi à la faire revenir après, à entamer un traitement et à la faire revenir sous traitement ... *ça passait plutôt bien et pffit, disparue !*
- elles acceptent difficilement ou pas du tout la césarienne préconisée en cas de séropositivité (stigmatisme de la séropositivité, mais aussi signe d'une anomalie de la naissance).

<sup>421</sup> L'origine ethnique peut ainsi orienter le type de conseil à donner dans le cadre d'un régime diététique hypolipidique associé à un médicament : les exemples d'aliments à éviter seront puisés dans le régime alimentaire traditionnellement associé à l'origine ethnique de la personne.

<sup>422</sup> Pour le médecin D, cependant, aucune pratique culturelle accessible par les médecins n'est spécifique (exemple : le multi partenariat sexuel est répandu chez tous les groupes ethniques), seuls des professionnels de la culture sont capables d'en identifier.

<sup>423</sup> Une patiente a été dépistée séropositive à l'occasion de son accouchement. Elle est guyanienne, strictement anglophone. Le médecin A passe la voir tous les jours pendant les quatre jours de son séjour à la maternité, en restant une heure avec elle les deux premiers jours, pour lui expliquer la situation, lui prescrire un bilan et lui donner un rendez-vous ultérieur au CISIH. S'il a pris un tel soin en début de prise en charge, c'est par référence à l'idée générale selon laquelle le suivi est souvent particulièrement difficile avec les Guyaniens, l'immigration guyanienne actuelle étant constituée de gens très désocialisés et en grande précarité : *guyanienne, 2<sup>ème</sup> enfant, qui vient d'arriver, probablement qu'elle est en situation de précarité et probablement que j'ai intérêt à bien l'accrocher pour pouvoir la suivre.*

Or, malgré son effective précarité, cette patiente a accepté de se faire suivre, ce qu'elle n'aurait probablement pas fait si sa séropositivité lui avait été annoncée comme elle l'est si souvent aux Guyaniennes par « *hou, your blood, positive, virus, ha, no good, no good* ». La qualité de l'annonce qu'il lui a faite, cruciale pour le suivi ultérieur, n'a en revanche rien de spécifique, en ce qu'elle fait appel à un argumentaire universel : *la dame, elle vient d'avoir un gosse, qu'elle a envie de voir grandir, c'est des trucs très cons quand même, c'est ni georges-townien, ni haïtien, ni tout ce qu'on veut, c'est assez humain, et ma foi ce genre d'arguments c'est quand même entendu par à peu près tout le monde.*

Quant aux facteurs socio-économiques que l'origine guyanienne a permis au médecin de repérer, il est important qu'il les garde en tête, une fois le suivi enclenché, pour en accepter l'irrégularité : l'état de santé est *la énième priorité* pour cette femme contrainte de se prostituer pour survivre, en attendant sa carte de séjour, et pour laquelle venir à un rendez-vous implique de trouver un moyen de parcourir, pour elle et ses deux enfants, les quatre kilomètres qui séparent son domicile de l'hôpital.

Un autre exemple : le lieu de naissance de la personne peut indiquer une probabilité élevée d'illettrisme, ce qui amènera le médecin A à rédiger une *ordonnance visuelle* : le nom des anti-rétroviraux d'un côté, celui des

du logement ou l'irrégularité du séjour en France, en complétant éventuellement l'indication donnée par le patronyme <sup>424</sup>, dans le cadre d'une approche globale du patient où la prise en compte du contexte de vie permet d'évaluer les capacités d'observance thérapeutique <sup>425</sup>. Au contraire, l'insistance sur le culturel tend à gommer les éléments socio-économiques qui interviennent dans les difficultés d'observance <sup>426</sup> et occulte la capacité de tout patient, quelle que soit sa culture, à comprendre de façon rationnelle l'importance de l'observance dans l'enjeu, universel, de la souffrance <sup>427</sup>.

Un risque auquel expose le culturalisme est que les professionnels déduisent de cette appartenance une conduite à tenir spécifique, sans s'interroger plus avant sur la réalité de la caractéristique chez l'individu concerné, ce que nous qualifions de traitement discriminatoire. Le médecin A considère ainsi que, sous couvert d'une ostensible bienveillance, les professionnels métropolitains mettent en œuvre des pratiques tout aussi discriminatoires que celles des Créoles chez lesquels ils commentent pourtant volontiers le rejet explicitement méprisant de tout ce qui n'est pas créole guyanais <sup>428</sup>.

---

médicaments autres de l'autre, en parlant longuement du premier médicament puis du deuxième médicament, pour une suite logique entre les prises.

<sup>424</sup> Exemples :

- un nom à consonance brésilienne pour une personne née en Guyane, ainsi que ses parents : cette personne ne pose pas les mêmes problèmes qu'un Brésilien primo-arrivant
- une jeune fille née en Guyane dont la mère, haïtienne est née en Haïti : elle est encore « ethniquement » haïtienne, mais n'aura pas de problème de couverture maladie ou de carte de séjour.

<sup>425</sup> TAVERNE (1991) donne ainsi un exemple que l'on peut reprendre pour illustrer cette approche globale. Une femme haïtienne à qui on annonce et explique qu'elle est séropositive pour le VIH se rend en Haïti consulter un *hougan*. Elle ne rejette pas ce qui lui a été expliqué mais espère que la médecine créole haïtienne pourra la guérir : les différents niveaux d'explication de la maladie ne sont jamais exclusifs les uns des autres. Quand son mari meurt du sida, bien que les médecins l'aient informée de sa séropositivité et lui aient demandé de ne pas avoir de rapport avec un autre homme que son mari, elle se met en ménage avec quelqu'un d'autre : elle a besoin de cette aide psychologique et surtout matérielle. TAVERNE conclut : « Les recommandations biomédicales concernant une maladie toujours inexistante sont de peu de poids face aux contraintes économiques, d'autant plus que son attitude est admise par son entourage. » (p. 503)

On voit ainsi interagir des éléments culturels (le *hougan*), psychologiques (la vie en couple), économiques (l'aide matérielle) et sociaux (la tolérance par l'entourage).

<sup>426</sup> On peut rappeler à ce propos l'exemple, décrit dans le chapitre sur l'incompétence des professionnels métropolitains, de la non prise en compte des difficultés liées aux moyens de transport pour ne plus expliquer l'irrégularité de la venue aux rendez vous médicaux que par des facteurs dits culturels.

<sup>427</sup> Le médecin A donne ainsi l'exemple d'un interne (prototype du professionnel qui *débarque, découvre le culturel alors il croit qu'il a tout compris en psychologie*) qui lui a demandé, alors qu'il présentait la technique de l'entretien en CDAG, si *tous ces trucs là ça a un sens pour une dame boni qui arrive*. Il s'insurge : les précautions à prendre lors d'un entretien en CDAG sont valables quelle que soit la culture du patient car elles se réfèrent à des constantes universelles : *La dame boni, elle a pas envie de crever, la dame boni elle a pas envie de souffrir, elle a pas envie d'être toute seule, boni, pas boni, chinoise ou n'importe quoi, c'est exactement pareil, c'est une réalité, il y a quand même des choses qui sont les mêmes pour tout le monde, je connais pas un humain qui a envie de crever, surtout tout seul et en souffrant, et ça c'est complètement oublié, sur le culturel*.

<sup>428</sup> Il s'agit de *représentations fausses, qui sont légion, émanant souvent de gens de bonne volonté « ha ces gens-là, je les aime beaucoup » et c'est vrai que c'est très sincère, mais on fait des discriminations sans le savoir et sans le vouloir. « C'est culturel »*.

C'est le cas des refus de proposer un traitement à un patient au motif que son appartenance nationale ou ethnique permet d'anticiper chez lui un défaut d'observance<sup>429</sup>.

Le culturalisme est observable dans maints contextes. Selon le médecin A, il est tout particulièrement fréquent en Guyane par le concours de deux circonstances favorables. La première est la fascination qu'exerce sur des professionnels métropolitains la notoire multiculturalité de la société guyanaise. La seconde est la réputation de non observance de la population. Les soignants tendent ainsi à donner à cette dernière des explications « culturelles », même - on vient de le voir ci-dessus - quand le défaut d'observance n'est pas constaté mais supposé a priori. Ce faisant, ils s'épargnent toute remise en question des pratiques médicales et plus généralement du système de soins dans lequel elles s'inscrivent

430

---

<sup>429</sup> Dans l'exemple cité ci-dessus de l'accouchée guyanaise, une sage femme interpelle le médecin qui vient de passer un long moment au chevet de la patiente pour lui expliquer sa maladie : « *mais pourquoi vous vous donnez tant de mal ? Vous savez bien que ces gens-là, vous ne les reverrez jamais !* », en présumant que la patiente ne se fera pas suivre quoiqu'on lui explique de sa maladie, car elle est guyanaise, et les Guyaniens ne se font jamais suivre ... Il ironise : *Il y a un climat particulier au Guyana, les gens ont envie de crever, apparemment ... ça veut dire ça, ce genre de réflexion ! Si on traduit en français normal, ça veut dire « ha oui, tiens, les Guyaniens, ils aiment bien être malades, perdre vingt-cinq kilos, avoir des champignons dans la bouche, des diarrhées profuses et mourir dans d'atroces souffrances, ils adorent ça ! »*

Il a également assisté à des variantes « bushinguées » de ce type de situation : « *la pauvre, comme tous ces gens-là qui vivent dans la forêt, elle ne reviendra jamais, de toute façon.* »

Le médecin D donne un autre exemple : des médecins, à Cayenne, jusqu'à fin 99, ne mettaient pas certains patients sous trithérapies à cause d'une prétendue *barrière culturelle*. Il s'exclame : *on traitait moins bien les gens sous prétexte de culture !!*

BUTON (2002) signale, dans le même ordre d'idée, des préjugés « favorables » qui s'avèrent jouer en défaveur des groupes qui en font l'objet. Ainsi, les Créoles (surtout s'ils sont « de bonne famille »), les Amérindiens du littoral et les Hmong seraient réputés, selon le personnel soignant, ne pas être à risque de séropositivité et feraient par conséquent moins souvent l'objet de tests de dépistage ... au motif que les premiers ne correspondent pas aux figures « typiques » du séropositif telles qu'elles sont définies en métropole (homosexuels, usagers de drogues, étrangers, etc.) et que les autres, aux pratiques sexuelles strictement encadrées, seraient endogames (ce qui serait de moins en moins vrai, surtout chez les plus jeunes).

DENDIEVEL (2003), citant S. Sollito, M. Mehlamn, S. Younger & M.M. Lederman ("should physicians withhold HAART from HIV-AIDS patients who are thought to be poorly adherent to treatment ? AIDS 2001, 15 : 153-159), évoque la question du « profil type du patient non observant aux antirétroviraux » et rappelle que si le médecin a traditionnellement un devoir prioritaire envers le patient, il a aussi un devoir envers la collectivité. Mais doit-il au nom de ce dernier sélectionner les patients à qui il prescrira une thérapie antirétrovirale, de façon à la réserver à ceux qui ont un profil d'observants et limiter par conséquent les risques de sélectionner des souches virales résistantes ? L'étude qu'elle cite explore la valeur prédictive du facteur « racial » et retient que les « Noirs » sont moins observants que les « Blancs ».

DENDIEVEL (2003) remarque l'importance des enjeux éthiques que soulève l'utilisation du profil type dans la décision de traiter ou non, remarquant en particulier que les patients ne s'installent pas de manière définitive dans l'observance ou la non observance.

<sup>430</sup> Le médecin A reprend à son compte l'argumentation d'un militant de la lutte contre le sida sur le désinvestissement de médecins qui se contentent d'expliquer ces difficultés d'observance par certaines caractéristiques qu'ils attribuent à leurs patients (de nombreux enfants, telle « culture »), sans interroger leurs propres pratiques (chapitre sur l'incompétence des professionnels métropolitains).

BUTON (2002) donne l'exemple des patients perdus de vue haïtiens dont les médecins expliquent la sortie du système de prise en charge par leur retour au pays pour y recourir à des pratiques magico-religieuses au lieu de s'interroger par exemple sur une éventuelle crainte de ces patients à rester dans la file active en raison du risque de rupture du secret médical.



On peut d'ailleurs en rapprocher les nombreux discours portant sur l'absence d'anticipation dans les démarches d'accès à une couverture maladie (la couverture maladie n'est trop souvent demandée qu'une fois la maladie avérée), qui mettent régulièrement en cause une attitude prétendument culturelle centrée sur le court terme. Même si d'autres facteurs sont pointés du doigt (analphabétisme, difficultés financières pour récupérer les pièces nécessaires, voire mise en cause de l'offre de soins en ce que l'hôpital sert de filet protecteur (« de toutes façons, en cas de maladie grave, je vais à l'hôpital et c'est gratuit ») et diverses insuffisances de l'offre socio-sanitaire), peu d'acteurs remarquent à quel point deux éléments majeurs dans cette absence d'anticipation sont directement dessinés par le système de soins lui-même : la configuration de l'offre de couverture maladie, qui situe les lieux d'ouverture de droits dans les lieux de soins<sup>431</sup> et l'importance du besoin de soins pour la bonne marche des demandes de couverture maladie<sup>432</sup>. On a vu que l'équipe soignante du CISIH à Saint Laurent se voit ainsi amenée à réaliser le suivi médical mais également social (administratif) des patients.

Ce défaut de remise en question est illustré par un mode particulier de gestion de ces difficultés d'observance étiquetées de culturelles : le recours à un spécialiste de la culture. Ce dernier, médiateur culturel, se trouve en effet chargé par le médecin de, schématiquement, mettre à jour les mécanismes en cause dans le défaut d'observance d'un patient, défaut d'ailleurs souvent constaté cliniquement ou biologiquement en dépit des affirmations contraires de celui-ci<sup>433</sup>.

Or, outre les biais conceptuels que soulève l'insistance sur le culturel, la mise en œuvre concrète du recours au médiateur culturel, au-delà de ses limites matérielles potentiellement

---

<sup>431</sup> Les structures de la CGSS sont peu accessibles : aucune permanence n'est tenue sur le fleuve ; accéder à l'annexe CGSS de Saint Laurent implique, quand on habite en dehors de la ville, de franchir les barrages de douaniers généralement postés sur la route à l'entrée de la ville (décourageant pour les sans papier). A cette annexe de Saint Laurent, les files d'attente sont interminables.

Les structures CGSS n'offrent pas l'accompagnement nécessaire à la constitution de dossiers d'une population souvent non francophone et/ou illettrée : à l'annexe CGSS de Saint Laurent, l'agent ne remplit pas les dossiers avec les usagers ; ceux-ci viennent y chercher les formulaires et les ramènent une fois remplis, avec les pièces demandées.

En l'absence de service social de secteur permettant d'offrir cet accompagnement et étant donné la pauvreté du tissu associatif susceptible de prendre son relais, les possibilités d'assistance en matière de démarche administrative convergent vers un lieu de soins, l'hôpital. A la PASS, l'agent aide à remplir les formulaires et parle *taki taki*. Un certain nombre de professionnels soignants orientent d'ailleurs plus facilement leurs patients dépourvus de couverture maladie vers la PASS que vers la CGSS (et même la CGSS orienterait des personnes non hospitalisés vers la PASS !) et c'est souvent à l'hôpital, à l'occasion en particulier d'un accouchement, que les femmes sont pour la première fois de leur vie sensibilisées à la question de la couverture maladie.

Or l'activité de la PASS repose sur les épaules d'un seul agent, administratif, qui ne peut pas accompagner les demandes de toute la population de Saint-Laurent et de ses environs.

<sup>432</sup> Pour justifier ou au moins accélérer ces démarches, les assistantes sociales joignent un certificat médical ou un bulletin d'hospitalisation au dossier de demande de couverture maladie (par méconnaissance des textes et lutte contre les délais excessifs de la CGSS) tandis que de leur côté, on a vu que les agents CGSS, au moins pour l'AME, refusent des demandes émanant de personnes non malades (par méconnaissance des textes / pour ne pas faciliter l'accès à un titre de séjour / pour ne pas avoir trop de travail). Enfin, l'agent PASS explique aux personnes qu'elle ne peut les aider dans leurs démarches que si elles sont hospitalisées, sans toujours semble-t-il les informer de leurs droits potentiels à une couverture maladie même en cas de non hospitalisation, ces dernières entendant donc qu'elles ne pourront en obtenir une que si elles sont hospitalisées.

<sup>433</sup> BUTON (2002) remarque cependant qu'en Guyane le contrôle de l'observance s'effectue essentiellement via la mesure de la charge virale (en l'absence de dosages médicamenteux), menant à une équivalence entre mauvaise observance et échec thérapeutique, ce qui peut être simplificateur voire faux.

discriminatoires (seuls certains patients peuvent en bénéficier<sup>434</sup>), passe souvent par des consultations séparées du médiateur et du médecin, par absence de réflexion de ce dernier sur sa propre responsabilité dans le défaut d'observance<sup>435</sup>. L'usage médical de la médiation culturelle revient ainsi à dispenser les médecins d'une réflexion sur la relation médecin-patient telle qu'elle peut être vécue côté patient, faisant de celui-ci le responsable de « ses » problèmes d'observance.

Le médecin A ironise sur la fierté des professionnels en Guyane qui, forts de la diversité ethnique du département, s'auto proclament *pionniers du culturel* ... alors que, rappelle-t-il, expliquer au patient le traitement et s'assurer qu'il l'a compris relève bien du rôle de tout médecin, indépendamment de l'intervention d'un médiateur : *si on veut qu'il y ait un enjeu thérapeutique entre le médecin et le patient, il faut quand même que ce soit le médecin qui mette cet enjeu thérapeutique dans la balance, et pas un tiers*. Le médecin, en déléguant abusivement au culturel une responsabilité dans les problèmes thérapeutiques, se retire ainsi, dans le même mouvement, de cet aspect pourtant fondamental de son exercice.

Les quatre médecins se déclarent cependant favorables au recours au médiateur culturel. Mais les deux médecins qui émettent le plus de réserves quant à l'usage des variables ethniques en médecine proposent leur propre façon de travailler avec lui, par complémentarité plus que substitution d'un professionnel par un autre : il n'est pas question que le médiateur fasse la consultation du médecin à sa place, ni que ce dernier s'arroge des compétences culturelles, la consultation doit être multidisciplinaire, associant assistante sociale, psychologue, médecin et médiateur, pour aborder la personne dans la globalité de ses problèmes, de façon à ce que chacun apporte sa propre réponse.

Une médiatrice culturelle (66) décrit ainsi sa fonction comme la mise en œuvre d'une interface entre patient et soignant, qu'il s'agisse de traduction ou de discussion<sup>436</sup>. Elle peut être interpellée par tous les services de l'hôpital, pour bien d'autres problèmes qu'une non observance<sup>437</sup>. Elle insiste pour que les médecins restent au cours de son entrevue quand le

---

<sup>434</sup> Le médiateur de l'hôpital de Cayenne est seul en poste, mobilisé la plupart du temps par l'hôpital de jour, donc indisponible pour les autres services, joignable uniquement dans son bureau (il n'a pas de bip), où il n'est bien sûr jamais. Il ne parle pas toutes les langues (pas le taki taki ni le créole haïtien). La plupart des patients qui ne relèvent pas de l'hôpital de jour et qui ne parlent que le taki taki ou le créole haïtien sont donc exclus de ses services.

<sup>435</sup> Le médiateur discute seul avec le patient, puis fait part au médecin de ce que le patient lui a confié, cette fois en l'absence de ce dernier : les entrevues se passent donc deux à deux, sans jamais réunir patient, médiateur et médecin. La médiation culturelle est ainsi *complètement dissociée de la consultation médicale*.

<sup>436</sup> Dans ses rapports d'activité de 1997 et 1998, elle explique que le recours à un membre de la communauté linguistique pour traduire fragilise le secret médical. Une bonne connaissance de la langue met en outre le patient en confiance et évite les malentendus liés à la connaissance approximative de la langue. Une connaissance ethnographique de la culture permet enfin de poser les questions pertinentes qui sont susceptibles de faire émerger les problèmes cachés.

« En tandem avec les services psychiatriques et sociaux, la médiation culturelle élargit la prise en charge médico-technique d'un malade culturellement distinct pour prendre en considération des aspects proprement humains de sa souffrance. (...) Passant la barrière culturelle, le médiateur remplit ce rôle de psychologue pour les culturellement Autres. » Expliquer la version bio médicale aux malades, écouter leur version, accompagner les annonces douloureuses et les prises de décision, permettre les veillées de mourant, les rites accompagnant les moments critiques d'une vie humaine ... sont autant des tâches imparties au médiateur culturel. (cité dans la thèse de médecine de Claire HOUETTE (1999) qui porte sur l'exercice de cette médiatrice).

<sup>437</sup> Une fugue ou un refus d'hospitalisation, une malnutrition infantile (est-ce un problème de relation maternelle (tous ses enfants sont-ils malnutris ?) ou un évènement ponctuel) ou de comportement (ex : une femme en pleurs), un refus de sérodiagnostic pour le VIH par une femme enceinte, etc.

problème est médical. Elle donne un exemple de besoin de médiation culturelle : une relation inappropriée de Noirs Marrons du fleuve envers le système de soins (confiance spontanée et inadéquate dans le système), dont ne tiennent pas suffisamment compte les acteurs professionnels en poste sur le fleuve<sup>438</sup>.

Finalement, la prise en compte de ces critères culturels a pour objectif, en adaptant au mieux la prise en charge, de lui donner la qualité optimale que chacun est en droit de recevoir, la particularisation de l'évaluation des besoins n'ayant pour seule légitimité que l'universalité de la qualité de prise en charge qu'elle permet.

C'est ce qu'illustre le discours du médecin B, qui décrit comment est-ce qu'il mobilise des catégories ethniques, parce qu'elles sont informatrices, mais sans qu'elles ne justifient de traitement discriminatoire par systématisation de l'association appartenance communautaire-caractéristique attribuée-conduite professionnelle<sup>439</sup>.

---

<sup>438</sup> Le dispensaire de Grand Santi adresse à l'hôpital de Saint Laurent une enfant de treize ans pour des explorations complémentaires. Une fois celles-ci réalisées, que faire de l'enfant ? La famille n'est pas là, et la liaison téléphonique avec le dispensaire de Grand Santi ne fonctionne pas. Le soir venu, la jeune fille est placée dans le service de chirurgie pour qu'elle y passe la nuit. La journée du lendemain se passe, toujours rien. A 16 heures, le service appelle une assistante sociale ... laquelle se tourne vers la médiatrice. Celle-ci appelle à son tour un *kabiten*, et tous deux viennent interroger la jeune fille :

- D'où viens-tu ?
- Grand Santi.
- Mais quel est ton grand pays ?

La jeune fille sourit, elle est en terrain familier. Le grand pays est le village d'origine du matrilignage, il se trouve toujours côté surinamien.

De déduction en déduction, la médiatrice et le *kabiten* parviennent à situer les parents sur un arbre généalogique, et le *kabiten* s'aperçoit qu'il leur est apparenté. Il signe une décharge pour que l'enfant puisse sortir de l'hôpital (ils ne portent pas le même nom, mais le personnel hospitalier est trop soulagé que quelqu'un se présente enfin pour s'arrêter sur ce détail). Il l'amène chez des parents qui vivent à Saint Laurent et ne la connaissent pas mais qui l'accueillent comme quelqu'un de la famille. Le lendemain, ces parents l'accompagnent à la pirogue pour qu'elle reparte chez elle.

La famille, dont on a enfin pu avoir quelques nouvelles, a déclaré ne s'être faite aucun souci, considérant que l'enfant ayant été envoyée à l'hôpital de Saint Laurent, on l'en ramènerait de la même façon ; le fait qu'elle soit mineure ne lui posait pas de problème particulier. La médiatrice conclut : le dispensaire de Grand Santi aurait dû informer la famille du fonctionnement des transferts à l'hôpital et organiser le retour.

<sup>439</sup> Selon lui, les inégalités d'accès aux soins favorisées par certaines origines ethniques sont patentées et se classent en deux types :

- les sociales : exemple : les Haïtiens sont le plus souvent issus de la région d'Aquin, au sud d'Haïti, paysans qui n'ont jamais été à l'école et sont analphabète. Quand ils arrivent ici, via le Surinam, il faut qu'ils se trouvent un toit, et ce sera dans un bidonville. Une fois qu'ils sont entrés en contact avec des travailleurs sociaux, les patients voient ces difficultés s'atténuer.
- les culturelles : l'acceptation du suivi médical n'est pas uniquement fonction de la pauvreté, elle est aussi liée aux représentations de la maladie, voire au stigmatisme qui lui est associé : comment par exemple prendre ses médicaments contre le sida, maladie stigmatisante s'il en est, quand on vit dans la promiscuité d'un bidonville ?

L'objectif auquel le médecin est le plus attaché est d'amener le patient à prendre son traitement, et à le prendre régulièrement. Le degré d'exigence est en effet élevé : l'observance du traitement antirétroviral doit atteindre 95% pour éviter l'apparition de résistances, soit bien au-delà par exemple des 80% requis pour un traitement anti-tuberculeux.

Cet objectif semble pour une large part atteint, puisque la charge virale d'une proportion élevée de ses patients est indétectable. Ce succès repose pour une bonne part sur un travail d'équipe : l'assistante sociale, le médiateur culturel et la psychologue se relaient auprès du patient, avec le médecin, pour lui faire passer ce message fondamental : la prise du traitement doit devenir sa préoccupation majeure.

C'est ce que démontre également, bien qu'« à son insu », le discours du médecin C, ardent défenseur de l'attention portée au culturel, présent depuis de nombreuses années en Guyane : *Parce que vous ne pouvez pas aborder des problèmes médicaux sans savoir si vous avez affaire à un Wajana, à un Métro ... (...) Parce que vous n'allez pas soigner un Juif comme vous allez soigner un catholique ...* Les deux exemples qu'il donne (mettant en avant la pudeur des Hmong, l'appréhension du monde médical des Amérindiens)<sup>440</sup> nous semblent en effet aller dans le sens de l'argumentation du Dr A, selon laquelle l'enjeu n'est pas culturel mais universel : est-il nécessaire de connaître la culture d'un patient pour savoir qu'il ne faut pas porter atteinte à sa pudeur ou aller contre son gré ?

---

Le médecin appréhende la toxicomanie, la vie dans un bidonville, l'interprétation de la maladie en terme de sort ou de malédiction, le défaut de scolarisation ou la dépression comme autant de facteurs qui peuvent empêcher que la prise du traitement ne devienne la préoccupation centrale du patient.

*Quelqu'un qui est crackomane, (...) son problème numéro un, c'est pas le sida, c'est pas « qu'est-ce que je vais manger à midi », c'est « est-ce que dans trente minutes, je vais avoir ma prochaine dose de machin » ...*

*(...) Ensuite, il y a tous les problèmes de précarité. « Quand je suis dans un bidonville, qu'il y a le voisin qui voit tout ce que je fais, ma priorité, c'est : il faut pas que ça se sache ... »*

*(...) Si le patient se dit, « c'est parce qu'on m'a envoyé un sort », son problème numéro un, c'est d'aller voir les personnes qu'il faut, les hougans, etc., pour aller régler le problème du sort.*

*Chez les Noirs Marrons, (...) souvent ils disent « ha mais de toutes façons, un de mes arrières grands pères a fait telle faute et on sait très bien, dans le lignage, que la malédiction est transmise (...) »*

*Le défaut de scolarisation, aussi ... pour les gens qui n'ont pas été à l'école, tous les aspects scientifiques, les microbes, tout ça ...*

*(...) Les gens pour qui ça pose des problèmes psychologiques, etc., qui versent dans le versant dépressif... quand on est dépressif, on n'a envie de rien, on dort plus, on n'a pas envie de prendre des médicaments, et le VIH, on s'en fout.*

Si chacun de ces éléments relève d'un traitement spécifique (intervention soit de l'assistante sociale, soit du médiateur, soit encore de la psychologue), aucun n'est « immuable », puisqu'ils sont tous potentiellement réductibles par ces traitements.

*Donc voilà, les toxicos, c'est pas leur priorité, mais il faut que ça le devienne ... les gens qui sont en précarité, bin il faut régler les problèmes sociaux, donc il faut une bonne assistante sociale. (...), [pour les questions de sort ou de malédiction] il faut qu'il y ait des discussions, il faut expliquer la position du médecin ... (...) Donc on fait en sorte que le VIH devienne la première préoccupation, en réglant les autres problèmes.*

De plus, ils peuvent se combiner entre eux, en des configurations plus ou moins favorables au regard du soin, au sein desquelles les composantes culturelles et sociales ne sont jamais déterministes : *On peut être haïtien et obsessionnel, donc à ce moment-là, il n'y a aucun problème pour prendre les médicaments. On peut être chef d'entreprise français et un peu bordélique et avoir une psychologie qui rend incapable de penser que tous les matins, il faut prendre ...*

Reprenons ces différents éléments. L'observance est définie comme le critère premier de l'efficacité thérapeutique. Aucune des caractéristiques du patient ne constitue un obstacle irrévocable à cette observance, et aucune ne peut, par sa « nature » (culturelle, sociale, psychologique) donner à elle seule une idée de ce que sera l'observance : seules leurs combinaisons sont significatives. L'appréhension du patient doit donc se faire au cas par cas, le recours à l'un ou l'autre des professionnels n'étant jamais systématique. Evolutivité et absence de déterminisme : on est ici aux antipodes d'un culturalisme raciste et d'un traitement discriminatoire.

<sup>440</sup> Interrogé sur des exemples précis où cette connaissance de l'origine ethnique lui a été utile ou au contraire, son occultation a été néfaste à la prise en charge, il en donne deux :

- une femme hmong hospitalisée pour leishmaniose. Obligée à se laver dans une baignoire, sans tenir compte de la pudeur caractéristique des Hmong, elle s'est enfuie, terrifiée, car un médecin et des externes sont entrés dans sa chambre alors qu'elle était nue dans la baignoire.
- un Amérindien d'Antécume Pata a été hospitalisé pour un problème dermatologique. Malgré son refus réitéré, sa lésion a été biopsiée. Il a alors tenté de se pendre.

## Le risque de manipulation idéologique

La deuxième objection majeure que formulent les soignants à l'utilisation de variables ethniques est le risque de manipulation des résultats d'enquêtes épidémiologiques pour conforter des préjugés portant sur des groupes ethniques, par occultation des autres déterminants en jeu (socio-économiques en particulier<sup>441</sup>). Face à ce risque, les médecins interrogés tiennent des positions diverses.

Le médecin D refuse catégoriquement l'usage de ces variables, considérant qu'une utilisation à bon escient ne peut être faite que par des professionnels de la culture, et non par des soignants qui doivent donc ne pas s'y essayer<sup>442</sup>.

Le médecin A les considère intéressantes dans le cadre d'enquêtes ponctuelles, dans la mesure où certaines *pratiques sont liées aux cultures*, alors que la nationalité, en Guyane, *ne reflète souvent rien*. Mais en raison de leur utilisation potentiellement manipulatrice, il veut limiter leur mention aux dossiers médicaux manuscrits (non informatisés) et aux études épidémiologiques dont le protocole les justifie précisément.

Le médecin B considère évident l'intérêt de la variable ethnique mais en limite leur usage dans ses publications, plus par obligation légale que par perception de leur dangerosité<sup>443</sup>.

---

<sup>441</sup> Par exemple, une belle étude sur le sida qui dit : « vous voyez, le sida, c'est les Haïtiens », voilà. Il y a un tas de gens qui seraient ravis qu'on fasse un truc comme ça. (Dr A)

Outre qu'il tendrait à associer une variable (exemple : la séropositivité) à un groupe (exemple : les Haïtiens) quand il signifie que la variable est simplement plus fréquente dans le groupe en question (mais sans y être systématiquement retrouvée chez tous les membres du groupe), ce type de résultat pourrait taire les déterminants socio-économiques pour ne mettre en avant que les critères ethniques :

- les communautés étrangères sont sur représentées dans le VIH car le VIH est *une maladie de la précarité et de la promiscuité sexuelle*, or la Guyane est la région la moins précaire de son aire géographique
- cette sur-représentation est accentuée par la crainte que leur séropositivité ne soit connue (la confidentialité étant mise à rude épreuve en Guyane), qu'éprouvent des Créoles guyanais à pouvoir d'achat élevé et bien connus en ville, qui préfèrent alors se faire suivre ailleurs, en dehors du département, ou à l'intérieur du département mais en privé. Ils ne sont donc pas inclus dans l'étude, dont la base de données ne peut prendre compte que les patients suivis à l'hôpital.

<sup>442</sup> Pour le médecin D, les éléments culturels peuvent être utilisés à bon escient, et doivent l'être, mais par des professionnels compétents pour ce faire : (...) *ça m'intéresse, j'aime beaucoup en discuter avec S (médiatrice culturelle), avec les gens qui connaissent bien ça, mais je ne m'improvise pas et je ne serai jamais d'ailleurs médiateur culturel, je soigne les gens quelle que soit leur origine. Et je ne m'arrête pas à ça. Même s'il faut qu'il y ait des professionnels qui soient là pour faire la passerelle.*

La médiatrice culturelle est pour lui un *partenaire essentiel* : présente à sa consultation, elle l'amène à *mieux comprendre les gens et non pas à adapter le traitement, parce que je traite tous les gens de la même façon, ils ont tous droit aux mêmes soins, par contre elle m'aide à leur faire percevoir et comprendre et moi à mieux appréhender la maladie des gens mais je ne modifie pas ma prise en charge en fonction de la culture des gens.* (...) *Si eux (les spécialistes du culturel) estiment qu'on peut en faire une utilisation positive, bénéfique pour un ou groupe pour un autre, c'est eux qui décident, mais c'est pas au médecin de le faire. Le médecin, il va se planter, il va entrer dans un jeu politique pour lequel il n'est pas fait et il va se faire manipuler.* (59)

<sup>443</sup> Il considère nécessaire l'information sur l'appartenance ethnique pour la compréhension des données. Présentes dans tout article américain, ces variables sont cependant interdites par la CNIL en France, *comme il y a eu les camps de concentration* ... Il lui est arrivé d'utiliser ces variables, mais maintenant a plutôt tendance à *prendre les choses avec des pincettes* (...) *Je trouve ça un peu absurde, même si je comprends pourquoi on en est arrivé là. Ça n'a pas tellement de sens.*

Il est désormais *très politiquement correct*, dans la rédaction de ses articles : il y distingue les patients selon qu'ils ont la nationalité française ou une carte de séjour, et en précisant si c'est une carte de séjour pour soins. *C'est à dire qu'on a le droit de parler de nationalité. Un Haïtien, on a le droit de dire que c'est un Haïtien. Un Noir Marron, on n'a pas le droit de dire que c'est un Noir Marron. On va dire que c'est un Français, éventuellement un Français du Maroni, parce que c'est une zone géographique, là on est politiquement correct, ou on peut dire que c'est un Surinamais du Maroni, mais on peut pas dire que c'est un Noir Marron. C'est un*

Le médecin C enfin, revendique d'avoir *imposé* l'usage de variables ethniques dans les observations médicales ou les enquêtes épidémiologiques, tant crucial lui semble l'abord spécifique des patients selon leur appartenance ethnique.

---

*peu hypocrite, franchement ...* dans un poster sur les traitements traditionnels chez les patients infectés par le VIH, il a distingué les *Guyanais du littoral* des *Guyanais du Maroni*, Dans les rapports d'activité et les études menées dans son service, les catégories ethniques et les catégories nationales apparaissent conjointement (Noirs Marrons (qu'ils soient français ou surinamiens), Créoles, Haïtiens, Brésiliens, Guyaniens), les premières étant éventuellement codées pour détourner l'interdiction de la CNIL : le codage de la nationalité « yéménite » renvoie par exemple à l'ethnie « noire marronne ».

De la même façon à Aides, les rapports d'activité ne peuvent pas détailler les statistiques en fonction des nationalités. Mais sur les couvertures des dossiers individuels, une lettre indique discrètement la nationalité du patient (S pour Surinam, G pour Guyana, H pour Haïti ...). (22)

On a dit que dans le rapport d'activité général de l'hôpital de Saint Laurent, la distinction « étranger/français » n'apparaît pas, bien que les nationalités figurent dans les bases de données et que ces dernières ne comportent aucune donnée sur les appartenances ethniques (noir marrons, créoles, etc.), pour éviter tout *scandale* (45).

## **Illustration : l'application d'un système inadapté à sa population d'utilisateurs**

Nous avons choisi de retranscrire ici assez largement des extraits d'un entretien mené auprès d'un médecin, le Dr S, qui exerce à Saint Laurent depuis plus de vingt ans (30). Son discours reprend en effet la plupart des éléments de discours métropolitains présentés ci-dessus, à savoir l'inadaptation du système de santé élaboré au niveau national et les catégorisations de la population résidante en Guyane dans son appréhension du système socio-sanitaire. Surtout, les phénomènes décrits y prennent, grâce au recul temporel (un quart de siècle) et à l'investissement de ce professionnel de terrain, une épaisseur absente des constats plus dispersés présentés ci-dessus. C'est en effet une présentation articulée et chronologique de l'implantation du système socio-sanitaire national que nous livrent ces commentaires, avec mise à jour d'un processus dynamique : la situation présentée dans les paragraphes ci-dessus ne s'est pas mise en place instantanément, elle résulte de la progressive adaptation mutuelle des différents acteurs du système de soins : professionnels métropolitains et créoles, divers sous groupes d'utilisateurs, Etat central, pouvoir local, pour produire la configuration locale de ce système socio-sanitaire national que l'on décrit aujourd'hui.

Selon le Dr S, la population saint-laurentaise et du fleuve Maroni n'était absolument pas sensibilisée, dans les années 80, à ce dont on l'accuse aujourd'hui de consommer abusivement : les soins et les prestations sociales. C'est au cours des années 90 que la tendance s'est radicalement inversée. Comment en est-on arrivé là ?

Ce sont les médecins qui ont initié cette bascule, le système social a ensuite pris le relais.

### **Avant**

Dans les années 80, l'état sanitaire est déplorable. Tout projet de santé doit passer par l'impulsion de deux mouvements : amener la population à avoir recours à la médecine biomédicale et lui faire accéder à ses droits sociaux (dont la couverture maladie, qui facilite justement le recours aux soins).

### **Les soins**

*Les Noirs Marrons, pendant des années il fallait se battre pour qu'ils aillent au dispensaire. (...) La médecine traditionnelle était plus utilisée que la médecine européenne. Le Dr Joly<sup>444</sup> s'est battu énormément là aussi pour que les gens comprennent l'intérêt de prendre des médicaments, d'un suivi, etc.*

La médecine biomédicale n'était présente que depuis les années 70, et encore ne l'était-elle qu'avec les vaccinations et quelques soins d'urgence (accès palustres par exemple).

---

<sup>444</sup> Médecin qui a donné son nom à l'hôpital actuel de Saint Laurent.

Les Noirs Marrons vivaient essentiellement du côté surinamien de la rive du Maroni. Ceux du Tapanahony (un des cours d'eau à l'origine du Maroni) - qui se sont depuis massivement installés à Saint Laurent - étaient encore moins en contact avec la médecine occidentale que ne l'étaient ceux de Mongo et de Paramaribo. La médecine traditionnelle était en revanche beaucoup plus prégnante. Alors que les tarifs appliqués dans les dispensaires du Surinam étaient très modérés, *les sorciers* se faisaient payer de grosses sommes, *500 Frs minimum*, ce que le Dr S trouvait *étonnant*, voire le faisait *toujours un peu râler*, quand ses patients en revanche n'achetaient pas les médicaments qu'il leur prescrivait. Surtout, les messages des médecins buttaient contre les modèles traditionnels : comment faire comprendre l'importance des traitements chroniques quand selon *leurs traditions*, une seule décoction ou un seul bain de feuilles suffisaient, comment faire accepter les prises de sang quand elles sont perçues comme « *enlever du sang* » ?

Cette distance vis à vis de la médecine biomédicale était variable selon les différents sous-groupes de la population.

Décrivant la difficulté à faire prendre des traitements sur le long terme (*la plupart des remèdes, même chez les Créoles, c'est : on a mal à la tête, on est hypertendu, on prend une décoction pendant 24 heures et puis c'est fini.*), le Dr S rappelle implicitement la moindre distance des Créoles (*même chez les Créoles*) avec la médecine occidentale.

En revanche pour les Noirs Marrons, l'adoption de la médecine occidentale passait par un bouleversement majeur : un abandon des représentations quant à la nature même du mal à combattre (mauvais sort) et du type de raisonnement (non rationnel ni logique) : *Et puis dans la tradition des Noirs Marrons, vous savez bien que tout ce qui est maladie, c'est un mauvais sort, donc passer du cadre « une maladie c'est un mauvais sort », à une explication plus rationnelle, plus logique d'un phénomène, il faut dix ans.*

Mais ce sont les Hmong qui constituent les cas extrêmes dans ce schéma évolutif : *Les Hmong, ils étaient même les plus virulents, il était hors de question de faire une prise de sang chez un Hmong, ils ont bien changé. (...) Quand ils sont arrivés de leur brousse, leurs conditions économiques étaient les plus difficiles et ils étaient les plus réfractaires aux soins (toutes les femmes accouchaient à domicile, ils refusaient toute prise de sang, etc.).*

Leur intégration économique (*eux, par contre, c'est des bosseurs*) et sociale (pour la seconde génération, grâce à l'apprentissage du français) a entraîné leur intégration sanitaire (*Maintenant, il n'y a plus aucun problème avec les Hmong. C'est en Guyane maintenant la population qui a le moins de mortalité maternelle, alors que c'était la pire à une époque.*) Ils possèdent désormais tous une voiture qui leur permet de pallier les problèmes géographiques d'accès aux soins<sup>445</sup>.

On a vu que cette dichotomie médecine traditionnelle/médecine biomédicale est présentée par l'ensemble des médecins métropolitains interrogés, l'adhésion à la seconde passant selon eux nécessairement par l'abandon de la seconde, quand les anthropologues décrivent plutôt un cumul de recours possibles au sein d'un pluralisme médical.

Ces attributs identitaires que le Dr S distribue aux uns et aux autres sont également en phase avec les discours ambiants métropolitains, que l'on a présentés plus haut (les Créoles culturellement les plus proches des Occidentaux ; les Hmong caractérisés par leur travail et les Noirs Marrons par leur « culture » éloignée de l'occidentale, ainsi que, on va le voir, par

---

<sup>445</sup> Les Hmong vivent dans deux villages distants de plusieurs heures de route sur des pistes défoncées, depuis Saint Laurent ou Cayenne.



leur tendance à l'assistanat<sup>446</sup>). La distance d'avec la médecine biomédicale se trouve ainsi modulée selon « la culture » et l'efficacité économique.

Elle est aussi tributaire des relations interethniques locales. C'est ce que suggère le Dr S quand il rappelle que les Noirs Marrons se méfiaient d'autant plus des nouveaux-venus, ces « Blancs », et de leur médecine, qu'ils étaient déjà les victimes du racisme des Créoles – plus proches de cette biomédecine – qui les tenaient à l'écart du développement culturel et économique de la Guyane. L'accès aux soins était ainsi matériellement différencié : le dispensaire de Saint Laurent, il y a vingt ans, comportait *une entrée spéciale pour les Noirs Marrons, comme en Afrique du Sud. Parce qu'ils passaient après tout le monde. C'était institué par le personnel en place, c'était pas officiel, quand même pas, mais c'était l'usage, le Créole passait toujours devant tout le monde, le Blanc encore plus, etc.*

Ainsi, les prises de sang, déjà mal considérées comme on vient de le voir, devenaient suspectes de servir la malveillance des médecins métropolitains : *ça s'est transformé en « les médecins sont des vampires, ils font des expériences au sein des Noirs Marrons ».*

### **Les prestations sociales**

*Pendant des années, on s'est battu pour que les gens qui avaient des droits sachent ce que ça veut dire. (...) ils ne comprenaient absolument pas ce que c'était que les droits sociaux en général, ils étaient tellement peu habitués à ça qu'ils ne demandaient rien.*

Les rares Noirs Marrons salariés (les piroguiers de la sous-préfecture, les agents de la mairie, les jardiniers ... ) étaient assurés sociaux mais ne savaient pas se servir de leur carte de Sécurité sociale, ils payaient leurs consultations et leurs médicaments, ils avaient droit aux allocations familiales mais ils ne les touchaient pas, etc.

## **La bascule**

### **Les soins**

Les médecins ont lutté pour faire en sorte que les gens fassent appel à eux : que les malades les considèrent comme des thérapeutes efficaces et que les Noirs Marrons voient dans « les Blancs » des personnes animées de bonnes intentions à leur égard. Parallèlement, l'offre de soins des dispensaires s'est progressivement étoffée.

---

<sup>446</sup> Les propos suivants expriment bien cette opposition entre la capacité de travail des Hmong et celle des Noirs Marrons, telle qu'elle est communément décrite par les Métropolitains. Ils sont tenus par une médecin et une infirmière (43) qui discutent des capacités au travail des uns et des autres.

L'une achète ses fruits et légumes préférentiellement aux Hmong (*je suis allée les voir chez eux, je sais qu'ils bossent, qu'ils sont déclarés, en plus ils sont polis. J'ai un grand respect pour eux, c'est des vaillants.*) et refuse d'aller chez les Noirs Marrons, parce qu'ils sont trop souvent des vendeurs à la sauvette non déclarés. L'autre au contraire évite d'aller chez les Hmong parce que de si beaux fruits ne peuvent pousser qu'avec beaucoup de pesticides.

Les Noirs Marrons, eux, n'ont aucune notion de ce que c'est que travailler. Les jeunes femmes noires marronnes engagées pour garder des enfants sont surprises, au retour à l'improviste des parents métropolitains, les pieds sur le canapé à regarder la télévision, se servant du vernis à ongle ou laissant l'enfant souiller le canapé. A l'hôpital, les remplaçantes ASH noires marronnes ne comprennent rien (mélangent les échantillons à garder et ceux à jeter, les différentes poubelles pour le tri, etc.).

Pour le premier point (convaincre de la valeur de la médecine biomédicale), c'est peu à peu, *avec l'exemple*, que la médecine biomédicale a fait la preuve de son efficacité. Par suite, les malades ont moins bien accepté les tarifs élevés pratiqués par les thérapeutes traditionnels. L'inversion du rapport de force entre la médecine biomédicale et la traditionnelle (*on a un peu basculé, on est je pense à un point de non retour*) passait non seulement par une mise en avant de la biomédicale mais aussi par l'intrusion de celle-ci, directement sur le terrain de la traditionnelle. *Il fallait jouer un peu au sorcier : moi j'ai joué un peu au sorcier pendant des années avec mon appareil d'écho : c'était encore mieux qu'un sorcier, de pouvoir voir dans le ventre un bébé, quand même ! Et de voir le sexe !*

Pour le deuxième point (convaincre les Noirs Marrons de la bienveillance « des Blancs »), il a fallu *la persuasion de certains médecins comme le Dr Joly, pour que les gens comprennent que finalement, on était là pour les aider, parce que pendant des années ça a été « on a peur des Blancs, on a peur des Créoles parce qu'ils ne nous aiment pas. » (...)* Donc la principale chose qu'a faite le Dr Joly et moi un petit peu, c'est de montrer aux gens qu'on était là pour les aider. *Quand ils ont compris qu'on se défonçait pour les aider, qu'on n'était pas là simplement pour faire des expériences sur eux, ce qui a été dit pendant très longtemps, et qu'on était un peu efficace, donc voilà.*

Cette confiance instaurée, la bascule a pu avoir lieu.

Aujourd'hui, *les progrès sont énormes*, répète le Dr S. Il y a vingt ans, *les femmes accouchaient à domicile, il y avait une mortalité périnatale et maternelle démentielle ... maintenant, on a la mortalité maternelle de la métropole, quasiment*. Sur le fleuve, on compte aujourd'hui à peine dix ou vingt accouchements à domicile, plus quelques dizaines au dispensaire de Maripasoula, tandis que tous les autres ont lieu à l'hôpital (Cayenne et Saint Laurent)<sup>447</sup>.

La tradition s'accompagnait d'un *fatalisme, avec un grand F, qui était la grande chose contre laquelle on s'est battu*. Il y a vingt ans, les femmes enceintes dont les grossesses étaient pathologiques refusaient non seulement l'hospitalisation, mais aussi tout traitement, elles déclaraient « *c'est le Bon Dieu* », « *si le bébé doit mourir, il doit mourir* ». Aujourd'hui, elles restent quelquefois un mois à l'hôpital, car elles ont confiance et parce qu'il y a eu des exemples.

*Bon c'est vrai qu'il y a toujours des têtes de mule, il y a toujours plein de grossesses mal suivies qui viennent du Surinam et qui nous embêtent, mais les progrès sont énormes.*<sup>448</sup>

### **Les prestations sociales**

Là aussi la bascule résulte de l'engagement des médecins, puisque à l'époque il n'y avait aucune assistante sociale, *donc nous-mêmes on s'est battu pour que les choses avancent.*<sup>449</sup>

---

<sup>447</sup> On a vu cependant que l'intérêt de l'accouchement à l'hôpital dépasse largement ses aspects sanitaires, en ce qu'il facilite l'authentification de la naissance en France.

<sup>448</sup> A ce propos, nous verrons dans le chapitre sur les pratiques différentielles une mesure « coercitive » qu'a mise en place ce médecin pour amener les femmes récalcitrantes, essentiellement surinamiennes, à se faire suivre en cours de grossesse. Un autre médecin (34) qui exerce depuis une douzaine d'années explique lui avoir beaucoup « sermonné » ceux de ses patients qui ne respectaient pas ses prescriptions. Ces patients sont aujourd'hui disciplinés, malgré encore quelques difficultés pour les traitements chroniques chez ceux qu'il suit depuis peu : *Le travail d'éducation est fait !*

Peu à peu, l'intérêt concret des droits sociaux est apparu à la population : les allocations familiales, le remboursement d'une partie des médicaments et le tiers payant (utiles dès lors qu'on est convaincu de l'efficacité des médicaments). Un élément important de cette prise de conscience a été la diffusion progressive de la langue française<sup>450</sup>.

## Situation aujourd'hui inversée

### Les soins

Après avoir pris l'habitude de venir au dispensaire, les gens s'en sont peu à peu détournés, passant, à Saint Laurent, de la PMI à la médecine de ville : question de prestige (*la PMI, ça faisait moins bien* : la consultation du médecin de ville est payante, ce qui la valorise symboliquement par rapport à celle de la PMI qui ne l'est pas) et question de confort (attente moindre chez le médecin de ville qu'à la PMI). Cette évolution repose sur des critères non pas sanitaires mais sociaux : *socialement c'était mieux*, dès que les gens en avaient les moyens financiers.

Aujourd'hui, ultime étape dans ce schéma évolutif, les gens demandent à consulter des spécialistes. *C'est quelque chose de nouveau, les gens ont compris que c'est encore mieux d'aller voir un spécialiste pour un problème donné. Ils comprennent maintenant qu'il y a des médecins qui s'occupent de ça, d'autres d'autre chose.* Les Hmong constituent là encore l'exemple le plus abouti du processus : *Les Hmong, c'est pareil, il y a quinze ans, personne ne pouvait les examiner, même pas une sage femme. Petit à petit on a réussi, après ils sont venus voir les médecins de ville, et maintenant ils viennent directement voir les spécialistes*<sup>451</sup>.

Conséquence de cette évolution, les services de soins sont saturés, en médecine de ville comme hospitalière puisque les spécialistes de Saint Laurent exercent exclusivement à l'hôpital. Une conséquence bien paradoxale, compte tenu des luttes passées ... *Et maintenant il faut se battre pour pas être débordé par tout ce monde.* Le Dr S utilise ainsi le même vocabulaire (se battre, lutter) pour désigner ses deux préoccupations, successives mais

---

<sup>449</sup> A noter qu'encore aujourd'hui, tous les médecins interrogés disent *se battre* pour que le Conseil Général recrute des assistantes sociales de secteur à Saint Laurent : les médecins n'ont donc pas perdu l'habitude de se mobiliser sur le terrain de l'offre des services sociaux.

<sup>450</sup> Un autre médecin (34), présent depuis « seulement » une douzaine d'années décrit lui aussi ce changement de l'attitude des Noirs Marrons vis à vis de la Sécurité sociale : *il y a dix ans, ils découvraient la Sécurité sociale et donc toute la paperasserie que ça induit, ils n'y étaient pas préparés. Mais maintenant, ils savent où aller, à qui s'adresser, quand on leur dit « il faut aller voir l'AS », ils nous demandent même pas où c'est, comme avant où ils nous demandaient de les accompagner.*

<sup>451</sup> Un médecin de ville (34) évalue lui l'ampleur du processus par la rapidité à venir consulter, face à un symptôme, mais la graduation qu'il décrit entre les différents groupes de population reste la même que celle présentée par le Dr S : les Chinois, les Créoles et les Métropolitains sont ceux qui viennent le plus rapidement consulter : *c'est comparable à la population de métropole.* (le Dr S qualifie d'ailleurs les Créoles de *complètement occidentalisés*). Noirs Marrons et Amérindiens tendent à se rapprocher eux aussi de cette norme, surtout depuis la CMU. Ce médecin, que l'on a dit pourtant présent depuis une douzaine d'années « seulement », présente lui aussi les Hmong comme le cas extrême : *Maintenant, ça change, mais avant, ceux qui venaient le plus tard, c'était les Hmong de Javouhey. Alors eux, chaque fois, c'était un peu la catastrophe.* Il met ce retard à la consultation sur le compte de leur isolement géographique et de leurs représentations de la maladie ... *Mais ça change, parce que ça y est, la génération qui a notre âge, là, entre 25 et 35 ans, ils parlent tous français, donc ça s'arrange ...*

inverses (amener les gens à accéder à leurs droits puis les empêcher d'en abuser), comme par un emballement du processus.

Paradoxe ultime, l'attraction de l'hôpital reposerait aujourd'hui plus sur ses services assurés par des spécialistes que sur sa facilité d'accès (d'un point de vue financier).

### **Les prestations sociales**

*Maintenant les gens ont compris que les avantages sociaux c'était capital, donc maintenant c'est « sus aux avantages sociaux ».*

Des flots de Noirs Marrons surinamiens déferlent sur la rive guyanaise du fleuve pour accéder à des droits dont ils ne relèvent pas (notons que ce discours est en phase avec des représentations métropolitaines communes mais également créoles sur les Hmong et les Noirs Marrons : à l'immigration des premiers, strictement encadrée par l'Etat français, temporellement et quantitativement, s'oppose celle des seconds, massive et incontrôlée).

Le Dr S évoque des *trafics monstrueux* à propos des allocations familiales. La déclaration de paternité par un homme noir marron français qui n'est pas le père biologique de l'enfant pour qu'il touche les allocations et en reverse une partie à la mère, surinamienne en situation irrégulière, pratique aujourd'hui courante, était *impensable*, (...) *pas du tout dans l'état d'esprit*, il y a encore trois ans.

C'est le RMI qui a catalysé ce processus. Depuis que les Noirs Marrons ont compris que la détention d'une carte de séjour leur permet de toucher le RMI, les trafics d'identité se multiplient, s'ajoutant à ceux de reconnaissance de paternité.

Le Dr S décrit également des fraudes en matière de cartes d'assurance maladie, sans forcément la perception de frauder de la part des intéressés, à l'origine *d'énormes problèmes avec les groupes sanguins (...) c'est tout le temps*.

Il raconte par exemple avoir récemment découvert que, comptées sur la même carte de CMU, quatre IVG avaient été pratiquées sur quatre femmes différentes<sup>452</sup> (c'est à la suite de la lecture d'un frottis pathologique que l'assurée sociale avait expliqué qu'il ne s'agissait pas du sien).

Finalement, l'imposition d'un système de prestations sociales depuis la métropole a précipité tout un peuple dans la société de consommation ...

*Donc on a transformé totalement une civilisation qui n'avait aucun rapport à l'argent, moi j'ai bien connu ça, qui n'était pas du tout quémandeur d'argent, et maintenant on est en train de les, en quelques années, une dizaine d'années même pas, on est en train de transformer les gens en assistanat ... ils rentrent dedans à fond. (...) Je les ai connus complètement en dehors de ces problèmes matériels, ils y pensaient pas du tout, donc on les a incités à ...*

C'est tout un mode de vie traditionnel discipliné qui a disparu : *et les vieux le disent bien, ça. Donc maintenant, et bien toutes les jeunes filles qui avant étaient bien dans leurs petits villages du Maroni, bien surveillées, bien respectueuses de l'autorité ... parce que les Ndjuka, Diane Vernon<sup>453</sup> pourra vous en parler, c'était pire d'être ndjuka que d'être catholique intégriste ou juif intégriste, il y avait des interdits, des obligations, c'était infernal, leur vie, bourrée d'interdits et d'obligations ! Maintenant, tout a explosé, toutes ces petites jeunes, là,*

---

<sup>452</sup> A noter que ces phénomènes rendent délicate toute évaluation de la consommation médicale moyenne des bénéficiaires de la CMU ...

<sup>453</sup> Anthropologue spécialiste des Ndjuka, présente depuis une trentaine d'années sur le fleuve.

*elles viennent de leurs kampus<sup>454</sup>, elles viennent à Saint Laurent, et maintenant, j'ai vu ce matin trois grossesses de 14 ans, il y en a deux dans le service, les MST qui flambent, le VIH ... maintenant ils ont la télé, mais la télé c'est un gros facteur de déculturation, c'est évident. Avant ils voyaient pas grand chose, et maintenant ils voient qu'ils ont envie d'avoir ceci, d'avoir cela, d'où la prostitution qui dit pas son nom, d'où les trafics ... on a déculturé une population en une dizaine d'années de façon, à une vitesse qui est incroyable ...*

Il reconnaît cependant qu'il y a *tous les cas de figure* : les ruraux encore « indemnes », les créolisés, les 2<sup>ème</sup> génération étudiants à la fac ...

Diane VERNON décrit elle aussi, en effet, le bouleversement social qu'a entraîné l'application du système social chez les populations noires marronnes du fleuve (VERNON, 1993). Elle rappelle que lorsqu'en 1971 les Boni (Aluku) ont accepté la francisation, le système administratif français s'est brutalement imposé à eux, re-découpant leur espace physique en communes, sans s'articuler à leur autorité traditionnelle. Cette imposition du droit français est allée de pair avec l'éveil de l'intérêt pour les prestations sociales et l'effondrement du système traditionnel d'échanges et de contrôle. Elle cite Kenneth BILBY<sup>455</sup> : « Avec la citoyenneté tombaient des prestations sociales. D'un peuple auto-suffisant, les Aluku devinrent « un peuple subventionné. (...) L'afflux d'argent « gratuit » ou « bon marché » a créé un appétit débordant pour le gain, et a déclenché une folie d'achat et de vente ... (qui) a anéanti beaucoup des normes d'échange. »

VERNON poursuit : « Le partage traditionnel de biens et services a presque entièrement disparu, faisant place à des inégalités et brouillant les relations de parenté. » (p.110). Le contrôle social jusque-là généré par les autorités traditionnelles s'est considérablement affaibli. Il dépendait en effet de l'inscription dans un corps social, le lignage<sup>456</sup> (or aujourd'hui on peut vivre en-dehors de son lignage<sup>457</sup>), et de la crainte des ancêtres qui veillent au respect des lois (or on peut désormais se tourner vers des sectes ou la biomédecine, échappant ainsi aux sanctions « occultes »).

Aujourd'hui, il arrive même que les Noirs Marrons demandent l'intervention du droit français (ou surinamien) dans le but de renforcer le contrôle social traditionnel désormais défaillant : un *kabiten* demande par exemple aux gendarmes de ramener aux villages toutes les femmes ndjuka vivant seules à Saint Laurent ; on menace de porter plainte à la police contre ceux qui ne se soumettent pas aux sanctions traditionnelles. Les sanctions pénales de la police de Saint Laurent sont d'ailleurs jugées trop peu sévères.

---

<sup>454</sup> Les kampus sont les villages noirs marrons.

<sup>455</sup> « The Remaking of the Aluku : culture, politics, and maroon Ethnicity », 1990, pp. 173, 179-180

<sup>456</sup> Le lignage prenait en charge tous les aspects de la vie, définissant les aires de chasse, la maison d'habitation, etc. C'est un membre du lignage qui faisait la demande en mariage ou plaidait la cause de l'individu en cas de litige. A l'époque où il n'y avait pas de police, le lignage exerçait un contrôle social très important, impliquant une forte dépendance. (VERNON, communication personnelle)

<sup>457</sup> Le relogement des Noirs Marrons dans des logements sociaux, dans le quartier de la Charbonnière à Saint Laurent, a contribué à l'éclatement du contrôle social autrefois exercé par le lignage. L'attribution des petites maisons s'est en effet fait sans qu'il ne soit tenu aucun compte des règles précisément édictées par les lignages en matière d'habitat (à côté de qui peut-on vivre, etc.). Le maire Léon Bertrand aurait même affirmé que cette organisation était volontaire, dans l'objectif de rendre les habitants plus « individualistes », et se serait félicité de ce que les « nouveaux-voisins-malgré eux » érigent des palissades entre leurs maisons ... (VERNON, communication personnelle)

Notons enfin que la question de la coexistence des droits coutumiers avec le droit français a fait en Guyane l'objet de plusieurs colloques ces dernières années, la Constitution de 1958 prévoyant pour les DOM des « mesures d'adaptation » sur le plan législatif et administratif (art. 73). Au Surinam, les Noirs Marrons ont jusqu'ici bénéficié d'une entente, initiée par les traités de 1760, qui reconnaît et respecte leur organisation sociale, leurs autorités coutumières et leur autonomie de gestion légale. En France, la loi française ne reconnaît ni l'identité ethnique des Ndjuka (séparant parmi eux les français des étrangers), ni leur parenté (lignages, clans), ni leurs alliances (les mariages coutumiers sont assimilés au concubinage, les co-épouses à des maîtresses). « L'extension du droit français crée aussi des espaces de non droit pour des personnes n'osant plus se plaindre de vols, de vols et d'exploitation de leur main d'œuvre. » constate VERNON (p. 111-112, 1998) qui souhaiterait que soit engagée une réflexion sur la relation qu'entretient l'Etat français avec les peuples qu'il côtoie.

## Epilogue : et l'Etat de droit ?

Evoquant, à l'instar de nombreux autres Métropolitains, la menace d'« explosion sociale », le Dr S appelle de ses vœux un renforcement des contrôles, par la CAF, la CGSS, les gendarmes, etc. car aujourd'hui *personne ne contrôle rien. (...) Il faut d'abord restaurer l'autorité de l'Etat qui est ici inexistante*. Les entorses au droit sont flagrantes, omniprésentes, les gens n'essaient même pas de s'en cacher : il évoque les automobilistes roulant sans assurance auto et sans permis de conduire, les conducteurs non casqués conduisant des mobylettes volées, l'essence vendue au noir en pleine rue, les trafics de drogue, les étrangers en situation irrégulière qui s'installent sur un terrain privé et qui *se permettent même de gueuler comme quoi on leur donne pas l'électricité, l'eau, etc.*

Ces atteintes flagrantes du droit (*c'est énorme, ici*), ne suscitent aucune réponse des forces de l'ordre : *Personne ne leur dit rien. (...) il n'y a aucune autorité. (...) Je ne veux pas du tout être réactionnaire en disant ça, mais Saint Laurent c'est l'Etat de non droit total. (...) L'Etat français est complètement au-dessous de tout.*

C'est une spirale infernale : *A partir du moment où il n'y a aucune autorité de l'Etat, on leur donne l'idée qu'ils ont tous les droits, donc pourquoi pas continuer.*

La croissance démographique est telle qu'il y a une fuite en avant : *on est toujours en retard d'une guerre, au niveau de l'éducation, il y a 1000 gosses qui ne vont pas à l'école, l'hôpital craque de partout, etc., donc on ne fait pas rien, mais on ne fait pas ce qu'il faut pour ... donc on est dans une situation instable, et puis un jour ça va exploser.*

Cette absence de présence policière fait écho à la disparition de la discipline communautaire traditionnelle. En outre, elle contraste avec la situation métropolitaine (*Vous connaissez beaucoup d'endroits en France, où si vous vous promenez sur une mobylette volée sans casque, sans assurance, on va pas vous tomber dessus ?*) comme avec la situation surinamienne, sur la rive juste en face, où sévit une police autoritaire.

Il reconnaît certes que le rétablissement de l'Etat de droit est rendu difficile par la proximité du Surinam : si les Haïtiens craignent une expulsion parce que leur pays est loin, les Surinamiens, eux, *n'en ont rien à foutre*. Mais les vraies raisons sont ailleurs :

- Le manque de compétence et d'investissement des agents métropolitains<sup>458</sup> : *les gens bafouent l'autorité parce que les fonctionnaires sont nuls, parce qu'ils changent tous les deux ans, parce qu'ils s'en foutent.*
- Le souci d'éviter de *faire de vagues*, tel qu'il est exprimé par le préfet et le sous préfet. *S'il y a le moindre truc sur le territoire, ça va sortir dans les média, dans le monde, « ha oui, la France qui vire ses réfugiés, etc. »*

Le Dr S met donc bien en cause l'Etat et le décalage de son action en outre-mer. Cependant les coupables sont aussi les Noirs Marrons d'origine surinamienne (puisque les Noirs Marrons résidant aujourd'hui sur la rive française du fleuve et à Saint Laurent sont arrivés ces dernières années du Surinam). Il constate en effet d'une part que ces problèmes concernent aussi le reste de la Guyane, mais *c'est plus évident [à Saint Laurent] parce que c'est frontalier* et d'autre part qu'ils n'existaient pas il y a vingt ans, *il n'y avait pas de raison : il n'y avait pas de Noirs Marrons*. Il associe ainsi les problèmes de violence, notoires à Saint Laurent, à cette invasion et à *la quantité de monde* : il rappelle qu'à Saint Laurent il y a quinze ans, on ne fermait pas les maisons ni les voitures, il n'y avait ni grille ni volet ni barre aux fenêtres, on laissait la clé dans la voiture, *il n'y avait pas de vol, il n'y avait rien.*<sup>459</sup>

Bien-sûr, l'accès au système socio-sanitaire par une population migrante arrivée aussi récemment que massivement bouleverse les rapports interethniques. S'il y a vingt ans, le racisme des Créoles à l'égard des Noirs Marrons s'exprimait notamment par un accès différencié aux soins, et plus généralement une exclusion du progrès économique, la situation aujourd'hui, d'accès généralisé débordé par les abus, met les premiers mal à l'aise. L'immigration des Noirs Marrons en quête d'avantages sanitaires et surtout sociaux est

---

<sup>458</sup> On en verra une illustration dans les commentaires de ce même acteur à propos des magistrats qui traitent les demandes de jugement déclaratif de naissance.

<sup>459</sup> Tous les acteurs métropolitains expriment cette insécurité ambiante, sur laquelle on a peu insisté jusqu'à présent. Donnons deux exemples, l'un sur le fleuve, l'autre à Saint Laurent.

Observation au poste de santé d'Organobo (37) :

Contrastant avec l'attitude humble et fatiguée des patients du dispensaire, essentiellement surinamiens en situation irrégulière vivant dans des cabanes misérables le long de la route, l'allure fière de ce jeune homme noir marron, lunettes de soleil et jean délavé, arrivé au volant d'une voiture de sport, ne passe pas inaperçue. Interrogé, comme tout patient, sur sa profession, il répond simplement travailler au service de T.L.. L'infirmière se tourne vers moi et m'explique à demi-voix : « T.L., c'est *une ordure*, il fait tuer les gens pour un rien, il travaille dans l'orpaillage. Il est à Maripasoula ». Elle-même y a vécu, de 93 à 96. Elle a vu Maripasoula se métamorphoser : c'est devenu un endroit beaucoup moins fréquentable, avec le développement des activités d'orpaillage. Alors que l'orpaillage y est interdit car trop polluant pour les fleuves, il est toléré, malgré sa grande visibilité. T.L. fait régner sa loi, *c'est un Etat dans l'Etat*.

Une infirmière et un médecin de Saint Laurent (43) commentent *l'absence d'Etat de droit*. (...) *T'es pas dans un Etat de droit*.

Il s'agit des vols (tout est volable, même les poubelles, revendues au Surinam).

Il s'agit du commerce non déclaré : l'essence surinamienne vendue au noir sur les trottoirs de Saint Laurent qui *vole l'Etat français*, le boucher du quartier qui gagne de moins en moins d'argent parce que les Surinamiens sans papiers vendent de la viande dans des brouettes, sur la place du marché, lui faisant de la *concurrence déloyale*.

Au lieu de les en empêcher, la mairie leur fait payer des taxes pour leurs étals (ce qui ne les protège pas des saisies par la douane), sans réaliser aucun contrôle sanitaire sur leurs produits.

On retrouve donc, dans ces deux exemples, une mise en cause de l'Etat central pour son absence de contrôle sécuritaire (à l'image du défaut de contrôle dans le système socio-sanitaire) qui n'épargne pas les pouvoirs locaux (la mairie de saint Laurent qui retire un bénéfice de l'activité des vendeurs à la sauvette, celle de Maripasoula qui « s'arrange » de l'orpaillage clandestin).

perçue comme une invasion par les Créoles, invasion dangereuse tant sur le plan identitaire que matérielle (l'insécurité qui vient d'être décrite).

Le Dr S rappelle qu'il y a vingt ans, Saint Laurent comptait *10 Blancs, 4800 Créoles et 200 Noirs Marrons* ... Il qualifie ainsi *le problème des Créoles : c'est qu'ils sont envahis. Il y a un gros problème d'identité créole qui revient à la surface, parce que c'était leur pays, la Guyane. Imaginez en France un département français où en dix ans, vous triplez la population avec que des étrangers, comment ça réagirait ... (...) pour les Créoles, les Noirs Marrons restent des gens inférieurs, et si on les côtoie, on se rapproche d'eux. Le gros problème, c'est qu'ils sont noirs comme eux, ils ne veulent pas être confondus.*

[Alors aujourd'hui] *les Créoles, ils sont pas bien dans leur peau, (...) ils savent plus où se situer (...) ils se font envahir par les gens, un petit peu en dessous de la position sociale, qui font du monde, qui font de la délinquance, ils se font aussi envahir dans leur boulot par des gens qui viennent des Antilles ou de métropole, qui les commandent, ils sont pas bien du tout, les Créoles. Pour moi, la Guyane, c'est un futur Liban.*

En matière d'accès aux soins, le malaise identitaire créole vient accroître les attitudes de rejet. Le Dr S en observe chez les Créoles, qu'ils soient en position de malades (quand ils refusent de partager leur chambre d'hôpital avec des Noirs Marrons) ou de soignants (racisme perceptible en particulier à l'hôpital de Cayenne : *un racisme noir marron qui est horrible*).

Au total, le Dr S exprime diverses positions présentées dans les paragraphes précédents, telles qu'en premier lieu l'impatience des Noirs Marrons à profiter et abuser d'un système qui s'est brutalement ouvert à eux, et mise en cause de l'Etat pour le laxisme en la matière. La virulence et l'amertume de son propos font souvent écho à celles exposés dans les chapitres traitant des discours créoles. Son interprétation diffère cependant de celle de ces derniers : là où les Créoles contestent un accès non mérité car ne faisant pas suite à une volonté d'assimilation de la part des intéressés, lui insiste plutôt sur les dégâts causés par un début d'assimilation mal gérée qui a laminé les fondements de la société noire marronne.



## Les pratiques différentielles justifiées par ces catégorisations

Les commentaires métropolitains dont fait l'objet le système socio-sanitaire tiennent tantôt aux failles de l'offre socio-sanitaire, tantôt aux caractéristiques du public. Ce chapitre s'intéresse aux pratiques spécifiques que décrivent les professionnels, justifiées par ces caractéristiques de l'offre ou du public.

Pour les déficiences de l'offre socio-sanitaire, on peut rappeler deux exemples de pratiques présentées comme des adaptations à l'incompétence et au racisme des professionnels créoles.

Un médecin de ville accepte de noter les consultations de ses patients non assurés sociaux sur une carte vitale de CMU qui n'est pas la leur, considérant que s'ils n'en ont pas, c'est à cause des retards d'affiliation liés à l'incompétence et au racisme créoles des agents de la CGSS.

Parce que la CGSS (créole) refuse abusivement d'accorder une AME si l'intéressé s'est vu au préalable refuser un titre de séjour pour soins ou le statut de réfugié, une assistante sociale hospitalière (14) déconseille formellement aux Haïtiens de demander l'asile et aux Brésiliens séropositifs pour le VIH de demander un titre de séjour pour soins, car selon elle, ces demandes leur seront systématiquement refusées. Elle estime en effet qu'il leur faut mieux rester en situation irrégulière, « invisible », en bénéficiant d'une AME, plutôt que jouir d'une situation régulière, le temps du traitement de leur demande d'asile (plus d'une année) ou de titre pour séjour pour soins, puis connaître un sort pire encore que l'initial, sans avoir plus droit à aucune couverture maladie. On voit ici comment une interprétation locale des textes sur l'accès aux soins (la CGSS refuse abusivement l'AME) est reprise par une actrice professionnelle pour orienter les individus sur leur démarche d'insertion en France (la demande d'asile, le titre de séjour).

La première de ces pratiques a un effet favorable pour les intéressés (ils n'ont pas à payer leur consultation alors qu'ils ne sont pas assurés), la seconde consiste en une restriction supplémentaire : pas de dépôt de demande d'asile ou de titre de séjour pour soins (même si, de l'avis de la professionnelle en cause, c'est dans leur intérêt à long terme).

Pour ce qui est des pratiques en rapport avec les caractéristiques spécifiques du public, le panel est beaucoup plus large : l'inadaptation de ce public au système qui lui est proposé est perçue et donc gérée avec plus ou moins d'indulgence : il faut

- tantôt adapter le système aux caractéristiques culturelles de la population noire marronne, pour l'assouplir : un travailleur social tente de modeler la réglementation sociale au nom de la « culture locale » ; une médiatrice culturelle travaille à l'interface soignants-soignés ; un directeur hospitalier décide de privilégier la « proximité culturelle » plutôt que la compétence technique de certains de ses agents
- tantôt au contraire mettre en place des dispositifs contraignants pour forcer l'adhésion de ce même public au système :
  - injonction administrative pour amener les patients noirs marrons à faire leurs démarches d'ouverture de droit à une couverture maladie : un directeur d'hôpital, des médecins et une assistante sociale mettent en place différents systèmes coercitifs

- injonction médicale pour obtenir une observance thérapeutique des patients : des médecins, de ville et hospitaliers, utilisent différents modes de chantage pour « forcer » le suivi médical de patients qui n'ont pas encore « compris » tous les bienfaits de la biomédecine

Là aussi, ces pratiques ont pour effet tantôt d'améliorer, tantôt de restreindre l'accès aux soins. Reprenons les.

## Prise en compte des « éléments culturels »

### Adaptation de la législation

Ce jeune travailleur social d'une association sise à Saint-Laurent (13), dont une des missions est l'éducation pour la santé en matière d'infection sexuellement transmissibles (IST) et de toxicomanie, présent depuis quelques mois en Guyane, décrit des représentations et des pratiques « traditionnelles » des Noirs Marrons de l'Ouest guyanais, qu'il a pu découvrir tant dans sa vie privée (il explique vivre dans un quartier noir marron et éviter la compagnie des Métropolitains : *Il y a plein de trucs à apprendre. Moi, à chaque fois que je passe une soirée avec des Bushinengués, j'apprends plein de trucs et tout ...*) que professionnelle (*je suis allé sur le fleuve et j'ai trouvé ça super intéressant. On a fait de la prévention dans les écoles avec les CM jusqu'aux 6èmes. On a discuté, ça a levé des trucs super sympas.*).

Selon lui, si les Noirs Marrons du fleuve préfèrent recourir d'abord à la médecine traditionnelle, c'est certes en raison des difficultés d'accès à la biomédecine (dispensaires loin du village, files d'attente interminables), mais c'est surtout pour la plus grande efficacité de la première<sup>460</sup> : *il y a cette médecine traditionnelle qui marche quand même mieux que la médecine de France, quoi.*

Il explique que certains des traits culturels noirs marrons entrent en contradiction avec les messages de prévention qu'il est censé faire passer en matière de toxicomanie et d'IST :

- le rhum n'est pas une drogue ; les cordons auxquels sont attachés une petite fiole et des herbes, que les garçons portent autour de la taille, protègent des maladies ; le rhum bu avec des lianes amères (le tafia) rend le sang amer, ce qui protège des piqûres de moustiques
- les moustiques peuvent transmettre le sida ; les enfants connaissent le rôle du préservatif comme protection contre le sida, mais moins bien comme contraceptif.
- les filles approuvent l'usage du préservatif comme contraceptif, mais pas les garçons car *pour marier une fille, sur le fleuve, il faut lui faire un enfant, c'est le meilleur moyen, donc en fait les garçons font un trou dans le préservatif pour faire les gamins malgré tout.* Si les mères de douze ans regrettent de devoir abandonner tout projet de poursuivre leur scolarité au lycée de Saint Laurent, elles manifestent parallèlement *une fierté, aussi, à avoir un enfant.* Et de toutes façons, les femmes donnent leur premiers enfants à la mère de leurs maris, donc ne les élèvent pas, *c'est toujours comme ça, même ici à Saint Laurent.*

Cela l'amène à décrire la façon dont il adapte sa pratique professionnelle.

A propos des grossesses précoces : *mais nous on n'est pas là pour se battre contre les coutumes, si l'enfant il faut le faire ... nous on leur a dit « si vous voulez faire un enfant à*

<sup>460</sup> Il n'évite cependant pas la contradiction quand il explique que : *Tous les problèmes de santé, ils sont soignés d'abord par la médecine traditionnelle et ensuite la médecine ... quand c'est grave et que ça marche pas.*

*douze ans, faites-le, il n'y a aucun problème, moi je suis pas contre, mais juste, faites le si vous le voulez franchement. »*

On a déjà présenté le reproche habituellement adressé aux femmes surinamiennes noires marronnes de venir accoucher à Saint Laurent dans le but de toucher des allocations familiales. Il évoque ce reproche, sans le récuser, mais pour l'éclairer « culturellement ». Selon lui, les allocations appartiennent, au même titre que la maternité élevée, au mode de vie noir marron : *c'est leur moyen de subsistance, les allocs, parce qu'elles ne travaillent pas (...) les allocs, c'est un moyen de subsistance, c'est un métier et tout ça ...* aussi considère-t-il qu'elles doivent les toucher même lorsque leur enfant ne vit pas avec elles (cas des aînés élevés par une grand mère). Il pointe ici une inadéquation du système d'attribution des allocations familiales (qui conditionne le versement des prestations à la garde de l'enfant) : *ça pose d'énormes problèmes de Sécurité sociale (...) il y a de gros chocs de culture.*

Il utilise alors sa casquette de travailleur social - et de travailleur social « averti » des us et coutumes locaux - pour intercéder auprès de la CAF qui réclame des justificatifs de résidence en France des enfants (preuves indirectes qu'ils vivent avec leurs mères) : *Là, j'ai appelé la CAF en leur disant « comprenez bien, c'est des Bushinengués ! (rire) C'est pas du tout comme chez nous, l'enfant est au Surinam chez sa belle-mère, elle peut pas fournir les justificatifs pour cet enfant-là ». A la CAF, ils ont dit « mais nous on fonctionne pas comme ça, si elle justifie pas, nous on boucle les allocs ». Alors, c'est tout le problème entre les lois de Paris et la réalité de la Guyane.*

... Il nous semble qu'il ne s'agit en fait pas d'un problème d'incompatibilité culturelle dans la mesure où les allocations n'ont jamais été destinées à faire vivre les parents indépendamment de leur charge familiale, et si ce travailleur social fait jouer « l'argument culturel », c'est finalement pour détourner les allocations de leur usage réglementaire. Il y a donc traitement discriminatoire (ou tentative), dans un sens favorable : élargissement de l'accès à des prestations au nom d'une identité culturelle assignée par l'agent professionnel. Cette identité culturelle ainsi perçue et mise en avant se pare, on l'a vu, d'un exotisme qui inspire l'admiration. Mais c'est parce que cet exotisme est également un archaïsme qu'il justifie des pratiques différentielles, par l'inadéquation des lois françaises au « niveau d'évolution » de la population de Guyane<sup>461</sup> :

*En fait, la société française, elle a évolué en métropole, avec le même niveau d'évolution en métropole, et pour eux ils sont projetés dans un truc qui est vraiment bien construit, qui marche bien et tout ça mais qui est un peu ... enfin bon, c'est l'effet des DOM, hein, et particulièrement en Guyane, c'est quand même le DOM qui est le plus sauvage, on va dire, et le plus tribal !*

Un autre exemple de l'utilisation de sa casquette de travailleur social en faisant jouer l'argument culturel pour dévoyer une règle administrative est celui-ci.

Comme tant d'autres acteurs professionnels, il décrit comment le fonctionnement de la CGSS, pour pallier les délais excessifs de traitement des dossiers d'ouverture de droits, paraît reposer sur les coups d'urgence et les connaissances interpersonnelles : à force d'appeler la CGSS pour demander qu'on accélère le traitement de tel ou tel dossier, il a fini par identifier Mme D (responsable CMU-AME) et demande désormais à lui parler directement pour qu'elle *les mette au-dessus de la pile*. Il insiste sur le côté *très informel* de cette pratique : *je sais pas si*

---

<sup>461</sup> Un autre exemple d'inadéquation des lois françaises au contexte culturel guyanais est celui du RMI sur le fleuve, qui serait, lui, versé trop largement : prestations trop importantes (*ça fait des gens qui sont au RMI depuis dix sept ans et qui ont des comptes en banque assez conséquents*) dont bénéficient des personnes qui ont un *travail de subsistance, chasse, pêche, abattis, construction de pirogue, etc.* C'est pas du travail dans le sens pour avoir de l'argent.

*elle a le droit de faire passer les dossiers au-dessus des autres (rire) ... en reconnaissant que faire passer les dossiers avant les autres non seulement n'est pas légal, mais en plus retarde d'autant le traitement des autres.*

Il raconte ainsi l'histoire de l'agent d'accueil de l'association pour laquelle il travaille, noire marronne, dont le dossier avait été perdu une première fois par la CGSS et dont le deuxième dossier, grâce à ses interventions auprès de la CGSS, a été personnellement traité par Mme D. Celle-ci l'a cependant appelé pour lui signaler qu'il manquait trois bulletins de salaire consécutifs (sont à fournir les douze derniers bulletins de paie mensuels). Il lui a répondu que l'intéressée les avait perdus et ne pourrait pas les retrouver, mais qu'il attestait de ce qu'elle avait travaillé pendant ces trois mois-là à l'association, comme les mois d'avant et les mois d'après, bref, de *considérer qu'ils y sont.*

Mme D a finalement accepté avec réticence : *« quand même, j'ai pas le droit »*. Il explique avoir obtenu son consentement en insistant sur « la culture » de l'agent noire marronne : *je sais pas comment elle s'est débrouillée [pour perdre ses bulletins de salaire], mais c'est vrai que c'est pas évident, elle a pas la même culture que nous par rapport aux papiers (rire) !*

Enfin, cette perception d'un décalage culturel s'accommode d'une vision étonnamment optimiste de la résolution des difficultés d'accès aux droits sur le fleuve : *il faudrait que des gens aillent sur le fleuve ... moi ça m'aurait intéressé de faire ça. Quelqu'un avec un attaché case CMU qui aille ouvrir les droits aux gens ... un truc simplifié, peut-être.*

... à peut-être mettre sur le compte d'une appréhension non moins optimiste de la vie sur le fleuve (et des séjours professionnels qu'on pourrait y faire) : *Il y a une ambiance qui est géniale, sur le fleuve, c'est hyper gentil, on passe son temps à dire bonjour, c'est super agréable.*

... et sur l'idée (préconçue puisqu'il explique ailleurs ne travailler que rarement sur la CMU) selon laquelle la CMU s'obtient facilement : *il y a pas mal de gens du Surinam qui passent ici, qui vivent entre les deux berges, et la CMU il suffit d'avoir un orteil sur le sol français pour l'avoir.*

Cette idée préconçue épouse en fait la conviction que tout le monde peut se faire soigner en Guyane (*c'est une des seules choses qui fonctionnent relativement bien, ce droit de soins, je trouve qu'il est vraiment fondamental et s'il y a bien quelque chose pour laquelle l'Etat doit continuer à payer, je crois que c'est ça, en fait. Soigner les gens, d'où qu'ils viennent.*) avec donc à nouveau, un élargissement des règlements puisque les soins ne sont pas censés être dispensés (du moins sans être monnayés) à des non résidents.

## **Le choix de « la culture » au détriment des aspects « techniques »**

### ***La tâche de l'agent PASS est lourde***

La tâche de l'agent PASS de cet hôpital est lourde : elle doit s'occuper de l'ouverture de droits à une couverture maladie (et de leurs renouvellements) des patients vus en consultation externe à l'hôpital, mais aussi de tous les patients hospitalisés (ce que ne font en général pas les PASS, laissant ce travail aux assistantes sociales des différents services de l'hôpital). Le directeur de l'hôpital aimerait même qu'elle s'occupe des personnes qui ne sont pas hospitalisées, dès lors qu'elles se présentent à la PASS, mais l'agent PASS explique ne pas pouvoir. Sa tâche n'en reste pas moins considérable, puisqu'une forte proportion de la population générale est dépourvue de couverture maladie et que cette proportion est encore plus élevée parmi la population hospitalisée et puisque c'est vers la PASS plutôt que vers la CGSS que bon nombre des professionnels de Saint Laurent, soignants ou sociaux, orientent

leurs patients ou leurs clients dépourvus de couverture maladie - surtout s'ils sont en situation de précarité (les sans titre de séjour, sans document d'identité, etc. y sont préférentiellement adressés, la PASS étant assimilé à un bureau d'aide sociale, ce qui sélectionne des dossiers particulièrement difficiles à monter) - car la PASS est perçue comme plus visible (les gens savent où c'est), offrant plus d'accompagnement et pour une attente moindre qu'à l'annexe CGSS.

Il n'y a qu'un seul agent en poste.

***Un défaut de compétences techniques censé être compensé par une appartenance ethnique***

Il apparaît en fait un net contraste entre des responsabilités cruciales pour le budget de l'hôpital (les dossiers non complétés ou non envoyés dans les temps à la CGSS restent des impayés) et des compétences techniques peu assurées.

Le directeur : préserver la proximité culturelle au prix de la technicité

Le directeur de l'hôpital (45) est conscient de l'ampleur de la tâche de l'agent qui contraste avec la faiblesse des compétences techniques de cette dernière (que nous avons également constatées et sur lesquelles nous allons revenir). Mais il présente cette faiblesse comme un moindre mal : ce qui a principalement motivé le recrutement de l'agent est son appartenance ethnique - elle est noire marronne, comme la grande majorité des patients de l'hôpital et en particulier sa part dépourvue de couverture maladie - : *La PASS existe, ça pourrait être mieux, les compétences sont peut-être pas à la hauteur, mais on est dans la réalité sur le terrain, avec tout ce que ça peut vouloir dire, on a privilégié le côté de la langue...*

Il est important de parler la langue (elle parle taki taki, le français avec hésitation et a des notions de créoles guyanais et haïtien) *parce que mettre une AS qui ne parle pas taki taki, ça ne servira rien. On a privilégié le fait que si elle n'a pas eu de formation, elle l'a acquise sur le terrain, elle parle la langue.* Mais c'est surtout « la connaissance du terrain » qui est déterminante pour l'efficacité de la PASS : les assistantes sociales métropolitaines qui ont appris sur le tas à parler taki taki *n'ont peut-être pas une connaissance des réseaux et du mode de fonctionnement des gens ... les familles, les noms, les ethnies ... et je pense que quelqu'un qui est quand même originaire d'une ethnie, d'une communauté, connaît plein de choses qu'on ne connaît pas. C'est ça qui est important. C'est ce qu'on a privilégié, mais le côté connaissance technique a été un peu laissé de côté.*

Il se réjouit par ailleurs du recrutement prochain d'une assistante sociale guyanaise à l'hôpital. Il explique que les connaissances techniques s'acquièrent de toutes façons sur le terrain : la preuve en est qu'au début de la réforme CMU, les agents de la CGSS étaient eux-mêmes complètement incompetents en la matière.

Ce discours du moindre mal (proximité culturelle contre compétence technique) exprime d'ailleurs une ambition limitée : le directeur se réjouit de ce que la situation est meilleure qu'*avant* ... c'est à dire lorsqu'il n'y avait pas de PASS du tout.

Les assistantes sociales soulignent l'importance de l'accueil et distinguent nettement leur rôle de celui de l'agent de la PASS

Les assistantes sociales, métropolitaines, insistent sur l'importance de la qualité de l'accueil offert par la PASS. Le choix d'un agent noir marron leur paraît en ce sens judicieux, le temps passé à l'aide au remplissage des dossiers donnant l'occasion d'un véritable échange, permis par la proximité culturelle qui dépasse le fait de parler la langue : les agents de la PASS *sont*

*d'ici, sont issues quand même ... sont nées ici, noires marronnes, parlent taki taki, donc il y a un échange aussi [avec les patients], c'est pas uniquement ... elles prennent soin, elles prennent grand soin d'établir un contact avec les gens, c'est important, elles sont pas là uniquement pour remplir un dossier, elles aident justement au remplissage du dossier ; à la Sécurité sociale ils se contentent de distribuer les dossiers. (2)*

Par ailleurs, elles insistent beaucoup sur la distinction entre leur rôle et celui de la PASS (reprochant d'ailleurs aux médecins, on l'a vu, de faire appel à elles quand c'est à la PASS qu'ils auraient du s'adresser) : elles-mêmes ne s'occupent que des dossiers urgents et compliqués, aussi confondre assistante sociale et Sécurité sociale revient à les noyer dans des tâches qui ne nécessitent pas leurs compétences propres, etc.

Elles ne connaissent d'ailleurs pas précisément l'organisation de la PASS (parlent « des agents » alors qu'il n'y en a qu'un, confondent le rôle de la PASS avec celui des agents des admissions, ne savent pas si la PASS relance les patients qui n'amènent pas les pièces justificatives, etc.).

En bref, leurs propos démontrent qu'elles ne se sentent pas solidaires de l'agent PASS.

Le directeur de l'hôpital reprend leur discours, distinguant lui aussi les tâches et les compétences respectives des assistantes sociales de celles de l'agent de la PASS, cette distinction se justifiant par la spécificité de la population locale : beaucoup plus de non assurés qu'ailleurs, avec donc le risque, si on impose aux assistantes sociales la gestion des demandes de couverture maladie, de les accaparer alors qu'elles sont déjà très occupées par une autre spécificité guyanaise - les évacuations sanitaires - qui nécessite leurs compétences propres.

Le directeur comme les assistantes sociales font donc une nette distinction entre les fonctions de la PASS et celles du service social, réservant au second les dossiers compliqués et laissant à la première le traitement routinier des ouvertures de droit à une couverture maladie ... l'insistance sur le besoin de proximité culturelle pour les tâches « simples » de l'agent PASS constitue alors un paradoxe : les tâches « complexes » des assistantes sociales ne nécessitent-elles aucune connivence culturelle avec les usagers ? (selon une assistante sociale, le directeur n'aurait même pas jugé bon de leur financer une formation en taki taki).

### ***L'agent PASS : un sentiment d'échec***

Le discours de l'agent PASS exprime le sentiment d'une absence de maîtrise de la tâche qui lui est confiée.

#### Absence de recul sur son activité

Elle ne saurait dire quand a été ouverte la PASS (il y a moins de deux ans), ni quand est partie sa chef, la laissant seule en poste.

Sa quantification de l'activité de la PASS, hésitante, reflète le sentiment d'une lourde charge de travail et d'une difficulté à l'assumer : elle est incapable d'évaluer la proportion de patients hospitalisés dépourvus de couverture maladie et pour lesquels il lui faut donc constituer un dossier de demande d'ouverture de droits (*beaucoup (...) Un peu moins de la moitié des patients de l'hôpital*), le nombre de dossiers traités et envoyés complets périodiquement à la CGSS (*pas beaucoup* le sont au moment de la sortie du patient), les proportions d'AME et de CMU, ni celle des gens qui déclarent habiter à l'étranger.

### Absence de formation

Pour justifier ses nombreuses hésitations quant aux textes qu'elle est censée appliquer, elle évoque spontanément et à plusieurs reprises son manque de formation lors de son recrutement en tant qu'emploi-jeune, arrivée en poste trois ans auparavant (d'abord au service des admissions) :

- Aucune formation préalable à son exercice à la PASS : *Au départ, moi je ne savais pas quoi faire, qui avait droit ... moi j'ai été plongée là-dedans à la PASS ...*
- Aucun supérieur direct pour l'encadrer : *Avant j'avais un chef de bureau, mais maintenant je suis rattachée directement à la direction, je n'ai plus de chef de bureau*
- Aucune expérience professionnelle : *En fait, comme je venais de ... En fait, c'est mon premier poste dans la vie professionnelle, je suis pas très ... c'est mon premier emploi, vous savez ... j'ai des difficultés pour communiquer, maintenant avec l'expérience, ça va mieux ...*

Elle s'est formée *sur le tas*, notamment lors de ses appels téléphoniques à la CGSS de Cayenne à propos de dossiers précis.

### Absence de relations partenariales

L'agent PASS décrit des relations partenariales quasi absentes, alors qu'elles sembleraient cruciales dans le contexte « abandonnique » qu'elle évoque (pas de chef, pas de formation, une charge de travail excessive).

Elle semble isolée au sein de l'hôpital. Elle ne connaît pas précisément le fonctionnement des admissions, dont le bureau jouxte pourtant le sien et dont l'activité est en lien direct avec la sienne puisque ce sont des agents des admissions qui passent chaque matin dans les services informer les entrants de la nécessité de descendre à la PASS constituer un dossier de couverture maladie s'ils n'en ont pas déjà une. Elle dit ne pas avoir de relation avec les assistantes sociales (elle n'évoque qu'une seule entrevue avec l'une d'elles) alors que celles-ci pourraient se montrer d'un grand secours technique.

Les seules relations extra hospitalières que l'agent PASS décrit sont celles qu'elle entretient avec la CGSS, qu'elle appelle ponctuellement pour des demandes d'informations. Ses contacts sont donc très ciblés, à l'image de l'unicité de la fonction qui lui est dévolue (ouverture de droits à une couverture maladie).

Ces relations, en plus d'être très ponctuelles, semblent conflictuelles.

Au sein de l'hôpital, les discours recueillis par d'autres professionnels traduisent, au mieux une ignorance de la fonction de l'agent PASS<sup>462</sup>, au pire le mépris dont elle fait l'objet<sup>463</sup>.

---

<sup>462</sup> Le discours des assistantes sociales comporte maintes inexactitudes quant au fonctionnement de la PASS ; les internes de médecine n'en ont jamais entendu parler (raison pour laquelle ils s'adressent leurs patients dépourvus de couverture maladie systématiquement aux assistantes sociales, au grand dam de celles-ci, *noyées* disent-elles par ces demandes) ; aux urgences, où le médecin chef de service se déclare très soucieux de ces questions, on oriente les personnes dépourvues de couverture sociale au « bureau des entrées », sans connaître l'existence de la PASS (32) ...

<sup>463</sup> Selon une assistante sociale (1), les personnes de la PASS sont *considérées comme des moins que rien, quand tu entres dans le service, que personne ne t'informe de rien, forcément, tu passes, tu laisses un bout de papier sur la table et puis tu repars*, à propos des patients absents de leur chambre quand l'agent PASS (ou des admissions) les cherche pour leur remettre la liste des documents à fournir pour constituer un dossier de demande d'ouverture de droits.

Ces méconnaissances sur le rôle de la PASS sont également nombreuses auprès des acteurs du système socio-sanitaires extérieurs à l'hôpital<sup>464</sup>.

Les agents CGSS que l'agent PASS a joints par téléphone lui ont paru peu enclins à répondre à ses demandes de renseignement. *Des fois, les agents qui nous répondaient (...) ils disaient ... comme s'ils avaient pas le temps, ils avaient autre chose à faire (...) je pensais qu'un agent aurait pu me ... parce que moi si je suis dans un bureau et que je peux fournir une réponse à quelqu'un, une information, je le ferai. Mais il y a certains qui ...*

Par exemple, son minitel ne donne aucune information concernant l'ouverture des droits AME, ce qui est très pénalisant dans sa pratique quotidienne, mais elle n'ose pas signaler le problème à la CGSS.

Les relations avec l'agent de l'annexe CGSS locale paraissent particulièrement insatisfaisantes : à demi-mot, elle laisse entendre qu'elle est obligée d'appeler la CGSS à Cayenne car quand elle appelle l'agent local pour lui demander quelles pièces manquent à un dossier refusé, il répond qu'il ne donne des informations qu'à l'intéressé lui-même ... et à Cayenne, on lui demande pourquoi elle n'appelle pas l'annexe locale ... Ce n'est pas un défaut de compétence qui serait en cause : *la plupart du temps, ils savent, mais bien un problème d'accueil.*

Elle ne trouve en fait de l'aide qu'auprès de Mme D, responsable CMU-AME à la CGSS de Cayenne<sup>465</sup> : ayant été un jour incidemment orientée vers elle et ayant apprécié ses explications, elle la demande désormais systématiquement quand elle a une difficulté particulière avec un dossier.

L'agent PASS regrette également que ces « partenaires » lui adressent des patients pour qu'elle s'occupe de leurs dossiers de prise en charge alors qu'ils devraient le faire eux-mêmes : c'est notamment le cas de AIDES qui est pourtant une des seules associations à être agréées pour ce faire<sup>466</sup> ... ainsi que de la CGSS elle-même !

Suite logique à cette absence quasi-totale de dialogue avec ses partenaires, l'agent PASS ne connaît pas l'organisation des étapes en amont et en aval de son intervention, au sein du processus qui aboutit à l'ouverture des droits, c'est à dire finalement le contexte dans lequel elle exerce, ce qui semble incompatible avec une compréhension et une optimisation de son activité-même<sup>467</sup>.

---

<sup>464</sup> Toutes sortes de raisons « fantaisistes » sont ainsi avancées (par les agents de PMI, les assistantes sociales scolaires, les médecins libéraux, les membres d'associations, etc.) pour justifier qu'on adresse les patients dépourvus de couverture maladie à la PASS plutôt

- qu'à la CGSS : car les demandes passant par la PASS sont traitées plus vite que si directement déposées à la CGSS (22), car la PASS s'occupe « mieux » des AME (PASS assimilée à un bureau d'aide sociale géré par le CCAS)
- qu'aux assistantes sociales de l'hôpital : car celle-ci ne s'occupent que des patients hospitalisés (mais comme la PASS).

Plusieurs acteurs, même travailleurs sociaux, n'ont jamais entendu parler du nom de PASS, même s'ils y adressent leur public précaire (on adresse « au bureau en bas à l'hôpital »).

<sup>465</sup> On a dit que Mme D est citée par quasi tous les professionnels interrogés, lesquels apprécient sa disponibilité.

<sup>466</sup> Cette pratique est confirmée à AIDES (22), où on explique constituer les dossiers avec la personne puis l'envoyer à la PASS car les dossiers adressés à la CGSS depuis la PASS sont censés être traités plus rapidement que ceux amenés par les personnes elles-mêmes à la CGSS. En outre, pour savoir où en est un dossier AME, les agents de AIDES appellent la PASS plutôt que la CGSS pour ne pas étiqueter l'intéressé « séropositif ».

<sup>467</sup> Exemples :



***Mais un positionnement non critique envers ses partenaires, de médiatrice***

L'agent PASS n'émet quasiment pas de critique à l'égard de la direction hospitalière, des assistantes sociales, de la CGSS, ou des médecins (contrairement à tous ces acteurs qui, eux, s'accusent mutuellement de la responsabilité de divers dysfonctionnement), mettant en cause plutôt ses propres carences (d'expérience professionnelle et de connaissances techniques) pour interpréter ses difficultés d'exercice.

Ainsi, à propos de la CGSS, sa seule critique concerne les délais de traitement des dossiers ; elle ne dit rien sur les demandes excessives de pièces (commentaire pourtant quasi unanime chez les autres acteurs interrogés), répond par un éclat de rire sur la question des attestations (sont-elles mieux envoyées depuis qu'ils ont promis de le faire ?) et par la négative sur d'éventuels traitements différentiels opérés en fonction du nom (noir marron/créole).

Elle se montre également très « neutre » à propos des différents groupes d'usagers qu'elle est amenée à suivre. Selon elle, les seules différences entre les Noirs Marrons, les Amérindiens et les Créoles sont financières, les difficultés concernant exclusivement les étrangers : se rendre à Paramaribo pour y chercher un extrait d'acte de naissance peut rebuter un requérant en raison du coût qu'implique le voyage. Elle ne mentionne en revanche aucune passivité des usagers face à ces démarches.

Elle souligne l'importance de la qualité de son accueil, insistant en particulier sur l'accessibilité linguistique : elle parle taki taki (pour les Noirs Marrons et les Brésiliens), s'exprime approximativement en français (pour les Créoles (qui préfèrent parler français) et les Métropolitains) et a quelques notions de créoles guyanien et haïtien. Parler la langue de la personne se révèle crucial lorsque la matière est en elle-même complexe : *c'est déjà difficile de comprendre les papiers.*

Elle semble en fait assumer le rôle qui lui a été dévolu, de médiatrice entre les administrations d'un côté, les usagers de l'autre.

Ainsi, à propos de la rétention des carnets de santé des nouveaux-nés en attendant la démarche d'ouverture de droits par leur mère, elle prend la défense de l'administration, « comme si » cette mesure pouvait être interprétée comme une mesure discriminatoire à l'égard des femmes : *C'est parce qu'une fois qu'elles ont le carnet, elles ne reviennent plus. C'est pas par méchanceté.* Mais simultanément, elle explique que si les femmes, une fois

---

Passage des agents des admissions, en amont de son intervention : elle ne sait pas si les agents des admissions relancent les patients qui ne lui ont pas amené les pièces nécessaires à la constitution d'un dossier, quand ils sont encore hospitalisés (pourtant les agents des admissions travaillent à côté d'elle, dans la même pièce, et en 1999 elle-même y travaillait).

Instruction par la CGSS, en aval de son intervention :

- alors qu'elle affirme que les dossiers doivent être envoyés, complets, dans un certain délai après le début des soins, au-delà duquel la prise en charge ne sera pas rétroactive, elle reconnaît ne pas savoir exactement quel est ce délai, ce qui paraît curieux étant donné que passé ce délai, son activité n'a plus d'objet
- elle ne sait pas si les dossiers qu'elle envoie sont traités sur place à l'annexe CGSS locale ou envoyés à Cayenne (ce qui traduit une absence de dialogue avec les agents CGSS sur les dossiers qu'elle leur envoie)
- elle ne sait pas combien des dossiers complets qu'elle envoie sont acceptés par la CGSS puisque celle-ci ne lui envoie pas toujours les attestations (le minitel peut aider, mais pas pour l'AME)

Enfin, en cas d'impossibilité de constituer un dossier complet, elle ne sait pas ce qui est fait de ces dossiers (si des recours sont possibles pour permettre à l'hôpital un remboursement des frais). Notons que cette remarque est également applicable pour d'autres agents rencontrés : assistantes sociales, agents CGSS, soignants ...

sorties de l'hôpital, ne reviennent pas faire leurs démarches d'ouverture de droit, c'est en raison de difficultés financières et non d'indifférence, se positionnant ainsi à l'opposé des accusations dont ces femmes si souvent font l'objet.

A propos de ses difficultés à obtenir des patients la déclaration de leurs revenus mensuels, elle leur explique : « *ce n'est pas pour entrer dans votre vie privée* ».

La position de l'agent PASS est cependant empreinte d'ambiguïté : comme les travailleurs sociaux, elle est partagée entre normes institutionnelles, bien public et intérêt de ses clients, à cette particularité près qu'elle a été recrutée pour sa présumée connivence avec ces derniers ... ses réponses sur la réalité des fausses déclarations souvent attribuées aux Noirs Marrons (quant aux revenus trop élevés pour prétendre à la CMU ou à l'AME<sup>468</sup>) ou sur sa conduite face aux individus déclarant ne pas vivre en Guyane<sup>469</sup> sont embarrassées, cet embarras se mêlant, dans son discours, avec son manque d'assurance professionnelle plus général.

### **Conclusion**

Un directeur d'hôpital, par priorité « culturelle », recrute un agent à la PASS pour son appartenance ethnique noire marronne et non pour ses compétences en matière de travail social et administratif.

Un facteur extérieur à la PASS vient ensuite isoler cet agent de ses collègues a priori les plus proches, les assistantes sociales : les relations conflictuelles entre les assistantes sociales et les soignants amènent en effet ces dernières à insister sur le rôle « Sécu » de la PASS, pour mieux s'en désolidariser et ainsi se dérober aux pressions qu'exercent les soignants pour les impliquer sur ces questions.

L'agent PASS se trouve alors soumis à une difficulté relationnelle accrue vis à vis d'agents CGSS créoles : l'inégalité « technique » vient exacerber une relation interethnique où cette

---

<sup>468</sup> Sur les imprimés de demande d'AME et de CMU, il est demandé de chiffrer les revenus.

L'agent de la PASS semble « aider » les gens à mettre un montant inférieur au seuil, sans le reconnaître explicitement, et en mettant en avant que de par leurs conditions, les gens ne peuvent de toutes façons que mettre un montant inférieur au seuil :

Il faut mettre un chiffre *que ce soit exact ou pas ...* .

A la question : « Est-ce qu'il arrive que les gens mettent un chiffre trop élevé ? », elle répond d'abord *Je leur conseille de ne ...* , s'arrête, rit, puis assure que *ici de toutes façons les gens ne gagnent pas beaucoup, hein (...)* *ça dépend aussi de comment je formule la question (...)* [les revenus agricoles] *c'est pas régulier, ils peuvent gagner d'un coup 3000 et le mois précédent ils vont rien gagner, ils vont vivre de la cueillette, de la pêche ...*

<sup>469</sup> Huit pages d'entretien sur la question des personnes qui déclarent être venues de l'étranger pour se faire soigner et ne pas avoir l'intention de rester en France après les soins (il n'est pas question du cas des personnes qui déclarent mensongèrement vivre en Guyane, cas qu'elle reconnaît exister) ne suffisent pas à obtenir une réponse claire sur sa conduite en la matière.

Elle avance toutes sortes de diversions pour ne pas répondre à cette question précise :

- elle explique que ce sont des dossiers de toutes façons incomplets par défaut d'autres pièces
- elle n'a plus de chef de bureau donc ne sait pas quoi faire
- elle parle du problème des jugements déclaratifs alors que la question posée est bien celle d'étrangers
- elle évoque le cas extrême et exceptionnel de l'évacuation sanitaire, l'urgence vitale balayant alors les obstacles administratifs à l'obtention d'une couverture maladie

Finalement, en sus de l'affirmation selon laquelle, de son point de vue, peu lui importe que les gens habitent d'un côté ou de l'autre du fleuve, elle donne deux conduites :

- elle fait une demande d'AME, en stipulant « sans résidence stable ». Mais elle ne sait pas où les envoyer : à une époque antérieure, elle les adressait à la CGSS, qui les refusait, alors elle envisage de les envoyer à la DSDS
- elle ne constitue même plus le dossier quand il n'est pas complet, quel que soit le motif (il manque une pièce d'identité, la résidence est instable ...)

appartenance au groupe noir marron la place dans une position dominée. C'est une « discrimination positive » à l'embauche qui se révèle avoir un effet inverse dans la pratique professionnelle.

On peut en effet comparer sa situation avec celle des assistantes sociales, amenées elles aussi à traiter avec les agents CGSS. Les relations avec ces derniers sont décrites par la plupart des acteurs professionnels rencontrés (intra ou extra hospitaliers) comme difficiles : peu joignables par téléphone, dossiers refusés sans explication, etc.

Le témoignage des assistantes sociales (métropolitaines) suggère la nécessité d'une forte assurance personnelle pour gérer ces relations.

La seule assistante sociale qui affirme (44) avoir de bonnes relations - polies, sérieuses, efficaces - avec Mr S., l'agent CGSS de Saint Laurent, raconte que celui-ci lui a, à son arrivée en poste, opposé le refus qu'il a signifié à l'agent PASS, à savoir qu'il ne veut pas donner d'informations par téléphone. Elle lui a alors proposé de raccrocher, composer le numéro du standard de l'hôpital, demander l'assistante sociale, retomber sur elle et vérifier ainsi qu'elle est bien assistante sociale à l'hôpital. C'est ce qu'il a fait, et depuis il se montre coopératif. Elle estime que son refus initial était un gage de sérieux. Par ailleurs, elle souligne que si leurs relations sont bonnes, c'est parce que l'agent CGSS sait que les dossiers dont elle s'occupe sont tous urgents<sup>470</sup>. Enfin, intervient la reconnaissance des pairs : si un dossier est bloqué à la CGSS, elle peut faire jouer son partenariat avec ses pairs assistants sociaux d'autres institutions pour le débloquer (par exemple avec l'assistant social de la CAF, qu'elle tutoie), *ça se règle en cinq minutes*.

Ces témoignages contrastent avec celui de la jeune agent PASS, intimidée, qui ne parle pas bien français, qui, elle, gère tous les dossiers et pas uniquement les plus importants, ne peut compter sur aucun soutien professionnel intérieur ou extérieur à son institution ... on l'imagine mal s'imposer à l'agent créole de l'annexe CGSS de Saint Laurent, en poste depuis plus de dix ans.

Enfin, selon un enseignant (39), la mise en place d'un agent noir marron à la PASS est néfaste également pour les patients eux-mêmes, justement en raison de leur proximité culturelle. Il donne l'exemple d'un homme auquel l'agent PASS aurait refusé d'apporter son aide pour obtenir une couverture maladie au motif qu'il n'était pas hospitalisé, sans lui préciser qu'il avait cependant des droits et pouvait se rendre directement à l'annexe CGSS pour se les faire ouvrir. L'enseignant met cette omission, qu'il estime volontaire, sur le compte de l'appartenance de l'agent à un autre clan noir marron que celui de l'homme (respectivement ndjuka et saramaka, traditionnellement décrits comme hostiles). Selon ce témoignage, on pourrait conclure que l'introduction de considérations ethniques au guichet PASS est vecteur, indirectement, de discriminations envers certains patients. Sans aller jusque là, on peut cependant remarquer la « dangerosité » potentielle de la tentative d'utilisation d'éléments ethniques comme de simples outils décontextualisés. DE RUDDER et al (2000), s'appuyant sur les travaux de BART (1969) et AMSELLE (1985), rappellent combien à la classification

---

<sup>470</sup> L'agent de la PASS envoie « ses » dossiers à la CGSS par la poste, tandis que les assistantes sociales transmettent les copies des « leurs » par fax. La CGSS, sachant que les dossiers que lui adressent les assistantes sociales sont urgents, les traitent immédiatement et de façon favorable. Par exemple, quand dans l'urgence d'une évacuation sanitaire, l'assistante sociale envoie un dossier incomplet à la CGSS, celle-ci accepte de faire démarrer la prise en charge à la date d'envoi du dossier (ce qu'elle ne fait pas pour les dossiers de la PASS), l'assistante sociale s'engageant, par un petit courrier joint, à adresser ultérieurement le dossier complet en lettre recommandée.

ethnique selon tel ou tel trait plus ou moins réifié, il faut préférer une conception plus sociale et politique, en tous cas relationnelle et interactive, des processus de formation de l'ethnicité : en d'autres termes, il ne suffit pas de mobiliser certains critères identitaires (noirs marrons/non noirs marrons) pour faire le tour de la question identitaire et assurer par exemple un rapprochement systématique entre un agent et son public. L'appartenance identitaire se décline en effet selon un ensemble complexe de catégorisations (selon le clan (ndjuka, boni, etc.), le lignage, etc.) dont l'absence de prise en compte peut rendre contre-productive la mobilisation d'une partie seulement de ces attributs identitaires.

## Forcer l'adhésion « au système »

### Contre « la passivité » dans les démarches administratives

Face à la passivité en matière de démarches administratives pour obtenir une couverture maladie attribuée aux étrangers et aux Noirs Marrons, certains professionnels mettent en place les moyens de pression qu'ils estiment faire défaut au système sanitaire. C'est notamment le cas de deux professionnels, une assistante sociale hospitalière et un directeur d'hôpital, qui tous deux menacent les personnes bénéficiant de soins hospitaliers d'une réduction concrète de leur accès aux soins si elles ne font pas aboutir leurs démarches administratives.

L'assistante sociale (18) menace ces patients d'interrompre leur traitement. Cette assistante sociale s'occupant de patients vus en consultations externes, elle peut en effet se procurer leurs traitements (quand il ne s'agit que de traitements *peros* bien-sûr). Par exemple, elle ne remet au patient que deux semaines sur quatre de traitement, ne lui donnera le reste qu'une fois qu'il sera revenu avec les papiers demandés. Elle reconnaît que c'est *limite du chantage* et souligne qu'il ne s'agit que de leur *montrer l'importance*, et que si la personne revient sans les papiers, elle lui donnera néanmoins le restant du traitement (*c'est pas pour ça qu'on les soigne pas, bien-sûr*)<sup>471</sup>.

Le directeur d'hôpital (45), lui, a décidé que plus aucun médicament, et notamment les anti-rétroviraux, ne seraient *distribués* gratuitement par la pharmacie hospitalière<sup>472</sup> aux patients qui n'ont pas engagé des démarches d'ouverture de droits.

L'une et l'autre justifient leurs pratiques en considérant que la plupart des personnes qui ne font pas leurs démarches ne sont pas confrontées à de réels obstacles matériels mais sont

---

<sup>471</sup> Elle reconnaît que la personne peut ne pas revenir, et perdre alors l'accès à la deuxième moitié du traitement : *ça ne marche pas à tous les coups ... Bon, du coup, je l'ai encore dans le tiroir, l'autre moitié.*

<sup>472</sup> Dans une note de service de la direction hospitalière, il est ainsi demandé que le service de la pharmacie ne distribue plus de médicaments, prescrits par des médecins hospitaliers, à des personnes ne bénéficiant d'aucune couverture sociale, si celles-ci n'ont pas entamé de démarche d'ouverture de droits. Cette mesure est justifiée par « l'augmentation démesurée des dépenses » qu'engendre cette distribution. L'orientation vers la PASS des personnes non couvertes est également demandée.

La note se conclut ainsi : « Ces mesures minimalistes devraient permettre aux malades de bénéficier de droits ouverts, leur donnant ainsi accès non seulement à la pharmacie de l'hôpital, mais aussi aux médecins libéraux, aux soins des infirmières libérales, aux pharmacies de ville, ainsi qu'aux réseaux qui vont se créer progressivement. **Il ne s'agit donc en aucun cas d'une démarche de limitation des droits, mais bien au contraire d'un processus pour faciliter l'accès aux soins des plus démunis.** Comptant sur la compréhension de tous pour la mise en place de ces mesures qui ne visent qu'à permettre un égal accès aux soins. (en gras dans le texte). »

simplement paresseuses : elles *s'en fichent* (l'assistante sociale). Le directeur d'hôpital insiste même sur l'intelligence « universelle » des Noirs Marrons (il dit à plusieurs reprises qu'*on ferait tous pareil*, à propos de leurs venues pour accoucher en France ou y faire des trafics), qui leur permet de voir où réside leur intérêt et de le poursuivre avec efficacité. Ainsi, selon lui, il n'y a pas de problème d'indifférence ou d'incompréhension aux démarches d'ouverture de droit. Pour preuve : les gens les font de plus en plus<sup>473</sup> ... ce qui justifie qu'il prenne des mesures coercitives à l'égard des quelques irréductibles réfractaires.

Pour les deux, cette entrave à l'accès aux soins a pour objectifs le remboursement de l'hôpital pour les soins dispensés, mais également, paradoxalement, l'accès aux droits des intéressés : à un médecin s'occupant de patients séropositifs qui regrette : « *on n'a pas le droit de demander aux gens de faire une démarche supplémentaire* », le directeur d'hôpital rétorque « *attendez, moi je travaille pas pour leur restreindre leurs droits, je travaille pour leur ouvrir des droits et pas qu'à l'hôpital, qu'ils puissent aussi accéder au réseau ville hôpital et aux médecins de ville* » : il ne les prive donc pas d'un droit mais leur permet (bon gré mal gré) d'accéder à des droits élargis. Sa vision rationnelle qui sous tend l'ensemble de son discours justifie ainsi, d'abord, son entière confiance dans la capacité des étrangers et Noirs Marrons du fleuve à faire ces démarches (puisque c'est dans leur intérêt), ensuite le caractère incongru de ceux qui ne les font pas (il ne fait en particulier aucune mention d'éventuelles difficultés à la constitution des dossiers d'ouverture de droit : qualifiés d'intelligents, les patients n'ont plus de raison de ne pas arriver au bout de leurs démarches) et enfin, la contrainte qu'il peut légitimement exercer à l'égard de ces derniers, au nom de leur intérêt propre (leurs droits) et celui de l'hôpital (son budget). Notons que ce même directeur porte une attention soutenue au « culturel » puisqu'il insiste sur l'importance de la « proximité culturelle » de son agent PASS avec son public dans l'aboutissement des démarches administrative d'ouverture de droit à une couverture maladie. En d'autres termes, à partir du moment où la difficulté d'origine « culturelle » a été prise en charge (via la mise en place de l'agent PASS « culturellement proche »), la contrainte est justifiée car seule alors la paresse est en cause dans la non réalisation des démarches.

### **Contre le défaut de discipline médicale**

On a exposé dans le paragraphe « culturalisme et discriminations » (chapitre les « usagers du système de soins », dans les représentations des professionnels métropolitains), comment les difficultés d'observance thérapeutique, en matière d'antirétroviraux notamment, peuvent être, de l'avis de certains médecins, abusivement restreintes à leurs dimensions culturelles, ce qui se traduit par le recours à un médiateur culturel en l'absence d'interrogation concomitante sur les difficultés d'observance liées à d'autres facteurs, socio-économiques ou générées par l'offre de soins elle-même par exemple.

Envisageons ici les discours tenus par deux médecins généralistes exerçant en libéral. (26, 34)

Comme chez le directeur de l'hôpital, la confiance affichée dans la capacité des Noirs marrons à s'adapter et faire des démarches qui sont dans leur intérêt autorise l'exercice de sanctions contre ceux qui n'adoptent pas l'attitude que l'on attend d'eux, au sein du système socio-sanitaire.

---

<sup>473</sup> Et quand il reconnaît que sa femme, enseignante, observe qu'il y a encore quelques élèves qui, bien que résidents de longue date sur le territoire français, n'ont toujours pas fait de démarches pour avoir des documents d'identité, il trouve cela *étonnant (...) alors ça c'est des trucs bizarres*.

Ces médecins attribuent en effet un comportement rationnel et efficace aux Noirs Marrons : ceux-ci sont au fait de leurs intérêts et désormais aptes à faire ce qu'il faut pour les satisfaire. Mais même s'ils déplorent les dysfonctionnements de la CGSS ou de l'hôpital qui peuvent induire des obstacles à l'aboutissement des démarches administratives, leur constat selon lequel les Noirs Marrons et les étrangers participent activement et efficacement à leurs démarches nous paraît écarter un peu facilement des obstacles d'autres natures, notamment économiques. L'un (34) insiste sur des caractéristiques culturelles voire raciales propres aux Noirs Marrons qui selon lui leur permettent de faire aboutir leurs démarches : entraide communautaire, propension à l'effort<sup>474</sup>, et on retrouve ici la tonalité culturaliste qu'on a décrite dans le chapitre sur l'observance aux antirétroviraux. Là non plus, aucune attention ne semble portée aux difficultés socio-économiques : la posture professionnelle de ces médecins ne paraît en effet pas leur permettre d'entendre d'éventuelles difficultés des Noirs Marrons à faire aboutir leurs démarches : sous prétexte qu'ils n'ont pas à - et n'ont de toutes façons pas le temps de - s'occuper « des papiers », ils n'accompagnent pas les patients dans leurs démarches et en ignorent les résultats. Ils ne sont donc en fait pas au courant des démarches qui n'aboutissent pas ou qui ne sont même pas entamées (et ce d'autant plus qu'a priori ils ne revoient que les patients dont les démarches ont abouti).

On a vu que le directeur exerçait une sorte de « chantage » à l'encontre des patients ne faisant pas leurs démarches d'ouverture de droit. Ceux exercés par les médecins ont pour but d'obtenir l'adhésion des patients à leurs traitements, avec donc un déplacement du domaine de compétence légitime : le premier parlait au nom de la rentabilité de l'hôpital ; les seconds mettent en avant l'efficacité de leur pratique médicale, et plutôt que d'accès des malades à leurs droits à une couverture maladie, ils ont pour objectif l'adhésion de ces derniers à la biomédecine.

La légitimité du directeur dans le domaine des démarches administratives trouve ainsi ici son équivalent dans le domaine médical, la logique restant la même : faire pression sur les récalcitrants puisque c'est dans leur bien ... même si ces raisonnements se traduisent, parfois, par des attitudes opposées (suggérant la validité toute relative des arguments de l'un (les droits des malades) et des deux autres (l'efficacité de leurs soins)). Ainsi, à propos des carnets de santé retenus par le directeur tant que la mère n'a pas fait les démarches d'ouverture de droit (cf. paragraphe suivant), les médecins libéraux protestent car l'absence de carnet les

---

<sup>474</sup> Ils s'aident pour remplir les dossiers administratifs (*Ils s'aident pas mal entre eux, ils sont assez solidaires de ce côté-là*), s'arrangent entre eux pour l'argent (*Les gens, ici, ils sont quand même pas sans argent, ils ont de l'argent ou ils ont de la famille qui peut leur prêter de l'argent, moyennant une rétribution en nature, c'est à dire « tu me gardes les enfants, tu fais mon abattis », entre eux, après, ils s'arrangent.*), les produits du jardin (*ils ont tous dans la famille, quelqu'un qui a un abattis, pour la nourriture de base*), les étrangers qui viennent d'arriver sont au courant des démarches parce qu'ils ont de la famille sur place et en cas de problème avec les démarches administratives, un membre de la famille qui sait parler français les aide.

*(...) Les Noirs Marrons aussi, ils sont travailleurs. Si vous montez sur le fleuve, vous allez voir. Ils ont cinq ans, ils savent à peine marcher, ils portent déjà la brouette de la maison jusqu'au fleuve, même si elle est vide, ils portent une brassée de feuilles pour faire le repas du soir. Tous petits, ils travaillent. Donc après, on le voit, ils sont tous musclés. Il y a une question de génétique, mais il y a aussi une question d'entraînement. Tous petits, ils ont l'habitude de travailler. A l'école, quand ils travaillent, ils ont souvent de très bons résultats. Et ceux qui travaillent ici, comme les jardiniers, etc. il faut les voir, c'est comme les Haïtiens, ils arrêtent quand ils ont fini, hein. Ils mangent pas, ils boivent pas !!*

(A noter que l'autre médecin libéral (26) tient un discours exactement opposé : s'il y a tant de CMU, c'est parce que la population est composée de 50% de Noirs Marrons, donc des gens qui ne travaillent pas, qui sont pas salariés vraiment, qui vivent d'allocations ...)

empêche de suivre correctement l'enfant (c'est au nom du soin, et non de la démarche administrative, qu'ils agissent).

Les médecins décrivent donc des moyens de contrainte pour passer outre un défaut de confiance ou de « compréhension » de l'intérêt de la médecine occidentale chez les Noirs Marrons et les divers groupes d'étrangers. La logique de ces moyens de pression contraste singulièrement avec leurs discours sur la confiance<sup>475</sup> et la compréhension qu'ils attribuent à leurs patients.

Les médecins donnent ainsi quatre exemples de contraintes auxquelles ils soumettent les patients pour les amener à plus d'observance thérapeutique. Dans ces exemples, il n'est pas toujours question de « faire comprendre » aux patients le point de vue du médecin, celui-ci cherche simplement à obtenir de ces derniers qu'ils suivent les recommandations médicales (*on les coince*). On préfère faire miroiter l'appât des allocations familiales plutôt que mettre à contribution l'« intelligence » qu'on leur décrit pourtant (eux qui savent généralement spontanément où réside leur intérêt). Voire, on qualifie d'*inintelligents* ceux qui refusent malgré tout de céder à la pression, avec une stigmatisation racisante de tout un groupe ethnique (les Haïtiens).

La biomédecine est donc la réponse mise en avant dans tous les cas de figure : les médecins privilégient les soins aux papiers, l'observance à l'intime conviction.

Dans le premier exemple, il apparaît que le consentement éclairé n'est pas indispensable à la prise d'un traitement : seule l'efficacité de celui-ci importe, or c'est au médecin d'en juger. Ce médecin (34) explique que les gens lui *font confiance*.

Il donne l'exemple de l'homéopathie. En Guyane, *l'exercice est plus facile qu'en métropole. En métropole, il faut expliquer, prouver, convaincre, sortir les études ... enfin, j'exagère, mais ...*

Alors qu'en Guyane, les malades prennent le traitement homéopathique qu'il leur prescrit, *ils sont contents parce que ça marche ! (rire)*, même ceux qui n'avaient pas spécifiquement demandé de l'homéopathie (*moi je prescris quand j'ai envie*), il leur dit que c'est de l'homéopathie, mais ils ne lui demandent pas ce que c'est, *ils disent « d'accord Docteur » ! C'est ça qui est bien, c'est que je shunte toute l'explication ! (rire) je leur dis que c'est à base de plantes ... ici, c'est bien de dire que c'est à base de plantes, parce que comme ils font des remèdes, ils disent « ha oui .. ; » l'image médecine douce, ça passe bien ... Bon, enfin, c'est un raccourci très grossier, mais ... ici, les patients sont gentils, ils sont pas embêtants, ni revendicateurs. Les pires, ce sont les Métropolitains, c'est triste à dire, mais c'est eux les plus chiants.*

Le second exemple illustre la loi du tout ou rien : le patient ne peut pas prendre juste un peu de la médecine occidentale, tout en restant fidèle à la traditionnelle, s'il y entre, il doit adhérer complètement et exclusivement. Cet exemple peut sembler s'opposer au premier, il le rejoint en fait. Il s'agit bien, dans les deux cas, de contraindre le patient à aller dans le sens de la prescription biomédicale.

Ce médecin (26) explique avoir refusé de prescrire des vitamines à un patient cancéreux qui était venu le voir avec cette demande, au motif que ce dernier ne voulait pas accepter l'évacuation sanitaire en métropole qui lui était conseillée et préférerait se faire suivre par un thérapeute traditionnel.

---

<sup>475</sup> Pour ces médecins, ce qui a permis l'accroissement du recours à la médecine occidentale ces vingt dernières années, c'est plus une confiance croissante dans celle-ci que l'accès à la couverture maladie.

Ce patient était venu le consulter pour demander des vitamines *pour l'aider parce qu'il était fatigué. Et puis il avait déjà eu un petit coup de pouce par le médecin ... le médecin sorcier, je ne sais plus comment ils disent ...il y a plusieurs dénominations ... je ne lui ai rien donné du tout, j'ai dit : « c'est pas la peine, ça sert à rien ».*

Ce refus du médecin peut surprendre puisqu'on sait que les vitamines sont volontiers prescrites en médecine générale dans un but, précisément, de satisfaction « psychologique » du patient plus que d'efficacité pharmaceutique avérée.

Dans le troisième exemple, le ressort utilisé est l'attractivité des prestations sociales, c'est à dire que le médecin (26) fait jouer les « mauvaises raisons » de se mobiliser, que de nombreux acteurs regrettent justement de constater chez les Noirs Marrons, simplement parce qu'elles vont dans le sens de l'action biomédicale.

Tant que les enfants ne sont pas vaccinés, ce médecin refuse de délivrer les certificats nécessaires pour toucher les allocations familiales (9<sup>ème</sup> mois, 24<sup>ème</sup> mois, entrée à l'école, chaque changement d'école ...) : *Les vaccinations, c'est pas qu'ils comprennent, c'est qu'on les coince à chaque fois (...) quand ils viennent pour un certificat pour la CAF, on leur dit « non, t'as pas les vaccins, on te fait pas les certificats »*

Dans le dernier exemple, le médecin (26) distingue différents groupes de clients selon leur degré d'observance thérapeutique pour des traitements chroniques de maladies peu symptomatiques au quotidien (diabète, HTA ...) :

- les Chinois et les Hmong consultent « utile » (c'est à dire pas pour rien), font ce qu'il faut pour que leur démarche soit efficace (se font accompagnés d'un traducteur parce qu'ils savent que les médecins ne parlent pas leurs langues) et sont observants
- les Créoles ont un comportement proche de celui des Métropolitains
- les Noirs Marrons sont comme des enfants qui vivent au jour le jour
- les Amérindiens sont indifférents
- les Haïtiens ne comprennent pas les messages du médecin

Notons que ces descriptions sont conformes aux discours communément tenus sur les uns et les autres : les Chinois et les Hmong sont travailleurs, disciplinés et efficaces les Créoles occidentalisés, au contraire des Noirs Marrons encore un peu sauvages, les Amérindiens sont hébétés par l'implantation de la civilisation occidentale et les Haïtiens font l'objet des critiques les plus dures.

Par suite, anticipant une réception plus ou moins bonne de son message médical, le médecin formule de façon différentielle ce dernier. Il lui faut par exemple caricaturer l'explication, voire la parer de menaces de mort pour qu'elle « prenne » chez ces oublieux de Noirs Marrons. Mais ce chantage reste plus souvent inefficace face à un groupe, celui des Haïtiens. Autant l'attitude des Noirs Marrons peut se comprendre car il arrive même aux Métropolitains d'oublier de prendre leurs traitements, autant celle des Haïtiens relève d'un tout autre registre. Pour ces derniers, le médecin récuse tour à tour les problèmes de défaut de familiarisation avec les traitements qu'il propose, de défaut de confiance dans la biomédecine, de communication (qu'il réduit à sa composante linguistique, sans relever que le créole haïtien est très différent du guyanais), pour en faire une question raciale : même s'il n'utilise pas ce terme, c'est ce qu'évoque le problème génétique auquel il fait allusion. Certes, il souligne qu'il n'y a pas association absolue entre l'appartenance à un groupe et l'attitude face aux soins, mais bien une relation de probabilité : les caractéristique peuvent se trouver chez n'importe quel groupe, mais leur dispersion n'est pas aléatoire, elles se concentrent plus dans certains groupes<sup>476</sup>.

---

<sup>476</sup> Rappelons que dès les tous débuts de la colonisation, les Européens ont appréhendé différemment les populations avec lesquelles ils coexistaient en Guyane. Alors qu'ils définissaient Amérindiens comme esclaves



Extrait d'entretien :

- **V (médecin)** : Globalement, c'est quand même les Haïtiens qui sont les plus ... idiots, enfin entre guillemets, sur la compréhension d'un traitement. Il y a une incompréhension complète, là ... pour certains, hein, pour d'autres, ça marche bien.
- C'est une question de langue ?
- **V** : C'est pas une question de langue, c'est vraiment une question d'intellect. Il y a vraiment une case qui manque pour ... ça, c'est sûr.
- Ils n'ont pas l'habitude de ces prescriptions médicales ...
- **V** : C'est pas une question d'habitude, c'est qu'ils ne comprennent pas la nécessité. On a beau leur dire « tu es mort demain si tu ne fais pas ça », ils ne comprennent pas. Ça, on le fait, pour des Noirs Marrons, on leur dit « si tu prends pas ça, demain tu es mort », bon, ils comprennent, enfin ils comprennent au moins ça ! Maintenant, les Haïtiens, c'est non, tu peux leur dire « t'es mort demain », ils comprennent pas.
- Et vous l'attribuez à quoi, un manque de confiance en vous ?
- **V** : Non, non, c'est un problème génétique, ou de malnutrition, cérébral ... : c'est à ce niveau-là.
- Mais ils ne peuvent pas être tous bêtes, les Haïtiens ...
- **V** : Non, mais je te dis : c'est dans cette catégorie-là qu'on a le plus d'incompréhension. C'est pas tous les Haïtiens, c'est pas ce que je dis, mais c'est parmi eux qu'on a le plus d'inintelligents, de retardés mentaux ! (rire) Enfin, ils sont pas retardés, ils comprennent pas. Les Indiens, ils s'en fichent, c'est pas pareil. Les Noirs Marrons, c'est plus par oubli : « j'ai plus mal à la tête, donc j'oublie de prendre mes médicaments pour la tension. » Mais bon, chez les Métros, c'est pareil, le diabète, c'est pareil aussi.
- Et les Chinois ?
- **V** : Les Chinois, ils viennent parce qu'ils ont besoin d'être soignés, donc ils le font, ils le font s'il le faut le faire, ils sont relativement réglos, je dirais, ils viennent pas pour rien. Dans les Chinois, il y en a qui ne parlent pas, donc qui viennent avec quelqu'un d'autre, à ce moment, on arrive à bien faire rentrer ... Les Hmong, ça se passe bien aussi, ça va, comme ils font la démarche, ça passe.
- C'est avec lesquels que vous avez le plus de problèmes de communication ?
- **V** : En communication, on n'a pas trop de problème, c'est dans la compréhension, c'est les Haïtiens. La communication, on n'a pas trop de difficulté, je crois qu'on arrive globalement à leur faire comprendre ce qu'on veut leur dire.

---

africains avant tout par leur altérité radicale, raciale (« la bestialisation, où les matières mêmes de leurs corps différent foncièrement de celles du corps européen » (DORIAN, 1987, p. 100), les colons et les missionnaires européens réservaient des traitements différents aux uns et aux autres, au nom de préjugés culturalistes : ils étudiaient avec intérêt la culture des premiers, méprisaient celle des seconds, et s'il fallait prendre soin des « Nègres » car sinon ils mourraient, le mode de vie des Amérindiens était considéré plus sain que celui des colons. Surtout, bien que tous appréhendés avec un exotisme mêlé d'horreur, les Amérindiens étaient perçus comme des êtres doux et étaient déclarés citoyens à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle, tandis que les Noirs l'étaient comme des êtres violents qu'il fallait réduire par la violence esclavagiste. (DORIAN, 1987; MARCHAND-THEBAULT, 1987)

## La maternité : « injonction médico-administrative »

Les accouchements de femmes surinamiennes à la maternité de Saint Laurent sont volontiers présentés comme l'exemple le plus flagrant du profit que peuvent faire les étrangers du système socio-sanitaire français et de leur irresponsabilité à cet égard. Ce profit est sanitaire (pour la sécurité des accouchements hospitaliers) et social (via en particulier le bénéfice des allocations familiales). Il s'associe à l'irresponsabilité des femmes, elle aussi à la fois médicale (les femmes se présentent au moment d'accoucher, sans s'être faites suivre en cours de grossesse<sup>477</sup>) et sociale (elles ne font aucun effort pour faire aboutir leurs démarches de couverture maladie et permettre à l'hôpital d'être remboursé ; par la suite, les allocations familiales sont trop souvent dépensées pour servir bien d'autres intérêts que celui de l'enfant).

Les agents administratifs tels que le directeur de l'hôpital s'inquiètent du suivi des démarches d'obtention d'une couverture maladie au nom de motifs eux-mêmes administratifs (la logique budgétaire : une absence d'ouverture de droit à une couverture maladie se traduit par une créance irrécouvrable pour l'hôpital). De leur côté, les soignants se préoccupent du suivi médical des grossesses pour limiter les accouchements à risque de complication médicale (au nom, donc, de la légitimité biomédicale : l'accouchement se déroule dans de meilleures conditions si la grossesse a été suivie médicalement).

Au total, la question de ces accouchements réunit les questions abordées dans les deux paragraphes précédents : c'est l'ensemble des professionnels métropolitains, administratifs et soignants, qui prônent la plus grande fermeté, en terme de contrôles administratifs et de « disciplinarisation » médicale, balayant là aussi les obstacles que pourraient rencontrer les femmes surinamiennes à faire aboutir leurs démarches administratives et à faire suivre leurs grossesses<sup>478</sup>.

Les administratifs disposent des moyens de pression habituels en la matière : intervention des agents des admissions auprès des accouchées pour qu'elles fassent leurs démarches, menace de l'envoi de factures.

Les soignants prennent quelques mesures pour restreindre l'accès aux soins, notamment sur le fleuve<sup>479</sup>. Mais comme toujours, le refus de soins est malaisé en raison de la

---

<sup>477</sup> En 1996,

- 1 accouchement sur 5 à la maternité de Saint Laurent fait suite à une grossesse peu ou pas suivie (surtout chez les jeunes femmes)
- en Guyane, seules 33% des femmes enceintes (21% des mineures) bénéficient d'au moins 7 visites en cours de grossesse, contre 90% en France. La PMI est en revanche très fréquentée, surtout en fin de grossesse.

(MEISSONIER & RODRIGO, 1997)

<sup>478</sup> Ainsi, pour ce qui est du défaut de suivi médical des grossesses, le rapport de MEISSONIER & RODRIGO (1997) pointe diverses explications : isolement géographique, manque d'information, coût, difficultés administratives et situation irrégulière (risque d'arrestation).

Mais à l'hôpital de Saint Laurent, cette jeune interne (68) de la maternité, qui exprime semble-t-il une opinion largement partagée dans son service et notamment des initiateurs des moyens de coercition que l'on va exposer ci-dessous, fait surtout part d'un sentiment d'impuissance mêlé de colère face aux accouchements *sauvages* de femmes qui *rient au nez* des professionnels quand ils tentent de les convaincre de mieux se faire suivre la prochaine fois ... présentant comme premières victimes de ces défauts de suivi les professionnels, plutôt que les femmes et leurs enfants.

<sup>479</sup> Au dispensaire d'Apatou, le médecin refuse de recevoir en consultation une femme enceinte

- en dehors d'un rendez vous fixé (pour que les rendez-vous soient respectés)
- tant qu'elle n'a pas fait l'échographie correspondant à son terme (seules deux échographies sont demandées (une de datation à la 12<sup>ème</sup> semaine, une au 3<sup>ème</sup> trimestre, de morphologie tardive), elles ne sont réalisées qu'à Saint Laurent).

légitimité associé au droit aux soins (cf. chapitre sur la légitimité des soins). Il ne véhicule en outre qu'une force de pression limitée étant donné que les femmes surinamiennes qui viennent accoucher à Saint Laurent semblent justement moins sensibles à la qualité de leur suivi médical<sup>480</sup> qu'aux bénéfices sociaux liés à l'accouchement à Saint Laurent. Les professionnels soignants actionnent alors des leviers « sociaux ». La maternité des femmes surinamiennes constitue en cela un des rares domaines où les soignants mobilisent des arguments extra médicaux<sup>481</sup>. Ces moyens de pression peuvent être basés sur des arguments financiers. C'est le cas du refus de soins, sur le fleuve, dont l'alternative obligée est la consultation d'un médecin de ville à Saint Laurent<sup>482</sup>, ce qui implique les frais du voyage en pirogue plus les honoraires du médecin si la patiente n'a pas de couverture maladie.

Arrêtons-nous sur l'exemple de la rétention du carnet de santé après l'accouchement, qui fait l'objet des plus nombreux commentaires : le carnet peut être retenu au bureau des entrées de l'hôpital pour absence de suivi de grossesse et/ou de démarche faite pour avoir une prise en charge sociale. Cette mesure semble avoir été décidée par des soignants (du service de la maternité) avec l'aval du directeur de l'hôpital.

Les professionnels métropolitains interrogés estiment que le carnet de santé présente de nombreux intérêts aux yeux des femmes surinamiennes<sup>483</sup>, financiers, de droit au séjour, d'intégration à la société guyanaise et enfin médicaux, qui constituent autant de ressorts à cette mesure contraignante.

L'intérêt financier est lié à la nécessité de renvoyer à la CAF les feuillets des examens des trois examens obligatoires (8 jours, 9 mois, 24 mois) de l'enfant pour obtenir les allocations familiales. Le carnet de naissance d'un enfant né en France est par ailleurs paré d'un aura de protection de l'expulsion pour les femmes étrangères dépourvues de titre de séjour<sup>484</sup>. Au-delà du droit au séjour, le carnet serait également perçu comme une garantie d'une intégration

---

Les femmes vivant sur le fleuve viennent accoucher à l'hôpital de Saint Laurent. Là, la menace (certes rarement mise à exécution, mais toujours présente) est que l'obstétricien de l'hôpital renvoie celles qui ne sont pas encore en travail si elles ne se sont pas faites régulièrement suivre en cours de grossesse. (78)

<sup>480</sup> Certaines attendent même d'être en travail pour se présenter au dispensaire du fleuve, ce qui leur permet d'être envoyées en évacuation sanitaire à l'hôpital de Saint Laurent pour y accoucher, leur évitant d'y aller par leurs propres moyens, c'est à dire en payant les frais de la pirogue. (78)

<sup>481</sup> On raconte aussi (38) qu'un obstétricien hospitalier aurait exigé d'une femme qu'elle paye les frais de sa 3<sup>ème</sup> IVG, parce qu'elle n'avait engagé aucune démarche d'ouverture de droit à une couverture maladie lors de ses deux premières IVG.

<sup>482</sup> On demande à une femme enceinte qui a raté son rendez vous avec le médecin du dispensaire de ne pas reprendre un autre rendez vous avec lui avant d'être d'abord allée consulter, une fois, un médecin de ville. (78)

<sup>483</sup> Nous en avons eu la démonstration au cours d'une matinée d'observation au centre de santé d'Oragnobo. Une femme surinamienne s'est présentée avec le carnet de santé de son enfant née à Saint Laurent neuf ans plus tôt. Elle vivait alors au Surinam, n'avait fait le déplacement à Saint Laurent que pour y accoucher. Arrivée en Guyane il y a une semaine, pour y vivre, elle demande ce jour-là au médecin qu'il lui fasse le certificat médical nécessaire à l'inscription de sa fille à l'école. Pendant toutes ces années, elle avait gardé ce carnet, sans l'utiliser (il est vierge). (37)

<sup>484</sup> Des gendarmes (64) confirment ces dires et justifient ces pratiques par une spécificité de la Guyane (cf. chapitre sur la légitimité des soins). Un soignant (30) rappelle par ailleurs que cette importance du carnet en matière de séjour a été initiée par les autorités elles-mêmes, lorsqu'il y a dix ans, en pleine guerre du Surinam, 5000 cartes de séjour ont été distribuées aux réfugiés. Ces derniers étant deux fois plus nombreux, les cartes ont été accordées préférentiellement aux femmes mères de trois enfants présents sur le territoire, qui avaient accouché à Saint Laurent et qui disposaient d'un carnet de santé.

minimale à la société guyanaise (il a pendant longtemps été le seul document avec lequel les gens pouvaient attester de leur résidence en France, pour par exemple faire admettre leurs enfants à l'école). Ce serait d'ailleurs un des premiers signes de l'acceptation des normes de la société occidentale par les Noirs Marrons (c'est souvent le seul document que détiennent les femmes sur lequel est inscrit leur identité ; les vaccinations ont été les premiers soins occidentaux à avoir été acceptés par la population du Maroni, dans les années 70). (30) Enfin, un seul soignant (78) émet l'hypothèse que les femmes tiennent au carnet dans l'intérêt médical de leur enfant.

Pour la plupart des professionnels métropolitains, la rétention du carnet de santé constitue donc un réel moyen de pression<sup>485</sup>, même s'il semble que la mesure ayant eu le plus d'impact en matière d'affiliation soit la réforme CMU. Les avis divergent pourtant quant à la pertinence de cette mesure. Ses détracteurs déplorent les risques qu'elle fait encourir aux enfants ainsi dépourvus de carnet, par impossibilité de connaître les antécédents obstétricaux et néonataux<sup>486</sup>. Résultat, elle se voit contournée par un certain nombre de soignants : un médecin de ville (26), quand il reçoit pour la première fois une femme en fin de grossesse, prescrit au plus vite un bilan et une consultation avec une sage femme pour que l'insuffisance du suivi en cours de grossesse soit moins flagrante ; dans les dispensaires du fleuve et à la PMI de Saint Laurent, on remet un carnet de santé ou au moins une fiche en carton aux femmes qui n'en ont pas eu à la maternité<sup>487</sup>, sur des critères variables : on voit ainsi comment une condition coercitive débouche sur des bricolages par réinterprétations personnelles de mesures déjà arbitraires<sup>488</sup> ....

---

<sup>485</sup> Un médecin surinamien exerçant en face de Saint Laurent, à Albina (11), déclare lui aussi percevoir l'impact de différentes mesures incitatives d'ouverture de droit à une couverture maladie et de suivi de grossesse, prises à l'hôpital de Saint Laurent.

Il affirme que de façon générale, les Surinamiens ne perçoivent pas l'intérêt d'une affiliation préventive à une couverture maladie, attendant plutôt d'en avoir besoin à l'occasion d'un soin pour faire les démarches correspondantes. En outre, les femmes enceintes ont tendance à ne pas se faire suivre, se préoccupant essentiellement de leur accouchement.

Mais depuis quelques temps, certaines d'entre elles lui demandent de l'aide pour accélérer leurs démarches d'obtention d'un passeport (pour se faire ouvrir des droits à une couverture maladie en Guyane). Les messages de responsabilisation médicale et administrative peuvent cependant être entendus de façon dissociée. Ainsi, une femme enceinte qui se fait suivre à Saint Laurent, où elle habite, pourrait se faire ouvrir des droits AME en tant que résidente en France, ce qu'elle doit ignorer puisqu'elle paie 30 euros chacune de ses consultations de suivi de grossesse. Elle presse en revanche ses compatriotes de se faire suivre, l'obstétricien de la maternité l'ayant menacée elle-même de ne pas la laisser accoucher à Saint Laurent si elle n'y faisait pas au préalable suivre sa grossesse.

<sup>486</sup> Un médecin regrette par exemple de ne pouvoir savoir où en est le suivi vaccinal d'un nourrisson. Il raconte prendre à parti l'obstétricien à l'origine de cette mesure : « *la femme s'est pas faite suivre, pourquoi tu veux pas qu'on suive l'enfant non plus ?* ». (26)

<sup>487</sup> On a dit d'ailleurs que nulle couverture maladie n'étant requise pour se faire soigner dans les dispensaires du fleuve, ceux-ci constituent un point de vulnérabilité à toute incitation à l'obtention d'une couverture, exercée à l'hôpital ou en ville. C'est ce qui donne matière au sentiment d'impuissance décrit plus haut, des Créoles face aux abus des Noirs Marrons et des étrangers à l'égard du système de soins. Pour une puéricultrice créole (19), la rétention des carnets de santé est inefficace car les femmes y sont indifférentes et car de toutes façons, si l'enfant a un problème de santé, le personnel PMI lui fait un dossier qui se substitue au carnet (les deux propositions étant d'ailleurs liées : les femmes s'en moquent car elles savent qu'on leur en fera un si besoin).

<sup>488</sup> Prenons l'exemple de la PMI. Une agent (créole) explique, même *s'il ne faut pas le dire*, que quand la mère vient à la PMI alors que l'enfant est encore tout petit, âgé d'un mois, elle lui remet un carnet de santé, pour ne pas pénaliser l'enfant s'il a un problème de santé et doit être évacué. Si en revanche la mère se présente avec l'enfant âgé de déjà six mois, elle lui donne une fiche carton au lieu d'un carnet de santé, *parce que c'est moins grave*.

---

Il y a donc des bricolages en chaîne :

- un médecin refuse d'appliquer une règle (remettre un carnet de santé) pour mieux en faire respecter une autre (un bon suivi clinique et administratif)
- un agent administratif revient sur ce refus, en fonction de critères incongrus : pourquoi un enfant âgé d'un mois aurait-il plus besoin d'un carnet de santé qu'un enfant de six mois ?
- une femme qui ne se fait pas suivre en PMI n'aura aucune chance de se voir remettre un carnet puisque les médecins libéraux n'en ont pas.

## **Le jeu des appartenances ethniques avec les intérêts professionnels, les contextes institutionnels et la légitimité du soin**

Les relations sociales ne se réduisent pas aux relations interethniques. D'autres facteurs, économiques ou professionnels par exemple, même s'ils sont à l'occasion mobilisés dans le jeu des relations interethniques, peuvent aussi conserver leur autonomie par rapport à ces dernières pour marquer les relations sociales de leurs propres empreintes.

On s'est longuement attardé sur les positions professionnelles individuelles affichées en conformité avec les discours tenus par l'ensemble de la communauté ethnique. C'est le cas par exemple quand un agent créole met en place des traitements discriminatoires visant à limiter l'accès des étrangers en situation irrégulière aux prestations sociales, ces traitements étant en suite logique avec les discours créoles récurrents portant sur l'abus que font ces étrangers des dites prestations et sur leur installation envahissante en Guyane qui s'ensuit.

Mais intérêts communautaires et professionnels peuvent aussi être dissociés, la position de l'acteur exprimant alors de subtils équilibres dans lesquels interviennent des facteurs tels que des enjeux institutionnels ou le poids de la légitimité de la maladie<sup>489</sup>.

La question des demandes de jugement déclaratif de naissance illustre cette articulation des enjeux ethniques, professionnels et institutionnels dans les pratiques des acteurs professionnels et leur appréhension de « l'autre ».

L'appréhension de la légitimité des soins par différents acteurs professionnels d'une même communauté ethnique, métropolitaine en l'occurrence, permet quant à elle de mettre en évidence l'importance des prises de position relatives à l'exercice professionnel (qu'est-ce que le soin pour un médecin, le mérite pour une assistante sociale), ces positions étant elles-

---

<sup>489</sup> Il peut bien-sûr être délicat de repérer la logique (professionnelle, identitaire, etc.) qui amène un acteur professionnel à opérer telle ou telle pratique défavorable envers les Eux.

Par exemple, une seule de la dizaine d'assistantes sociales hospitalières interrogées déclare ne pas se tenir au courant de l'issue des demandes de titre de séjour pour soins qu'elle aide à constituer. Il se trouve qu'elle est aussi la seule assistante sociale hospitalière créole interrogée et qu'elle se dit par ailleurs vigilante à limiter l'accès aux soins des étrangers sans papiers (refuse de constituer une demande d'AME à ceux qu'elle suspecte de ne pas vivre en Guyane, se prononce en faveur de l'expulsion des déboutés du droit d'asile à propos de la controverse sur leur demande d'AME). Peut-on pour autant suggérer que son attitude est à mettre en rapport avec son appartenance ethnique ? D'autres facteurs peuvent aussi jouer : elle exerce dans un hôpital plus grand que la plupart des autres, et sa collègue du même hôpital exerce au CISIH, où le suivi social est plus soutenu qu'ailleurs : la moindre proximité avec les personnes qu'elle suit peut aussi s'expliquer de cette façon.

Un autre exemple, déjà mentionné ailleurs, est celui d'un agent noir marron de PASS qui refuse de s'occuper du dossier de demande d'AME d'un homme au motif qu'il n'est pas hospitalisé, la PASS ne se chargeant que des dossiers de personnes hospitalisées. L'agent PASS omet de préciser que l'homme peut cependant se faire ouvrir ses droits directement à la CGSS. Un acteur extérieur considère que cette omission est volontaire et procède d'une discrimination sur l'origine, les deux protagonistes étant noirs marrons, mais appartenant à deux clans traditionnellement hostiles (Ndjuka et Saramaka). Mais comment exclure formellement une interprétation en termes de simple oubli ou d'incompétence professionnelle ?

mêmes modelées par le contexte d'exercice précis (nature des informations données par l'entourage, qualité des relations partenariales), quand elles s'appliquent à l'accès aux soins de malades dont la légitimité est questionnable, en l'occurrence des étrangers en situation irrégulière.

## Les demandes de jugements déclaratifs de naissance

Les jugements déclaratifs de naissance sont demandés devant le Tribunal de Grande Instance par des individus dont la naissance n'a pas été déclarée dans le délai légal de trois jours, ou s'ils sont mineurs, par toute personne ayant assisté à l'accouchement (parent, sage femme ...). Transcrits en mairie, ces jugements ont valeur d'acte de naissance. L'extrait d'acte de naissance, délivré par la mairie, permet ensuite de faire la demande d'une carte d'identité.

La question des jugements déclaratifs de naissance a sa place dans une étude portant sur l'accès aux soins en raison de l'importance que prennent, lors de toute démarche d'ouverture de droits à une couverture maladie, la justification de l'identité (au moyen de l'extrait d'acte de naissance lui-même et/ou de documents que celui-ci permet d'obtenir : carte d'identité, passeport) ainsi que la nationalité (française ou non).

C'est particulièrement le cas dans l'Ouest guyanais. Une proportion importante de la population y est en effet dépourvue de tout document d'état civil, parfois par absence d'inscription de la naissance sur un registre d'état civil. On a vu que l'histoire récente de cette région est marquée à la fois par une mise en place tardive et chaotique des registres d'état civil et par une immigration massive de ressortissants étrangers. Le jugement déclaratif de naissance, passage incontournable pour l'accès aux soins d'une partie de la population, voit ainsi s'articuler deux enjeux majeurs en Guyane : rendre justice aux victimes de l'inefficacité passée des procédures françaises (reconnaître les « vrais » nés en France, en particulier à l'époque de l'Inini<sup>490</sup>) et dépister les tentatives de fraudes (refuser l'accès à la nationalité aux « prétendus » nés en France, ces personnes nées au Surinam qui voient là l'opportunité d'obtenir, mieux qu'un titre de séjour, une carte d'identité française<sup>491</sup>), entre passé de société colonisatrice tardant à intégrer certains de ses citoyens<sup>492</sup> et présent de terre d'immigration malgré elle.

---

<sup>490</sup> On a dit que ce n'est que plus de vingt ans après la départementalisation, avec l'abolition du territoire de l'Inini en 1969, qu'a été mis en place dans l'intérieur du département le système administratif français.

<sup>491</sup> En cas de refus de délivrance du jugement déclaratif par démonstration de la naissance au Surinam, il est conseillé à l'intéressé de demander son extrait d'acte de naissance au Surinam, puis son passeport, pour ensuite déposer une demande de carte de séjour auprès des services de la sous-préfecture, s'il désire rester régulièrement sur le territoire français.

<sup>492</sup> 1969 marque d'ailleurs une seconde tentative en ce sens, 1848 marquant un précédent. DUVAL-COTTEREAU (1994) rappelle qu'au lendemain de l'abolition de l'esclavage, plus de vingt ans furent nécessaires à l'établissement de l'état civil des anciens esclaves, qui passaient du statut de valeurs mobilières affublées de sobriquets à celui de citoyens à part entière.

Citons en outre COLLOMB & JOLIVET (2001) selon lesquels si les « minorités » de l'intérieur demandent aujourd'hui la nationalité française, (les Wajana, les seuls qui jusqu'à présent refusaient la citoyenneté française, la demandent aujourd'hui avec insistance ; les Ndjuka, qui semblaient comprendre les deux rives du Maroni comme un seul et même pays bushinenge, souhaitent désormais obtenir la citoyenneté française, comme leurs frères ennemis Boni qui jusqu'alors s'en targuaient), c'est pour les avantages matériels qu'elle octroie mais c'est aussi pour se repositionner favorablement dans la hiérarchie qu'imposent les structures de la « départementalisation décentralisée », et trouver ainsi des possibilités de riposte à la domination politique traditionnelle des Créoles, à l'instar des Amérindiens Kalina du littoral qui ont suscité la création d'une commune « ethnique », celle d'Awala-Yalimapo.



L'enjeu est crucial : il s'agit de la validation juridique de l'intégration, administrativement parlant, la plus complète qui soit. Le décalage entre les chiffres et la « médiatisation » de la procédure témoigne de l'importance symbolique de cette dernière.

Cette procédure et son risque de détournement à des fins frauduleuses font en effet l'objet de nombreux commentaires en Guyane, créoles comme métropolitains. La vulnérabilité du système socio-sanitaire aux étrangers, abondamment dépeinte par les Créoles, trouve ici une remarquable illustration. On s'alarme en effet des jugements déclaratifs de naissance accordés à tour de bras à des Noirs Marrons qui se prétendent français alors qu'ils sont arrivés depuis peu en Guyane<sup>493</sup> ... Les chiffres sont en fait beaucoup plus modestes que la rumeur ne le suggère, ce décalage suggérant l'importance de la crainte que ce que l'on tolère pour « les nôtres » ne serve de cheval de Troie à l'invasion par « les autres ».

La Guyane est certes le département qui sollicite le plus de jugements déclaratifs de naissance (JDN). Pourtant, même s'ils avaient tous été délivrés à des fraudeurs, le nombre de jugements accordés depuis le début de la mise en place de la procédure reste faible comparativement aux flux migratoires que connaît l'Ouest guyanais.

Après quelques premiers cas dans les années 70, environ 600 JDN ont été délivrés en 1984, suivis d'une cinquantaine par an pendant les dix années qui ont suivi. De 1994 à 2000, sur les 3270 dossiers examinés par le Tribunal de Grande Instance de Cayenne, un peu plus d'un tiers (1271) ont abouti à la délivrance d'un JDN<sup>494</sup>. C'est donc au total moins de 2500 JDN qui ont été délivrés ces trente dernières années. La greffière de la Maison de la justice et du droit de Saint Laurent est une des personnes les mieux placées pour connaître ce décompte, elle commente pourtant, spontanément, que *depuis quinze ans qu'on en fait, on a dû en faire des milliers* ...<sup>495</sup>.

---

<sup>493</sup> Comme pour les politiques migratoires, la question des jugements déclaratifs de naissance fait l'objet de commentaires divers. Aux propos sur les abus en la matière tenus localement répondent, dans des revues nationales, les récriminations portant sur l'inadaptation du système administratif aux contraintes locales, tant géographiques qu'humaines.

Citons MARTINI (1999) qui regrette que l'introduction approximative de l'état civil depuis 1969 prive aujourd'hui des personnes, déjà isolées géographiquement et culturellement, dont la naissance n'a pas été déclarée, du droit de circuler librement sur le territoire guyanais, puisque les forces de l'ordre reconduisent les personnes dépourvues de pièce d'identité à Albina (Surinam). Une délégation des maires des communes du fleuve s'est rendue en 1997 à Paris, au ministère de la Justice pour faire part de la situation. Les délivrances de jugements déclaratifs de naissance sont parcimonieuses et les plus âgés, qui n'ont plus de témoins vivants de leur naissance, comme les jeunes, qui ont du mal à convaincre une administration obsédée par la fraude, resteront des sans-papiers ... français : « A la carence de l'administration a succédé son inadaptation. Un exemple parmi d'autres : l'état civil. (...) Après avoir été tenues pendant plusieurs décennies à l'écart du système juridique et administratif français, ces populations sont maintenant confrontées à toute sa rigueur. » (p.22)

Pour PEYRAT (1999), c'est plus largement la question de la coexistence des droits coutumiers avec le droit français, qui est ici posée. Depuis qu'ils sont en situation d'échanger avec le reste de la société guyanaise, les Noirs Marrons et les Amérindiens de l'Intérieur non seulement n'arrivent pas à avoir accès à leurs droits, voire ils les méconnaissent, mais en plus ils ne peuvent plus respecter leurs droits coutumiers (par exemple pour le rapatriement des corps après un décès en métropole).

<sup>494</sup> source : rapport du VAT du TGI de Cayenne, Julien ALLAUX, 2001, et estimations de la greffière de la Maison de la justice et du droit de Saint Laurent

<sup>495</sup> On a déjà vu comment la difficulté à accepter une procédure d'intégration peut être en rapport avec non pas son principe mais la crainte de sa sur-utilisation : un médecin fait remarquer aux gendarmes que les régularisations pour soins sont en réalité beaucoup moins nombreuses qu'on ne le dit, pour mieux leur en faire accepter le principe.

Le contraste entre la quantification objective de la procédure (moins de 2500 JDN) et l'abondance des commentaires émus qui en font part peut aussi être mis en parallèle avec un autre débat suscité par une autre forme d'intégration. Les « guichets spéciaux AME » mis en place par certaines CPAM telles que celle de Paris,

La présentation qui en est faite ici a pour objectif de confronter autour d'une question précise les points de vue métropolitains et créoles décrits de façon énumérative dans les chapitres précédents.

Les discours qui nourrissent cet exposé ont été surtout recueillis auprès de deux jeunes acteurs professionnels en poste à la Maison de la justice et du droit de Saint Laurent, un Volontaire à l'Aide Technique (VAT) métropolitain (10) et une emploi jeune créole (75).

Deux autres entretiens menés auprès d'acteurs professionnels métropolitains extérieurs à la Maison de la justice (une assistante sociale (44) et un médecin (30), tous deux hospitaliers), abordant la question des JDN de façon plus marginale, permettent cependant d'affiner la typologie créole/métropolitain, par une déclinaison selon la profession et l'ancienneté du séjour en Guyane.

## Position du VAT

Le VAT, titulaire d'une maîtrise de droit, est assistant de justice en poste pour un peu moins de deux ans à la Maison de la justice et du droit de Saint Laurent. Intéressons-nous d'abord à son discours, qui permet de broser un tableau relativement complet de cette procédure.

### A situation différente, traitement différent

Selon le VAT, comme pour de nombreux autres professionnels métropolitains, l'Ouest guyanais, en raison de ses particularités (historiques, économiques, géographiques, etc.), justifie d'une adaptation de la réglementation nationale et des pratiques des agents censés l'appliquer. Bien sûr, les Métropolitains donnent divers contenus à cette adaptation, depuis le « plus de contrôles pour stopper les fraudes plus massives qu'ailleurs » à la « suppression des contrôles pour respecter les us et coutumes locaux ». Les adaptations justifiées par le VAT tiennent surtout à l'utilisation localement accrue de dispositifs par ailleurs réglementairement prévus au niveau national.

D'abord, pour pallier les difficultés d'accès au Tribunal de Grande Instance (TGI) de Cayenne (particulières en Guyane en raison des distances géographiques, avec insuffisance de ressources économiques souvent associée) et assurer le relais de celui-ci, une Maison de justice a été installée à Saint-Laurent : les requêtes peuvent y être déposées au lieu de l'être à Cayenne, on y réalise une *justice de proximité* : toute demande est reçue, sans rendez vous<sup>496</sup>.

---

après la réforme CMU-AME de 1999, ont suscité de fortes réactions de protestation de la part des militants d'aide aux étrangers, qui présentaient cette mise à part comme un scandale. Elle ne correspondait pourtant pas à une perte objective de possibilités patente en termes d'ouverture de droit. Pour les JDN, c'est à l'inverse l'intégration qui est présentée comme un scandale alors qu'elle ne correspond qu'à un très petit nombre d'individus. Dans les deux cas est intéressante l'absence de proportionnalité entre la réalité concrète du phénomène et la force symbolique du processus d'altérisation/assimilation en jeu (on s'en sert comme étendard dans une lutte, que ce soit celle pour les droits des sans papiers à Paris ou celle contre l'invasion par les Surinamiens en Guyane).

<sup>496</sup> Pour PEYRAT (1999), « s'il est un territoire de la République où le développement de la « Justice de proximité » est urgent, c'est bien la Guyane » (p. 161), en raison notamment de la centralisation des moyens judiciaires (avocats, Tribunal) à Cayenne. Déplorant la non prise en compte des besoins juridiques particuliers des Noirs Marrons et des Amérindiens, de leurs difficultés à avoir accès à leurs droits, quand ils ne les méconnaissent tout simplement pas, l'auteur appelle de ses vœux une adaptation locale du droit de façon à ce

Ensuite, pour mieux prendre en charge les problèmes afférant à l'état civil, nombreux dans l'Ouest guyanais, différentes mesures ont été prises.

Trois des cinq membres permanents que compte la Maison de la justice sont principalement affectés à ces questions : deux agents de justice (emploi jeunes) gèrent les rectifications de documents d'état civil (erreurs quant au nom, à la date, au lieu de naissance des parents, etc.), tandis que l'activité du VAT est toute entière dévolue aux jugements déclaratifs de naissance. L'état civil représente ainsi les 2/3 de l'activité de la Maison<sup>497</sup>.

D'un point de vue réglementaire, une disposition dérogatoire est appliquée localement, tandis qu'est mise en œuvre, beaucoup plus souvent qu'ailleurs en France, une procédure prévue au niveau national.

La disposition dérogatoire, prévue par la loi du 8 juillet 1998, est le délai d'un mois laissé aux habitants de l'Ouest Guyanais (à partir de Kourou) pour déclarer la naissance de leur enfant, contre trois jours ailleurs en France<sup>498</sup>.

La procédure potentiellement applicable sur tout le territoire français, mais qui l'est surtout en Guyane et tout particulièrement dans cette partie du département, est celle des jugements déclaratifs de naissance. Elle permet de pallier les absences de déclarations de naissance. Les requêtes peuvent être déposées à la Maison de la justice, mais elles sont également suscitées et recueillies par le Procureur lors de ses missions sur le fleuve.

Le VAT explique la fréquence des erreurs lors de l'inscription d'une naissance sur les registres de l'état civil par la culture locale qui privilégie l'oralité : les agents de mairie peuvent mal comprendre les informations que leur dictent les intéressés, analphabètes.

Il interprète les nombreuses absences de déclarations de naissance par les difficultés d'accessibilité géographique : les parents peuvent manquer de temps et de moyens pour se rendre à la mairie la plus proche (plusieurs journées de voyage en pirogue sont parfois nécessaires). Le vote en 1998 de la prolongation du délai réglementaire à un mois devrait compenser ces difficultés. Le VAT avance cependant un autre type d'explication à ces absences de déclaration : l'insuffisance des politiques d'intégration d'une partie de la population, par le passé. Ainsi, en va-t-il des Amérindiens du Haut Maroni (au Sud de Maripasoula), chez lesquels le VAT constate *encore plus d'assistanat*, ce qu'il interprète comme suit : *ils sont, géographiquement, plus éloignés, c'est plus compliqué, pour eux, de venir. On les a tenus à l'écart très longtemps de l'état civil ou ils ont voulu se tenir à l'écart, à juste titre (...)* Donc pour régulariser ces gens-là, c'est peut-être plus à nous de prendre les choses en main. Le Procureur, lors de ses missions sur le fleuve, a permis la régularisation de la plupart d'entre eux.

Ce projet s'apparente ainsi à de la discrimination positive, son objectif étant la correction de difficultés que connaissent aujourd'hui ces Amérindiens, les Wajana, longtemps tenus à l'écart des registres de l'état civil par leur isolement, tant spatial que social.

---

que chacun puisse se le réapproprier. Il fait une série de préconisations, telle que l'ouverture d'une maison de la justice et du droit à Saint Laurent, ouverte depuis.

<sup>497</sup> Le rapport d'activité de la maison de la justice et du droit pour l'année 2001 précise qu'environ 1800 demandes relatives à des problèmes d'état civil ont été présentées à la Maison, dont 754 demandes d'un jugement déclaratif de naissance.

<sup>498</sup> compte tenu des difficultés matérielles à se déplacer sur les vastes communes de la Guyane et de la méconnaissance des lois de ces habitants, peu sensibilisés à l'obligation qui leur est faite de déclarer leurs nouveaux-nés.

## **Le risque de détournement auquel s'exposent ces mesures compensatoires**

Malgré la pleine justification de ces mesures favorables, il faut mener une enquête pour séparer le bon grain de l'ivraie : les Français qui demandent à faire valoir leur bon droit des étrangers qui tentent, frauduleusement, d'« entrer dans la maison ». C'est l'essentiel du travail du VAT.

### ***Les requérants : des fraudeurs peu convaincus***

Si tentatives de fraude il y a, le VAT considère qu'elles ne font pas l'objet d'un effort soutenu, ni même parfois d'une véritable intentionnalité de la part de leurs auteurs.

Il remarque d'abord que la situation n'est pas manichéenne : outre les personnes nées en France qui n'y ont pas été déclarées à leur naissance et celles nées au Surinam qui voudraient profiter frauduleusement de ce dispositif, il y a celles qui ne savent pas bien où elles sont nées, et qui, quitte à désigner une rive, optent pour la française pour les avantages socio-économiques qu'une naissance en France peut procurer, sans qu'il y ait mensonge délibéré de leur part.

Il constate surtout que les requérants réalisent bien peu d'effort pour faire aboutir leurs démarches, ce qui peut paraître surprenant eu égard à l'enjeu en cause. Ce n'est souvent que lorsqu'un membre de leur famille obtient lui-même une carte d'identité française au terme de cette procédure que l'idée leur vient de tenter eux aussi leur chance (*ils se disent « bin pourquoi pas moi, même si je suis née au Surinam, on va essayer »*).<sup>499</sup>

Il arrive ensuite, une fois la procédure d'enquête enclenchée, que l'intéressé n'ait même pas informé les personnes qu'il a désignées comme ses témoins de naissance de la nature du témoignage qui va leur être demandé.

Certains enfin ont fait une demande puis ne se sont jamais préoccupés d'en connaître les suites : soit qu'ils ont entrepris les démarches au moment précis où il leur fallait des papiers d'identité français, mais le temps passant, ce besoin a été géré autrement, puis, *tant qu'ils n'auront pas de souci avec la gendarmerie ou avec une autre autorité, ils ne s'en inquiéteront plus ...*, soit qu'ils s'imaginent que la procédure suit son cours automatiquement et qu'ils seront d'office tenus informés de son issue (ce qui n'est pas le cas pour les réponses défavorables).

Bref, l'objectif est d'obtenir les papiers, les gens « essaient », sans pousser trop avant : *on va tenter le coup (...) on tentera sa chance, quoi (...) De la même manière, c'est de bonne guerre, les gens qui vont se voir refuser la requête ne vont pas forcément manifester un mécontentement ou quoi que ce soit, c'est à dire qu'ils auront essayé, et puis voilà, si ça marche ...*

La légèreté avec laquelle est conduite cette demande rappelle celle évoquée à propos des femmes qui tentent de venir accoucher en France<sup>500</sup>, ou des tentatives, jugées trop « molles », d'obtention d'une couverture maladie, mises en échec au premier défaut de papier ...

---

<sup>499</sup> Cela peut aussi être lors du passage de la commission de recensement, ou bien encore sur la sollicitation d'un professionnel qui conseille d'engager cette démarche ou en demande l'issue si l'intéressé l'a déjà entamée mais sans la suivre : dans une association d'aide sociale, une mairie ou un hôpital (le problème de santé révélant alors l'absence de couverture maladie qui révèle elle-même l'absence de document d'identité) par exemple.

<sup>500</sup> Un médecin surinamien (11) témoigne par exemple de ces tentatives peu persévérantes. Quand le médecin de la maternité de Saint Laurent renvoie une femme enceinte pour qu'elle accouche au Surinam, celle-ci exprime un simple « tant pis, on aura essayé ». C'est quelque chose qu'on essaie, parce qu'on sait que ça peut rapporter de l'argent. Si ça ne marche pas, tant pis.

### ***L'instruction de la demande : une fiabilité toute relative***

Il faut d'abord présenter la procédure elle-même, afin de pouvoir saisir, dans un deuxième temps, toute l'ambiguïté qui la caractérise.

#### La procédure

##### *Requête*

L'intéressé fait une requête écrite auprès du Procureur de la République, en précisant son nom, son prénom, sa filiation, et s'il les connaît, sa date et son lieu de naissance.

##### *Enquête du Procureur*

Le VAT recueille, pour le compte du Procureur, un certain nombre d'informations sur la personne. Ce panel d'informations peut s'étoffer en cours d'enquête : *on peut aussi penser à autre chose quand on fait l'enquête* :

- un certificat de non inscription au Surinam : ce document certifie que la personne n'est pas inscrite sur les registres d'état civil du Surinam (donc n'y est pas née)
- les coordonnées de témoins de la naissance de l'intéressé sur le territoire français
- le livret de famille de la mère de l'intéressé (que celle-ci soit française ou surinamienne) et les actes de naissance des enfants de ce dernier : son propre lieu de naissance peut y figurer
- des documents attestant de l'ancienneté de sa présence sur le territoire français : des certificats de scolarité (s'il a moins d'une vingtaine d'années), des feuilles d'imposition, un carnet de vaccination
- un certificat de conformation : un médecin certifie que l'intéressé présente un état de santé compatible avec l'âge qu'il déclare.

Conjointement, le VAT mène une recherche auprès de différentes archives :

- les registres d'acte de naissance conservés au consul et à l'ambassade du Surinam, à la recherche d'un acte de naissance au Surinam
- le registre des réfugiés surinamiens (pendant la guerre civile du Surinam) : un passé de réfugié fait présumer d'une naissance au Surinam
- l'avis de la commission de recensement de 1998<sup>501</sup> : le requérant était-il recensé, et si oui, quel avis était donné quant à sa demande de jugement ?

---

<sup>501</sup> Face au nombre important de demandeurs de JDN le long du fleuve Maroni, un premier recensement de ces personnes a été réalisé en 1996 par un magistrat du parquet assisté d'un gendarme. Il concernait le Haut Maroni (dont le village principal est Antécum Pata), où vivent essentiellement des Amérindiens Wajana. L'effet de surprise garantissait la fiabilité des listes ainsi dressées des personnes résidant habituellement sur le territoire français (pas de mouvement de population depuis le Surinam). Il a donné lieu à la délivrance d'une soixantaine de JDN.

En 1998, le nombre croissant de demandes de JDN a justifié la création d'un poste de VAT au TGI de Cayenne pour traiter ces dossiers, ainsi que la constitution par le sous préfet de Saint Laurent d'une commission de pré-recensement des Français sans état-civil. Chargée de recueillir l'ensemble des demandes des habitants noirs marrons du fleuve, de les contrôler et de donner sa conviction sur la situation réelle des requérants, au vu des déclarations et des documents produits, la commission s'est déplacée le long du fleuve, dans tous les villages et habitations situés côté français, de Maripasoula à Saint Laurent. Composée de personnalités locales (maires, adjoints, chefs coutumiers, des communes concernées), il lui fallait repérer les personnes venues pour l'occasion de la rive surinamienne, l'opération ayant été médiatisée (journaux, télévision ...) pour « n'oublier personne » ... 855 JDN ont été délivrés, sur 1987 demandés (43%).

L'objectif de ce recensement, qui était de clore le flot de demandes, n'a pas été atteint puisque les demandes affluent toujours ...

### *Enquête de la gendarmerie*

Une fois ces documents réunis, les gendarmes rencontrent :

- les témoins de naissance et enregistrent leurs témoignages : ils doivent pouvoir donner des indications précises telles que la date de naissance, son lieu exact, des détails sur la famille
- les capitaines coutumiers et le maire de la commune de naissance pour les questionner sur l'intéressé : le connaissent-ils et depuis quand, depuis quand vit-il sur le territoire de la commune, etc.
- le personnel du dispensaire le plus proche, pour lui demander si la personne y est connue et depuis quand (malgré les réticences des médecins à l'examen de leurs fichiers, même pour de simples informations administratives)

### *Décision du Procureur*

Au vu des résultats de ces enquêtes, le Procureur peut décider soit de transmettre la requête au Tribunal de Cayenne (un peu moins d'un tiers des 5 à 600 requêtes que traite le VAT chaque année), soit de la rejeter. Dans ce dernier cas, l'intéressé peut stopper là ses démarches. Il peut aussi passer outre ce rejet et présenter sa requête directement devant le Tribunal, le ministère d'un avocat est alors obligatoire.

Ainsi, la requête, qu'elle soit transmise par le ministère du Procureur ou celui d'un avocat, est jugée au Tribunal. La médiation par le Procureur est plus confortable : elle évite d'avoir à payer les frais d'avocat (l'aide juridictionnelle est accordée sur dossier, or les personnes en demande d'un JDN sont souvent dépourvues de tous papiers justifiant du besoin de cette aide) et de rester en contact permanent avec cet avocat, nécessairement basé à Cayenne (aucun n'est installé à Saint Laurent) alors que le Procureur, via ses missions sur le fleuve et par l'intermédiaire du VAT de la Maison de la justice de Saint Laurent, suit en permanence ces dossiers.

### *Jugement au Tribunal*

Le jugement déclaratif y est accordé ou non. Là encore, il est préférable que la demande soit présentée par le ministère du Procureur, car elle est alors généralement accordée.

### *Durée de la procédure*

Au total, la procédure s'étale sur six mois à un an : trois à six mois pour réaliser les enquêtes, puis un mois d'étude par le Procureur et enfin quatre ou cinq mois d'attente pour que le dossier soit audiencé au Tribunal.

### Le VAT émet des doutes sur la fiabilité de l'enquête

Le VAT se montre réservé quant à la capacité de l'enquête à démontrer de façon certaine que la naissance a eu lieu sur une rive du fleuve plutôt que sur une autre : *Mais bon il faut savoir que de toutes façons c'est quelque chose de très compliqué, pour établir une naissance ici,*

---

(source : rapport rédigé par Julien ALLAUX, VAT au TGI de Cayenne, 2001)

*c'est vraiment compliqué. Il faut passer par tout un tas de démarches, de témoignages, et essayer d'établir plus ou moins des renseignements ...*

Un certificat de non inscription au Surinam est demandé pour débusquer les fraudes. Mais il y a quelques mois, le VAT a appris *de source sûre* que ce document se monnaie au Surinam, pour 15 à 30 euros. Non seulement une personne non née au Surinam doit-elle payer pour l'obtenir, mais en plus une autre, née au Surinam, pourra également s'en procurer un faux : *Parait-il que si on est inscrit, ça vaut plus cher. La corruption ça existe beaucoup au Surinam. Et pour cause, c'est pas un pays ... c'est pas forcément des gens qui roulent sur l'or, donc voilà, ceci explique cela. Donc ça a la valeur qu'on veut bien lui attribuer.*

Finalement, seul le certificat d'inscription au Surinam a une valeur certaine et c'est un élément rédhibitoire pour l'enquête. Le VAT estime en effet qu'aucune inscriptions ne peut se faire par erreur sur les registres du Surinam.

Lorsque le lieu de naissance de l'intéressé est mentionné sur les actes de naissance de ses enfants, c'est une information donnée oralement, par lui-même, à l'agent de mairie, *donc ça aura aussi la valeur qu'on veut bien lui donner.*

Les certificats de scolarité, feuilles d'imposition et carnets de vaccination ne font qu'attester de l'ancienneté de la présence de l'intéressé sur le territoire français, sans en prouver la continuité ni le lieu de naissance.

Le certificat de conformation rédigé par le médecin est suspect de complaisance : *des fois il nous précisent même qu'ils seraient nés tel jour, ils sont très forts (rire).*

L'avis de la commission de recensement de 1998 : *C'est qu'un avis, hein. On le prend en compte, c'est une pièce de plus. Mais certains de ces avis se sont avérés erronés, après enquête ... donc l'avis, il reste ce qu'il est ...*<sup>502</sup>

Notons par ailleurs qu'un certain nombre d'éléments pris en compte au cours de l'enquête nous semblent pourvus d'une valeur assez aléatoire, même si le VAT ne le reconnaît pas explicitement.

C'est d'abord la valeur rédhibitoire du certificat d'inscription au Surinam. Le VAT estime qu'aucune inscriptions ne peut se faire par erreur sur les registres du Surinam mais cet avis n'est pas partagé par tous<sup>503</sup>.

---

<sup>502</sup> L'avis peut être positif, à tort. Un médecin exerçant sur le fleuve (35) explique à l'inverse que beaucoup se cachent lorsque débarquent des recenseurs, n'ayant pas compris que le fait d'être repérés comme étant présents en France pourrait les aider dans des démarches administratives : non repérés par la commission, leur éventuelle demande ultérieure n'en sera que plus délicate.

<sup>503</sup> Les Noirs Marrons font de fréquents allers retours côté surinamien, notamment lors de déplacements au « grand village » traditionnel de leur clan, toujours situé sur la rive surinamienne du fleuve. Ainsi, pour Diane VERNON, certaines personnes nées et vivant en Guyane ont pu être déclarées sur les registres au Surinam : des agents de l'état civil passent, demandent leur nom aux gens, puis les inscrivent. Certains font même exprès de se faire inscrire au Surinam, renonçant à demander un JDN, jugé d'obtention trop difficile, se contentant de la nationalité surinamienne avec l'espoir d'obtenir un titre de séjour, alors même qu'ils sont nés en France. (VERNON, communication personnelle)

Un médecin de Grand Santi (35) explique qu'il y a quelques années, un hôpital performant, l'hôpital de Stoelmans, se tenait sur la rive surinamienne, en face de Grand Santi. Les femmes venaient y accoucher, même

La maîtrise de la langue française semble jouer un rôle non reconnu. La plupart des requérants ne parlent pas français mais taki taki. Cela ne pose pas de problème au VAT qui peut disposer d'interprètes lors de tout entretien. Mais l'impact de la non francophonie est ambigu pour les étapes suivantes de la procédure.

La maîtrise du français, *en général*, n'est *normalement* pas un élément qui entre en compte dans l'évaluation du dossier par le Procureur ... ce qui laisse entendre qu'elle peut parfois l'être ? Surtout, en cas de rejet du dossier par le Procureur et de dépôt de la requête directement au tribunal, par le ministère d'un avocat, la personne est tenue d'être physiquement présente lors de l'audience, son degré de maîtrise du français ne peut alors pas passer inaperçu : *Là, c'est un élément dont pourra tenir compte le tribunal. Parce que, mine de rien, c'est la preuve que la personne a bien été sur le territoire français, si elle maîtrise la langue, c'est que forcément elle a côtoyé des Guyanais ...* le VAT ajoute cependant qu'une personne peut passer toute sa vie sur le fleuve côté français et ne pas parler le français, même si c'est de moins en moins le cas, puisque les personnes sont de plus en plus scolarisées.

*C'est pas du tout déterminant, mais c'est comme tout, on en tient un peu compte ... mais par le ministère d'un avocat, là c'est clair qu'on en tient compte, oui, tout à fait, dès lors que la personne sera présente au tribunal.*

En bref, même s'il reconnaît qu'on peut vivre en Guyane sans parler français, ce n'est que pour les personnes qui déposent leur demande directement au Tribunal qu'une non francophonie s'avère un élément défavorable.

Le casier judiciaire : le VAT explique que les antécédents judiciaires n'entrent pas en compte (*c'est un élément dont on ne tiendra pas du tout compte. Légalement, on n'a pas à en tenir compte*) tout en reconnaissant que les gendarmes les notent dans leur rapport.

L'argent peut représenter un obstacle à deux niveaux : lors de la demande du certificat de non inscription au Surinam (même si, à l'instar de nombreux autres Métropolitains, le VAT affirme que *les gens arrivent toujours à se débrouiller pour trouver l'argent, il n'y a pas de barrière de monnaie*) et bien-sûr lors du recours à un avocat.

C'est surtout la position cruciale du VAT, qui participe à la constitution du dossier en amont du Procureur : on a vu que si le dossier est assez complet pour que le Procureur l'accepte, en général le jugement du Tribunal est favorable ; si celui-ci au contraire le refuse, la personne peut faire présenter sa requête par un avocat mais on a vu les difficultés supplémentaires que ce recours signifie : le coût financier des honoraires, le contact à garder avec l'avocat basé à Cayenne, l'appréhension vis à vis de lui (*il y a encore des appréhensions et ça fait toujours peur de passer par un avocat ... Le mot « avocat », ça veut dire argent, quelqu'un qui ne*

---

quand elles habitaient côté français (la qualité des soins était alors notoirement meilleure côté surinamien que français) et leurs enfants étaient déclarés au Surinam. Résultat, aujourd'hui, des personnes qui ont passé toute leur vie à Grand Santi sont déclarées au Surinam. La greffière confirme ces dires.

Un jeune noir marron (40) explique que sa compagne est née il y a 23 ans à Bastien, sur la commune de Saint Laurent. Il n'y avait pas de dispensaire à l'époque, l'accouchement a eu lieu à domicile, avec des matrones. La naissance de l'enfant n'a été déclarée nulle part. A 19 ans, elle est partie faire ses études à Paramaribo. Comme elle n'avait aucun document d'identité, ni même de nationalité, et que c'était plus facile d'en obtenir au Surinam qu'en France, elle est devenue surinamienne, pour 1000 ou 2000F, ce qui est tout à fait abordable quand on travaille en France ; lui-même, salarié à Saint Laurent, les lui a payés.

Il a voulu plus tard qu'elle ait la nationalité française, mais sa demande de JDN a été bloquée quand l'enquête a révélé son inscription sur les registres d'état civil surinamiens. On lui a alors conseillé de plutôt demander un titre de séjour. Il a donc fallu qu'elle commence par aller chercher un visa de séjour au Surinam, puis une demande de passeport, autant de démarches longues et coûteuses.



*parlera pas forcément taki taki.*), la lenteur de la démarche qui met à mal les faibles capacités de persévérance des intéressés, et enfin la mise en évidence de la non maîtrise du français lors du jugement au Tribunal.

Le VAT peut même décider de « court-circuiter » l'avis du Procureur : dès lors qu'il estime que certaines des pièces présentées par l'intéressé attestent incontestablement de sa naissance au Surinam, tels qu'un extrait d'acte de naissance au Surinam, il ne transmet pas le dossier au Procureur, même s'il informe malgré tout la personne de ce qu'elle peut faire présenter sa requête par un avocat (*je ne peux pas non plus faire barrage*).

Le discours de l'emploi-jeune que l'on va présenter ci-dessous mettra en exergue cette position cruciale, en amont du Procureur.

Au total, le VAT considère légitime la possibilité donnée préférentiellement aux habitants de l'Ouest guyanais d'engager des demandes de JDN, même s'il est conscient du risque de fraude et relativise la fiabilité de l'enquête qui lui permet de les repérer.

## **Position de l'emploi jeune**

Cet agent d'accueil, créole, a repris ces dossiers, avec une autre agent d'accueil et la greffière, à la suite du départ du VAT. Elle est beaucoup plus catégorique que ce dernier. Elle décrit des requérants malhonnêtes et des enquêtes totalement dépourvues de fiabilité, les premiers abusant à outrance des faiblesses des secondes.

### **Les enquêtes : non fiables**

*Les enquêtes sont vraiment bidons.*

Lors du pré-recensement de 1998, plus de 800 demandes avaient été acceptées, mais l'agent explique que l'examen a posteriori des enquêtes alors menées a révélé leur manque de rigueur. On *signait sur le bord des tables*, une déclaration orale et deux témoins suffisaient. On s'est aperçu par exemple, *en dépiautant les dossiers*, que certains témoins avaient témoigné pour plus de vingt personnes !!

D'ailleurs, depuis que les agents de la Maison de la justice savent que des certificats de non inscription au Surinam peuvent être des faux et le sont dans *l'immense majorité des cas*, ils examinent eux-mêmes, systématiquement, les actes de naissance dans les fichiers de l'état civil du Surinam. *Par habitude, on commence à connaître le truc.*

### **Les requérants : malhonnêtes et intéressés par l'argent**

#### ***Les fraudes***

*On a eu énormément de fraudes, et maintenant on a les retours de fraude.*

L'agent donne plusieurs exemples de fraudes découvertes a posteriori (les fraudeurs n'étant pas suffisamment intelligents pour cacher longtemps leurs méfaits, explique-t-elle en substance), ces découvertes impliquant de procéder aujourd'hui à des annulations de jugements délivrés antérieurement:

- exemple : un homme a demandé et obtenu un JDN en France sous un nom orthographié différemment de celui sous lequel il était déclaré à l'état civil au Surinam. Les agents de la Maison de la justice s'en sont aperçus parce qu'il a déclaré, sur l'acte de naissance de son enfant, qu'il était lui-même né au Surinam ... Les agents

de la Maison de la justice découvrent ce type de supercherie soit par hasard, au cours d'un examen des registres du Surinam dans le cadre d'une enquête pour une autre personne, soit parce que c'est l'intéressé lui-même qui vient les trouver pour qu'ils rectifient l'acte de naissance de son enfant ...

- exemple : une mère affirme avoir accouché de son enfant en France, mais, ne sachant pas lire, elle mélange tous ses papiers, et sans le savoir, présente aux agents de la Maison de la justice des documents du dispensaire du Surinam attestant de ce qu'elle y a accouché.

Même les élus noirs marrons se jouent de cette situation. L'emploi jeune donne l'exemple d'un village du fleuve, Grand Santi. *C'est à Grand Santi que c'est le plus énorme*. Le maire de Grand Santi, lui-même né sur la rive d'en face, a transmis à la Maison de la justice une liste de 250 personnes prétendument nées à Grand Santi, ce que les agents de la Maison de la justice savent être parfaitement faux.

### ***L'intérêt pour le gain financier***

Alors que le VAT décrivait des requérants qui tentent leur chance dans le but d'obtenir des papiers mais sans persévérer trop longtemps, l'emploi jeune insiste sur

- l'agressivité de certains : *En général, plus elles sont agressives, et plus on sait qu'elles mentent*
- leur objectif qui est celui de prendre l'argent de la Guyane : *ce qui les intéresse, c'est l'argent* : la carte d'identité française permet de toucher les allocations familiales et autres prestations sociales, argent qui servira à vivre sur la rive d'en face, où la vie est beaucoup moins chère

Son expérience d'instruction des requêtes alimentaires la confirme dans ce sentiment, lui donnant à voir de nombreuses femmes qui n'ont des enfants que dans l'objectif de toucher des prestations sociales (RMI, allocation logement, soutien familial, allocation parent isolé, etc.) : *C'est pour ça qu'ils font tant d'enfants, des bidons, on n'en voit pas tant, au Surinam ...*<sup>504</sup>

Elle ne comprend pas que la CAF ne fasse pas plus de contrôles et se réjouit de ce que le CCAS a l'intention de mettre en place des procédures de vérification.

### **La position professionnelle des agents de la Maison de la justice**

L'agent déclare ici parler au nom de l'ensemble des agents en charge de ces dossiers à la Maison de la justice ... mais son discours évoque bien-sûr, avant tout, l'ensemble des discours que les Créoles tiennent pour déplorer leur positions professionnelles humiliantes de prestataires de service vis-à-vis des étrangers, réclamant à l'Etat qu'il reconnaisse l'injustice qu'ils subissent.

---

<sup>504</sup> Elle raconte connaître des *mères maquerelles* dont les jeunes filles sont enceintes à 14 ans et qui demandent à ce que les allocations leur soient versées à elles plutôt qu'à leurs filles mineures. Une employée noire marronne, *très bien*, à la Maison de la justice, sermonne ces très jeunes filles enceintes en leur faisant remarquer que ce n'est pas « leur culture » de tomber enceinte à cet âge. Or si ce n'est pas la culture (hypothèse authentifiée par l'origine noire marronne de cet agent), c'est donc bien l'appât du gain qui est en cause.

Des mères sans papiers prétendent mensongèrement avoir confié la charge de leur enfant à une femme détentrice d'un titre de séjour, de façon à ce que celle-ci puisse toucher des allocations familiales et les leur reverser. Les agents de la Maison de la justice ont pris conscience de ces fraudes lorsque l'une de ces mères est venue leur demander *en pleurant* une annulation de la procédure parce que la femme ne lui reversait pas les allocations ... Désormais, les agents refusent de faire ces transferts.

### ***Humiliés par les fraudeurs***

L'afflux de demandes induit un travail *épuisant* (...), un *boulot énorme*, pour seulement deux emplois jeunes et une greffière.

Le travail d'enquête, alourdi par le dépistage des supercherries des requérants, constitue pour les enquêteurs une tâche non seulement complexe mais aussi humiliante car les plaçant en tant que prestataires de service. Il arrive ainsi que, trouvant l'audition trop longue, un requérant se lève et s'exclame : «  *finalement, je vais aller chercher une carte de séjour, c'est moins long !* » et l'emploi jeune de commenter avec amertume :  *On est vraiment pris pour des cons !!!*

Rappelons que le VAT qualifiait ces enquêtes de *très compliquées* en se référant à leur aspect technique, et commentait l'absence de persévérance des requérants comme un trait simplement surprenant, à l'image de cet exotisme culturel en forme de boîte noire que décrivent de nombreux Métropolitains, surtout les plus jeunes et les plus récemment arrivés en Guyane.

### ***« Lâchés » par l'Etat français***

Cette amertume s'exprime également par une prise à parti de l'Etat.

L'emploi jeune réclame avec véhémence que cette situation soit *dénoncée* auprès des instances politiques en métropole, afin que celles-ci *prennent conscience* du flot de personnes déclarées françaises bien que nées au Surinam.

Cette actuelle absence de prise de conscience de l'Etat s'accompagne du refus de prendre en compte les intérêts des Guyanais, soumis au travail épuisant qu'induisent ces abus. Surtout, les intérêts qu'elle prête à l'Etat lui semblent regrettables. Son explication pour les 800 demandes acceptées lors du recensement de 1998 - *c'était politique, ils voulaient peupler la Guyane* - suggère l'amertume d'une communauté face à son invasion programmée par l'Etat<sup>505</sup>. Cette opposition de point de vue entre l'Etat et les agents de la Maison de la justice s'incarne dans sa vivre réprobation de l'attitude du représentant de l'Etat localement impliqué dans ces procédures, à savoir le Procureur de la République : il ne les *soutient* pas.

S'oppose en effet à cet épuisant travail d'enquête qui vise à écarter cet afflux de demandes frauduleuses la légèreté avec laquelle le Procureur accepte les demandes qui lui sont transmises : il signe quasiment tout dossier qui lui est présenté, et une fois signé, tout dossier est audencé, bénéficiant le plus souvent d'un jugement favorable (selon le VAT, c'était pourtant moins d'un tiers des dossiers qui lui étaient présentés, que le Procureur acceptait). Alors que le VAT constatait la légèreté des requérants, l'emploi jeune déplore la légèreté du Procureur.

### **Pratiques de l'emploi jeune, telles que justifiées par l'ensemble de ces considérations**

Alors que le VAT expliquait simplement que *Vu le nombre de fraudes auquel on a affaire, c'est de plus en plus dur d'avoir un jugement déclaratif de naissance*, l'emploi jeune affirme

---

<sup>505</sup> Le ressentiment des Créoles à l'égard des tentatives de l'Etat de peupler « leur » terre n'est pas nouveau. On l'a déjà évoqué à propos de l'installation des Hmong en 1977-79. Juste avant l'arrivée de ces derniers, le plan vert de 1975 (vaste plan de colonisation agricole, par implantation d'exploitants métropolitains, dont l'échec a signé la fin des migrations planifiées par l'Etat) avait lui aussi été dénoncé par les indépendantistes créoles de l'époque qui l'avaient qualifié de « génocide par substitution » (expression initialement formulée par Aimé Césaire dans les années 60 aux Antilles). (LEMAIRE, Xavier, communication aux Journées d'automne organisées par le GDR MIRI, 17-20 septembre 2001 ; Cf. également LEMAIRE, Xavier, « la France en Guyane ou le pouvoir ultra-périphérique. Sociologie de l'action administrative et institution imaginaire de la différence culturelle dans un département français d'Amérique », thèse de sociologie, Paris, EHESS, 2000, 951 p.)

que les demandes ne sont désormais plus acceptées : *on arrête sur le principe*.<sup>506</sup> Il n'est que trop temps d'interrompre l'application de ce régime de faveur : *Ca devrait être fini depuis deux ans*.

Ainsi, pour parer à la légèreté du Procureur, l'emploi jeune prend soin de ne lui proposer que les dossiers qu'elle juge elle-même valables, opérant pour les autres un refus en son nom (du Procureur) ... soit aucune des 76 demandes qu'elle a reçues au cours de ces deux derniers mois (depuis le départ du VAT).

Mais elle déplore deux éléments qui viennent perturber la sélection drastique qu'elle opère.

### ***Contournement de son champ d'action***

Elle s'insurge de ce que certains requérants « court-circuitent » son examen, en venant directement s'adresser au Procureur lors de l'une de ses venues à Saint Laurent, alors qu'il est assis à la terrasse d'un café : *il fait beau, les gens viennent lui demander de signer leur papier ... et il signe !!* Sans plus de formalité, ce qui la met en colère, puisque revient à réduire à néant tout son travail d'enquête.

Si le Procureur, ainsi que *les autres du Parquet de Cayenne* restent sourds à sa réprobation, c'est parce qu'ils sont métropolitains, donc incapables de se rendre compte de la de la réalité de la situation à Saint Laurent puisque leur exercice professionnel en Guyane ne dure que quelques années. Par exemple, l'examen de la façon d'écrire permet de savoir si une personne a été scolarisée au Surinam ou en France, mais *ils n'en ont pas idée*. Peu soucieux de pousser si avant toute réflexion, il viennent à Saint Laurent pour *s'amuser, faire du tourisme, prendre l'air*, notamment l'un d'eux, basé en Martinique, qui déclare *adorer la Guyane ...* et qui signe n'importe quoi. Au-delà du manque de sérieux, l'emploi jeune suspecte aussi une sorte de paternalisme : *C'est colonialiste, pour se donner bonne conscience, pour aider « ces pauvres gens » ...*

Elle regrette ainsi le pouvoir excessif de ces juristes ... lesquels contestent de leur côté le pouvoir que s'octroie les agents de la Maison de la justice, puisqu'elle raconte elle-même que la Maison de la justice a été saisie par le barreau *pour rétention d'état-civil*, signe selon elle d'une totale absence de prise de conscience de la situation par le Parquet de Cayenne.

### ***Action des avocats***

Une fois que l'emploi jeune a rejeté leur demande, certains requérants font malgré tout appel à des avocats. Ces derniers non seulement acceptent volontiers ces affaires car l'aide juridictionnelle dont bénéficient la plupart de ces requérants les paie très bien<sup>507</sup>, mais en plus ils ne connaissent pas plus que leurs collègues magistrats la réalité de la situation locale. Là

---

<sup>506</sup> La greffière, responsable de ce service à la Maison de la justice, métropolitaine, justifie l'arrêt de l'acceptation des demandes (non total, les dossiers sont encore étudiés, mais rares sont les cas encore recevables : par exemple, un certificat d'un médecin de dispensaire attestant de la naissance de la personne peut encore faire accepter la demande), non pas par les abus antérieurs, mais par le fait que les raisons pour lesquelles ces demandes étaient acceptées, ces trente dernières années, ne sont aujourd'hui plus valables :

- tout le monde aujourd'hui sait qu'il faut déclarer les enfants (aux maires d'informer leurs administrés ; il y a quinze ans, c'était les religieuses qui donnaient ces informations)
- le délai d'un mois permet à chacun de déclarer son enfant (les raisons géographiques ne sont plus valables)

<sup>507</sup> Selon l'emploi jeune, toutes ces personnes bénéficient de l'aide juridictionnelle ... pourtant, selon le VAT, l'obtention de cette aide pose problème particulièrement chez ces individus dépourvus de tout papier, de plus l'exemple qu'elle cite en suivant est justement celui d'une personne qui payait son avocat, et elle explique même que c'est pour cela que l'avocat a persévéré et gagné le procès.

aussi, l'emploi jeune *les a briefés*, de façon à ce qu'ils arrêtent de *dire n'importe quoi* pour faire passer ces dossiers.

Mais eux non plus ne l'écoutent pas toujours. *Le coup de grâce* lui a été porté par l'un d'eux, gagnant une requête en nullité sur un dossier qu'elle avait refusé, en ayant fondé son argumentaire sur une série d'éléments qui la laissent pantoise : l'état civil au Surinam ne serait pas bien tenu ; les *kabiten* et les *Grand Man* seraient dignes de bonne foi eu égard à leur connaissance approfondie de leurs populations ... elle a ce jour-là éprouvé une grande envie de jeter l'éponge ... Selon elle en effet, ces registres sont parfaitement bien tenus, l'étaient déjà à l'époque de la colonie hollandaise, et le sont restés, même pendant la guerre. Elle ne pense pas qu'il serait possible qu'une personne née côté français, se rendant régulièrement côté Surinam pour y rendre visite à de la famille ou pour y pratiquer certains rituels, puisse y être enregistrée car c'est la sage femme qui assiste à la naissance qui fait la déclaration, et les officiers d'état civil sont très sérieux.

Au total, l'emploi jeune considère illégitime la possibilité donnée préférentiellement aux habitants de l'Ouest guyanais d'engager des demandes de JDN en raison des fraudes massives auxquelles elle donne lieu. Cette position l'amène à stopper la procédure (refusant de transmettre les requêtes) et s'opposer aux représentants de l'Etat, qui incarnent l'absence de conscience plus générale de l'Etat français de la situation d'invasion départementale.

## **Complexification de la typologie Créoles/Métropolitains**

La confrontation des discours de ces deux professionnels, travaillant au sein de la même institution sur la même question, permet d'opposer des points de vue déjà décrits de façon plus générale dans les chapitres précédents. Reprenons.

Le défaut de persévérance des requérants étonne comme un trait un peu exotique le VAT tandis qu'il renvoie l'emploi jeune à une humiliante fonction de prestataire de service parmi d'autres sur le marché de l'accès aux prestations sociales françaises ; le VAT considère comme un devoir de l'Etat français la facilitation de cette procédures en ce qu'elle permet l'intégration de populations jusque là exclues, alors que l'emploi jeune déplore l'inconscience de ce même Etat français qui ouvre l'accès à la citoyenneté française, et la porte de la Guyane, à des intrus intéressés avant tout par la manne financière qu'elles représentent. Ces points de vue façonnent les pratiques : le VAT travaillait à constituer des dossiers tout en reconnaissant leur complexité tandis que l'emploi jeune les refuse *sur le principe*, considérant que toute demande est une demande frauduleuse<sup>508</sup>.

Mais ils serait trop simple d'opposer le Métropolitain vaguement culpabilisé par le passé colonialiste de son pays à la Créole préoccupée par une invasion de son département décidée par un pouvoir central lointain. La position métropolitaine peut en particulier être

---

<sup>508</sup> Notons que de 1994 à 2000, seuls 49% des jugements refusés le sont pour fraude (naissance au Surinam (37%), au Brésil (0,5%) et fausses déclarations (11,5%)).

En revanche, ce sont 31% des jugements refusés qui le sont en raison de l'impossibilité de mener l'enquête à son terme (l'intéressé (ou parfois les témoins) ne défère pas aux convocations, ou son adresse est inexacte). Ce taux élevé est à mettre en parallèle avec le commentaire du VAT sur le défaut de persévérance des requérants, ou la mobilité bien connue de la population noire marronne.

L'essentiel des autres refus le sont pour défaut de preuves suffisantes. (source : rapport du VAT du TGI de Cayenne, Julien ALLAUX, 2001)

complexifiée selon au moins deux critères : la posture professionnelle et l'ancienneté du séjour en Guyane. C'est ce que démontre l'analyse des deux entretiens présentés ci-dessous.

### **Position d'une assistante sociale hospitalière**

Elle se caractérise par une adhésion aux déclarations des patients suivis, adhésion selon elle justifiée par sa fonction professionnelle.

Elle considère que son métier n'est pas de vérifier les dires des personnes dont elle s'occupe, ce rôle revenant plutôt aux services de la police par exemple. Selon elle, le rôle de l'assistante sociale en poste à l'hôpital est d'aider à la résolution des problèmes sociaux des malades afin de laisser ces derniers se consacrer pleinement à leurs soins. En outre, elle estime ne gérer que des situations « graves », c'est à dire graves d'un point de vue social, parce qu'en Guyane on est *dans le b-a-ba*, ce qui est acquis pour la plupart en métropole est encore à obtenir ici : pièce d'identité, CMU, etc.<sup>509</sup> Les partenaires professionnels qu'elle peut être amenée à interpellier le savent. Par exemple, ses interlocuteurs CGSS et CAF ont compris que quand elle les appelle, c'est pour un besoin d'ouverture de droits urgent en raison par exemple d'un besoin de soins lui-même urgent, ils font donc en sorte d'accéder au plus vite aux demandes qu'elle leur transmet.

Mais les agents de la Maison de la justice ne semblent pas entendre ce raisonnement ...

Elle donne l'exemple d'un homme d'une quarantaine d'années, suivi par le service de psychiatrie, dont la naissance n'a pas été déclarée et dont les témoins de naissance ont disparu, y compris sa propre mère. L'interrogatoire est en outre rendu difficile par sa pathologie mentale : *il a eu le malheur de perdre sa mère et de pas faire ça* [les démarches de JDN] *avant, donc c'est un Monsieur qui n'existe pas, donc qui ne peut pas avoir de droit* (sans carte d'identité française (ni de titre de séjour puisqu'il n'est pas étranger non plus), il ne peut pas prétendre à l'AAH, le RMI, la Sécurité sociale, etc.).

Or les agents de la Maison de la justice lui expliquent qu'*ils ne sont pas dans le social* puisqu'ils sont juristes et qu'ils n'entendent donc pas les arguments qu'elle leur avance. Celle-ci rétorque que leur différence de *point de vue* professionnel ne doit pas les empêcher d'entendre et d'intégrer au dossier la situation sociale précaire du requérant, l'impossibilité d'accéder à ses droits compromettant l'investissement dans ses soins.

En outre, elle ne veut pas mettre en cause les déclarations du patient, lequel affirme être né sur le territoire français : *on travaille avec la confiance des gens, hein, donc pour moi il est né sur le territoire français*. Elle reconnaît pourtant spontanément que la déclaration du patient est indubitablement liée à l'intérêt socio-économique en jeu et non seulement à la véracité des faits allégués. Il s'agit en fait pour elle autant d'adhérer aux déclarations de la personne que d'accompagner son projet de vie, lequel se trouve bâti autour de l'acquisition de la nationalité française. Elle explique en effet que cet homme, en cas de refus du JDN, ne demandera pas un document d'identité au Surinam pour pouvoir ensuite au moins demander un titre de séjour en France, et les droits sociaux liés à la présence étrangère régulière sur le territoire : *la Guyane c'est l'Eldorado, quoi, cette personne, il a pas envie d'être surinamien, je veux dire, pour lui il est français !! (...) on travaille avec les gens (...) il va falloir qu'il fasse le deuil de son espoir d'être français, pour obtenir autre chose, il en est loin, et c'est même*

---

<sup>509</sup> Plusieurs assistantes sociales expriment d'ailleurs leur frustration de ne pas pouvoir élaborer des suivis sociaux plus complets, étant constamment contraintes de revenir aux questions « de base », tant est précaire la situation sociale de la majeure partie de la population suivie.

*pas envisageable pour l'instant. Nous, on est obligé de travailler avec les gens, leurs possibilités et leurs incapacités mais aussi avec l'administration et ses lenteurs et ses refus.*

Autre exemple, celui d'une enfant atteinte d'une pathologie létale à court terme, pour laquelle un JDN a été demandé afin *qu'elle passe la fin de sa vie dans de bonnes conditions*, c'est à dire avec par exemple un fauteuil roulant acquis grâce à l'AES (allocation d'éducation spéciale). Voilà un an qu'on attend une réponse à la demande de JDN, déposée avec la mention « urgent » par les collègues qui l'ont précédée. Elle a donc interpellé les agents de justice en soulignant qu'elle est *l'assistante sociale de l'hôpital*, pour signifier implicitement *qu'il y a une maladie*, et explique que « *cette enfant pourrait prétendre à des droits auxquels elle ne peut pas prétendre parce qu'il n'y a pas ce jugement déclaratif de naissance, et puis on fait pas très souvent appel à vous, donc si on le fait c'est que vraiment c'est important* ».

En d'autres termes, elle estime que l'enjeu général dans lequel s'inscrit la demande de JDN, enjeu auquel elle, en tant qu'assistante sociale, travaille (ouverture de droits sociaux pour faciliter le soin ou la fin de vie), est suffisamment important pour balayer les critères relatifs à la procédure particulière du JDN, à laquelle travaillent les agents de justice, à commencer par l'interrogation sur la véracité des déclarations des requérants.

Cette adhésion aux déclarations des patients, justifiée par l'importance de l'enjeu social en cause, s'accompagne en outre, dans le discours de cette assistante sociale, d'une absence d'interrogation de certaines pratiques locales, comme si elles se justifiaient simplement par le contexte guyanais (culturel, géographique, etc.). Par exemple, face à un jeune patient français qui craint de se voir refusé des soins s'il n'a pas d'argent pour les payer, mais qui pour autant ne se fait pas ouvrir préventivement des droits à une couverture maladie, elle ne cherche pas d'interprétation, c'est simplement une mentalité différente « ici ». Ou bien, pour expliquer que certains, encore aujourd'hui, sont dans l'incapacité de déclarer leurs enfants nouveaux-nés, elle donne l'exemple – très particulier et très « exotique » - des habitants des îles récemment déclarées françaises, distantes de la mairie et du dispensaire français les plus proches de plusieurs heures de pirogue, dont les enfants naissent parfois sur la pirogue pendant le voyage, avec donc difficulté pour dire si c'est au Surinam ou en Guyane, et sans assez de témoins pour obtenir ensuite un JDN (il n'y a qu'un piroguier) ...

Cette adhésion, avec une absence d'interrogation justifiée par une sorte d'aura mystérieuse, pas nécessairement péjorative ou admirative, est exprimée par plusieurs Métropolitains arrivés, comme cette assistante sociale, très récemment en Guyane (on en a vu notamment un autre exemple dans le chapitre sur les traitements différentiels par adaptation intempestive de la législation sociale au regard des « éléments culturels », on l'a également évoquée juste au-dessus avec le discours du VAT).

L'adhésion aux déclarations de l'intéressé, qui amène l'assistante sociale à s'opposer aux agents de la Maison de justice, procède finalement non seulement d'une posture professionnelle (elle vise avant tout l'accès aux droits sociaux de la personne suivie et elle considère que cet objectif prime sur les considérations des agents de justice) mais aussi d'une appréhension de l'« autre culturel » qui passe par sa mise à l'écart (on ne l'interroge pas avec les mêmes critères que le soi), même si, paradoxalement, l'intention de cette mise à l'écart est favorable.

## Position d'un médecin hospitalier

Tout à l'opposé se situe le discours de ce médecin, dont on a déjà largement présenté la position dans la partie « Illustration : l'application d'un système inadapté à sa population d'utilisateurs ». Présent en Guyane depuis plus de vingt ans, ce médecin a été témoin et acteur de la mise en place du système socio-sanitaire national au niveau de l'Ouest guyanais et de l'éveil concomitant de l'intérêt de la population noire marronne pour les prestations sociales, intérêt rapidement mué en attirance irrésistible qui a perverti tant la culture noire marronne traditionnelle (par assimilation à la société de consommation occidentale) que le système socio-sanitaire lui-même (les diverses prestations étant détournées de leurs objectifs initiaux pour ne plus servir qu'une soif monétaire insatiable). Le signe premier de l'intérêt des Noirs Marrons pour ces prestations sociales accordées en Guyane est leur immigration massive depuis la rive surinamienne du fleuve. Il rappelle que dans les années 70, il y avait très peu de Noirs Marrons en Guyane : *ça aussi c'est encore un mythe, ça : « la Guyane, les Noirs Marrons ... »*. Saint Laurent était constitué de trois petits villages d'une dizaine de cases chacun. Apatou comptait 300 habitants, contre 4000 aujourd'hui. Tous les habitants de Grand Santi et de Maripasoula étaient créoles. Ainsi, dans leur très grande majorité, les Noirs Marrons qui habitent aujourd'hui le long de la rive française du Maroni viennent du Surinam. Dans ce contexte d'immigration massive et de *trafics d'identité* généralisés (pour obtenir diverses prestations), le Dr S qualifie les *fameux jugements déclaratifs de naissance de monstruosité incroyable, parce que tous ces gens-là ne sont jamais nés sur le territoire français*.

Pas plus de quelques dizaines de personnes ont pu effectivement naître sur le territoire français et avoir ensuite rencontrer des difficultés à le prouver. Grand Santi en 1979 était constitué de cinq maisons. Mais selon les demandes de JDN, il y aurait eu 400 accouchements par an ... *Il faut pas exagérer quand même !*<sup>510</sup>

Le jour où passent les commissions qui viennent de Cayenne, 400 personnes font le voyage depuis Paramaribo pour essayer d'avoir leur JDN.

Lui aussi remet en cause la compétence des juges en charge de ces jugements, leur absence de connaissance de la Guyane les amenant, au nom de principes inopportuns, à les accepter : *Et puis après on a nommé un juge de métropole qui au bout de trois mois a dit « ha, c'est pas normal, tous ces sans papiers », qui a balancé des trucs comme ça ... mais je l'ai rencontré ce type-là, il connaissait rien à rien*.

La procédure d'enquête et de jugement, desservie par la méconnaissance des professionnels chargés de la mettre en œuvre, offre un rempart bien dérisoire à ce flot de demandes mensongères. Résultat, les détournements majeurs sont monnaie courante. Des Surinamiens, réfugiés dans les camps français pendant la guerre, sont repartis au Surinam à l'issue de celle-ci, avec une prime de départ de 3000 F par adulte, soit *un pactole* de 20 000 F avec les enfants, qui leur a permis d'acheter une maison au Surinam. Six mois plus tard, ils revenaient à Saint Laurent, sous un autre nom, demandaient et obtenaient un JDN selon lequel ils étaient nés à Apatou, et sont donc désormais français tout en vivant confortablement au Surinam des

---

<sup>510</sup> Grand Santi est également épinglé dans le discours de l'emploi-jeune, comme on l'a vu. Notons de plus que lors du passage de la commission de pré-recensement de 1998, le nombre de demandes déposées et le taux d'avis défavorables rendus y étaient les plus élevés des communes du fleuve (67% d'avis défavorables sur les 858 demandes faites à Grand Santi, contre un taux de 57% et un nombre total de 1987 demandes pour tout le fleuve). En outre, sur le total des 1997 demandes refusées entre 1994 et 2000, 43% concernent la seule commune de Grand Santi, soit là aussi le taux de refus de loin le plus élevé par commune. (source : rapport rédigé par Julien ALLAUX, VAT au TGI de Cayenne, 2001).



prestations sociales françaises ... *j'en connais plein, et qui maintenant ont une maison gratuitement, ont le RMI, les allocs, qui foutent plus rien, et qui roulent en BMW ! Je connais des gens qui roulent en BMW, qui ont jamais travaillé à quoi que ce soit, simplement en trafiquant comme ça ...*

Pire, à l'instar des allocations familiales, cette procédure suscite de graves dérives : des jeunes filles monnayent par des relations sexuelles un faux témoignage de leur naissance par des hommes âgés, d'autres les achètent 1000 ou 2000 francs ...

Cette procédure, censée répondre à un besoin spécifique, se voit ainsi insérée dans un contexte généralisé d'abus de prestations sociales que l'Etat est coupable de laisser se développer : *l'Etat français est complètement au-dessous de tout.*

Sa longue expérience de terrain donne donc à ce médecin des arguments pour dénoncer les dérives majeures de la procédure, tant par les fraudes dont elle fait l'objet que par son illégitimité de départ (rares sont les personnes effectivement nées en France et non déclarées). Et comme l'emploi jeune créole également, il est critique à l'égard de l'Etat français et de ses représentants qui agissent en totale méconnaissance de la réalité locale, au nom de principes inadaptés. Il insiste moins en revanche sur l'humiliation que représentent ces fraudeurs pour les professionnels, ce qui peut s'expliquer par sa fonction professionnelle (il n'a pas à les gérer) et son appartenance ethnique (l'invasion n'est pas celle de « son » pays). Cette sorte de distance émotionnelle l'autorise d'ailleurs à poser un regard quasi scientifique sur l'effondrement de la culture noire marronne, présentée non pas, comme dans le discours de l'emploi jeune, comme une manifestation de la nature vicieuse des Noirs Marrons, mais comme la conséquence dramatique de l'intrusion inappropriée du système socio-sanitaire français.

Notons que des deux acteurs métropolitains interrogés à la Maison de la justice - la greffière et le VAT -, la première, plus anciennement présente sur le territoire, est là aussi la plus critique à l'égard de la procédure (sur-estimant le nombre de JDM délivrés et souhaitant l'arrêt des délivrances).

## **Conclusion**

La question des JDN illustre bien une dimension de la complexité, vécue et exprimée par les professionnels, de l'application du système socio-sanitaire français en terre d'outre-mer : à la volonté métropolitaine de prendre en compte les difficultés particulières liées au passé colonial<sup>511</sup> répondent les craintes locales, c'est à dire créoles, d'invasion étrangère ou de perpétuation, via les prestations sociales, de l'écrasement des cultures locales.

Reprenons les différents éléments qui nous sont apparus pertinents dans la construction de la position des professionnels à l'égard de cette procédure.

C'est d'abord, « bien-sûr » a-t-on envie de dire, l'appartenance ethnique. La nature des commentaires tenus sur les JDN et leur abondance témoigne des tensions identitaires qui traversent cette société pluri-ethnique soumise à une forte pression migratoire, au sein de laquelle la reconnaissance de la nationalité française aux membres des sociétés autrefois dites « tribales » de l'intérieur ou à leurs frères surinamiens réactive les interrogations identitaires du groupe créole autrefois largement dominant.

---

<sup>511</sup> Même si la situation actuelle de certains avait été voulue par eux-mêmes : le VAT souligne l'exemple des Amérindiens Wajana, longtemps exclus ... mais ils ont refusé en 1969 la nationalité française.

Les propos tenus par des Métropolitains anciennement installés en terre guyanaise viennent ici globalement conforter la parole créole, même si leurs arguments diffèrent. Là en effet où leurs collègues métropolitains nouveaux-venus adoptent semble-t-il la position de l'explorateur mâtiné d'humanitaire qui découvre, chez ces populations « en grand besoin » une « culture exotique qui n'a pas à se justifier », les anciens s'emportent contre ces « mythes » et observent avec amertume une société « traditionnelle » se désagréger sous les coups de buttoir d'une société de consommation qu'ils ont contribué à importer.

La fonction professionnelle, enfin, a elle aussi son importance, bien que dans une moindre mesure. Le personnel en charge de ces dossiers, dont la mission est de traquer les abus, ne peut ignorer ces derniers, tandis que l'assistante sociale « assiste » sans sembler vouloir s'en poser la question.

Au final, l'importance prédominante des deux premiers éléments, l'appartenance ethnique et l'ancienneté du séjour avec l'appropriation de certains discours tenus « localement », montre combien il s'agit ici les enjeux identitaires pèsent sur les difficultés « techniques » de l'application d'une procédure juridique.

## Légitimité des soins

Surinamiens, Haïtiens, Brésiliens, Guyaniens, Saints-Dominicains, Sainte-Luciens ... en matière d'accès aux soins, les étrangers, perçus comme à la fois omniprésents et porteurs de spécificités notables, donnent matière à la plupart des commentaires énoncés par les professionnels métropolitains. On a présenté dans les paragraphes précédents certaines de ces particularités : peu à même de mener à bien des démarches administratives, fidèles à des pratiques thérapeutiques traditionnelles, victimes du racisme des Créoles, etc.

Leurs démarches d'accès aux soins sont en outre limitées du fait même de leur statut juridique d'étrangers. C'est le cas par exemple de ceux d'entre eux en séjour irrégulier sur le territoire, qui ne peuvent prétendre à la CMU. Ils sont également beaucoup plus fréquemment que les Français concernés par certaines restrictions, comme la non résidence en France qui interdit de bénéficier de toute couverture maladie lors d'un séjour temporaire en France<sup>512</sup>.

Or les professionnels de l'accès aux soins sont en mesure d'influer sur ces situations : ils peuvent stopper, ou aider, passivement (en « fermant les yeux ») ou activement (en suggérant de se procurer un certificat d'hébergement de complaisance), les démarches d'obtention d'une couverture maladie d'un étranger malade venu en Guyane s'y faire soigner sans y résider (ce que l'on appelle le « tourisme médical ») ; ils peuvent aussi appuyer, ou non, ou sous des conditions variables, la demande d'un titre de séjour pour soins qui permet à un étranger malade et en situation irrégulière un accès aux soins plus confortable grâce à la CMU, l'AAH, etc. Ces pratiques peuvent se révéler décisives pour l'accès aux soins des intéressés, puisque est en jeu l'obtention d'une couverture maladie ou d'un titre de séjour pour soins. Elles sont néanmoins diverses, d'un acteur à un autre. S'inscrivant en effet en marge des situations balisées par le droit, voire s'affranchissant délibérément de la sphère juridique, elles expriment les positions que chaque professionnel élabore sur des thématiques complexes : comment attribuer les qualifications d'étranger et de non résident quand on est soi-même porteur d'une contradiction identitaire - Français mais « nouveau-venu » - et que la réglementation nationale que l'on applique n'a pas été élaborée en tenant compte des particularités locales ? Comment interpréter les conditions légalement requises pour les demandes de titre de séjour pour soins quand on est soi-même professionnel de l'accès aux soins ? Etc.

Les réponses à ces questions impliquent, à un moment ou à un autre, une évaluation des requérants au regard de critères non définis réglementairement : méritent-ils d'être intégrés au système socio-sanitaire ou plus largement à la société française ? Quelle compassion leur besoin de soins inspire-t-il ? Quelle est, en somme, leur légitimité à être soignés (ou « soignables ») ? Cette évaluation se base sur des critères tels que la gravité de la maladie (un malade plus gravement atteint est-il plus légitime ?), un degré d'étrangeté (le malade « plus étranger » est-il moins légitime ?) ou encore des caractéristiques morales (la notion du mérite

---

<sup>512</sup> C'est aussi le cas des Français vivant à l'étranger, mais cette éventualité est suffisamment rare pour que l'on considère que ces situations sont, au quotidien, celles d'étrangers.

peut chapeauter des éléments aussi divers que l'ancienneté de la présence sur le territoire, l'assiduité aux services biomédicaux ou l'apprentissage de la langue française<sup>513</sup>).

Il s'agit en somme de pratiques déterminantes pour l'accès aux soins, qui concernent exclusivement des étrangers (au sens juridique et non sociologique du terme) et qui traduisent des positions que prennent, individuellement, chaque acteur professionnel, par sa « libre » interprétation des réglementations. Autant de raisons qui nous ont conduits à nous arrêter sur la façon dont elles sont élaborées et justifiées.

On a vu que les acteurs créoles qualifient d'envahissante l'omniprésence des étrangers et considèrent qu'elle les met en difficulté dans leurs activités professionnelles quotidiennes, voire menace à long terme la viabilité de tout le système socio-sanitaire. On a présenté ci-dessus un certain nombre de leurs pratiques, dont l'objectif ainsi justifié est de restreindre l'accès aux soins des étrangers - tant qu'ils ne sont pas « gravement malades »<sup>514</sup> - en ce qu'ils ne méritent pas d'intégrer le système socio-sanitaire et partant la société guyanaise.

Les positions des acteurs métropolitains relatives à la légitimité des étrangers au sein du système de soins sont plus diverses. Pour mieux les comprendre, envisageons successivement les commentaires énoncés sur la légitimité de la présence des étrangers en Guyane, puis sur celle de leur besoin de soins.

### **Légitimité de la présence étrangère sur le territoire guyanais**

A Saint Laurent, l'immigration en provenance du Surinam est considérablement accrue depuis la guerre du Surinam débutée en 1986, elle fait l'objet de nombreux commentaires, les professionnels métropolitains reconnaissant l'inadaptation « objective » du système national de contrôle des frontières aux particularités du contexte local, mais critiquant les pratiques de l'Etat en matière de régularisation des étrangers installés sur le territoire. La question de la « responsabilité créole » - que l'on a vue très prégnante dans les discours sur l'inefficacité du système du soins - est en revanche absente de ces commentaires, tant il est reconnu que la maîtrise de l'immigration relève de décisions de l'Etat, mises en œuvre localement par des acteurs métropolitains.

---

<sup>513</sup> Remarquons que ces critères ne sont néanmoins pas loin des critères retenus par la réglementation : l'accès aux soins y a également été conditionné par d'une part l'ancienneté sur le territoire (plus ou moins de trois ans pour l'AME totale/hospitalière d'avant 2004) et l'est encore (plus de trois mois pour la CMU, de même pour l'AME depuis 2004) et d'autre part la gravité du besoin de soins (pour l'AM d'avant 1992, comme pour celle d'après 2004 et pour le titre de séjour pour soins), etc.

<sup>514</sup> On a vu que la CGSS a réservé et réserve peut-être encore en 2002 l'accès à l'AME aux seuls étrangers malades, voire en besoin de soins « urgents ». En outre, le besoin de soins peut légitimer l'accès aux soins mais pas le droit au séjour : la possibilité de régulariser la situation au regard du séjour en France au motif de maladie grave ne pouvant être soignée au pays d'origine n'est pas connue d'un responsable CGSS (27) qui estime que la possibilité de délivrance d'une AME rend superfétatoire cette disposition législative. Ce discours contraste considérablement avec celui de la plupart des professionnels métropolitains interrogés qui, on va le voir plus loin, attribuent une forte légitimité à cette possibilité de régularisation pour soins.

## Des frontières perméables : l'inadaptation du système national à l'Ouest guyanais

La grande majorité des acteurs métropolitains s'accordent pour décrire la grande facilité avec laquelle les étrangers dépourvus de titres de séjour traversent la frontière avec le Surinam. Ils estiment également qu'une fois sur le territoire, ces étrangers font l'objet de peu de contrôles et d'expulsions, comparativement à la situation métropolitaine. Par exemple, les femmes dépourvues de titre de séjour ne sont pas expulsées si elles présentent une convocation à l'hôpital pour le suivi d'une grossesse ou le carnet de naissance d'un enfant né en France, circonstances qui ne les protégeraient pourtant pas en Métropole (certaines même ne se déplacent pas sans leurs enfants).

Ces observations, faites par des professionnels du système de soins, sont confirmées par les acteurs-mêmes de ce contrôle des frontières, tels que des gendarmes et un douanier (64, 79). Certains de ces derniers, qui ne sont mutés en Guyane que pour quelques mois, ont encore à l'esprit leurs pratiques de métropole, qu'ils décrivent comme moins conciliantes.

Pour expliquer cette tolérance spécifique à l'Ouest guyanais - *une certaine tolérance*, selon les termes d'un douanier (79) -, les acteurs du système de soins comme ceux de l'ordre public pointent avant tout des difficultés techniques.

Les données géographiques constituent des obstacles quasi insurmontables. Il s'agit par exemple de l'impossibilité matérielle à reconduire les sans papiers au Surinam, quand ils sont contrôlés en forêt ou sur le fleuve<sup>515</sup>. Mais c'est surtout le défi majeur que pose aux forces de l'ordre la perméabilité de la frontière avec le Surinam (le fleuve Maroni, long de 520 km, d'une largeur de deux kilomètres entre Saint Laurent et Albina, y est traversé en quinze minutes en pirogue) : la très grande facilité de la traversée rend impossible la surveillance de la frontière et permet en outre aux Surinamiens reconduits<sup>516</sup>, sitôt débarqués côté surinamien, de repartir sur la rive française<sup>517</sup> (on dit même que leurs pirogues les ramènent avant que le bac des gendarmes ne soit lui-même de retour ...). Dans ces circonstances, les éléments réglementaires censés être favorables aux étrangers sont superflus<sup>518</sup> et ces derniers peuvent

---

<sup>515</sup> Débarqués en pleine forêt sur des sites d'orpaillage clandestin, les gendarmes (64) ne peuvent pas embarquer les orpailleurs dans leur hélicoptère, par manque de place ; de même sur les sites sur le fleuve, il leur est impossible de ramener tous les orpailleurs sur leur pirogue ... ils doivent donc se contenter de remettre aux intéressés des invitations à quitter le territoire, conscients du faible impact probable de leur intervention, n'ayant jusqu'à une certaine époque *même pas le droit* de détruire le matériel trouvé sur place ... *ils* [les orpailleurs] *devaient être morts de rire !*

Notons que depuis, les textes juridiques ont été modifiés, en ce qui concerne la Guyane, permettant désormais aux forces de l'ordre qui saisissent du matériel clandestin, par exemple sur les sites d'orpaillage, de le détruire sur place (au lieu, comme avant, de le laisser là ou de le ramener par hélicoptère).

<sup>516</sup> Les Surinamiens, ainsi que les Haïtiens entrés via le Surinam, sont reconduits au Surinam, les Brésiliens au Brésil et les autres étrangers, issus de pays non frontaliers sont, envoyés à Cayenne, d'où ils sont reconduits par avion dans leurs pays d'origine.

<sup>517</sup> Un gendarme explique qu'il lui arrive de ramener côté surinamien le même étranger trois fois dans la même journée. Il suppose que sur la dizaine d'expulsions quotidiennes, soit plusieurs milliers par an, un certain nombre d'étrangers « comptent » chacun pour dix expulsions ... affirmation qui engage à relativiser le taux « record » en France de 10 à 15 000 expulsions annuelles pour le seul département de Guyane.

<sup>518</sup> Les étrangers, selon les gendarmes (64), n'utilisent jamais leur droit de recours ou à rester jusqu'à cinq jours en rétention, comme en métropole : probablement ne sont-ils pas au courant, mais de toutes façons, le seraient-ils qu'ils n'y verraient aucun intérêt : plus vite ils sont ramenés côté Surinam, et plus vite ils sont de retour ... Notons que ce gendarme n'est peut-être pas au courant des restrictions réglementaires guyanaises en la matière.

même retourner les expulsions en leur faveur<sup>519</sup>. En outre, on souligne la vigueur de ce flux migratoire, fondée sur le bon sens des étrangers, en particulier des frontaliers (Surinamiens et Brésiliens) : ils sont attirés par les richesses de la France, mais qui ne le serait pas (*je crois qu'ils ont raison, on ferait tous pareil* (45)) ?

Face à ces difficultés techniques, plusieurs professionnels métropolitains, notamment un soignant (30) et un douanier (79), insistent sur le fait que les méthodes policières guyanaises restent dans la lignée du modèle français, c'est à dire qu'elles sont beaucoup moins dures qu'au Surinam et au Brésil. Pour le douanier (79), on est en République française, il faut faire les choses en suivant la procédure, *on n'est pas en République bananière, on suit les lois françaises. (...) Il y a tous les droits des êtres à respecter, le respect des personnes. Et du coup, c'est réciproque, les gens nous respectent, ils savent qu'on ne fait pas comme ça en face, les forces policières du Surinam n'ont pas les mêmes méthodes que nous*. Par exemple, face au *boom démographique*, leurs effectifs sont insuffisants mais ne seront que progressivement augmentés, selon la procédure habituelle ; une saisie de fruits dure vingt-cinq minutes, alors tous les marchands de fruits clandestins ne seront pas contrôlés.

La comparaison avec la norme dans les pays voisins permet donc d'écarter les protestations, qu'on a présentées en introduction, sur des pratiques guyanaises qui seraient beaucoup plus dures que leurs homologues métropolitaines.

Enfin, à quoi bon lutter contre un flux irréprouvable qui de toutes façons n'est pas prêt de se tarir ? La législation nationale se voit ainsi mise en échec par des données environnementales naturelles (une frontière fluviale perméable) et économiques (une irrésistible force d'attraction de la richesse française).

Il s'agit aussi de constats de fait : les sans papiers sont déjà trop nombreux<sup>520</sup> et trop bien installés en Guyane<sup>521</sup> pour être tous expulsables.

En fait, et là réside probablement une clé d'interprétation à cette « tolérance » particulière, au-delà des impossibilités techniques à appliquer localement la législation nationale, la plupart

---

<sup>519</sup> Plusieurs acteurs rapportent des anecdotes d'étrangers venant spontanément se présenter aux forces de l'ordre pour leur demander de les expulser :

- A l'époque où elles étaient expulsées, les femmes surinamiennes qui tiennent des stands sur le marché de Saint Laurent venaient trouver les gendarmes à la fin de chaque marché pour qu'ils les « ramènent » chez elles ... (64)
- *A Cayenne, (...) un Monsieur qui voulait retourner au Brésil et n'avait pas les moyens de se payer son billet, est allé à la gendarmerie en disant « faut que je rentre, j'ai pas de papiers ! » (rire). Ils ont dit : « Bin revenez lundi », j'avais trouvé ça comique.* (2)

<sup>520</sup> *On est en Guyane : on est noyé par tellement d'étrangers, si on commence à faire du zèle, il n'y a plus personne dans les rues* (49).

Un gendarme (64) explique que les sans papiers représentent au moins un quart de la population à Saint Laurent, laquelle doit s'élever à 50 000 personnes, et non 19 000 comme l'indique le recensement de 1999.

<sup>521</sup> Un gendarme (64) explique que le sous préfet a dû récemment renoncer à expulser les 22 familles, soit 120 personnes dont la moitié d'enfants, qui vivent dans des cases de tôle à Sables Blancs (à quelques kilomètres de Saint Laurent). Ces enfants étant en effet scolarisés, leur expulsion aurait eu pour effet la fermeture d'une classe, d'où l'opposition des enseignants : *Qu'est-ce que vous voulez faire, à partir du moment où ils ont des enfants scolarisés en France ?* Il explique aussi que nombre des femmes qui tiennent des stands sur le marché de Saint Laurent y vivent depuis cinq ou dix ans, ont des enfants, et qu'il n'est *pas sûr d'avoir le droit de les expulser ...* Rappelons que la scolarisation n'est pas légalement un motif d'empêchement de l'expulsion et ne l'est pas en pratique en métropole, ainsi qu'en témoigne la création en 2004 du collectif Education sans frontières en réaction à des expulsions d'adultes et de leurs enfants, élèves sans papiers. Précisons également que l'expulsion d'une mère et de son enfant n'est interdite que si l'enfant est français. Il y a donc, effectivement, « tolérance » particulière, si l'on en croit les pratiques que décrivent les gendarmes.

des acteurs métropolitains perçoivent une inadéquation de son sens : les étrangers tels que la loi les définit ne seraient pas tous de « vrais » étrangers à la Guyane. La dénomination ethno-raciale, couramment mobilisée en Guyane, vient en effet bousculer l'ordre établi par les catégorisations juridiques. Certains déclarent constater que les Amérindiens surinamiens, à qualité équivalente de leurs dossiers, voient leurs demandes de régularisation plus souvent acceptées que celles des Noirs Marrons surinamiens, car à la préfecture on les considère plus autochtones (39). D'autres suggèrent qu'on est noir marron avant d'être surinamien et s'interrogent : le Maroni représentant pour les Noirs Marrons une voie de circulation plus qu'une séparation entre deux Etats, peut-on en qualifier certains d'entre eux de Français et les autres de Surinamiens, puis exiger des uns et des autres qu'ils restent chez eux, quand la population qu'ils forment est une et se répartit de part et d'autre du fleuve<sup>522</sup> ? Un gendarme (64) considère que les Créoles, qui *râlent beaucoup* et sont *racistes*, n'aimant pas plus les Métropolitains que les Noirs Marrons, ne sont pas de *vrais Guyanais* ... lesquels sont *ceux qui se sont enfuis dans la forêt*, c'est à dire les Noirs Marrons. Est ainsi reconfigurée une échelle des légitimités de la présence sur le territoire français, totalement émancipée des critères réglementaires nationaux<sup>523</sup>.

<sup>522</sup> *Les gens sont dans un état d'esprit, ça fait quoi, ça fait pas plus de dix ans qu'on leur parle de papiers. Ils étaient pas du tout là-dedans, ils vivaient ici ou là, d'un côté comme de l'autre du fleuve ... souvent on a des familles où il y a un enfant qui habite plutôt avec la tante et un autre avec la mère et la grand mère, mais jamais les gens ne se sont posés la question de si Grand Santi [village français] et X [village surinamien] étaient plutôt côté Surinam ou côté français ...* (2) Cette assistante sociale explique ainsi le fait que les étrangers, lors des demandes d'AME, ne manifestent aucune inquiétude à signaler leur présence irrégulière sur le territoire. Mais là encore, les discours des représentants des forces de l'ordre sont particulièrement éloquents. Selon un gendarme de Saint Laurent (64), un quart de la population est constitué d'étrangers en situation régulière (un autre quart étant celui des étrangers sans papiers). Leur famille, qui vit en face, vient leur rendre visite de temps à autre : *on va pas les en empêcher ! C'est comme si moi on m'empêchait d'aller visiter de la famille à Paris !* Un douanier (79) explique que si on arrivait à bloquer la frontière, *on scinderait les familles en deux*. Rappelons que les populations de l'intérieur vivaient, à l'époque de l'Inini, selon leur droit coutumier, n'étaient pas soumises à l'Etat civil et n'avaient pas besoin de papier d'identité pour voyager entre le Surinam, la Guyane et le Brésil.

<sup>523</sup> Un rapport de 1996 donnait un autre exemple de répartition différentielle des légitimités, signalant que les Surinamiens sans papiers étaient reconduits à la frontière s'ils étaient noirs marrons, mais pas s'ils étaient amérindiens. (ASSOKA et al, 1996) Un professionnel constate d'ailleurs que les seconds obtiennent plus facilement un titre de séjour que les premiers. (39)

L'analyse des représentations des acteurs professionnels métropolitains sur l'identité et la légitimité de la présence en Guyane des divers groupes de population a été faite dans d'autres domaines que le contrôle du séjour l'accès aux soins.

Citons COLLOMB (2001), à propos des différentes populations résidentes dans l'Ouest guyanais, dans le cadre de l'aménagement du territoire. Les professionnels métropolitains doivent ici définir des unités politiques et identitaires pertinentes, en tenant compte d'une diversité culturelle perçue comme constitutive de la société de l'Ouest guyanais ... ils mettent en jeu des critères tels que l'authenticité, la tradition et l'autochtonie pour distinguer les populations qui relèvent de la règle commune et d'un fonctionnement classique de l'Etat (perspective jacobine classique d'intégration et d'assimilation), des populations justiciables de traitements et de prises en charge spécifiques et/ ou dérogoires. (ex : décret de 1987 qui accorde des droits d'usage sur des portions du territoire guyanais aux « communautés d'habitants qui tirent traditionnellement leur subsistance de la forêt ».)

L'auteur donne l'exemple de la DRAC, institution de l'Etat censée considérer les différentes cultures comme équivalentes, mais dont les acteurs, métropolitains, sont porteurs de représentations qui ordonnent et hiérarchisent la diversité culturelle et sociale à laquelle ils sont confrontés, ne pensent plus les cultures comme équivalentes et les traitent de façon différenciée :

- les cultures amérindiennes et bushinenge sont perçues dans le registre de l'ethnographie et des « arts premiers », valorisées par l'institution, et considérées comme légitimement porteuses de fortes revendications identitaires

De l'avis de la plupart des acteurs métropolitains du système de soins et des forces de l'ordre, les étrangers sans papiers ne sont, pour toutes ces raisons, pas inquiétés, du moins tant qu'ils ne causent pas de troubles à l'ordre public. Seuls en effet les délinquants (voleurs pour les gendarmes, trafiquants de stupéfiants pour les agents de la PAF, etc.)<sup>524</sup> seraient expulsés. Par exemple, les femmes qui tiennent des stands sur le marché ne sont pas dans la ligne de mire des gendarmes car selon ces derniers l'économie parallèle qu'elles créent ne pose pas de problème majeur (64) et un douanier (79) insiste même sur leur intérêt en rappelant que la moitié des produits frais consommés en Guyane sont importés sur le marché noir. On parle aussi de *délit de faciès* (2), par association de type de délit selon l'appartenance communautaire : l'Amérindien se fait contrôler son taux d'alcoolémie, tandis que le Noir Marron doit montrer ses papiers d'identité ...

La plupart des acteurs métropolitains considèrent ainsi que les sans papiers surinamiens - et les brésiliens dans une moindre mesure - ne craignent guère les expulsions, qui sont non seulement rares pour les raisons sus-dites et surtout plus désagréables que réellement dangereuses étant donné la proximité géographique qui permet le retour rapide en Guyane (*c'est une action symbolique* (59))<sup>525</sup>. Au total, les acteurs professionnels métropolitains

- 
- la culture créole est renvoyée aux « arts légitimes » et peu associée à des revendications identitaires (lesquelles s'expriment plutôt à travers l'action politique).

GALLIBOUR (1996) donne lui un exemple de l'impact des représentations des professionnels métropolitains sur les différentes populations résidant en Guyane, à propos d'une autre dimension de leur présence sur le territoire : les procédures d'accession des immigrés haïtiens au logement social. Ces procédures sont envisagées comme une politique d'intégration par le logement qui passe par la définition des publics concernés ; « (...) ce tri urbain vise à choisir des ménages présentant non seulement des critères de « solvabilité financière » et de « rationalité de consommation et de gestion budgétaire » mais également certaines aptitudes culturelles ou ethniques. Cette ethnicisation des procédures doit être rapportée à la stratification ethnique de la société guyanaise que les opérations urbaines reproduisent en assignant aux immigrés haïtiens dans l'habitat, le même statut et le même rôle que celui qui leur est dévolu dans la société guyanaise. » (p. 6-7) L'auteur démontre comment ce tri entre des bons et des mauvais accédants se base sur des a priori culturalistes.

<sup>524</sup> Les forces de l'ordre sont alors confrontés à un autre problème récurrent en Guyane, le défaut de document d'identité : certains sans papiers déclinent une identité différente à chacune de leurs arrestations, d'où l'impossibilité de connaître leurs antécédents judiciaires, d'autres, du Guyana, doivent même être relâchés car le gouvernement guyanien refuse de les accepter sur son territoire s'ils n'ont pas de document prouvant qu'ils en sont bien ressortissants, ce que les gendarmes trouvent particulièrement regrettable, considérant que ce sont bien souvent des individus dangereux. (64)

<sup>525</sup> Un enseignant nord-américain (39) présent depuis plusieurs décennies à Saint Laurent est un des seuls professionnels interrogés qui exprime un avis contraire. Il estime notamment que la crainte de ces « désagréments » est bien réelle dans l'esprit des étrangers en situation irrégulière. Certains d'entre eux, habitant le long de la route menant à Saint Laurent, à 15 ou 20 km de la ville, ne se rendent à l'hôpital qu'en cas d'urgence, préférant sinon consulter au poste de santé d'Oraganabo, à 40 ou 50 km, parce les risques de se faire arrêter en chemin y sont moindres que sur le tronçon de route qui les séparent de Saint Laurent.

Il raconte l'histoire de J, surinamien, qui habite à 60 km de Saint Laurent, avec sa femme et leurs enfants. Il n'a pas de titre de séjour. Un jour, il y a trois ans, il sort de chez lui pour aller se baigner à la crique, en slip, une serviette autour de la taille. Sur la route, des gendarmes l'arrêtent. Comme il n'a pas de titre de séjour, il passe une nuit en rétention à Saint Laurent et le lendemain matin il est reconduit à Albina. Là, il est remis à la police surinamienne, qui le garde quelques heures en prison, puis lui donne à manger et le fait travailler (entretien de la voie publique) jusqu'au soir, où il est libéré. Toujours sans vêtements, il s'en fait prêter et se trouve une place dans une pirogue pour revenir côté guyanais. Il fait du stop pour rentrer chez lui. Depuis, il vit dans l'inquiétude d'un nouvel épisode de cette sorte.

Des anecdotes de ce type sont données par plusieurs acteurs métropolitains. Mais la plupart d'entre eux les interprètent plus comme des désagréments que comme de réelles menaces pour les intéressés.



exerçant dans le domaine de l'accès aux soins comme celui du contrôle des frontières donnent une image bien différente de celle renvoyée par les rapports et articles dont on a rapidement présenté le contenu en introduction (chapitre sur les politiques d'immigration). Les acteurs étrangers et noirs marrons que nous avons interrogés soulignent d'ailleurs l'amélioration, depuis les années 90, des conditions de contrôles et d'expulsions.<sup>526</sup>

### **Mais des étrangers non régularisés : l'irresponsabilité de l'Etat**

Si certains Métropolitains « excusent » l'absence de contrôle des frontières, voire la justifient au nom de données techniques, économiques et identitaires (les étrangers entrent en Guyane comme ils veulent, on ne peut pas les en empêcher et de toutes façons les Noirs Marrons sont chez eux), les difficultés que rencontrent des étrangers résidants sur le territoire pour obtenir la régularisation de leur séjour fait l'objet de critiques, qui bien que diverses, tendent à qualifier d'injuste et d'immorale l'action de l'Etat français en la matière. Ces difficultés sont perçues comme de réels soucis pour les étrangers, bien plus que ne le sont les expulsions<sup>527</sup>.

---

<sup>526</sup> De l'avis d'une professionnelle noire marronne (3), les expulsions sont moins fréquentes que par le passé et les gens ne les craignent plus autant.

Le responsable haïtien d'une association d'aide aux malades (54) témoigne de ce que les étrangers en situation irrégulière craignent, certes, les contrôles titres de séjour, surtout depuis le retour de la droite au gouvernement (entretien réalisé cinq mois après les élections de mai 2002), et s'interdisent notamment de circuler car ces contrôles se sont intensifiés, sur la route et à Cayenne même.

Il considère néanmoins que la situation n'est plus celle décrite notamment par le GISTI au début des années 90, en terme de conditions de contrôle et d'expulsion. Il met cette amélioration sur le compte du drame du crash en 1995 d'un avion affrété pour l'expulsion d'Haïtiens. Les procédures sont aujourd'hui, selon lui, mieux précisées : passage obligé par le centre de rétention, jugement, autorisation pour les parents d'amener ses affaires à l'intéressé, vol à une place normale au sein de l'avion (et non plus dans la queue de l'avion) : *la question de quelqu'un qu'on arrête avec une botte en sortant du travail pour l'expulser, ça ne se fait plus.*

<sup>527</sup> Une assistante sociale (1) estime que 90% des personnes reçues à sa permanence hospitalière sont étrangères. Parmi elles, plus de la moitié sont sans papiers et viennent lui demander de l'aide dans leurs démarches de régularisation car en l'absence de titre de séjour elles ne peuvent prétendre à aucune aide (dans le cadre ou non de la maladie).

On en revient donc ici aux commentaires sur l'attirance pour les prestations sociales : le « souci » pour la régularisation reflète les difficultés d'aboutissement de ces démarches mais aussi leur intérêt en matière d'accès à des droits sociaux.

Diane VERNON conteste cette interprétation : les demandes de titre de séjour sont avant tout motivées, surtout pour les hommes, par la liberté de circulation (VERNON, 1998). Pour les femmes, jouent également l'aide au logement, les allocations familiales et la scolarisation des enfants.

En effet, si la scolarisation est théoriquement gratuite et accessible pour tous les enfants, y compris ceux dont les parents n'ont pas de titre de séjour, elle ne l'est pas dans la pratique : les parents sans papiers trouvent difficilement l'argent pour payer le bus de ramassage scolaire et les mairies souvent n'acceptent pas leurs enfants (à une époque, un titre de séjour était explicitement demandé dans les dossiers d'inscription scolaire). Certains sans papiers vivant en France sont alors contraints de déscolariser ou de scolariser leurs enfants au Surinam. (VERNON, communication personnelle ; 37)

Ces difficultés semblent concerner tous les étrangers, quelles que soient les nationalités et leur aisance avec les démarches administratives. Une jeune femme nord-américaine (67), salariée de l'hôpital, raconte avoir eu toutes les peines du monde à obtenir sa carte de séjour : malgré la promesse d'embauche, le mariage avec un Français, puis la naissance de leur enfant en France, il lui a fallu prendre de multiples rendez-vous à la sous-préfecture, ne comprenant pas pourquoi les documents demandés sur les formulaires n'étaient pas ceux demandés au guichet ... elle se demande comment peuvent s'en sortir ceux qui ne parlent pas français et sont en situation de précarité.

On suspecte des pratiques corrompues au service du droit au séjour de la sous préfecture : malgré la condamnation d'un précédent sous préfet, certains pensent que argent et services sexuels sont toujours de mise dans les délivrance de titres de séjour (1).

Mais c'est surtout la vie clandestine à laquelle sont contraints les étrangers sans papiers qui est déplorée.

Un médecin oppose la volonté des autorités, françaises comme surinamiennes d'ailleurs, de s'appropriier les terres du fleuve et leur rejet des hommes qui les habitent<sup>528</sup>. (35) Un autre médecin (49) qualifie d'*hypocrite* la régularisation d'étrangers à la suite de dix ans de résidence clandestine contrainte : *C'est l'inverse de ce qu'on devrait faire sur un plan moral*. Pour un autre encore (59), l'issue favorable au bout de dix années de clandestinité est loin d'être systématique, condamnant ces éternels sans papiers à des conditions de vie misérables et aux emplois non déclarés alors même que l'Etat les a laissés facilement entrer sur son territoire.

Son indignation concerne surtout certains étrangers, les Haïtiens, en raison de l'ancienneté de leur installation sur le territoire et de leurs difficultés à revenir en cas d'expulsions, ces deux critères fondant donc une nouvelle échelle des légitimités de la présence en Guyane : *Tu te retrouves en Haïti, c'est fini, tu ne reviens plus. Le coût du voyage est terrifiant. Ca, c'est autre chose* [que les désagréments » que représentent les expulsions pour les Surinamiens]. *Et en plus, les Haïtiens, c'est ce qui le plus dégueulasse, c'est que c'est une des plus anciennes communautés présentes ici, alors qu'on les laisse dans cette situation inadmissible, ça me choque beaucoup*.

Il faut donc régulariser pour permettre l'intégration à la société guyanaise, il en va de la dignité de la société française toute entière<sup>529</sup>. Mais la première ne pouvant absorber toute la misère des pays limitrophes, il faut simultanément fermer les frontières : entreprise certes difficile techniquement (pour les raisons sus-dites) mais incontournable. Elle est pourtant laissée en suspens aujourd'hui<sup>530</sup>, pour des questions d'image<sup>531</sup> et d'intérêts économiques<sup>532</sup>,

---

Selon des étrangers en situation irrégulière (58), la demande d'un titre de séjour inclut passeport, actes de naissance (y compris des enfants, même nés au Surinam), carnet de vaccinations et certificats de scolarité de tous les enfants (mais qu'un enfant soit né en France, y soit vacciné et scolarisé ne suffit pas : il peut vivre ici sans ses parents) et pour chaque année de résidence, attestation de résidence, avis d(e non) imposition (y figure l'adresse), factures prouvant la résidence, etc. L'un d'eux, interrogé alors qu'il venait de recevoir la lettre de rejet de sa demande (il lui était signalé qu'il n'avait apporté aucun élément nouveau par rapport à sa première demande, également refusée), déplorait que le courrier soit accompagné d'une invitation à quitter le territoire. Pour couronner le tout, les pièces originales qu'il avait fournies à son dossier ne lui étaient pas été rendues (les preuves de résidence).

<sup>528</sup> Il raconte avoir observé, sur une île du Maroni nommée Loka Loka, débarquer un escadron de gendarmes français, en shorts et trompettes, planter le drapeau français puis exécuter quelques saluts militaires avant de repartir comme ils étaient venus. Un peu plus tard a surgi un escadron de gendarmes surinamiens, qui ont fait exactement la même chose. Les habitants ont regardé ces passages sans rien dire. Leur île, comme quelques autres qui étaient inhabitées au moment des accords entre les deux pays, n'appartient ni au Surinam ni à la France. Sans nationalité, ils ne sont acceptés nulle part.

<sup>529</sup> *Et je pense que pour lutter contre la précarité et l'insécurité, le mieux c'est quand même de régulariser les gens. (...) ça permet en plus de lutter contre le travail au noir. (...) A Paris, les Chinois qu'on laisse croupir dans les caves, payés 100 balles la semaine, à travailler 14 heures pour faire des robes pour Tati, ou même pour les grands couturiers, c'est inadmissible. C'est pas digne d'un pays comme la France. Donc on régularise et puis basta.*

<sup>530</sup> *Ils pourraient réduire les flux, parce que pour l'instant, les robinets sont ouverts à fond. Tu passes comme tu veux, hein ! (...) cette situation totalement ubuesque, c'est un clou dans l'Etat français, une épine dans le pied de l'Etat français, dont tout le monde voudrait bien se débarrasser, mais personne n'ose. Et puis en plus, il y a*

voire sciemment mise en échec : alors que jusqu'à peu il fallait passer par le Surinam pour entrer en Guyane depuis le Brésil, une route vient d'être tracée dans l'épaisseur de la forêt qui sépare le Brésil de la Guyane et la construction d'un pont est même prévue pour enjamber l'Oyapock (l'autre frontière fluviale, au sud-est du département)<sup>533</sup>.

Avant de clore ce paragraphe, écoutons l'anthropologue Diane VERNON (DV) (communication personnelle) raconter deux histoires qui illustrent l'inadéquation au contexte de l'Ouest guyanais de la réglementation nationale en matière de droit au séjour. Cette réglementation est en effet censée reconnaître les bons des mauvais étrangers résidants en France, ceux qui obtiendront un titre de séjour alors que les autres resteront indésirables. Mais élaborée ailleurs et mise en oeuvre par des acteurs nouveaux-venus en Guyane, pour être appliquée à des populations dont l'essentiel de l'existence s'est déroulée sur place mais en-dehors de ce cadre réglementaire, quelle en est la pertinence voire la légitimité ?

Domini est né au Surinam mais a toujours vécu à la Forestière, un village situé sur le fleuve, côté français, entre Saint Laurent et Apatou. Il est aujourd'hui âgé de plus de 70 ans, sa femme est malade, ses fils et petit fils sont au chômage, ses filles et petites filles peinent à élever leurs sept ou huit enfants, et lui court toujours *de petit job en petit job*, comme il l'a toujours fait ... et s'il tombait malade ? Il n'a aucun papier d'identité et par conséquent ni titre de séjour ni couverture maladie.

Depuis longtemps, DV le pressait d'engager des démarches à Paramaribo pour obtenir des papiers d'identité. Et ce matin-là, il lui présente enfin, fièrement, un passeport fraîchement émis ... DV se renseigne à la sous-préfecture de Saint Laurent pour voir s'il va lui être possible d'obtenir - pour la première fois de sa vie ! - une carte de séjour. Elle a bon espoir : Domini est connu de tous, à la Forestière, y compris des gendarmes. Au bureau des étrangers, elle est accueillie par une jeune femme, charmante ... qui lui demande où se trouve la Forestière, qui ne sait pas non plus où se trouve Apatou (premier bourg important sur le fleuve en amont de Saint Laurent) et lui signale que le dossier de demande de titre de séjour doit comporter le maximum de documents attestant de l'ancienneté de la présence en France. Or

- Domini n'a jamais eu de fiche de paye (il n'a fait que des jobs non déclarés) et les attestations orales ne sont pas acceptées.

---

*Kourou, donc il faut quand même pas faire trop les cons ... Donc c'est une sorte de statu quo, tant qu'il n'y a pas trop de problèmes ...*

<sup>531</sup> Ce médecin rappelle que, pendant une période donnée, le fleuve a pu être effectivement contrôlé par les forces de l'ordre : cela se passait à l'époque de la guerre du Surinam, des pirogues de légionnaires armés de tronçonneuses patrouillaient sur tout le fleuve et les pirogues prises en flagrant délit de traversée non autorisée étaient ... découpées. Les réfugiés côté Saint Laurent étaient parqués dans des camps très strictement surveillés. La situation était sous contrôle. Mais c'était en temps de guerre, on ne peut pas se permettre de telles pratiques en temps de paix. *L'image qui serait véhiculée serait extrêmement négative. Au niveau médiatique, t'imagines, si sur TF1 on nous montrait des pirogues armées de militaires ...*

<sup>532</sup> Aujourd'hui, le mot d'ordre semble être : *ne pas faire de vagues. Parce qu'il faut qu'Ariane parte à l'heure ...* ce qui prime, c'est la quiétude de Kourou. La Guyane hors Kourou ne rapporte rien à la France, or un tir d'Ariane coûte autant d'argent que tout ce qu'on donne à la Guyane en un an ...

<sup>533</sup> *Et en plus, ce qui fait sourire tout le monde, c'est qu'on construit des routes, une prolongation de la transamazonienne et on va faire un pont par-dessus l'Oyapock, comme ça on est vraiment sûr que tout le monde va bien passer ! (...) L'affaire est réglée. On a décidé de l'avenir de la Guyane. (...) Il ne manque plus que le pont sur le Maroni !*

- Son domicile n'est pas raccordé au réseau électrique ni téléphonique, il n'a donc pas de facture ; il habite sa propre case, donc n'a pas de quittances de loyer : *il est chez lui ! ...* donc aucun document ne prouve sa résidence.
- Une attestation du maire d'Apatou (qui le connaît bien) ne sera pas acceptée.
- Ses enfants ont des cartes de séjour et ses petits enfants sont français mais ça ne compte pas (seule la nationalité française de ses enfants aurait pu jouer).
- Ses enfants n'ont pas été scolarisés, ou du moins il n'y en pas trace, c'était il y a trop longtemps.
- DV a un dernier espoir : qu'il ait été soigné au dispensaire d'Apatou, peut-être y aurait-il une fiche ... (bien qu'il ne soit jamais malade) (même s'il y a amené ses enfants, seul le nom de sa femme aura été noté)

*Il appartient à un monde qui n'existe plus ...*

Napo, surninamien ayant passé toute sa vie en Guyane, en situation régulière, est un *kabiten* très occupé car son périmètre d'exercice couvre une population importante. Il a récemment subi une terrible série de malheurs.

- Un grave accident de voiture (quelqu'un avait cisailé ses pneus de voiture après un conflit dans une affaire qu'il avait plaidée en tant que *kabiten*) lui a valu une hospitalisation de six mois en métropole et lui a laissé des séquelles physiques (clavicules déplacées).
- Trois de ses enfants sont décédés, dont deux après avoir été transférés dans un hôpital de métropole (il a refusé le transfert du troisième, préférant qu'il meurt à Saint Laurent). Il a dû vendre sa terre et ses quarante têtes de bétail pour payer les 40 000 F de frais de rapatriement des corps de ses deux enfants : *on les envoie là-bas se faire soigner, mais on ne les ramène pas si ça ne marche pas ...*
- Puis il s'est fait cambrioler : tous ses papiers d'identité ont été emportés, ainsi que son titre de séjour. Il n'a donc plus de couverture maladie non plus.
- Sa femme l'a quitté, estimant que cette série de malheurs ne pouvait qu'être l'œuvre d'un mauvais sort.

Etant parvenu à récupérer un document d'identité au Surinam, il voudrait se faire délivrer un nouveau titre de séjour. Mais à la sous-préfecture, on lui demande de recommencer toutes les démarches comme si c'était sa première demande. Ce qu'il fait. On refuse alors de lui délivrer une carte de dix ans, malgré ses preuves de son vécu ancien en Guyane, et si une carte d'un an lui sera finalement accordée, au bout de plusieurs semaines, ce n'est que grâce à la naissance et la vie en France de ses enfants (sans donc tenir compte de sa propre vie passée en France).

### **Conclusion intermédiaire**

Les acteurs métropolitains expriment sur le contrôle de l'immigration et la légitimité de la présence étrangère en Guyane des positions nettement divergentes de celles des Créoles. Certes, comme ces derniers, et à l'opposé de nombreuses associations militantes sises en métropole, ils considèrent que le contrôle migratoire, du moins à Saint Laurent, est largement défaillant. Mais au lieu de reprocher à l'Etat son laxisme, ils constatent en la matière une nouvelle expression de l'inadaptation du système national au contexte guyanais, tant naturel (limites techniques imposées notamment par la fluidité des frontières) qu'humain (reconfiguration des légitimités de la présence sur le territoire, substituant le critère de l'appartenance nationale à celui de l'histoire des populations : on ne « peut » pas interdire l'accès au territoire à des populations qui y ont toujours vécu). Pour ce qui est de la

régularisation des étrangers sur place, leurs positions divergent franchement de celles des Créoles, insistant sur la difficultés d'obtention d'un titre de séjour quand les Créoles déplorent au contraire trop de facilité, tout en prenant parallèlement une distance critique à l'égard de la position de l'Etat, qui laisse les étrangers entrer sur le territoire pour les condamner à une vie de clandestinité. Là encore, les professionnels rappellent combien les critères de l'Etat ne sont pas appropriés : censés évaluer l'ancienneté de résidence, ils s'avèrent en complet décalage avec la réalité de la vie des étrangers en Guyane ... surtout s'ils y étaient installés bien avant la mise en œuvre de cette réglementation et l'arrivée des agents chargés de l'appliquer. Mais une fois émancipés de ces critères réglementaires, les avis divergent, tant l'évaluation de la légitimité de la présence étrangère en Guyane s'avère relever d'une question délicate : quels étrangers le sont « moins » ? Sont-ce par exemple les Noirs Marrons, parce qu'ils ont toujours vécu de part et d'autre de la frontière, ou bien les Haïtiens, parce qu'ils représentent la communauté étrangère la plus anciennement immigrée en Guyane ??

## **Légitimité du besoin de soins**

On vient de voir que l'application locale de la réglementation nationale en matière de droit au séjour bute sur des difficultés techniques (le contrôle d'une frontière fluviale), mais au-delà, sur sa pertinence : quels sont les véritables « étrangers » ?

Se pose, par suite, la question des droits sociaux de ces étrangers : peut-on refuser quasiment tous droits sociaux à des étrangers qu'on a pourtant laissés entrer ?

Les positions des acteurs de l'accès aux soins sont rarement tranchées, elles expriment des doutes et divergent les unes des autres. Les réponses concrètes apportées individuellement par les agents des forces de l'ordre lors des contrôles d'identité et des expulsions semblent refléter ces doutes, tandis que celles, institutionnelles, de la sous-préfecture, en matière de délivrance de titres de séjour, semble les ignorer (application stricte voire restrictive de la réglementation)<sup>534</sup>. Une réponse en demi-teinte, donc, qui laisse les acteurs du système de soins confrontés quotidiennement à un nombre considérable d'étrangers, non expulsés, mais en difficulté pour obtenir des droits sociaux puisque non régularisés. Quelle légitimité le besoin de soins procure-t-il alors à ces étrangers ?

---

<sup>534</sup> Derrek, saramaka, vit le long de la route de Saint Jean , à quelques kilomètres de Saint Laurent. Il est en possession d'un passeport mais pas d'un titre de séjour bien qu'il vive depuis vingt ans en France. Il déclare craindre les contrôles de la gendarmerie chaque fois qu'il vient en ville.

Il essaie depuis des années d'obtenir un titre de séjour, mais lui est opposée à chacune de ses demandes l'absence de preuve de sa résidence en France, une preuve pour chaque année de présence en France (elle doit être supérieure à dix ans condition qu'il devrait satisfaire largement puisqu'il est là depuis vingt ans). Il est allé à trois reprises voir le Secrétaire de la sous préfecture, accompagné du propriétaire du terrain qu'il habite. On lui a dit qu'il lui faut un visa de long séjour. Or à l'ambassade de France au Surinam, où il a adressé sa demande de visa, on lui a répondu, comme d'ailleurs à plusieurs personnes dans le même cas que lui, qu'au vu des documents qu'il présentait, il n'habitait pas au Surinam mais en France ! Mais même s'il réussissait à se sortir de cette situation ubuesque et à obtenir ce visa, ce dernier lui ferait perdre tout le bénéfice de son ancienneté sur le territoire français.

Récemment, en chemin pour Saint Laurent pour y aller chercher du gaz, l'automobiliste qui venait de le prendre en stop se fait arrêter par des gendarmes. Etranger dépourvu de titre de séjour, il est arrêté. Mais au préalable, il a le temps de demander au conducteur de la voiture d'aller chercher chez lui son passeport et les nombreuses lettres qu'il a adressées à la sous préfecture pour demander un titre de séjour. Le conducteur s'exécute. A son retour, les gendarmes examinent les documents, et s'exclament « mais vous y avez droit, à la carte de séjour ! » et ils le laissent partir. Derrek leur demande de lui confirmer par écrit qu'il a droit à un titre de séjour ... ils refusent.

Pour les professionnels de l'accès aux soins métropolitains, le besoin de soins légitime l'accès aux soins, passant outre les conditions d'absence de couverture maladie, de droit au séjour et de résidence en France.

### **Besoin de soins et couverture maladie**

Arrêtons-nous sur le point de vue des assistantes sociales de l'hôpital de Saint Laurent, qui expriment volontiers leurs positions sur cette question. Elles mettent en avant le besoin de soins pour accélérer les procédures administratives d'obtention d'une couverture maladie, voire les justifier, alors que la chronologie inverse (c'est la couverture maladie, premièrement acquise, qui autorise l'accès aux soins) semblerait plus conforme à la logique du système de protection sociale.

On a vu plus haut que la plupart des assistantes sociales (et des professionnels soignants) pensent que le besoin de soins est nécessaire à l'obtention de l'AME (étant en cela en retard de deux réformes ou en avance d'une autre (puisque cette conditions sera remise à l'ordre du jour en 2004)).

Le degré d'urgence permet même, selon au moins deux d'entre elles (6, 44), de distinguer deux types d'AME (de façon tout à fait fantaisiste par rapport aux textes en vigueur en 2002) : celle délivrée pour un an parce qu'elle a été demandée pour un soin en urgence et celle, hors urgence, qui ne l'est que pour des périodes de soins. Par conséquent, ces assistantes sociales joignent un certificat médical à toute demande d'AME (pour justifier de l'urgence du soin dans le premier cas, pour indiquer la durée prévue du soin dans le second).

Mais pour toutes les assistantes sociales, le besoin de soins, s'il est urgent, est censé jouer surtout sur le temps de traitement par les agents de la CGSS du dossier de demande de couverture maladie.

Les assistantes sociales de l'hôpital peuvent ainsi solliciter le médecin pour qu'il certifie du besoin de soins urgents. Ce certificat, joint avec un bulletin d'hospitalisation au dossier de demande d'une couverture maladie, est censé accélérer le traitement administratif de ce dernier<sup>535</sup>.

C'est en particulier le cas lorsqu'une évacuation sanitaire vers la Métropole ou la Martinique est prévue en urgence pour un patient dépourvu de couverture maladie : en deux ou trois jours, l'assistante sociale en charge du dossier doit obtenir de la CGSS un accord de prise en charge, qu'il s'agisse d'une AME ou d'un régime de la Sécurité sociale ... tâche décrite comme harassante et très stressante en raison des dysfonctionnements de la CGSS (on a vu les délais de plusieurs mois pour traiter les dossiers, quand ils ne sont tout simplement pas perdus). L'urgence n'est alors pas l'occasion d'une pratique plus souple, mais bien d'une pratique enfin « normale », au prix des efforts soutenus des assistantes sociales.

*Quand il y a une évacuation sanitaire, je mets « urgentissime ». Il faut tomber sur les personnes. Il faut faxer, rappeler tout de suite, dire « hop, hop, hop, il faut que ça soit fait aujourd'hui » (...) C'est toujours épuisant car on fait quinze fax, on téléphone douze fois.*

---

<sup>535</sup> Le bulletin d'hospitalisation peut aussi ne pas être joint, seul restant important l'aura du besoin de soins. Une assistante sociale hospitalière (14) décrit comment « ses » dossiers AME sont traités plus vite que les autres, à la CGSS, parce qu'elle connaît bien l'agent en charge de ces dossiers : elle a souvent eu affaire à lui, il sait qu'elle s'occupe de malades « graves » (en l'occurrence, séropositifs pour le VIH) : *il sait que là où je travaille, c'est vachement urgent, les médicaments sont très chers ...*

(...) *On lâche pas la Sécu, ou on lâche pas le MISF*<sup>536</sup>. *Ou si on n'a pas le service de la DSDS, c'est directement le cabinet du préfet. C'est clair. (...) De toutes les façons, sur le plan médical, c'est indiscutable. Donc il n'y a aucune situation d'évacuation sanitaire qui va partir d'ici sans la prise en charge Sécu, ça c'est clair. (...) On booste, on booste (...) après un moment d'usure, on accule les gens face à leurs responsabilités.* [celles de la CGSS, ou celles de la DSDS en cas de prise en charge humanitaire]. (1)

Cette assistante sociale, à l'instar de ses collègues, considère ainsi que la pression qu'elle exerce au niveau des administrations pour obtenir une couverture maladie finit toujours par porter ses fruits<sup>537</sup> en raison du *poids, la responsabilité de dire que la personne doit être évacuée en urgence, que sinon c'est une question de vie ou de mort. C'est pour ça que le certificat médical est important.*<sup>538</sup> Une autre (18) renchérit : *Quand c'est vital, on ne se pose pas la question. C'est le SAMU qui emmène, on ne se pose pas la question, la personne se fera soignée.* Le week-end, aucune assistante sociale n'est présente : *mais ce qui est important, c'est l'urgence médicale ; le dossier de couverture sociale sera géré après, ça se discute même pas.* (2)

En attendant l'obtention de l'accord de prise en charge (par la CGSS ou par la DSDS et le Ministère en cas de demande humanitaire), l'hôpital s'engage à payer les billets d'avion. Air France est en effet le seul maillon de cette chaîne (l'hôpital, la préfecture, la DSDS et la CGSS) qui semble hermétique à la pression du besoin de soins : les billets d'avion ne sont pas délivrés tant qu'il n'y pas de garantie de paiement, comme si son activité explicitement lucrative libérait la compagnie aérienne de cette responsabilité.

Cette légitimité du droit aux soins urgents est associée au respect des droits de l'Homme (la France, *pays de la déclaration des droits de l'Homme, de la Révolution*) et au devoir des anciennes métropoles coloniales (en cas d'absence de résidence en France, un malade surinamien peut également être envoyé aux Pays Bas). (44)

---

<sup>536</sup> Si l'obtention d'une couverture maladie auprès de la CGSS est impossible par absence de tout document d'identité ou de résidence en France, une prise en charge au titre de l'AME humanitaire est demandée auprès du Ministère en charge de la santé. Certaines assistantes sociales font transiter leurs demandes via un des médecins inspecteurs de santé publique de la DSDS.

<sup>537</sup> Notons qu'une inspectrice DSDS déclare, elle, recevoir de nombreuses factures émises par des hôpitaux en métropole, pour les soins dont ont bénéficié des résidents de Guyane non assurés sociaux. Car si les assistantes sociales pressent la CGSS d'accorder une AME, quand le patient ne peut relever que d'une AME humanitaire, elles en adressent la demande mais l'évacuation a lieu avant qu'une réponse ait été donnée. Or il semble que ces AME humanitaires ne soient jamais accordées (selon les responsables des hôpitaux de Cayenne et de Saint Laurent, comme d'ailleurs selon des professionnels interrogés à ce sujet en métropole). La DSDS se trouve alors bien en peine quand les hôpitaux qui ont accueilli ces patients dépourvus de toute prise en charge lui adressent leurs factures. Notons en particulier l'embarras d'un agent DSDS qui a accordé, elle-même, une dizaine d'AME humanitaires, avant de s'apercevoir que ces accords ne peuvent émaner que du Ministère lui-même : *que faire des factures pour ces malades prétendument couverts ? ...* (53)

<sup>538</sup> Il en va de même lors du maintien de droits CMU pendant le renouvellement du titre de séjour. Le récépissé de renouvellement de titre de séjour ne suffit pas pour demander un maintien des droits CMU après leur expiration (bien que les agents CGSS déclarent le contraire), sauf si c'est une urgence médicale, avec un certificat médical associé au dossier : *On en arrive encore à qui va être pointé du doigt si la responsabilité, même administrative, est engagée face à un certificat du médecin.* (2)

Insistons sur le fait qu'il s'agit bien de permettre l'accès aux soins et non pas, comme on aurait aussi pu le penser, d'assurer à l'hôpital de Saint Laurent le remboursement des frais qu'il a engagés. C'est ce que traduit la description des situations hors urgence<sup>539</sup>.

On a vu que l'AME humanitaire est demandée à la DSDS (puis au Ministère) quand le défaut de tout document d'identité ou l'absence de résidence en France excluent toute possibilité d'obtenir une AME « ordinaire » auprès de la CGSS. Les assistantes sociales mettent en œuvre cette procédure de façon exceptionnelle, la réservant aux situations d'évacuation sanitaire. Hors besoin d'évacuation (c'est à dire quand aucun autre hôpital ne va entrer en jeu dans la prise en charge du malade), situation beaucoup plus fréquente, l'AME humanitaire n'est pas demandée, et comme aucune autre prise en charge ne peut l'être, l'hôpital ne sera pas remboursé. Pour une assistante sociale (44), si certes les frais de santé seront payés par l'hôpital de Saint Laurent, même s'ils durent des années, l'essentiel reste bien que les patients soient soignés.

De même, quand un séjour à l'hôpital prend fin alors que la demande de couverture maladie n'a pas encore abouti, un certificat médical est adressé à la CGSS pour accélérer le traitement de cette dernière. L'objectif est alors d'éviter l'interruption thérapeutique à la sortie de l'hôpital : le patient a été soigné malgré son absence de couverture pendant qu'il était hospitalisé, mais les professionnels de ville (pharmaciens et médecins) exigeront, eux, un paiement en contre partie de leurs services. La sortie de l'hôpital peut même être retardée (sur décision bien sûr médicale et non plus de l'assistante sociale) en attendant l'accord pour la couverture maladie. Ce serait en particulier le cas de patients séropositifs pour le VIH dont l'hospitalisation (à Saint Laurent comme à Cayenne) serait maintenue - ou bien qui, une fois sortis, continueraient à être traités par des antirétroviraux fournis par la pharmacie de l'hôpital - tant qu'ils n'ont pas de couverture maladie (45, 49, 67, 70)<sup>540</sup>. Or le VIH présente bien le cas idéal-type de la maladie grave et dont les soins coûtent cher, et c'est le premier aspect qui prime sur le second (seul un directeur d'hôpital (45), directement concerné par le coût des soins, conteste cette hiérarchie, constatant que *c'est quand même le sida qui bloque une grande partie du système* et s'inquiétant pour le budget de la pharmacie de l'hôpital qui fournit des antirétroviraux aux non assurés sociaux).

---

<sup>539</sup> L'urgence médicale étant, légalement, un critère d'admission immédiate à l'AME (du moins elle l'était en 2002) ou à la CMU, les pratiques présentées ci-dessus pourraient simplement correspondre à cette disposition législative.

<sup>540</sup> On est loin des commentaires d'Haïtiens recueillis par TAVERNE (1991) selon lesquels l'absence de couverture maladie (perçue comme résultant des tracasseries rencontrées au niveau des différentes administrations (préfecture, mairie, etc.)) est un frein à l'accès à l'hôpital où, même si le soin ne peut être totalement refusé, il est abrégé et de mauvaise qualité pour les patients non assurés. A l'inverse, l'absence de couverture n'est pas un frein à l'accès à la PMI ni même aux médecins libéraux, que les patients arrivent à payer. L'institution hospitalière est dans ces conditions « le lieu où s'expriment et se renforcent les inégalités sociales dans le domaine particulièrement sensible de la maladie et de la mort. » (p. 466) La biomédecine, en tant que pratique médicale des groupes les plus élevés dans la hiérarchie sociale guyanaise, est dotée d'une fonction d'insertion. Aussi l'hôpital, dont l'accès est restreint pour les non assurés sociaux, « est devenu le symbole du rejet et de l'exclusion sociale de la population immigrée. » (p. 511)

Dans notre analyse, à l'opposé, l'hôpital accepte bon gré mal gré tous les patients, quelque soient les difficultés qu'ils aient pu rencontrer dans leur parcours antérieur d'accès aux soins, notamment celles en rapport avec le racisme créole à l'égard des étrangers, ce que ne font pas les services libéraux, en particulier les pharmacies de ville.



On a dit que l'ensemble de ce chapitre explore les pratiques des professionnels en marge des textes. Il nous faut cependant ici préciser les méconnaissances qu'ils en ont, en matière de couverture maladie.

L'AME fait l'objet de nombreuses connaissances erronées. Les plus récurrentes concernent la résidence (nécessité d'une ancienneté de résidence en France de trois mois<sup>541</sup>) et, on vient de le voir, le besoin de soins (il faut un besoin de soins pour prétendre à l'AME<sup>542</sup>). Elles sont le fait d'assistants sociaux comme de soignants et même d'administratifs (une inspectrice DSDS pour la résidence, des agents CGSS pour le besoin de soins).

Ces deux points en disent long sur la légitimité des soins : le bénéfice de l'aide sociale se voit ainsi conditionné par le besoin de soins et seuls les étrangers ayant fait preuve de leur volonté de s'intégrer (manifestée par cette ancienneté minimale de la résidence) en relèvent. La légitimité du premier est cependant plus forte que la condition de résidence : la plupart des assistants sociaux reconnaissent estimer que la venue en France pour s'y faire soigner est légitime, autorisant l'accès à une couverture maladie. En outre, l'ancienneté de résidence est l'un des éléments les moins vérifiés par la CGSS, puisque celle-ci accepte les déclarations sur l'honneur en la matière. Notons enfin que ces méconnaissances n'en sont plus aujourd'hui puisque l'AME en 2004 est soumise à ces conditions.

La méconnaissance des professionnels est par ailleurs, c'était prévisible, modelée par leurs pratiques quotidiennes : les assistantes sociales extra-hospitalières connaissent beaucoup moins que leurs collègues hospitalières la liste des pièces justificatives à apporter aux dossiers de couverture maladie, les médecins de ville connaissent les détails législatifs dans la mesure où ils ont une incidence sur leur rémunération<sup>543</sup>, tandis que leurs collègues hospitaliers des services VIH, notoirement soucieux d'une prise en charge globale et en contacts réguliers avec assistantes sociales et médiateurs, sont particulièrement au fait des législations sur l'accès aux soins.

Rappelons pour terminer qu'en matière d'accès aux droits à une couverture maladie, la plupart des professionnels interrogés déclarent être informés des textes par les responsables CGSS locaux.

---

<sup>541</sup> Seule une « résidence habituelle » est réglementairement requise en 2002. Les professionnels interrogés confondent avec la CMU (pour laquelle cette ancienneté de résidence de trois mois est effectivement requise) ou avec celle des trois ans pour l'AME totale (enquête réalisée en 2002, avant la suppression de cette distinction) ou encore avec l'aide médicale d'avant 1999 : l'ancienneté de résidence départageait les personnes relevant de la départementale (AMD) gérée par la DSP (plus de trois mois) de celles relevant de celle d'Etat (AME) gérée par la DSDS (moins de trois mois).

<sup>542</sup> Avec différentes variantes, toutes aussi fantaisistes les unes que les autres, même parmi les assistantes sociales hospitalières pourtant censées être les plus au fait de ces questions :

- le besoin de soins conditionne la durée des droits AME ouverts (44)
- il faut un certificat médical pour transformer l'AME hospitalière en totale, au bout de trois ans de résidence en France (38)
- l'AME ne peut être demandée qu'en l'absence de structure médicale adaptée à la pathologie au pays d'origine (6).

<sup>543</sup> Certains refusent de faire l'avance des frais pour toute AME. (85). D'autres ont compris que leurs consultations leur seraient payées si l'attestation AME du patient mentionne « hôpital et soins de ville », mais sans savoir ce qui permet d'obtenir cette AME « totale » plutôt qu'une autre. (26, 34)

## Besoin de soins et droit au séjour

Si le besoin de soins légitime le droit au séjour dans le cadre de la régularisation par un titre de séjour pour soins (loi dite Chevènement), il interfère également avec la réalisation des expulsions quotidiennes. Intéressons-nous d'abord à ce deuxième aspect.

### *Besoin de soins et expulsion*

Les agents des forces de l'ordre (agents de la PAF, douaniers, gendarmes) souvent n'expulsent pas les étrangers en situation irrégulière (ou dont le titre de séjour est en cours de renouvellement) qui leur présentent un certificat médical attestant de ce qu'ils sont suivis pour maladie grave à l'hôpital (22, 49, 59, 79). C'est en particulier le cas des malades séropositifs pour le VIH<sup>544</sup> en attente d'une carte de séjour : les agents appellent le médecin qui a rédigé le certificat et libèrent les malades une fois que le suivi leur a été confirmé. La prise en charge par des professionnels soignants, sorte de caution médicale, protège ainsi, dans une certaine mesure, du risque d'expulsion.

Les médecins mobilisent deux types de registres pour interpréter ces pratiques des forces de l'ordre.

C'est d'abord celui de la compassion (la *bonté d'âme* (49)) et du devoir humanitaire<sup>545</sup>.

Un gendarme (64) reconnaît d'ailleurs : *on ne va quand même pas les empêcher de se faire soigner ...* tandis qu'un douanier (79) précise que quand une femme enceinte en chemin pour une consultation est contrôlée sur une pirogue, les douaniers dirigent la pirogue vers l'hôpital, pour lui éviter d'avoir à marcher, parce qu'*on ne va pas faire des kilomètres à une femme enceinte ...*

Il considère que dès qu'il y a un risque de *mise en danger d'autrui*, il est impératif de permettre *l'accès aux soins, la priorité, c'est la vie des personnes*, qu'il faut sauver à tout prix, même si cette personne a par ailleurs une conduite répréhensible (exemple, usage de stupéfiants). Il s'agit de la même responsabilité que celle évoquée ci-dessus par les assistantes sociales à propos de la nécessité d'évacuer quelqu'un même s'il n'a pas de couverture maladie : *ça ne nous arrangerait pas que la personne nous claque entre les doigts*.

Enfin, c'est au médecin et non aux forces de l'ordre qu'il revient de juger de la gravité du problème médical, d'où la valeur du certificat et l'obligation dans laquelle se trouvent les forces de l'ordre de prendre en compte tout besoin de soins (au cas où il s'agirait d'une urgence) : l'argument médical prime sur le leur propre.

De la même façon, comme elle contraint la CGSS à accorder une couverture maladie, l'urgence médicale contraint la sous-préfecture à délivrer un laissez passer (qui permet de survoler des territoires non français) aux étrangers en situation irrégulière pour lesquels est prévue une évacuation sanitaire pour la Métropole<sup>546</sup>. Mais alors que dans le cas de la CGSS, cette pratique est perçue comme une simple accélération des procédures et un fonctionnement « enfin » normal, elle est, dans le cas de la sous-préfecture, considérée *extra légale* (4) (dans

---

<sup>544</sup> Sans bien-sûr que la nature de leur maladie ne soit mentionnée sur le certificat.

<sup>545</sup> Selon un médecin (59), un argument auquel les gendarmes sont sensibles est le suivant : « *on dit qu'en Afrique, on crève du sida, et vous, vous vous voudriez les renvoyer pour qu'ils crèvent chez eux ? On vous rappelle que la France, ce n'est pas le tiers monde ...* »

<sup>546</sup> Le laissez passer se justifiant par rapport aux soins, l'avis d'un médecin des services de l'Etat, un MISP, s'impose.

un sens favorable, à l'opposé du *hors légal*) : *Pour une fois, la sous préfecture, ils font de l'extra légal.*

Mais tout comme pour la CGSS, la force de cette contrainte lui vient de la responsabilité que fait porter l'urgence médicale : *Je crois qu'ils n'ont pas le choix ... (...) hier, il y avait une évacuation sanitaire qui a failli merder à Rochambeau parce que l'enfant n'avait pas de laisser passer. L'administrateur de garde a été appelé, tout le monde a été appelé, et puis total l'enfant est parti, ils n'avaient pas le choix. Si l'enfant décède à l'aéroport, les responsabilités de toutes façons seront trouvées à un endroit ou à un autre. (...) quand c'est justifié médicalement, eux en principe n'ont pas la possibilité de faire autrement.*

Le laisser passer permet ainsi de faire jouer la raison médicale, et elle seule semble-t-il<sup>547</sup>, contre la raison judiciaire.

La rationalité économique s'avère cependant intrinsèquement liée à celle de la compassion. Elle justifie en effet le principe de la protection de l'expulsion (ce n'est pas la maladie en tant que telle, mais la maladie que l'étranger n'aura pas les moyens de soigner dans son pays, explique un douanier (79), qui justifie qu'on ne l'expulse pas : *parce que c'est gratuit ici et payant là-bas*), tout en facilitant l'acceptation pratique : un médecin (59) qui fait appel à la compassion des gendarmes appuie son argumentaire en leur faisant remarquer que cette compassion n'est pas très onéreuse, fort peu d'étrangers, au final, bénéficiant de ces titres de séjour pour soins<sup>548</sup>.

Le deuxième registre mobilisé par les médecins pour expliquer la non expulsion des étrangers malades et celui de la loi, et plus précisément, de la loi dite Chevènement qui prévoit la protection contre les expulsions et la régularisation des étrangers malades<sup>549</sup>.

Selon un médecin (59), l'application de cette loi implique de ne pas expulser les étrangers qui présentent un certificat médical attestant de leur suivi pour une maladie grave. A l'appui de cette déclaration, il compare la validité des certificats médicaux à celle des carnets de santé

---

<sup>547</sup> Les demandes d'asile ne semblent pas avoir le même impact que le besoin de soins, en matière d'accords de laisser passer. Les personnes déboutées du droit d'asile peuvent adresser un recours à la commission de recours des réfugiés. Elles sont alors convoquées à Paris pour y plaider leur cause. Le responsable haïtien d'une association d'aide aux malades (54) raconte que l'un de ces déboutés, convoqué à Paris, n'a pas pu s'y rendre car la préfecture avait refusé de lui délivrer le laissez passer. Il s'est même fait arrêter un peu plus tard. Au centre de rétention, il a fallu l'intervention du responsable associatif, documents attestant des démarches en cours à l'appui, pour empêcher l'expulsion.

<sup>548</sup> Notons que pour BOURDIER (2001 ; 2002) au contraire, c'est justement parce que ces soins coûtent cher que des étrangers en situation irrégulière sont expulsés s'ils sont séropositifs, surtout s'il s'agit de femmes enceintes (avec risque d'avoir à soigner deux malades au lieu d'un). En outre, il interprète l'absence de prise en charge du VIH sur le fleuve non pas (ou du moins pas seulement) comme une impossibilité technique (ce que nous avons décrit dans le chapitre sur les représentations des professionnels métropolitains sur le système de soins) mais comme une volonté politique de ne pas prendre en charge des étrangers atteints d'une maladie dont les soins sont longs et coûteux : dans les centres de santé on recommanderait aux malades de se faire soigner « chez eux ».

<sup>549</sup> Votée en 1998, elle prévoit :

- la protection contre les mesures d'éloignement de 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 délivrance pour les étrangers remplissant les mêmes conditions d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » avec droit au travail (article 12 bis 11° de l'ordonnance de 1945 modifiée).

des enfants nés en France. Ces carnet sont dotés d'une forte valeur symbolique<sup>550</sup>, telle que certaines mères en situation irrégulière les conservent sur elles en permanence, pensant qu'ils les protègent des expulsions. Ils sont pourtant dépourvus de valeur légale en matière de droit au séjour, ce qui met les gendarmes dans l'embarras : la présentation d'un carnet ne leur interdit aucunement d'expulser, même si pourtant, souvent, ils obtempèrent. Mais pour les certificats médicaux, continue le médecin, il y a une loi et elle est claire, aussi les agents des forces de l'ordre l'appliquent-ils sans se poser de question.

En outre, les gendarmes *jouent le jeu* d'autant mieux qu'ils savent que les médecins le jouent de leur côté<sup>551</sup>. Il en va en effet de la responsabilité de ces derniers, qui s'engagent d'une part à ne rédiger ces certificats que quand la survie de l'intéressé dépend effectivement des soins auxquels il peut accéder en Guyane et d'autre part à les refuser aux fauteurs de troubles à l'ordre public. Le médecin justifie cette dernière restriction par deux éléments. D'abord, elle est conforme à la loi qui stipule que les troubles à l'ordre public sont un motif de refus de titre de séjour pour soins. Ensuite, elle correspond au choix des forces de l'ordre, dans le contexte migratoire local sus-décrit, de réserver leurs efforts de contrôle aux étrangers délinquants.

Notons déjà, on y reviendra bientôt, qu'entrent donc en jeu, dans la décision de ce médecin (comme de la plupart de ses confrères) de rédiger ou non un certificat médical, des critères non exclusivement médicaux : la décision se prend au vu, également, de la position des acteurs chargés du contrôle des flux migratoires (lutte contre les délinquants) et du cadre réglementaire de la demande de titre de séjour pour soins, incluant l'évaluation des antécédents judiciaires... mais est-ce bien au médecin traitant de prendre en compte ces derniers ?

Au total, la primauté de la caution médicale (matérialisée par le certificat médical) sur la situation au regard du droit au séjour (d'un étranger potentiellement expulsable) nous semble favorable par rapport aux textes puisque tant que l'étranger n'a pas de titre de séjour, il pourrait théoriquement rester expulsable, même si le médecin a fait un certificat, puisque le certificat n'est que le premier maillon d'une longue procédure ...

Certes, la caution médicale n'est, en pratique, pas toujours suffisante.

Ainsi, dans aucune des offres de soins (libérale, hospitalière, centres de médecine collective) n'est théoriquement considérée la situation au regard du séjour sur le territoire. Pourtant, dans les centres de médecine collective, seule offre « gratuite », où affluent le plus d'étrangers en situation irrégulière, certains professionnels envisagent de remettre en cause ce principe de non évaluation du statut au regard du séjour<sup>552</sup>.

---

<sup>550</sup> On verra que cette valeur est mise à profit par certains professionnels qui retiennent le carnet de santé du nouveau-né si sa mère ne s'est pas faite suivre pendant sa grossesse ou tant qu'elle n'a pas fait aboutir ses démarches de couverture maladie.

<sup>551</sup> De la même façon, lors de la procédure de régularisation qui sera envisagée ci-dessous, ce médecin insiste sur le respect de la loi. Le sous préfet sait que le médecin est respectueux de la procédure : *le sous préfet actuel, (...) il n'a jamais eu à reprocher à qui que ce soit de tenter d'obtenir un titre de séjour pour soins de connivence : quand on fait une demande de titre de séjour pour soins, c'est vraiment parce que la personne est très malade, c'est une maladie qui le justifie et c'est quelqu'un qui réside ici. Jamais personne à Saint Laurent du Maroni ne s'est amusé à faire une demande de titre de séjour pour soins qui ne serait pas justifiée.*

Le même contrat de confiance préside à ses relations avec la DSDS : *Je pense que à partir du moment où la DSDS accepte tout, c'est la preuve que on ne demande pas n'importe quoi pour n'importe qui, ça ne représente pas une masse considérable non plus.*

<sup>552</sup> Le médecin chef d'une PMI écrit au sous préfet pour lui demander l'autorisation de vérifier l'identité des patientes ... il n'est guère suivi par son équipe. (71)

Professionnels de l'accès aux soins et forces de l'ordre peuvent par ailleurs opposer leurs objectifs respectifs : les agents de la PAF se heurterait au refus du personnel des urgences hospitalières de demander aux malades leurs titres de séjour (70). Enfin, un médecin (59) s'indigne, conformément à son raisonnement présenté ci-dessus sur la protection légale que confère le certificat médical, de ce que l'un de ses patients, séropositif, ait été expulsé malgré, précisément, son certificat.

Mais c'est surtout lors de leur retour à domicile, après les soins, que les étrangers sont exposés au risque d'expulsion. Si les forces de l'ordre ne s'opposent en effet pas à l'accès aux soins<sup>553</sup>, elles attendent les malades sur le chemin de leur retour à domicile, après leurs soins à l'hôpital (de Cayenne ou de Saint Laurent). Certains médecins leur remettent, à la sortie de l'hôpital, un certificat médical attestant qu'ils ont été soignés, mais sans grand espoir que ça leur soit utile. Certains étrangers ayant été arrêtés et expulsés à leur atterrissage à Maripasoula, en chemin pour rentrer chez eux après des soins à l'hôpital de Cayenne, des malades refusent désormais tout transfert à Cayenne (57). Les problèmes se posent aussi pour les professionnels qui les accompagnent : ils sont interrogés par les agents de la PAF, accusés d'aide à la circulation d'étrangers en situation irrégulière, voire font l'objet d'intimidations, comme ces ambulanciers que des agents auraient menacés de fermeture de leur société (57, 59).

### ***Besoin de soins et régularisation***

Comment les acteurs métropolitains interprètent-ils cette disposition législative (la loi Chevènement sus-citée) qui permet à des étrangers malades d'obtenir un titre de séjour ?

#### Fondements

Un militant de longue date de lutte contre le sida (17) considère que l'évolution législative qui a conduit au vote de la loi dite Chevènement ne fait qu'entériner ce devoir de compassion évoqué ci-dessus<sup>554</sup> (les gens trouveraient assez *choquant* qu'on renvoie des gens, résidant en France, dans un pays où on sait qu'ils n'auront aucun accès aux soins et sont condamnés à mourir dans les deux ou trois ans, alors qu'ici on peut les soigner). Il rappelle que c'est la cause du sida qui a pointé la contradiction entre l'affichage de la France pays des droits de l'homme et de l'humanitaire (*Kouchner deux fois ministre*) et la condamnation des malades contraints à rentrer dans leur pays. Le contraste entre cette obligation morale vis à vis de l'accès aux soins et l'absence de prise en compte des demandes d'immigration économique

---

Des bruits courent selon lesquels les personnes étrangères encore inconnues du personnel ne seraient plus acceptées dans les centres de santé du fleuve. Un médecin du centre d'Apatou dément : chaque jour au moins quinze nouveaux patients, la plupart étrangers, y sont vus (66, 78).

<sup>553</sup> Selon le médecin du SAMU de Cayenne (57), quand un patient étranger est transféré du fleuve par avion, son identité et son titre de séjour sont examinés à l'aéroport de Rochambeau. Même si le patient est en situation irrégulière, il n'y a jamais de problème : on le laisse aller à l'hôpital.

<sup>554</sup> Cette obligation morale de faire primer le soin sur la répression aurait également progressivement émergé en matière de lutte contre la toxicomanie. Ce médecin (17) constate qu'après avoir, à une époque du tout répressif envers les toxicomanes, arrêté ces derniers même dans les lieux de soins, les agents de police aujourd'hui évitent soigneusement de se tenir du côté des boutiques, des distributeurs de seringues ou des pharmacies, la politique de réduction des risques primant désormais sur celle de la répression.

amène ce médecin à constater ironiquement que la France importe plus de malades que de main d'œuvre<sup>555</sup>.

Enfin, là encore, la rationalité économique vient faciliter l'acte de compassion : ce devoir humanitaire resterait relativement léger d'un point de vue économique, la totalité des soins des étrangers ainsi régularisés n'entraînant pas des sommes élevées étant donné le faible nombre d'étrangers concernés, du moins tant qu'il n'y a pas d'immigration motivée par cette démarche (1% des séropositifs au monde bénéficient de 99% des soins : *laisser rentrer quelques centaines de types chaque année et qu'on les garde parce qu'ils sont malades ne peut pas constituer un problème*).

Plus accessoirement, l'ordre public bénéficie de cette procédure : la régularisation des sans papiers diminue le risque de délinquance (via le droit au travail qui lui est associé), sans pour autant attiser le péril sanitaire, même en matière de VIH : il y a peu de promiscuité sexuelle entre les étrangers récemment arrivés et le reste de la population, donc peu de risque de propagation du VIH, sauf dans le cadre de la prostitution, et précisément de la prostitution guyanaise (le port du préservatif est plus répandu auprès des prostituées en Métropole), mais justement l'acquisition d'un titre de séjour pour soins évite aux malades d'avoir à se prostituer pour survivre financièrement.

### Application au quotidien en Guyane

#### *Une légitimité forte*

La mobilisation guyanaise des acteurs de la lutte contre le sida n'a certes pas la même puissance qu'en métropole. Il n'en reste pas moins que les acquis obtenus là-bas s'appliquent ici. Comment cette légalisation de la reconnaissance du droit au séjour des étrangers malades est-elle perçue en Guyane ?

Elle jouit d'une forte légitimité aux yeux des acteurs professionnels métropolitains en charge du VIH en Guyane. Cette prise en compte législative de la gravité d'une maladie est vécue comme un soulagement, au quotidien, par une assistante sociale en poste dans un CISIH (14) : les étrangers qu'elle suit, qui constituent l'essentiel de la file active du CISIH, obtiennent leur carte de séjour pour soins beaucoup plus facilement (sauf les Brésiliens) que les étrangers atteints d'autres maladies : *c'est plus facile de travailler avec des gens qui ont une pathologie très lourde, finalement ... (rire) enfin, pour l'instant, parce que s'il y a un recul en arrière, ça va être dramatique. Et je pense que je ne resterais pas très longtemps au CISIH, parce que moi, voir des gens mourir et leur dire qu'on ne peut rien faire ...*

A cette disposition législative, peut-être en raison de sa forte légitimité, certains attribuent un impact qui nous semble excessif, surestimant la fréquence de sa mise en oeuvre. Une assistante sociale hospitalière (2) interprète ainsi le contraste entre le faible nombre de demandes d'AME (2000 à 5000) et celui, élevé, de CMU (plus de 40 000), par le nombre élevé de bénéficiaires de l'AME se faisant régulariser en tant qu'étrangers malades et basculant de ce fait en CMU (sida, mais aussi cancer, diabète, handicap à la suite d'un accident, etc.).

---

<sup>555</sup> FASSIN met ce décalage (ainsi que celui entre les possibilités de régularisation pour soins et la limitation des accords des demandes d'asile) sur le compte de la « bio-légitimité » du corps souffrant. (cf. notamment FASSIN et al, 2001)

Cette légitimité est cependant perçue comme sensible au climat politique ambiant, national comme local.

Même s'il atténue son propos en rappelant que c'est un gouvernement de droite qui a le premier mis en place ce type de procédures (circulaire dite Debré de 1997), un médecin (17) évoque la sensibilité de ces dernières à la couleur politique du gouvernement. Il se souvient du *retour de l'ordre moral* en 87-88<sup>556</sup>, lorsque des agents de police attendaient les malades sans papiers à la porte des centres de Médecins sans frontières, pratiques disparues avec la mise en place d'un nouveau gouvernement de gauche en 88. Plusieurs acteurs métropolitains évoquent ainsi, depuis les dernières élections<sup>557</sup>, des *menaces*, des *bruits qui courent* (17) à propos de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, par restriction de l'accès au titre de séjour pour soins et à l'AME, voire affirment constater déjà le blocage de tous les dossiers de régularisation pour soins par la préfecture. Un médecin (17) déclare prendre acte de ces rumeurs de restriction réglementaire à venir pour mettre en route rapidement les démarches de régularisation pour soins pour tous ceux de ses patients séropositifs encore en situation irrégulière.

Préalablement à ces restrictions législatives, leur « préparant le terrain » dans *une stratégie de rejet*, les discours des politiques peuvent attiser la xénophobie populaire. A titre d'exemple, ce médecin cite la ministre des DOM TOM, qui aurait lors de son récent passage en Guyane déclaré que les Brésiliens sans papiers touchent des allocations familiales, déclaration évidemment erronée (ces allocations sont conditionnées par la détention d'un titre de séjour) mais dont le but serait de stigmatiser la communauté brésilienne, *bête noire du moment* et pour laquelle les titres de séjour pour soins du VIH sont refusés.

#### *Contraste avec les autres modes d'accès à la régularisation du séjour*

Pour un médecin (59), la question de l'accès aux soins exemplifie la complexité de la situation migratoire.

L'accès aux soins en Guyane est vecteur d'une importante force d'attraction pour les malades vivant à l'étranger. Parallèlement, il reste suffisamment légitime pour ne pas pouvoir être dénié aux étrangers, même quand ces derniers sont privés de tout autre droit social (on a vu ce médecin déplorer les conditions de vie de clandestins imposés aux étrangers en Guyane). Résultat, la solution à la situation misérable de ces milliers d'étrangers en situation irrégulière (malades mais le plus souvent non malades) ne passe pas par la santé : si la législation en matière d'immigration pour soins était assouplie, les malades arriveraient en Guyane *par bateaux entiers* ; si elle est conservée telle quelle, les situations *aberrantes* se multiplieront, comme ces étrangers que l'on garde hospitalisés alors qu'ils n'ont plus besoin de soins, simplement car ils ne peuvent pas payer leur retour à domicile sur le fleuve (parce qu'ils n'ont pas de couverture maladie et que l'hôpital refuse de payer leur retour à domicile) ou par crainte qu'ils se fassent arrêtés et expulsés une fois sortis de l'abri hospitalier. C'est également ce même médecin qui déclare connaître quelque cas de contamination volontaire au VIH en vue d'obtenir un titre de séjour.

La solution ne peut donc, de l'avis de ce médecin, passer que par le contrôle de l'immigration<sup>558</sup>, tandis qu'*au niveau de la santé, toutes les solutions seront forcément*

---

<sup>556</sup> Après la première majorité de gauche en 81-86, c'est l'époque de la première cohabitation et la nomination de Michel Pasqua au ministère de l'Intérieur.

<sup>557</sup> Ces entretiens se sont déroulés moins de trois mois après le premier tour des présidentielles d'avril 2002.

<sup>558</sup> Ce médecin milite aussi pour une réelle coopération entre les deux pays, avec mise en place des structures sanitaires attractives côté surinamien, de façon à limiter l'immigration d'étrangers venant se faire soigner.

*mauvaises*. L'accent mis sur *l'accès aux soins* plutôt que sur *l'accès aux droits des personnes vivant en Guyane* lui paraît absurde, comme par exemple le fait de ne proposer que des titres de séjour pour soins quand des étrangers vivent clandestinement en Guyane depuis dix ans<sup>559</sup>.

D'ailleurs, l'échec d'une demande de régularisation pour soins ramène brutalement l'étranger dans sa condition de clandestinité, avec tous les risques que sa tentative peut impliquer. C'est ce qu'évoque une assistante sociale (6) qui ne manque pas de rappeler aux requérants d'une carte de séjour pour soins qu'ils révèlent ce faisant leur situation clandestine à la sous-préfecture. *Et souvent il y a des situations où on est plus inquiet qu'eux-mêmes, parce qu'ils sont convaincus que « puisque le docteur l'a dit, puisque l'AS va nous aider, ça va marcher »*. Des antécédents judiciaires (en particulier en cas de maladie psychiatrique) peuvent en outre être révélés par l'enquête de gendarmerie<sup>560</sup>, faisant échouer la demande de carte de séjour et portant préjudice au requérant par les suites auxquelles l'exposent ces antécédents.

Cependant cette perception de la confiance des étrangers en situation irrégulière lors d'une révélation de leur situation au cours d'une demande est éminemment variable selon les assistantes sociales. Ainsi, une autre d'entre elles (14) décrit au contraire combien les étrangers en situation irrégulière sont, de façon générale, *méfiant* (...) *c'est quand même des gens qui vivent dans la clandestinité (...) ils ne disent jamais tout (...) ça reste souvent assez flou*. Ils distillent les informations (sur un conjoint, des enfants ...) au fur et à mesure, selon la confiance établie et selon les besoins, et l'assistante sociale doit leur expliquer l'importance d'un exposé complet de leur situation sociale afin qu'elle puisse les aider de façon optimale.

Notons cependant que la première exerce à Saint Laurent (est donc en contact avec des Noirs Marrons surinamiens qui ont l'habitude des allers-retours au pays) et l'autre à Cayenne, où les étrangers qu'elle reçoit arrivent en Guyane au terme d'un long voyage.

Notons enfin que l'accès aux soins est un élément qui peut être utilisé dans toute demande de régularisation (autre qu'au titre de la maladie), par preuve de la résidence en France. L'antécédent de soins en France (par exemple attesté par des carnets de vaccination) est également mobilisé dans le dossier de demande de jugement déclaratif (cf. chapitre spécifique<sup>561</sup>), c'est à dire lorsque l'intéressé demande non pas un titre de séjour mais la reconnaissance de sa nationalité française.

---

<sup>559</sup> Selon une assistante sociale (1), d'ailleurs, la légitimité du titre de séjour pour soins est telle que des Surinamiens qui ont reçu une prime de retour dans leur pays (après avoir été réfugiés en Guyane pendant la guerre du Surinam), et qui sont depuis fichés à la sous-préfecture en tant que tels ne pourront jamais être régularisés ... sauf par un titre de séjour pour soins.

<sup>560</sup> La sous-préfecture prend sa décision au vu de l'avis du MISP de la DSDES et des éléments de l'enquête gendarmerie qui consiste en une vérification que la personne réside bien à l'adresse qu'elle a indiquée et en une recherche d'antécédents de troubles sur la voie publique, plaintes du voisinage, trafics, etc. Cette enquête est systématique pour les premières demandes.

<sup>561</sup> Dans le village où le requérant prétend avoir passé son enfance, les fichiers du dispensaires sont consultés pour y retrouver éventuellement sa trace. Ces données sont considérées par les agents de la maison de justice (75) comme à la fois très fiables (alors qu'il a été décidé que plus aucun dossier de demande de jugement déclaratif de naissance ne serait accepté, exception est faite lorsqu'un certificat médical atteste de la naissance au dispensaire de la personne) et difficiles d'accès (les médecins expriment des réticences à les divulguer, considérant qu'il y a rupture du secret médical, même si seules les données administratives sont examinées).



### Perçu par les étrangers malades

Une association a réalisé une enquête auprès de la population, en majorité étrangère, qui vit, dans des conditions particulièrement précaires, le long d'un tronçon de la route menant de Cayenne à Saint Laurent. Interrogés sur ce qui pourrait leur permettre d'améliorer leur accès aux soins, les habitants répondent le plus souvent (42%) un visa ou la naturalisation (SURIFRANCE, 2001). L'irrégularité du séjour sur le territoire et la nationalité étrangère sont ainsi perçues comme le frein majeur à l'accès aux soins.

Par ailleurs, la plupart des professionnels métropolitains en charge de patients séropositifs pour le VIH estiment que les étrangers séropositifs sans papiers, dans leur grande majorité, ne connaissent pas la possibilité d'être régularisés au titre de leur maladie, avant d'en être informés par eux-mêmes<sup>562</sup> et qu'ils ne viennent pas s'installer en France, se sachant séropositifs, pour s'y faire régulariser et soigner (c'est plutôt une fois en Guyane que leur état s'aggravant à l'occasion d'une maladie opportuniste, ils sont hospitalisés, et c'est alors seulement que le diagnostic est porté ; c'est d'ailleurs le scénario retenu dans un document émanant du Ministère des Affaires étrangères à propos des Surinamiens séropositifs suivis à Saint Laurent (FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES, 2002)).

Les étrangers arrivant en Guyane ne peuvent d'ailleurs pas être au courant de cette possibilité de régularisation pour soins car ils sont issus de pays où elle n'existe pas : la France offre bien plus de droits et d'avantages sociaux que les pays frontaliers dont sont issus les étrangers malades en Guyane (Haïti, Guyana, Surinam). Nombreux sont en effet ceux qui ne profitent d'aucune aide alors qu'ils le pourraient, sans même en imaginer l'existence : *c'est d'un exotisme total*. Les seules demandes qu'ils adressent éventuellement à l'assistante sociale sont d'ordre financier (*un réflexe de survie immédiat*). C'est bien sûr le cas d'étrangers arrivés récemment et qui ne connaissent encore pas grand monde sur place. Mais c'est aussi celui de personnes présentes en Guyane depuis des années.

Ainsi, il arrive parfois par erreur que la carte de séjour n'ait pas été demandée pour un étranger en situation irrégulière suivi depuis déjà quelques temps au CISIH. Le médecin s'en aperçoit quand par exemple le patient, par crainte de se faire arrêter lors de ses déplacements (souvent à pied), notamment pour ses venues en consultation, manque certains de ses rendez vous ou se plaint de ce qu'ils sont trop rapprochés. Le patient peut aussi demander au médecin un certificat attestant de son suivi au CISIH, à présenter s'il se fait arrêter, pour éviter d'être envoyés au centre de rétention (c'est notamment le cas des prostituées car elles sont plus souvent contrôlées). La légitimité que leur octroie la maladie est « devinée » par les malades sans qu'ils connaissent la procédure officielle<sup>563</sup> : *Donc c'est exactement la même démarche mais ils ne connaissent pas le truc*.

---

<sup>562</sup> BOURDIER (2002) décrit comment les Brésiliens, dont l'immigration est volontiers présentée, en Guyane, comme une immigration de travailleurs durs à la tâche, ont intériorisé cette « image de marque d'une population « vigoureuse » dont on peut tirer parti » (précisons que c'était aussi le cas de l'immigration maghrébine des années 60 en métropole, cf. les travaux d'Abdelmalek Sayad).

Ainsi, ceux d'entre eux qui sont malades et en situation irrégulière se justifient-ils, lors d'un contrôle policier, en expliquant qu'ils travaillent dur plutôt qu'en revendiquant leur droit de rester en tant que malades.

<sup>563</sup> Remarquons que le besoin de soins peut également être l'occasion d'une prise de conscience d'autres droits potentiels. Quand à l'occasion d'un séjour hospitalier, on s'aperçoit que le patient n'a pas de couverture maladie et ne peut pas en demander une car il ne dispose d'aucun document d'identité, on l'oriente vers la maison de justice s'il se déclare français, ou vers son consulat s'il se déclare étranger (le problème de santé révèle le problème couverture maladie qui lui révèle le problème d'identité). (3, 10)

Selon une assistante sociale de CISIH (14), même une fois régularisés, les malades ne font pas de publicité pour la procédure, car les personnes atteintes par le VIH ne parlent en général pas de leur maladie à l'entourage, ce qui explique que la procédure ne soit pas mieux connue. En outre, même une fois qu'ils en ont bénéficié, les malades ne semblent pas toujours avoir bien compris cette procédure, ne faisant pas le lien entre leur pathologie et leur régularisation. Il arrive ainsi qu'ils conseillent à leurs amis, non séropositifs, de venir rencontrer l'assistante sociale du CISIH pour qu'elle les aide eux aussi : « *viens, elle peut faire quelque chose pour toi pour avoir ta carte de séjour* ».

Pourtant ces mêmes professionnels évoquent simultanément, à l'inverse, l'existence de contaminations volontaires au VIH, certes très minoritaires, dont l'objectif est de bénéficier des avantages sociaux que procure la maladie sans en décéder grâce à l'accès à la trithérapie (14, 46, 59)<sup>564</sup>. L'un de ces médecins (59) les qualifie d'*effets pervers* d'un système qui donne à l'accès aux soins une telle légitimité qu'elle en devient finalement prépondérante sur toute autre type de reconnaissance, surtout dans le contexte sus-décrit où les étrangers présents sur le territoire font face à une politique d'accès au titre de séjour particulièrement restrictive. Cette dernière les contraint à des conditions de vie extrêmement précarisées, qui font justement le terreau de l'épidémie du VIH. Malgré ces dérives, cependant, le titre de séjour pour soins reste un progrès car en permettant aux malades de sortir de l'extrême précarité, il leur permet aussi de mieux se traiter.

Le confort matériel (passant par l'accès à un titre de séjour, mais incluant également toute une prise en charge qui va avec) lié aux soins chroniques d'une maladie grave est manifeste dans d'autres types de pathologies graves. C'est le cas de l'insuffisance rénale : sans que l'on puisse bien sûr parler d'insuffisance rénale provoquée volontairement, une professionnelle note une absence de volonté de voir la situation sanitaire s'améliorer. Mme C est l'une des deux infirmières d'une association qui offre à une dizaine d'insuffisants rénaux la possibilité d'être dialysés trois ou quatre fois par semaine, dans un petit local loué à Saint Laurent (29). Ses patients sont tous noirs marrons, pour la plupart surinamiens. Elle décrit chez eux une compréhension et une observance variables du traitement par dialyse. Si la plupart ont compris l'importance de garder un poids stable car leurs variations pondérales sont douloureuses et fatigantes, certains ne font aucun cas de leurs traitements médicamenteux quotidiens. Il faut qu'une infirmière en libéral amène son traitement chez l'un d'eux, les jours sans dialyse, sinon il ne le prend pas car *s'en fiche*. Un autre ne s'est pas présenté à l'hôpital le jour où le rein qui devait lui être greffé est arrivé : *Ils s'en foutent !*

---

<sup>564</sup> Le sida, *c'est l'autoroute* : certes, il reste quelques obstacles mais si peu, par rapport au parcours suivi par le commun des étrangers sans papier. Dans une même communauté de sans papiers qui *galèrent* depuis des années, sans titre de séjour, sans droit au travail, sans aucune aide financière, *deux ou trois se retrouvent comme des nantis*, parce qu'ils ont obtenu un titre de séjour grâce à leur maladie. Alors les autres se disent « pourquoi pas moi ? ». Certaines prostituées doivent se poser la question, quand elles ont une amie tombée malade et qui aujourd'hui n'a plus besoin de se prostituer pour survivre, grâce à l'AAH.

Au sein d'une communauté d'immigrés, l'obtention d'un titre de séjour pour soins identifie son détenteur comme un malade, mais non spécifiquement du sida, ce qui modère les risques de stigmatisation.

Le discours de ce médecin est à mettre en prolongement de son indignation face aux conditions de vie des sans papiers et de la non pertinence d'une ouverture migratoire basée exclusivement sur les soins.

Il ne pense pas en revanche que la procédure soit connue, à l'étranger, et incite des étrangers se sachant malades à immigrer en Guyane pour s'y faire soigner : il n'en voit pas (59).

Les déclarations de plusieurs professionnels de Saint Laurent, allant dans ce sens, sont reprises dans l'article de FARINE, Frédéric (2002, b). L'expérience cubaine est rappelée : il y a dix ans, les malades du VIH regroupés dans des centres y avaient connu une telle amélioration de leurs conditions de vie que certains de leurs compatriotes s'étaient volontairement laissés contaminer pour les y rejoindre.

Cette indifférence, l'infirmière l'attribue à l'absence de suivi psychologique réalisé à Saint Laurent et surtout au confort matériel qu'octroie le statut de malade :

*ils aiment être dialysés, on leur donne à manger, on les soigne bien, on les soigne mieux que la plupart de la population, on s'occupe d'eux, ils sont bien ici, mieux que chez eux où ils n'ont pas l'eau et l'électricité, ça passe le temps, il faut voir le contexte dans lequel ils vivent. (...) Ça les occupe, c'est une excuse pour ne pas aller travailler. On a proposé la greffe à plusieurs d'entre eux, mais ils ont refusé : ils préfèrent rester comme ça, ils ne veulent pas aller à Paris, il y sont dépaysés, ils n'y mangent pas comme chez eux, ils sont complètement largués.*

### **Besoin de soins et résidence en France**

Quelle conduite adopter à l'égard d'étrangers malades qui se présentent dans une structure de soins française alors qu'ils n'ont pas d'argent pour payer leurs soins et que leur non résidence en France les exclut de toute couverture maladie en France ? Aucun des professionnels métropolitains interrogés, soignants et travailleurs sociaux, ne porte de jugement moral pour condamner ces venues pour soins<sup>565</sup>, alors même qu'ils savent que la non résidence exclut de toute couverture maladie, voire souvent croient à tort qu'une ancienneté de trois mois de résidence est nécessaire à l'obtention de l'AME. Ils ont d'ailleurs tendance à les relativiser d'un point de vue budgétaire, considérant que s'il n'y a pas de décision politique prise pour les stopper, c'est que « ça ne coûte pas trop cher à la France » (34, 35, 59) (la Guyane est ainsi présentée comme une charge « finalement pas trop lourde » pour la métropole, au lieu d'un département français au même titre que les autres).

Notons que du point de vue de représentants de l'Etat (DSDS), même s'il n'y a pas non plus condamnation, les « venues pour soins » sont suspectes d'être fort nombreuses sans (53). Enfin, le PRAPS 2001 mentionne ces situations puisque l'une des trois fiches-action sur l'accès aux soins prévue est l'organisation de consultation type « Mission France » de Médecins du Monde à destination des étrangers sans papier voire ne résidant pas de façon habituelle dans le département, qui sont exclus pour les premiers de la CMU et pour les seconds de la CMU et de l'AME.

### ***Les professionnels soignants : tant que l'efficacité thérapeutique est assurée***

Ceux interrogés sur cette question ne voient pas de problème à la délivrance de soins à des étrangers venus en France se faire soigner. En revanche, se plaçant dans le paradigme de l'efficacité thérapeutique, des professionnels de Saint Laurent soulèvent le cas des étrangers non seulement venus en France pour s'y faire soigner, mais qui continuent, une fois le traitement débuté, à résider à l'étranger. Cette efficacité peut en effet, selon eux, être alors mise en péril par trois facteurs : le non remboursement de la structure de soins (qui peut alors interdire la continuité de la délivrance des soins), les difficultés matérielles que peuvent poser les allers-retours au pays pour chaque soin délivré et enfin l'incompréhension par le malade de l'importance de ses soins (incompréhension que traduit sa décision de ne pas venir vivre en Guyane).

---

<sup>565</sup> Et paradoxalement, le moins condamnant est un douanier (79) qui considère qu'une des raisons pour lesquelles le strict contrôle du fleuve ne serait pas tenable est qu'il *empêcherait les gens de se soigner* ... et qui qualifie de *corrects* les étrangers malades qui ne viennent en Guyane que le jour de leur rendez vous, s'abstenant de présence irrégulière le reste du temps ! !

Il s'agit donc d'abord d'une part de la pérennité des soins si la structure qui délivre ces soins ne peut se faire rembourser parce que la personne, ne résidant pas en France, ne peut s'y faire ouvrir de droits, et d'autre part des obstacles matériels (coût financier et temps de transport) à l'accès aux soins, si celui-ci implique de longs voyages répétés. Une infirmière (29) qui exerce au sein d'une structure associative permettant à une douzaine d'insuffisants rénaux de bénéficier de séances de dialyse ne voit aucun problème à ce que l'une de ses patientes vive au Surinam, excepté matériels (pour les allers-retours) et pour le remboursement de la structure pour ses soins<sup>566</sup>.

Il s'agit ensuite de l'importance de la compréhension de l'importance du soin. Une sage-femme PMI (7) évoque le cas des femmes surinamiennes qui vont et viennent, entre leur famille au Surinam et la PMI à Saint Laurent. Ce ne sont pas ces venues pour soins qui irritent la sage-femme, mais l'irresponsabilité des femmes qui laissent, lors de leur passage à la PMI, des adresses erronées auxquelles elle ne pourra même pas leur laisser un courrier (avec par exemple des résultats d'examen), ce qui est faisable quand l'adresse est au moins celle de parents vivant à Saint Laurent.

Pour ce qui est du VIH, un médecin (59) relativise les venues pour soins : alors que la maternité est submergée par les accouchements de Surinamiennes n'habitant pas en Guyane, 96% des patients séropositifs pour le VIH sont des résidents de Guyane : ce ne sont pas des étrangers venus là pour se faire soigner. Mais même si c'est le cas, ce médecin déclare faire son possible pour optimiser la prise en charge du malade ... dès lors que ce dernier a décidé de s'installer en France pour y être soigné. Cette décision est en effet à ses yeux une condition indispensable à l'efficacité thérapeutique car elle traduit la compréhension qu'a le malade de l'importance cruciale de ses soins et de sa volonté de faire le maximum pour qu'ils se déroulent au mieux.

### ***Les professionnels sociaux : la responsabilité professionnelle qu'impose la légitimité du soin***

Les cinq assistants sociaux de l'hôpital de Saint Laurent interrogés sur cette question (1, 2, 6, 38, 44)<sup>567</sup> affirment plus ou moins ouvertement aider ces étrangers malades, venus à Saint Laurent pour s'y faire soigner alors qu'ils n'habitent pas en France (ce que parfois ces derniers leur déclarent « naïvement »), à se faire ouvrir des droits à l'AME. La plupart de ces professionnels savent pourtant que la non résidence sur le territoire français exclut légalement de tout accès à une couverture maladie (sécurité sociale comme aide sociale)<sup>568</sup>.

---

<sup>566</sup> Elle accueille le matin de notre entretien pour la première fois une jeune femme de 19 ans qui habite à Mongo au Surinam et refuse de s'installer à Saint Laurent, où vit pourtant un de ses beaux-frères. Partie le matin à trois heures de chez elle, elle est venue en voiture à Albina, d'où elle a traversé le fleuve en pirogue, puis a terminé son voyage à pieds depuis le village chinois (où accostent les pirogues) jusqu'au local (une demi-heure de marche) pour sa séance à sept heures. Elle va revenir trois fois par semaine, pour des séances de trois heures et demi chacune.

<sup>567</sup> Il n'y en avait que trois en poste tout au long de l'enquête, mais le turn over du personnel a permis d'en rencontrer cinq.

<sup>568</sup> Les discours les plus « francs » sont ceux tenus par trois assistants sociaux sur le point de quitter leur poste à l'hôpital, ou qui l'ont déjà quitté, et qui par ailleurs critiquent volontiers leurs partenaires créoles (racisme de la CGSS et de la sous-préfecture) et leur (ex) hiérarchie hospitalière.

Les deux autres, une responsable et une jeune collègue qui vient d'arriver en Guyane, sont plus confuses (se contredisant) ou évitent la question (« on n'a pas à vérifier les dires de la personne »). L'ambiguïté de leur discours illustre un entre-deux de la fonction de l'assistant social, qui d'un côté prend en charge un individu (ici pour aider l'accès aux droits), sans mettre en doute sa parole (*je me refuse de vérifier, moi, que la personne habite bien là, parce que c'est pas mon boulot* (44)) et d'un autre représente la collectivité, dont il applique les

Concrètement, ils proposent à l'étranger malade de demander à un membre de sa famille ou de sa communauté qui habite à Saint Laurent de lui faire un certificat d'hébergement<sup>569</sup>. Rappelons que la situation guyanaise (de nombreuses habitations sont dépourvues d'adresse postale et/ou ne sont pas desservies par les réseaux d'eau ou d'électricité) contraint par ailleurs la CGSS à plus de tolérance à l'égard de ces certificats d'hébergements : ils se réduisent souvent à des déclarations sur l'honneur, donc difficilement vérifiables. Comme pour les étrangers qu'il est difficile d'empêcher de traverser le fleuve, la particularité de la situation guyanaise réside dans des difficultés techniques d'empêcher les abus (ici, obligation d'accepter des attestations invérifiables).

Pour justifier leurs pratiques qu'ils savent constituer une entorse à la législation (laisser des non résidents se déclarer résidents pour pouvoir prétendre à l'AME), ces professionnels insistent sur la légitimité du soin : l'assistance à personne en danger est une responsabilité à laquelle aucun professionnel ne peut échapper, même en dehors du besoin de soins en urgence (même si ce sont ces cas qui sont cités en premiers, car les plus « exemplaires ») : valeur légale et même, pour l'un d'eux, sacrée<sup>570</sup>, que l'on a déjà présentée à propos de l'évacuation sanitaire d'un malade comme de la non expulsion d'étrangers malades : CGSS, préfecture, DSDS, aucune institution et aucun acteur ne peut entraver cet accès aux soins dès lors qu'il a été médicalement authentifié. Ainsi, deux d'entre eux (2, 6) étayaient leur discours en racontant que les pompiers viennent chercher les malades à leur descente de pirogue en provenance de l'hôpital d'Albina où ils ne peuvent pas être soignés, éventuellement accompagnée par du personnel médical ou paramédical du Surinam : il s'agit d'une coopération institutionnalisée, au vu et au su de tout le monde. On rappelle aussi (6) le principe de l'AME humanitaire accordée par le Ministère justifiée par l'état de santé seul, l'attestation de résidence en France n'étant pas requise.

Ce *devoir* (2) ne s'exerce à propos des étrangers en Guyane que dans la mesure où le soin dont ils ont besoin ne leur est pas accessible dans leur pays (les travailleurs sociaux reprennent en fait le critère fondamental dans l'accès au titre de séjour pour soins, que l'on va présenter plus loin) ... ce qui, pour la plupart des professionnels français, ne constitue une

---

règles (seuls les résidents peuvent bénéficier d'une couverture maladie). Cette position est analysée notamment par AUTES (1999).

<sup>569</sup> Exemples :

A ces malades qui arrivent du Surinam pour se faire soigner, cette assistante sociale (1) demande : *« t'as pas une cousine ? tu ne connais pas quelqu'un ? »* qui pourrait leur faire un certificat d'hébergement.

*Tous les orpailleurs qui sont sur le fleuve, qui sont malades, qui nécessitent des soins en urgence ou autres ... nous on les obligerait presque à trouver une adresse ici en disant « écoutez il y a des solidarités, voyez avec d'autres Brésiliens si vous ne pouvez pas ... » (...)* Il y a des infirmières qui sont allées prendre des Brésiliens en ville en leur disant *« écoutez, allez rendre visite à ce mec, c'est un Brésilien, il a rien, il a pas de papiers »*. (2) En outre, un assistant social persuadé à tort qu'une ancienneté de résidence de trois mois est indispensable à une demande d'AME, se dit même prêt à occulter volontairement une arrivée plus récente ... (38)

<sup>570</sup> [En l'absence de volonté de résidence en France] *les gens n'ont pas de légitimité administrative. Mais légalement et médicalement, qui peut refuser ? Personne. C'est de la non assistance à ... même en dehors de la mise en jeu du pronostic vital, c'est de la non assistance à personne en danger, et là c'est le code pénal, et là tout le monde trinque. Peu importe que ce soit un médecin, un administratif, une secrétaire, un pompier, un gendarme, peu importe ...*

*Les gens ne connaissent pas forcément la législation, mais ils ont conscience de cette notion de droit, c'est une notion de droit commun ... bien sûr ! On est en droit et en devoir surtout de porter ... « aides ton prochain », c'est aussi faire référence à des textes plus religieux de conscience humaine.* (2)

condition qu'à peine restrictive, puisqu'ils perçoivent l'offre de soins dans les pays voisins de la Guyane comme insignifiante.

Au total, si les soignants mettent en avant l'objectif d'efficacité des soins qu'ils prodiguent, les travailleurs sociaux s'inclinent eux aussi devant le paradigme médical : si un besoin de soin est décrété (et il ne leur revient pas de ce faire), ils doivent en faciliter l'accès. Les textes relatifs à la couverture maladie sont donc écartés devant la légitimité du besoin de soin.

### **Conclusion intermédiaire**

Quelle légitimité le besoin de soins octroie-t-il à ces étrangers qu'on ne peut que laisser entrer, mais auxquels l'Etat refuse d'accorder un titre de séjour, sésame à toute une série de droits sociaux ?

Pour les professionnels de l'accès aux soins métropolitains, le besoin de soins légitime l'accès aux soins dans l'absolu, c'est à dire qu'il peut s'affranchir des conditions réglementairement associées à ce dernier, autorisant à passer outre notamment les critères de couverture maladie, de droit au séjour et de résidence en France : il permet en effet d'obtenir une couverture maladie, d'empêcher l'expulsion voire de régulariser la situation au regard du séjour et dispense de la condition de résidence en France nécessaire à l'obtention d'une couverture maladie.

Ces professionnels fondent l'essentiel de leur argumentation sur la dimension humaine de ce devoir, lequel impose à tout un chacun de permettre l'accès aux soins dès lors que le besoin en a été médicalement attesté. Ce devoir peut en outre se voir en quelque sorte validé par une disposition législative, réelle (la loi dite Chevènement de régularisation pour soins), même si l'on en fait une interprétation large (on parle d'expulsion « illégale » dès lors que l'étranger détient un certificat médical) voire clairement erronée (on assure que l'obtention d'une AME est conditionnée par le besoin de soins), comme il peut aussi s'accommoder d'une entorse franche à la loi (on fait obtenir une couverture maladie pour accéder aux soins malgré l'absence de résidence en France) ... Bref, la force de ce devoir précède son inscription législative, même si celle-ci peut conforter, a posteriori, l'argumentation.

C'est bien l'intérêt du patient qui fonde ce devoir. Chaque professionnel explique en effet viser un soin non pas « minimal », mais « optimal » : les assistantes sociales font en sorte d'obtenir au plus vite une couverture maladie à leurs patients, les médecins recherchent avant tout une efficacité maximale de leurs traitements. Surtout, il est peu question d'agir dans l'intérêt de l'institution (exemple : ce n'est pas, d'abord, pour permettre le remboursement de l'hôpital des frais qu'il a engagés, que les assistantes sociales veulent obtenir une couverture maladie) ou de la société (exemple : ce n'est pas, d'abord, pour éviter la dissémination du VIH que les médecins recherchent une efficacité maximale de leurs traitements). Cet objectif de soins peut d'ailleurs amener des professionnels de l'accès aux soins à s'opposer aux forces de l'ordre en charge du contrôle migratoire, même si ces dernières expriment elles aussi une sensibilité à ce devoir humanitaire de permettre l'accès aux soins.

Enfin, l'importance de cette légitimité de l'accès aux soins vient souligner, par contraste, le défaut de légitimité générale dont bénéficient les étrangers auxquels l'Etat refuse de reconnaître le droit au séjour, les excluant de quasiment tout droit social. Les professionnels se déclarent conscients du risque, consécutif à ce décalage, de détournement de cette légitimité du besoin de soins (l'utiliser pour accéder à une reconnaissance des droits sociaux plus généraux plutôt que pour simplement se soigner), risque qu'ils relativisent en déclarant

que les étrangers méconnaissent trop les dispositions réglementaires qui l'accompagnent pour en abuser.

Voyons maintenant comment ils présentent leurs positions vis à vis des étrangers qui demandent une régularisation de leur séjour au titre, précisément, de leur besoin de soins, articulant ainsi les enjeux relatifs à la légitimité du besoin de soin (volontiers posée, on vient de le voir, comme absolue) et à la présence en France (dont on a dit que lui est accordée plus de légitimité que ne le font les critères réglementaires en la matière).

## **Pratiques différentielles en matière de cartes de séjour pour soins : les différents critères pris en compte**

La loi du 11 mai 1998 dite loi Chevènement<sup>571</sup> prévoit, sous certaines conditions, la délivrance d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » avec droit au travail (article 12 *bis* 11° de l'ordonnance de 1945 modifiée) aux étrangers malades en situation irrégulière sur le territoire français. Rappelons-en les termes exacts : elle s'applique 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* » (souligné par nous). Il faut par ailleurs que l'étranger ne fasse pas peser de menace sur l'ordre public.

Sont donc exclus les étrangers ne résidant pas en France, c'est à dire venus en France uniquement pour s'y faire soigner. Une circulaire précise en outre que l'étranger doit justifier d'un an de présence sur le territoire français. Pendant la première année de résidence, une autorisation provisoire de séjour (APS) peut être délivrée, aux mêmes conditions. Les préfetures ne délivrent donc une carte de séjour temporaire (CST) qu'après un an d'APS successives. Ces APS ouvrent droit à la CMU comme la CST, mais pas à l'allocation adulte handicapé (AAH) ou à l'allocation logement, et sont rarement assorties d'un droit au travail (systématique pour les CST).

Trois notions s'articulent donc :

- plus que de maladie, c'est de *prise en charge médicale* dont il est question. Le but de cette évolution par rapport à la loi dite Debré de 1997 (qui s'appliquait, elle, à des étrangers porteurs de « pathologie grave nécessitant un traitement médical ») est couramment interprété comme suit : sont désormais inclus les étrangers sans traitement mais suivis médicalement (pendant la phase asymptomatique du VIH ou lors d'un suivi psychothérapeutique par exemple). Nous verrons que cette interprétation fait cependant débat parmi les acteurs de terrain en Guyane.
- la *gravité exceptionnelle* de l'absence de prise en charge : faut-il en limiter la portée aux situations engageant le pronostic vital ?
- l'absence d'*accès au traitement approprié au pays d'origine* : notion éminemment ambiguë étant donné qu'évidemment, au sein d'un même pays, tous les malades ne

---

<sup>571</sup> Elle succède à la loi dite Debré de 1997 qui prévoit simplement l'expulsabilité des étrangers « atteints de pathologie grave ».

disposent pas du même accès aux soins ; rares sont les pays et les maladies pour lesquels des soins adaptés sont inaccessibles à l'intégralité de la population.

Au total, chacune de ces quatre notions (les trois précédentes plus la résidence en France) soulevant bien des questions, il nous semble pertinent de nous arrêter sur les positions des différents acteurs professionnels amenés à intervenir sur cette démarche. De telles études ont été réalisées en France métropolitaine<sup>572</sup>. Mais l'analyse de ces prises de position, parce qu'elles mobilisent les notions de légitimité de la présence étrangère et du besoin de soins, que l'on a vue sujettes à débat en Guyane, s'avèrent ici riches d'enseignements sur les catégorisations opérées par les acteurs professionnels métropolitains de leurs publics étrangers.

Rappelons les points pratiques de l'application de cette procédure.

Le certificat médical attestant de ce que l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, adressé au MISIP, est rédigé par un médecin agréé ou un praticien hospitalier qui doit se prononcer en outre sur la possibilité d'accéder ou non au traitement dans le pays d'origine (arrêté du 8 juillet 1999)<sup>573</sup>.

Le MISIP rend un avis portant lui aussi sur les trois points médicaux de la procédure : nécessité d'une prise en charge médicale, évaluation de l'exceptionnelle gravité, accès au traitement dans le pays d'origine.

Le préfet décide de l'admission au séjour au vu de l'avis du MISIP, mais sans être contraint par lui. Un refus peut être accompagné d'un arrêté de reconduite à la frontière.

C'est auprès d'acteurs de la prise en charge du VIH qu'ont été recueillis les témoignages suivants : cette maladie est d'une gravité qui ne fait aucun doute, elle est incurable (donc tous les malades sont candidats « à vie », avec des renouvellements tous les ans), ses traitements sont onéreux (donc il est plus facile d'établir l'impossibilité d'accès aux soins au pays d'origine) et les professionnels qui la prennent en charge ont souvent suivi de près l'évolution législative en la matière (la lutte engagée contre le VIH sur le front militant est indissociable de l'avènement de cette disposition législative) et, la connaissant, l'appliquent.

Là où une première analyse pourrait présenter les médecins comme désireux en toutes circonstances de voir leurs patients régularisés pour pouvoir mieux les soigner, et s'opposant par là aux professionnels en charge de réprimer l'immigration irrégulière (cf. par exemple BOURDIER, 2001), l'analyse des témoignages recueillis révèle que trois au moins des quatre points sus-repérés font débat, ce qui n'étonne guère au vu des interrogations sus-décrites que suscitent la présence de la population étrangère en Guyane et son besoin de soins.

Ce sont les notions les moins médicales qui font le plus débat. Présentons ces débats selon un ordre croissant de complexité, c'est à dire en nous éloignant progressivement des notions plus médicales.

---

<sup>572</sup> Cf par exemple : FASSIN, Didier (2001), « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, vol 19, n°4, pp. 5-34

<sup>573</sup> Ce point est dénoncé par les associations militant pour le droit au séjour des étrangers malades, qui y voient une confusion des rôles, cet avis relevant exclusivement, selon elles, de l'expertise du MISIP. Ces associations rapportent qu'en outre, illégalement, certaines préfectures exigent que dans le dossier administratif qui leur est adressé soit inclus un certificat médical (du médecin agréé ou du praticien hospitalier) qui se positionne sur la question de la possibilité de l'accès aux soins dans le pays d'origine (ODSE, rapport 2000).



## **La sévérité du pronostic en cas d'inaccessibilité du traitement**

Si cette notion ne fait quasiment pas l'objet de débat dans les discours recueillis, c'est bien sûr en rapport avec le fait que ces propos sont le fait de professionnels du VIH, une maladie dont la gravité ne peut être contestée. Un médecin (46) remarque ainsi que quelque soit le taux de T4 qu'il note dans le certificat médical adressé au MISp, celui-ci donne toujours un avis favorable (sauf en cas de motif de refus d'une autre nature, tel que l'accès aux soins dans le pays d'origine)<sup>574</sup>.

Le seul débat dont il est fait état est la conduite à tenir vis à vis des patients séropositifs non encore traités par antirétroviraux. On a dit plus haut que le passage de l'expression de « pathologie grave nécessitant un traitement médical » (loi dite Debré) à celle de « prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui [le malade] des conséquences d'une exceptionnelle gravité » (loi dite Chevènement) est volontiers interprété comme une volonté du législateur d'inclure les étrangers sans traitement mais suivis médicalement, tels que des patients en phase asymptomatique de l'infection à VIH. Si cette interprétation ne fait pas l'unanimité au CISIH de Guyane lors de nos premiers entretiens (seul un médecin (17), arrivé quelques mois plus tôt de métropole, considère que tous les séropositifs peuvent être candidats à la carte de séjour, qu'ils soient ou non traités), l'évolution est manifeste deux mois plus tard, quand cette position semble être progressivement acquise pour tous les praticiens du CISIH.

Ce « précurseur » justifiait ainsi sa position : « prise en charge » recouvre les notions à la fois de « diagnostic » et de « suivi », alors que ses collègues considéraient que les malades requérant une carte de séjour pour soins devaient avoir besoin de soins, « donc » d'un traitement. *Dans cette vision, les soins, c'est prendre des cachets. Le reste, c'est pas du soin*, observe le « précurseur ». En outre intervenait un critère que nous allons voir plus loin, la suspicion que des patients non traités ne viennent se faire suivre que pour obtenir la carte de séjour, et ne reviennent plus une fois la carte obtenue.

La position de ce « précurseur » était enfin justifiée, selon une assistante sociale travaillant avec lui (14), par une inversion du raisonnement : pour certains patients vivant dans une situation de précarité socio-économique importante qui interdit la mise sous traitement, l'obtention d'un titre de séjour, en améliorant la première (projet de séjour à plus long terme, revenus grâce à l'AAH ou au travail), pourra permettre la seconde.

## **L'accès aux soins au pays**

Sur leurs certificats médicaux, les médecins ne font pas apparaître leur position quant à la possibilité d'accès aux soins dans le pays d'origine (on a dit plus haut qu'ils y sont pourtant tenus, selon un arrêté de 1999). C'est cependant bien un critère dont ils tiennent compte quand ils décident de rédiger ou non le certificat, c'est à dire quand ils jugent qu'une demande mérite ou non d'être engagée.

La plupart des étrangers présents en Guyane - et parmi eux, les étrangers séropositifs demandeurs d'une carte de séjour pour soins - sont issus d'un nombre limité de pays (Haïti, Surinam, Brésil, Guyana). Parmi ces quatre pays, il est assez notoirement connu que c'est au

---

<sup>574</sup> Il estime d'ailleurs que les informations médicales n'ont leur place dans le certificat que si elles justifient un projet thérapeutique, qui devrait lui être décrit (quel traitement est prévu, à partir de quand, avec un suivi à quel rythme, basé sur quels examens, les stratégies thérapeutiques prévues en fonction des résultats de ces examens) sur le modèle des demandes de 100% (exonération du ticket modérateur) pour la Sécurité sociale, qui sont refusées quand il n'y a pas de projet thérapeutique à l'appui.

Brésil que les antirétroviraux sont les plus accessibles, grâce à la production locale de génériques<sup>575</sup>. Mais cette « meilleure » accessibilité est-elle suffisante<sup>576</sup> ?

Plusieurs professionnels contestent la position du MISP en charge de ces dossiers à la DSDS, lequel considérerait<sup>577</sup> qu'étant donné l'accès gratuit aux antirétroviraux au Brésil, les Brésiliens ne peuvent prétendre à la carte de séjour pour soins en France. Selon ces professionnels au contraire, l'accessibilité n'est pas acquise dès lors qu'il y a gratuité : les centres de soins qui dispensent ces traitements ne sont présents que dans les grandes villes brésiliennes, les files d'attente y sont interminables, etc.<sup>578</sup> C'est évidemment pour les plus

---

<sup>575</sup> Il arriverait même que des Brésiliens, orpailleurs, arrivés aux urgences hospitalières dans des états sévères, épuisés par la maladie et s'étant faits voler leur argent, demandent eux-mêmes aux soignants d'appeler les gendarmes pour qu'ils les ramènent à la frontière, sachant pouvoir être soignés au Brésil (33).

<sup>576</sup> BOURDIER (2001, 2003) précise que l'accès aux soins de santé sous la responsabilité de l'Etat est un droit stipulé par la constitution du Brésil (1988). Forte de ce droit, la société civile, soutenue par le gouvernement, a pu organiser dès 1991 l'accès universel aux anti-rétroviraux, alors que celui-ci n'était pourtant pas prévu par les prêts internationaux (ces derniers n'étant destinés qu'à la prévention : pour les experts internationaux, donner la trithérapie dans un pays pauvre va à l'encontre de la prévention car banalise la maladie ; pour ceux du Brésil, ça la favorise au contraire en abaissant la charge virale des malades traités). Cet exemple illustre d'ailleurs la thèse de l'auteur selon laquelle tout projet d'assistance sanitaire internationale passe par une négociation entre les objectifs des bailleurs de fond et les valeurs de l'Etat intéressé (droit « d'auto-ingérance »), à l'image, plus généralement, de tout processus de mondialisation, dont chaque configuration locale traduit une adaptation et une appropriation singulières qui à leur tour se répercutent sur le tout.

BOURDIER poursuit cependant en constatant l'échec partiel des objectifs brésiliens : la distribution gratuite des anti-rétroviraux n'est pas homogène dans tout le pays (au détriment notamment des régions pauvres du Nord et du Nord Est, mitoyennes de la Guyane, et marquées par une progression de l'épidémie), les traitements des maladies opportunistes ne bénéficient pas du même accès, enfin et surtout les facteurs socio-culturels et politiques de l'épidémie ne sont pas pris en compte (relations de pouvoir entre hommes et femmes, statut de l'enfant livré à lui-même dans les rues des métropoles brésiliennes, concurrence et jalousie entre les ONG investies sur le VIH, etc.).

Enfin, selon les estimations de l'ONUSIDA (2002), 105 000 sur 610 000 séropositifs bénéficient de traitements au Brésil. (CONSEIL NATIONAL DU SIDA, 2003)

<sup>577</sup> Au conditionnel car un médecin hospitalier déclare le contraire. Nous n'avons malheureusement pas pu rencontrer ce MISP au cours de notre terrain pour l'entendre s'exprimer à ce sujet.

<sup>578</sup> Un professionnel guyanais, créole d'origine brésilienne (50), décrit les files d'attente dans les centres de santé où sont délivrés les antirétroviraux. Elles tournent autour des pâtés de maisons, s'étirant parfois sur une semaine, jour et nuit, car la gratuité de ces prises en charge (qui concernent toutes les maladies et non pas seulement le VIH) attire évidemment beaucoup de monde (sauf les malades dont les moyens financiers leur permettent d'accéder au système de soins privé). Elles donnent lieu à des trafics, certaines personnes non malades s'y plaçant pendant deux ou trois jours pour ensuite vendre leur place, à un prix d'autant plus élevé que leur tour approche. Les personnes malades trop fatiguées pour attendre jour et nuit se voient alors contraintes d'acheter leur tour.

En amont de ces files d'attente, il faut également prendre en compte les distances pour accéder aux centres de santé. Elles ne se comptent pas en kilomètres mais en unités de temps. Un malade qui habite par exemple à trois jours du dispensaire et qui doit ensuite faire deux jours de file d'attente, se trouve au total à cinq jours du médecin.

Ce professionnel dresse d'ailleurs des parallèles avec des situations guyanaises : à la préfecture de Cayenne aussi, les files d'attente sont telles qu'on y vend des places, et depuis le fleuve, l'accès aux antirétroviraux (non délivrés dans les dispensaires du fleuve) peut également être problématique. Le Maroni est en effet divisé en deux : les malades séropositifs pour le VIH habitant entre Saint Laurent et Grand Santi vont à Saint Laurent, et ceux qui habitent entre Grand Santi et Maripasoula voire plus haut sur le fleuve vont à Cayenne en avion ... mais en cas de panne ou de grève aérienne, il leur faut redescendre le fleuve jusqu'à Saint Laurent, en une journée et demi si le niveau du fleuve est élevé, en une semaine en période sèche.

précaires des Brésiliens que l'accès y est le plus difficile, or si les malades brésiliens qui se trouvent en situation irrégulière en Guyane, tels que les orpailleurs, rentraient au Brésil, ils y intégreraient la couche la plus précaire de la population. Pour un médecin (17), l'accessibilité est alors à évaluer selon les situations individuelles plutôt que l'offre de soins à l'échelle du pays, *au cas par cas*. De façon concrète, il propose de commencer par prendre en compte la situation de précarité qui serait celle de l'intéressé s'il retournait « chez lui » et sa région d'origine pour en déduire l'accessibilité du dispensaire où il serait suivi (moindre dans les zones rurales)<sup>579</sup>.

De façon assez singulière, un autre médecin (59), lui aussi très investi dans la prise en charge des patients séropositifs, et également soucieux d'évaluer de façon individuelle leur capacité d'accéder aux soins une fois rentrés au Brésil, s'intéresse à d'autres critères d'évaluation, qui le conduisent à une position quasi symétrique de celle présentée ci-dessus.

Lui non plus ne réduit pas le soin à la chimiothérapie : *le soin, c'est global*. Le soutien familial, notamment, lui en semble constituer une composante essentielle. Aussi, quand un Brésilien se présente, il essaie toujours d'abord de le convaincre de rentrer chez lui, parce qu'il pense que, entouré par sa famille, il y sera mieux pour suivre son traitement. Il récuse les deux arguments sus-cités. D'une part, pour lui, les traitements médicamenteux sont suffisamment disponibles au Brésil<sup>580</sup> (ce qui ne l'empêche pas de considérer que dans certains cas (tel qu'un soutien familial plus présent en Guyane qu'au Brésil), les Brésiliens peuvent demander une carte de séjour pour soins). D'autre part, il n'associe pas la venue en France à la fuite d'une situation de grande précarité au Brésil, estimant que les conditions de vie des Brésiliens au Brésil ne peuvent pas être pires que celles qu'ils connaissent en tant qu'orpailleurs en Guyane. S'ils sont venus, c'est pour l'or, parce qu'ils s'imaginaient faire fortune. Mais leurs conditions de vie sur les sites d'orpaillage sont atroces, ils seraient bien mieux chez eux.

Aussi commence-t-il toujours par demander une AME, *comme ça on a le temps de voir*, tout en leur conseillant de rentrer chez eux. Il considère que seuls ceux qui déclarent avoir fait leur vie ici, avec femme et enfants, seront mieux ici pour se faire suivre. Il engage alors pour eux une demande de titre de séjour.

Pour ces raisons, les certificats médicaux qu'il envoie au MISP sont détaillés, argumentés : la personne vit ici depuis longtemps, y a des enfants, etc., ce n'est pas : « il est malade, point ». Parce que pour lui, tout ça, *ça fait partie du soin*.

Sur les quatre Brésiliens qu'il a suivis, deux ont été régularisés (le MISP accepte les certificats qu'il lui envoie car il sait qu'il ne lui envoie que des dossiers de personnes qui effectivement ne pourraient pas se faire soigner chez eux, *c'est « titre de séjour pour soins ou crève »*) ; il a convaincu les deux autres de rentrer chez eux (enfin c'est ce qu'il espère car il n'en a plus de nouvelles).

---

<sup>579</sup> Un de ses collègues associatifs (15) précise que *le contexte global de prise en charge*, évalué à travers la région d'origine, amènera par exemple à tenir compte de la notion de gratuité des trithérapies pour un originaire de Rio, mais à la remettre en question s'il vient du Nordeste ... ce qui est le cas de la plupart des Brésiliens présents en Guyane.

<sup>580</sup> Exerçant dans une autre ville que les médecins dont on vient de présenter les positions, ses informations ne lui viennent pas du collègue d'origine brésilienne sus-cité, mais de l'un de ses patients brésiliens, qui a pu se procurer des médicaments au Brésil après y avoir été expulsé (et avant de revenir en Guyane). Les positions divergentes des médecins métropolitains apparaissent ainsi étroitement liées aux informations issues de leurs entourages proches respectifs.

Au total, l'évaluation de l'accès aux soins au pays s'avère mobiliser des critères variables selon les médecins (données générales au niveau d'un pays versus situations particulières, région d'origine et situation économique versus soutien familial) pour se traduire concrètement au travers de positions opposées : la précarité des orpailleurs en Guyane tend à jouer en leur faveur dans un cas (ils seraient également précaires au Brésil) et en leur défaveur dans un autre (leur situation au Brésil ne pourrait qu'être meilleure).

Quoique insérés dans des raisonnements tous cohérents et légitimes, ces différents critères doivent être prudemment mobilisés. C'est par son articulation « souple » à d'autres types de raisonnements que la déduction d'un traitement différentiel à partir de l'origine géographique, de l'insertion familiale ou de la situation économique peut éviter la dérive discriminatoire : sinon l'origine géographique peut nourrir le raisonnement raciste « classique » (on préfère les étrangers de telle origine à ceux de telle autre) ; l'évaluation de l'insertion familiale et de la précarité économique peuvent rapidement se charger de jugements de valeur : à partir de quelle densité de réseau relationnel et notamment familial déclare-t-on une personne « insérée » ? « combien » un candidat à la régularisation doit-il être pauvre pour inspirer la compassion ?)

### **La résidence en France ... et autres critères de mérite**

Le critère de la résidence donne lieu aux interprétations dérivées les plus diverses. Bien souvent, la réalité de la résidence en France est évaluée via différents critères que l'on pourrait regrouper sous la notion générique de « mérite » : l'étranger malade fait-il les efforts nécessaires pour s'intégrer au système socio-sanitaire ? Car cette intégration passe par la résidence en France, par l'établissement de liens familiaux sur place mais aussi par l'observance qui donnera au traitement son efficacité.

### ***L'observance***

La conduite tenue face à une situation d'observance « non avérée » a évolué sous l'impulsion d'un « précurseur », comme celle vis à vis des séropositifs suivis mais non traités, au cours des quelques mois de notre enquête.

Si au début de celle-ci, la plupart des médecins refusaient en effet de rédiger un certificat médical pour les patients ne se montrant pas suffisamment assidus à leurs rendez-vous médicaux et/ou ne prenant pas régulièrement leur traitement, l'exemple contraire de l'un d'eux a été progressivement suivi par plusieurs de ses collègues<sup>581</sup>.

Reprenons les arguments des uns et des autres.

Les professionnels qui estiment nécessaire une bonne observance avancent trois types d'arguments : le respect de l'esprit du texte de loi, la vigilance à l'égard de ceux qui voudraient le détourner de ses objectifs et une demande plus générale de mérite du requérant.

Un médecin (59) rappelle les objectifs du certificat, tels qu'ils sont définis légalement : certifier que le patient est atteint d'une maladie grave qui ne peut pas être suivie dans son pays d'origine et certifier que *si on demande à ce qu'il reste sur le territoire, c'est justement pour*

---

<sup>581</sup> Notons que paradoxalement c'est le suivi correct, avec efficacité thérapeutique et guérison qui amènera le médecin à refuser de faire le certificat pour le renouvellement d'une carte de séjour (qui n'aura plus lieu d'être puisque l'étranger ne sera plus malade). Cette situation n'est cependant pas rencontrée dans le cadre de l'infection à VIH puisqu'on n'en guérit pas.

*se faire suivre. Alors si cette personne ne fait pas suivre sa maladie, (...) je ne peux pas dire qu'elle est obligée de rester en France pour se faire suivre, puisqu'elle ne se fait pas suivre, moi je me retrouve en contradiction avec le texte.*

Concrètement, il lance la demande d'AME, puis il attend que le patient revienne plusieurs fois en consultations, sur quelques mois, avant d'envisager d'engager la demande de régularisation pour soins.

Un certain nombre de professionnels soignants et sociaux estiment, en début d'enquête, qu'un étranger qui ne se fait pas suivre régulièrement, manquant ses rendez vous ou ne prenant pas correctement ses médicaments, ne doit pas bénéficier d'une carte de séjour pour soins : sa demande en ce sens est suspecte de traduire le désir du titre de séjour plus que de se faire soigner. Les médecins refusent alors de rédiger le certificat médical, tout en enclenchant immédiatement, si besoin, une demande d'AME, le souci social premier étant la couverture maladie (les tenants de l'autre position commencent par là également).

En fin d'enquête, ces médecins tendent à modifier leurs pratiques<sup>582</sup>.

Enfin, la plupart des assistantes sociales hospitalières interrogées à ce sujet mettent en avant explicitement l'argument du mérite : la demande ne doit être engagée qu'après une certaine durée de suivi médical, de façon à « sélectionner » les candidats les plus méritants, une volonté soutenue de bénéficier d'un suivi médical traduisant un mérite plus global (on y reviendra plus loin dans un paragraphe spécifique).

Certains professionnels, considérant au contraire que le critère de l'observance n'est pas pertinent, récusent ces arguments : les détournements doivent être relativisés, le titre de séjour est justement, en lui-même, un facteur d'adhésion au traitement et enfin, le « mérite » ne doit pas être évalué à l'aune de l'observance.

Le médecin (46) qui, parmi les premiers, a décidé de faire ce certificat médical même en cas d'antécédent de suivi irrégulier justifie comme suit sa position.

Il relativise l'importance des abus que craignent les médecins dont la position est opposée à la sienne - ces patients venus en consultation non pas pour se faire suivre mais pour avoir un titre de séjour pour soins (avec divers avantages sociaux à la clé) et qui disparaissent une fois le titre obtenu – et reproche à ces derniers, en systématisant ce doute, *d'anticiper la mauvaise foi des patients*.

Ces abus selon lui sont rares<sup>583</sup> : il cite une étude réalisée par le CISIH de Guyane<sup>584</sup> qui a révélé que les patients haïtiens régularisés grâce à un titre de séjour pour soins se font par la suite suivre de façon plus régulière que ceux régularisés par une autre voie, avec donc une meilleure efficacité thérapeutique traduite notamment par une plus fréquente indétectabilité de

---

<sup>582</sup> L'un d'eux (49) justifie l'évolution de son attitude par le désir de respecter au mieux les recommandations officielles (rapport Delfraissy), d'interprétation difficile car floues et elles-mêmes évolutives. Il ne fait mention, pour expliquer sa position, d'aucun jugement de valeur sur les étrangers intéressés (il s'agit simplement de suivre les recommandations).

<sup>583</sup> En un peu moins d'une année d'exercice guyanais, il n'a été amené à soupçonner qu'un seul de ses patients d'être venu se faire suivre uniquement pour pouvoir demander une carte de séjour pour soins (chaque fois qu'il vient en consultation, sa préoccupation première est l'état de ces démarches et non pas son état de santé).

<sup>584</sup> « Populations immigrées et infection par le VIH : influence des mesures de régularisation pour soins sur le suivi et l'observance », COUPPIE. et al, étude présentée dans le chapitre 22, p. 303, sur les départements français d'Amérique, dans le rapport Delfraissy, par Milko Sobeski et présentée aux journées Inter CISIH Antilles-Guyane à Pointe-à-Pitre en 2001.

leur charge virale<sup>585</sup>. Il faut d'ailleurs relativiser l'importance de ces abus, qui ne portent de toutes façons que sur la liberté de circulation et des revenus minimums : *ce sont quand même souvent des gens qui sont dans des situations de survie, donc les avantages sociaux qu'ils recherchent, c'est quand même pas ... c'est comment ne pas se faire gauler par les flics, en ayant 1000 balles par mois, on n'est pas dans le truc délirant ...* Enfin, ils sont inévitables : *tout système, tout avantage, secrète ...* [des abus].

Pour toutes ces raisons, les abus dépistés ne doivent pas remettre en cause le système dans son ensemble, le souci premier étant bien que ce système fonctionne.

Le médecin conteste même le terme d'abus, par décalage des points de vue : le raisonnement médical fait prévaloir le suivi médical et l'état de santé du patient, en considérant que l'attitude du patient doit s'y conformer strictement, tandis que le souci premier de l'étranger, surtout s'il est asymptomatique, peut plutôt être son statut irrégulier : *le vrai bénéfice, c'est toujours la santé. Mais pour le mec qui ne se sent pas malade parce qu'il a quand même 300 T4 et qu'il n'a pas de problème, c'est un bénéfice supérieur de pouvoir se balader dans la rue.*<sup>586</sup> En bref, si abus il y a du point de vue de l'esprit des textes, peut-on le reprocher à des étrangers en situation de survie et alors même que les conséquences objectives de ces abus sont marginales d'un point de vue financier ?

Une autre série d'arguments, développés par des professionnels sociaux et soignants, portent sur le lien entre la situation régulière au regard du séjour et l'observance thérapeutique, la première facilitant la seconde via le confort matériel qu'elle apporte au malade : les conditions de vie avec en particulier les revenus (via l'AAH à laquelle peuvent prétendre les étrangers en situation régulière ou leur droit au travail) influent sur la disponibilité du malade à se consacrer à sa santé, sa facilité à se déplacer (notamment pour venir aux consultations), accéder aux soins grâce à la CMU(outré ceux pris en charge par l'AME à laquelle un étranger peut prétendre sans titre de séjour), etc.

Pour ce membre d'une association de lutte contre le sida (15), c'est enfin le processus complexe d'observance qui semble incompris des professionnels exerçant en Guyane, alors qu'il a déjà fait l'objet d'une réflexion mûrie en métropole. L'adhésion au traitement n'obéit pas, selon lui, à une logique mécanique, la menace du donnant-donnant (« si vous ne venez pas aux consultations, on ne vous donne pas votre titre ») ne peut pas fonctionner. C'est parfois au bout de plusieurs années de suivi que les patients arrivent enfin à venir régulièrement à leurs rendez vous, la mise sous traitement jouant éventuellement le rôle de déclencheur, par le sentiment qu'il inspire qu'enfin « il se passe quelque chose ». L'accompagnement pendant ce temps « d'échauffement » est crucial, il ne s'agit donc pas de rejeter le patient à ce moment-là.

Il souligne enfin l'arbitraire qui prévaut à qualifier certains patients d'observants et les autres de non observants, les médecins se plaçant ainsi dans une situation de pouvoir qui est d'autant plus malvenue qu'eux-mêmes, selon ce militant, ne prennent pas suffisamment à cœur l'observance thérapeutique. Ainsi en témoignerait, on l'a vu, le peu de cas qu'ils font des

---

<sup>585</sup> Un des médecins (49) qui a changé d'attitude au cours de l'enquête interprète comme suit ces résultats : il peut s'agir d'une confiance accrue de ces malades dans les traitements que leur propose un médecin qui a réussi à leur faire obtenir un titre de séjour ... mais ces résultats peuvent aussi traduire une sélection des malades particulièrement motivés de façon générale, sélection qui est opérée au moment de la décision d'enclencher une demande de carte de séjour pour soins, au bénéfice uniquement des plus « sérieux » des patients. Ces résultats peuvent ainsi conforter l'une ou l'autre des positions des médecins, selon que l'on choisit de les interpréter d'une façon ou d'une autre.

<sup>586</sup> On a vu que BOURDIER (2002) confirme cette hiérarchie, notamment à propos des Brésiliens, pour lesquels le titre de séjour est plus important que la santé.

ruptures de stocks de médicaments à la pharmacie hospitalière : comment peuvent-ils pénaliser alors les patients insuffisamment observants ?

Enfin, une médiatrice culturelle hospitalière (66) évoque les *effets pervers* de la possibilité de prise en charge sociale que donne la séropositivité. Un test positif permet d'obtenir une carte de séjour, qui ouvre à son tour la porte à toute une série de droits : AAH, CMU, droit au travail ... la personne passe *de la misère à la bourgeoisie relative*.

Si ensuite elle ne vient pas à ses rendez vous – et il y a de multiples raisons pour lesquelles un patient peut ne pas venir à ses rendez vous – ou si elle ne prend pas son traitement correctement, son médecin a l'impression que c'est par défaut de volonté de se faire suivre. Il considère, par suite, qu'elle n'a pas besoin de rester en France puisque c'est la nécessité du traitement qui autorise le séjour en France. Cela se traduit concrètement lors de l'expiration du titre de séjour : le médecin ne rédige pas le certificat médical nécessaire à son renouvellement. D'où une nouvelle bascule radicale dans la vie du patient : il perd tout, puisqu'en perdant le titre de séjour, il perd la couverture maladie, les revenus, etc., qui y étaient attachés, *c'est l'abîme*. On peut, certes, demander pour lui l'AME, puisqu'il n'a plus de titre de séjour, mais les délais de traitement administratif sont tels qu'il ne l'aura pas avant un certain temps. Résultat, en plus du reste, il y a rupture thérapeutique.

Au total, se met en place une espèce de chantage qui est particulier au VIH : « on t'aide, on peut beaucoup t'aider, mais uniquement si tu suis bien le traitement qu'on te donne »<sup>587</sup>.

Cette conditionnalité du suivi fait jouer au médecin le rôle d'un *détective*, qui dispose d'un nombre croissant d'exams sophistiqués lui permettant de vérifier si oui ou non le patient prend bien son traitement, de valider ou non ses dires.

De son côté, le patient se retranche dans une position *défensive*. Quand on lui déclare qu'en dépit de ses affirmations contraires, il ne prend pas ses médicaments, il se justifie en décrivant toutes sortes d'effets secondaires ... éventuellement imaginaires. Par exemple, il dit qu'il ne les prend pas parce qu'ils le font maigrir, alors qu'à priori c'est le contraire. Ou bien il dit que ça le fatigue ... Quelque part, il aimerait presque convaincre le médecin de ne pas lui prescrire les médicaments ...

On peut enfin remarquer que les positions sur les différentes questions ne se distribuent pas « en bloc » entre les différents médecins. Si le médecin qui le premier de son équipe a accepté de rédiger le certificat médical pour les patients suivis mais non traités est celui qui a également accepté le premier de le faire pour les patients non observants, et si ses collègues ont évolué (passant du refus à l'accord) simultanément sur ces deux points, un médecin exprime une position positive pour le premier point (l'absence de traitement médicamenteux n'est pas un obstacle) et négative pour le second (on ne peut accepter les patients non observants).

### ***L'ancienneté de la résidence en France***

Pendant les premières années de l'application de la loi, seule une résidence « habituelle » était requise. Peu de professionnels savent qu'une ancienneté d'un an est désormais exigée. Mais au-delà de la connaissance variable des textes, les positions exprimées par chaque acteur sur

---

<sup>587</sup> Les associations en métropole (exemple : ODSE, 2000) évoquent également le risque d'*injonction thérapeutique* à l'égard d'étrangers détenteurs d'un titre de séjour pour soins. Comment justifier en effet, lorsque vient le moment de renouveler le titre de séjour pour soins, le besoin de poursuivre un traitement s'il n'est pas suivi ? L'injonction thérapeutique vient alors tenter de corriger une compliance qui, pour être insuffisante, n'en reste pourtant souvent pas moindre que celle des autochtones.

la durée minimale de résidence prolongent d'abord celles exposées sur les critères envisagés ci-dessus.

Ainsi, le médecin (17) toujours favorable aux demandes de carte de séjour pour soin (même en cas de suivi préalable irrégulier et d'absence de traitement médicamenteux) considère que l'ancienneté de la résidence en Guyane n'est elle non plus pas un critère pertinent dans sa décision de rédiger le certificat. Il n'en tient donc pas compte et d'ailleurs ne la note pas dans le certificat qu'il adresse à la DSDS.

Un autre médecin (49) qui sur ces deux premiers points a progressivement évolué pour rejoindre la position du médecin ci-dessus exprime malgré tout quelques réticences à faire le certificat pour une personne qui vient d'arriver en Guyane, en écho à sa crainte de l'abus de la venue pour soins : *on va pas demander une carte de séjour pour soins pour quelqu'un qui vient directement de Paramaribo pour se faire soigner, je sais pas, ça me paraît bizarre.*

Enfin, le médecin (59) qui se place dans une optique de recherche d'une efficacité thérapeutique maximale et insiste pour cela notamment sur l'importance du soutien familial sur place et sur l'adhésion du malade à son traitement telle qu'elle se manifeste à travers sa volonté de résidence en Guyane, ne voit pas d'inconvénient à l'absence d'ancienneté de résidence : le point important est que le patient ait décidé de s'installer en Guyane.

La non résidence en Guyane entraîne en effet un mauvais suivi par difficultés matérielles à venir régulièrement aux rendez-vous, ce choix de ne pas résider en France traduisant une incompréhension de sa maladie par un patient qui n'a pas réalisé combien il est capital qu'il s'assure un suivi régulier<sup>588</sup> : *Si les gens ne perçoivent pas que la Guyane, c'est la chance de leur vie quand ils ont le sida, mais en terme de santé, mais c'est de notre faute aussi, si on n'arrive pas à leur inculquer ça, c'est bon, l'affaire est faite, on n'arrivera à rien. (...) à partir du moment où les gens n'ont pas adhéré à l'idée qu'ils sont très malades et que rester en Guyane pour eux c'est sauver leur vie, mais qu'ils voient plutôt la Guyane comme un Eldorado où on va trouver du travail, on va avoir des sous et tout, on fonce dans le mur. Et moi petit à petit, j'arrive à le percevoir de plus en plus vite, ça, et c'est pour ça que je dis « c'est pas la peine, on n'y arrivera pas ».* Notons que cette appréciation de la réalité de la résidence en France chez un étranger malade en situation irrégulière peut s'avérer compliquée<sup>589</sup>.

---

<sup>588</sup> Il donne l'exemple d'un de ses patients brésiliens qui *perçoit la Guyane comme « j'y cherche de l'or, j'y trouve de l'or et je suis content, et je viens vous voir quand je suis malade », bon le titre de séjour il a marché une fois et puis on n'a pas recommencé parce que ce type se barre, il n'a rien compris à sa maladie. Il n'a pas de domicile, ni rien, c'est bon ! La deuxième fois, où il avait eu son renouvellement accordé, il est pas allé le chercher ! Pour lui, la Guyane, c'est « je gagne des sous. »*

<sup>589</sup> C'est ce qu'illustre l'histoire de Derek.

Derek est un ressortissant du Guyana, séropositif, suivi à Saint Laurent où il vit en situation irrégulière. Il bénéficie de l'AME et aimerait obtenir un titre de séjour pour soins. La confrontation des discours de divers professionnels amenés à entrer en contact avec lui suggère la difficulté à se prononcer « objectivement » sur la réalité de la résidence en France d'un étranger malade.

Le médecin lui a *vivement recommandé de rentrer chez lui, il a pas de famille, pas de logement ... non, rien.* Il n'y a certes pas d'accès aux traitements au Guyana, mais un suivi peut y être assuré, alors qu'en restant en Guyane, il n'a *aucune chance d'être pris en charge ici correctement, c'est un type qui est arrivé de la planète Mars, pondu au milieu de la Guyane, il n'a aucune chance d'avoir un suivi de qualité, une prise en charge, un logement, des papiers, rien ...* (...) Bref, il reste, il erre, si on peut dire.

*Sous la pression de l'association AIDES, ce médecin a accepté de rédiger le certificat, mais c'était prévisible, le dossier est en train d'être rejeté par la sous-préfecture parce que Derek n'a pas de domicile : quand les gendarmes passent, il n'est pas présent à l'adresse de connivence que lui a trouvée AIDES, car il vit entre le Guyana et la Guyane et ne vient à l'hôpital que pour prendre ses médicaments à la pharmacie.*



En outre, le dossier d'un étranger n'habitant pas sur place est refusé lors de l'enquête par les gendarmes, et ce médecin récuse l'argument selon lequel c'est l'obtention d'un titre de séjour en France qui facilite l'installation en France ... *mais le problème ne se pose pas dans ce sens. Il faut qu'il ait un logement stable pour avoir un titre de séjour, et la loi est faite pour ça, elle est faite pour pas que les gens viennent pour avoir un titre de séjour.* Notons que la loi n'est pas non plus prévue pour les personnes venues s'installer en France dans l'optique de s'y faire soigner, même s'ils disposent, au moment de leur demande, d'un logement stable ... Ce médecin avance donc deux arguments : l'un médical (le suivi d'un patient non résident est voué à l'échec) et l'autre légal (la procédure légale implique que le demandeur de la carte de séjour donne une adresse, dont la réalité est vérifiée par les gendarmes) :

*On en revient toujours à cette phrase de soigner toute la misère du monde, mais on ne peut pas, on peut pas, d'abord parce que la loi ne nous y autorise pas, et les conditions font que de toutes façons ça va vers l'échec.*

A un patient brésilien qui vit au Surinam, où il a fait sa vie, et qui ne vient à Saint Laurent que pour ses médicaments, sans qu'on puisse demander pour lui un titre de séjour pour soins parce qu'il n'a pas d'adresse en Guyane (l'enquête par les gendarmes serait rédhibitoire) les médicaments sont donnés gratuitement. Mais le médecin l'a prévenu : « si tu ne te décides pas à venir t'installer en Guyane, on va finir par te couper les médicaments, ça nous coûte trop cher. »

### ***L'intégration à la société guyanaise***

On a vu comment des médecins, pour décider s'ils doivent ou non rédiger le certificat médical qui permet d'engager la demande de titre de séjour pour soins, mobilisent certains éléments de la situation sociale de l'étranger malade. Ces éléments leur paraissent en effet renseigner la

---

Nous avons rencontré ce Guyanien, qui nous a déclaré vouloir vivre en France, apprendre à parler français, refuser de fréquenter les autres Guyaniens ... discours qui ne convainc pas le médecin, lequel déplore ses allées et venues et surtout ses absences et conclut : *ce type nous mène en bateau, comme beaucoup ...*

Les membres de AIDES (22) ont une toute autre impression de Derek.

D'abord, on trouve touchant ce jeune homme d'une trentaine d'années, toujours plein d'entrain et propre sur lui malgré son absence de domicile fixe : il se débrouille pour venir tous les jours prendre sa douche à AIDES ou à In'pact et y laver son linge ... Un jour, une membre de AIDES disposait d'un peu d'argent pour lui, l'a emmené à la grande surface de Saint Laurent et lui a demandé ce qu'il voulait. Il a choisi du dentifrice.

Surtout, on ne le rend pas responsable de son absence de domicile, qui est le point sur lequel achoppe sa demande de carte de séjour. Les « copines » qui avaient signé une attestation d'hébergement chez elles, en voyant ses lésions cutanées, ont compris qu'il a le sida. Elles lui ont alors demandé de s'en aller, et quand les gendarmes sont venus voir pour l'enquête, non seulement il n'y était pas mais en plus elles leur ont dit qu'il n'habitait pas chez elles. Par la suite, il n'est pas arrivé à se trouver quelqu'un d'autre pour l'héberger car désormais tout le monde à Saint Laurent le sait séropositif. Les sans papiers n'apprécient pas de voir débarquer chez eux les gendarmes. Mais surtout, à la stigmatisation liée au sida il faut ajouter la jalousie qui amène des sans papiers à refuser l'hébergement de sans papiers malades susceptibles d'obtenir un titre de séjour auquel eux-mêmes ne peuvent pas prétendre, n'étant pas malades. Derek *blague avec les filles qui viennent à l'association*, mais aucune ne l'hébergera. *Ils sont durs entre eux.*

Il s'est déjà fait arrêter deux fois par la PAF. Chaque fois, il montre son certificat médical comme quoi il est suivi pour maladie grave et demande aux agents d'appeler AIDES ou son médecin pour qu'on leur certifie que sa demande de titre de séjour est en cours de traitement. La seconde fois, l'agent de AIDES s'est trouvée bien embarrassée car on est sans réponse de la demande faite il y a plusieurs mois, probablement refusée par défaut de présence à l'adresse indiquée, mais comment le savoir puisque ses anciennes hébergeuses ne lui transmettent pas son courrier (et donc et la réponse à la demande) ?

Les agents de la PAF ont accepté de ne pas le reconduire à la frontière mais l'ont prévenu : « *si on te rechoppe, cette fois on t'expulse* ».

qualité de l'accès aux soins si l'étranger retourne dans son pays d'origine, la précarité économique et l'absence de soutien familial étant associés à un accès aux soins de faible qualité. Certains font part au MISP des éléments ayant trait à l'intégration sociale du patient en France, d'autre pas, mais dans ce premier cas c'est toujours pour mettre en avant la probabilité élevée d'une bonne observance en cas d'obtention du titre de séjour (grâce à un bon soutien familial local).

Des éléments ayant trait à la situation sociale peuvent aussi être mobilisés pour renseigner, dans un tout autre paradigme, le mérite de l'étranger malade qui demande un titre de séjour pour soins, en ce que ces éléments sont des indicateurs de son intégration à la société au sein de laquelle il demande à rester pour y être soigné. Ce sont les assistantes sociales hospitalières qui les mobilisent à ce titre. Cette position est à insérer dans le cadre d'une attente professionnelle fréquemment retrouvée chez les assistantes sociales, exprimée en ces termes par l'une d'entre elles (14) : *Les gens, il faut aussi qu'ils fassent quelques efforts, parce que, on les aide beaucoup, mais eux aussi il faut qu'ils s'investissent, parce que, bon ... déjà, il y a beaucoup de choses auxquelles ils peuvent avoir droit, c'est normal aussi qu'il y ait quelques exigences ...* Il en va donc du mérite, de l'effort de l'intéressé qui requiert une aide dans une démarche administrative quelle qu'elle soit, et indépendamment de toute préoccupation concernant l'efficacité thérapeutique chère aux médecins. Une assistante sociale (44) explique mettre en avant les mêmes éléments dans les dossiers de demande de carte de séjour pour soins et dans ceux de demande d'ouverture de droit à une couverture maladie, *parce que c'est un peu les mêmes papiers : tous les papiers qu'on peut avoir et qui prouvent que la personne est bien intégrée.*<sup>590</sup> Ainsi, outre les documents d'identité, l'attestation de résidence et la déclaration des revenus (cette dernière ne figure que pour la demande couverture maladie), elle insère le certificat de scolarité des enfants si l'étranger en a *parce que c'est un élément vachement important (...)* *c'est toujours bien, on est toujours dans : montrer que la personne est bien intégrée.* Pour la carte de séjour, elle ajoute *bien entendu* l'attestation d'AME ou le récépissé de demande d'AME en cours, car c'est une preuve d'une démarche d'insertion sur le territoire.

On va voir comment, dans le cadre précis de la demande de titre de séjour pour soins, les assistantes sociales hospitalières mobilisent en outre les arguments tenant à l'intégration de l'étranger pour compléter l'argument sanitaire quand il leur paraît insuffisant.

On a dit que le MISP donne aux dossiers de Brésiliens un avis le plus souvent défavorable en raison de l'accès réputé universel aux trithérapies dans leur pays. Une assistante sociale (1), prenant acte de cet a priori sanitaire défavorable, traite la demande de titre de séjour pour soins des Brésiliens comme elle traiterait toute demande de titre de séjour, c'est à dire comme une *régularisation au bon vouloir du sous-préfet*. Pour ce faire, elle essaie de *détailler un peu la lettre* qui est adressée à la sous-préfecture, en insistant sur le temps passé en France et les attaches familiales que le requérant y a établies. Ces éléments sociaux sont donc mobilisés quand les conditions normalement requises pour le titre de séjour pour soins ne sont pas « tout à fait » satisfaites : on en appelle alors au raisonnement suivi par le préfet comme dans toute demande de titre de séjour, raisonnement qui implique l'intégration de l'étranger sur le territoire.

---

<sup>590</sup> Selon elle, le mérite est le levier essentiel de l'insertion sociale. Ainsi, contrairement à *ceux du Tiers Monde*, les pauvres en France le sont parce qu'ils le veulent bien.

Une autre assistante sociale insiste d'ailleurs sur l'occasion, que représente pour l'étranger le titre de séjour pour soins, de s'intégrer au pays pour pouvoir ensuite mieux demander un autre type de titre de séjour. C'est ainsi à la personne de *se mobiliser* pendant cette période *de sursis* (la régularisation d'un an octroyée par le titre de séjour pour soins) en profitant des droits que lui ouvre ce titre, notamment le droit au travail, pour être en mesure de faire valoir des éléments d'intégration (tel qu'un contrat de travail) lorsqu'à son expiration, elle devra en demander un autre, d'un autre type<sup>591</sup>. Et c'est au médecin d'informer et de la presser à agir de la sorte, plutôt que de la laisser se *conforter dans sa pathologie en s'imaginant que ça peut être renouvelé en permanence*. (2)

Au total, les arguments tenant à l'intégration de l'étranger viennent compléter (position de la première assistante sociale) l'aspect sanitaire lorsqu'il est insuffisant (cas des Brésiliens), voire sont développés dans tous les cas, en prévision de la péremption de ce dernier (position de la seconde assistante sociale).

Cette évaluation du mérite permet à l'assistante sociale d'entrer en scène. Au-delà d'un suivi médical régulier, une assistante sociale (2) explique que la demande de titre de séjour pour soins est en effet conditionnée par *la régularité du suivi psycho médico social*.

Cette assistante sociale décrit comment, par reconnaissance des compétences spécifiques des assistantes sociales dans l'évaluation de ces éléments, le MISP appelle celle d'entre elles qui lui a envoyé un dossier de titre de séjour pour soins : *c'est le médecin qui décide, ou qui nous pose souvent la question en nous disant : « bon on a cette situation, qu'est-ce que tu en penses ? »*. Là encore, c'est quand l'aspect médical du dossier ne lui « suffit » pas pour rendre un avis positif, c'est à dire quand la pathologie est *un petit peu limite*, comme un diabète, que le MISP cherche du côté du « social » des arguments qui pourraient l'aider à trancher.

L'assistante sociale interprète cette attitude du MISP comme un signe non seulement de respect rigoureux des textes mais aussi de complémentarité professionnelles intéressante : *les MISP n'hésitent pas à nous appeler nous, en tant qu'AS, je trouve ça intéressant comme démarche, en nous disant « là vous nous avez dit ceci dans votre dossier, mais par rapport à ça, est-ce que vous pensez que ... » quand il y a vraiment un doute ou quelque chose, ils n'hésitent pas à nous appeler*. Le rôle ainsi dévolu à l'assistante sociale est crucial puisque l'avis du MISP se trouve directement dépendant de son intime conviction à l'égard du requérant, ne rencontrant pas lui-mêmes les patients : *pour eux, ça reste effectivement quelque chose sur papier, un peu figé. Et je pense que c'est pour ça que c'est aussi important qu'ils aient le ressenti, parce qu'ils savent très bien que les dossiers, c'est nous qui les constituons*.

Ces éléments sociaux que le MISP attend que les assistantes sociales lui présentent, c'est *la sensibilité du patient (...), la personne elle-même, qu'est-ce qu'elle a mis en place ici, elle est là depuis combien de temps, est-ce qu'elle est intégrée, est-ce qu'elle parle français ? (...)* C'est à dire, *la personne, la manière dont elle est intégrée dans la ville, quelles démarches ont été effectuées, qu'en est-il du suivi avec le médecin, au niveau social : est-ce qu'elle a une sécurité sociale ou pas, est-ce qu'elle a des enfants ou pas, est-ce qu'elle parle français ou pas, c'est à dire est-ce que c'est quelqu'un qui peut évoluer dans la ville, qui peut éventuellement trouver un emploi, malgré sa pathologie ?*

Une autre assistante sociale (6) se déclare d'abord plus réservée sur l'importance des éléments sociaux dans la demande de titre de séjour pour soins. Selon elle, si la lettre de motivation du patient, adressée au sous-préfet, comporte des éléments sociaux censés faire la démonstration

---

<sup>591</sup> Précisons que ce n'est pas le cas de l'infection à VIH, incurable, dont les demandes sont donc renouvelables tous les ans.

de l'intégration de l'étranger sur le territoire<sup>592</sup>, ces éléments ne sont en revanche pas pertinents pour le MISP<sup>593</sup>. Celui-ci donne son avis au regard de critères exclusivement sanitaires (gravité de l'absence de traitement et accès aux soins dans le pays d'origine), sans tenir compte de cette lettre de motivation.

... elle reconnaît pourtant que si le MIPS l'appelait pour le lui demander, elle lui donnerait *bien évidemment* son avis sur la situation sociale de l'intéressé. Surtout, elle raconte l'avoir elle-même interpellé à une occasion précise, *pour arrêter son attention sur une dimension sociale et médicale du dossier que j'allais lui transmettre*. Pour ce dossier particulier, elle considérerait en effet qu'en dépit de la « stabilisation » médicale du malade, celui-ci avait engagé des démarches d'insertion - une demande d'AAH – qui justifiaient à ses yeux le renouvellement de son titre de séjour pour soins, renouvellement que son médecin refusait de demander en raison justement de la l'évolution sanitaire favorable<sup>594</sup>.

Là encore, donc, l'assistante sociale soumet des éléments sociaux au MISP alors qu'elle sait qu'il n'est pas censé les prendre en compte, sur une initiative personnelle et ce parce que l'argument sanitaire lui paraît insuffisant. Encore une fois, l'argument du mérite par l'intégration vient se substituer à la raison médicale : l'assistante sociale met en avant ceux des éléments sociaux qu'elle juge légitimes pour valider une demande de séjour, alors qu'ils s'opposent aux arguments médicaux. Cette initiative repose sur une appréciation personnelle de la pertinence des textes : l'assistante sociale mobilise ces arguments simplement dans les circonstances où le respect des textes (les seuls critères que doit prendre en compte le MISP sont d'ordre sanitaire, comme elle le précise elle-même en début d'entretien) ne lui semble pas valable. Elle procède en outre par une sélection des éléments à mobiliser (mettant en avant une demande d'AAH plutôt que des antécédents judiciaires).

---

<sup>592</sup> Elle considère que le sous préfet doit être informé de la situation du requérant au regard de son intégration. Elle propose à l'étranger un modèle de lettre, dont elle adapte le contenu de façon à mettre en avant les arguments qu'elle considère susceptibles de jouer en sa faveur.

En voici un exemple : « je sollicite votre haute bienveillance pour l'attribution de la carte de séjour. Je suis né au Surinam. Je suis arrivé en France il y a plus de dix ans, mes trois enfants sont nés ici. Je suis gravement malade depuis un an, je suis donc amené à consulter régulièrement mon médecin ici à l'hôpital, j'ai déjà acquis la couverture sociale, je souhaite donc régulariser ma situation administrative. »

<sup>593</sup> Cette assistante sociale déclare que le médecin de la DSDS ne fait jamais appel à elle ni à ses collègues pour l'aider dans sa réflexion. Elle exerce pourtant dans le même hôpital que l'assistante sociale qui déclare précédemment exactement l'inverse ??

<sup>594</sup> Cet étranger avait obtenu un premier titre de séjour pour soins. A son expiration, son médecin, hospitalier, refuse de faire le certificat nécessaire au renouvellement du titre au motif que la maladie est *stabilisée*. Le malade lui rétorque « *Mais je ne comprends pas ! Vous m'avez soigné pendant un an, j'ai été en évacuation sanitaire en Métropole pendant trois mois, j'ai demandé un dossier d'AAH, et là vous êtes en train de me dire que je suis guéri !!* ». Il se présente alors à un autre médecin, de ville celui-là, qui accepte de lui rédiger le certificat médical.

C'est dans ces circonstances que l'assistante sociale décide d'appeler le MISP. Elle entend en effet lui expliquer pourquoi la personne a fait faire son certificat par un médecin de ville et lui faire valoir qu'une demande d'AAH est en cours : *parce que lui évidemment n'avait pas le dossier AAH sous les yeux, qui avait été envoyé depuis déjà plusieurs mois. Et j'essayais d'étayer le dossier médico social en disant « bin voilà pourquoi ce dossier arrive vers vous, en sachant que »*.

Elle considère ainsi que la demande d'une autre prestations sociale que celle à l'origine du dossier en question est elle-même garante d'une volonté de s'intégrer, par une sorte de validation tautologique...

Malgré son intervention, la demande de titre de séjour se soldera par un refus : le MISP rendra un avis défavorable, suivant en cela l'avis du médecin hospitalier, qu'il a appelé. L'enquête gendarmerie débouchait elle aussi de toutes façons sur un avis négatif (trouble à l'ordre public)

Mais le discours qui nous semble le plus paradoxal est celui que tient cette assistante sociale (14) qui s'oppose fermement à la mention d'éléments sociaux dans les dossiers de titre de séjour pour soins, y compris dans la lettre de motivation adressée au préfet<sup>595</sup> ... tout en se justifiant de les faire jouer, sur son initiative là aussi personnelle, dans certains cas particuliers.

Elle explique en effet que la loi ne requérant pas que mention soit faite des éléments sociaux (nombre d'enfants, scolarisés ou non ...), l'assistante sociale, tenue d'appliquer rigoureusement les textes, n'a pas à les faire apparaître. Elle sait que certaines de ses collègues les font malgré tout parvenir au MISP et au préfet, ce qu'elle trouve très regrettable car la préfecture, s'habituant à recevoir ce supplément d'informations, risque alors de le demander en son absence, ce qui joue alors en défaveur des requérants ne disposant pas d'éléments positifs de ce type.

Elle donne pourtant un exemple où elle met en avant les conditions sociales, et c'est encore une fois une situation où la demande de titre de séjour pour soins ne peut se suffire des seuls arguments sanitaires.

Il s'agit de dossiers de Brésiliens séropositifs qui avaient obtenu un titre de séjour pour soins à l'époque où la DSDS ne considérait pas encore que les soins leur étaient accessibles dans leur pays et qui, aujourd'hui que la DSDS a changé d'avis à leur égard, ne peuvent obtenir de renouvellement de leur titre. Il ne s'agit donc pas des Brésiliens dont c'est la première demande d'un titre de séjour pour soins. L'assistante sociale raconte être intervenue pour soutenir ces dossiers de renouvellement auprès du MISP de la DSDS (elle qui décrit que le MISP ne l'appelle jamais et d'ailleurs n'a pas à l'appeler), mobilisant des arguments sociaux (elle qui expliquait plus haut combien c'est regrettable) ... démarche couronnée de succès, puisque les dossiers ont été renouvelés.

Pourquoi ce changement d'attitude ? Pour éviter la dégradation de la situation sociale des intéressés, répond-elle. Elle valorise en effet la pérennité d'un bénéfice social et de l'intégration à une vie « normale », plus qu'un bénéfice transitoire<sup>596</sup>.

*J'ai essayé de défendre le dossier, parce que de toutes façons, ils n'allaient pas retourner au Brésil alors que la plupart ça faisait déjà dix ans qu'ils étaient là ... (...) On peut pas, enfin moi je sais pas, mais humainement, on peut pas donner une carte de séjour et des accès ... C'est à dire que les gens, ils ont une carte de séjour, alors souvent ils ont droit à des ressources, ça veut dire qu'ils vont rentrer dans un système normal : ils vont avoir un logement, ils vont payer un loyer, ils vont avoir une vie normale avec des frais. Donc si d'un seul coup on arrête tout ça, ils se retrouvent dans une situation encore plus critique qu'au départ. C'est comme quand on fait une demande de carte de séjour initiale, si ça met du temps, c'est pas trop grave, les gens ... enfin, c'est très mal dit, mais ... je veux dire, les gens, ils sont habitués à vivre dans la misère. S'ils vivent dans la misère trois mois de plus, c'est pas dramatique ... par contre quelqu'un pour qui on ne renouvelle pas au bout de trois mois,*

---

<sup>595</sup> Cette lettre, quand c'est elle qui constitue le dossier, contient toujours les mêmes éléments : l'ancienneté de résidence (même si elle ne pense pas que cet élément influe sur la décision du préfet) et le besoin de soins et rien de plus.

<sup>596</sup> C'est également ce qu'elle explique à propos des Haïtiens déboutés du droit d'asile auxquels la CGSS refuse illégalement d'ailleurs) d'accorder l'AME : elle conseille aux Haïtiens qui viennent d'arriver en Guyane de ne pas engager de demande d'asile, car même si pendant le traitement de cette demande ils bénéficieront de la CMU, à son issue, toujours négative selon elle (ce que dément d'ailleurs le responsable haïtien d'une association d'aide aux malades (54)), les intéressés se retrouveront sans plus aucune couverture maladie. Or selon l'assistant sociale, il faut mieux rester en situation irrégulière avec l'AME, que connaître pendant un an (le temps de traitement de la demande d'asile) une situation régulière avec CMU puis se retrouver en situation irrégulière sans plus même une AME.

*il va être dans des histoires d'endettement, vraiment, des soucis bien plus importants ... C'est pour ça que par exemple, le renouvellement, je trouve inadmissible que ça n'aille pas plus vite que la demande initiale, c'est pas logique, quelque part.*

Il nous semble qu'il s'agit ici surtout de reconnaissance des « siens » (ceux qu'elle a déjà aidés) versus ceux qui n'ont encore jamais bénéficié de son aide. Cet exemple illustre l'ambiguïté récurrente de la position des travailleurs sociaux : faire passer un dossier, parce qu'on le connaît et qu'on veut continuer ce qu'on a commencé, même si cela se fait au détriment des autres (ici, les « autres » sont les Brésiliens qui ne peuvent pas mettre en avant l'obtention d'un premier titre de séjour). C'est ce qu'on avait déjà noté à propos des dossiers envoyés à la CGSS, quand le « coup de fil » d'une assistante sociale permet le traitement d'un dossier avant son tour dans la pile, au nom de critères (l'urgence d'une évacuation sanitaire ou la gravité du VIH par exemple) qui font défaut, précisément, à ces dossiers encore dans la pile, lesquels seront traités avec d'autant plus de retard que les agents auront passé du temps sur les dossiers « urgents ».

Enfin, les arguments « humanitaires » de cette assistante sociale rejoignent ceux, juridiques, de celle de ses collègues qui estime normal que le MISP l'interpelle systématiquement en cas de faiblesse de l'argument médical (2), comme en quelque sorte apportant la version pratique d'une explication légale. Selon cette collègue en effet, l'application d'une nouvelle loi ne peut pas plus être sévère que l'application de la loi précédente. C'est à ce titre qu'elle conteste les refus de renouvellement de leur titre de séjour pour soins opposés aux Brésiliens séropositifs pour le VIH qui avaient déjà été régularisés avant le changement d'attitude de la DSDS.

Au total, toutes les assistantes sociales mettent en avant des arguments sociaux quand elles pressentent que les arguments sanitaires ne suffiront pas, quelles que soient leurs déclarations sur la légalité de cette pratique. Notons que l'assistante sociale affirmant que son rôle en complémentarité du MISP est systématique et satisfaisant exprime par ailleurs une grande frustration quotidienne dans ses relations avec les médecins de son hôpital, qu'elle accuse d'indifférence au social ou pire de réduction du rôle des assistantes sociales au travail administratif d'ouverture de droits à une couverture maladie. L'assistante sociale affirmant au contraire ne pas avoir a priori à jouer ce rôle semble au contraire en bons termes avec son équipe médicale, d'où peut-être son moindre besoin de reconnaissance auprès du MISP.

### **Au total, des divergences**

Au long des paragraphes précédents, on a vu être mobilisés différents critères de légitimation d'une demande de titre de séjour pour soins, en matière de VIH essentiellement : un traitement par antirétroviraux (versus une séropositivité asymptomatique et non traitée), des antécédents de suivi médical régulier, des attaches familiales, une situation économique précaire, une résidence en France ancienne, le choix de résider en France, l'obtention d'un emploi ou des démarches d'accès à des prestations sociales, etc. : autant d'éléments qui, tour à tour ou simultanément, sont sur la sellette pour être évalués, interprétés et qui finalement influenceront sur la décision d'un acteur professionnel, soignant ou social, en position de soutenir ou non la demande.

Seuls quelques acteurs récusent quasi systématiquement toutes ces considérations, prônant le soutien à toute demande (c'est à dire la rédaction du certificat médical pour les médecins, et le

suivi pour les assistantes sociales) dès lors que le requérant est séropositif et étranger issu d'un pays où l'accès aux soins n'est pas « simple ». Ces quelques acteurs, ainsi réunis par une même position relativement homogène, exercent pourtant dans des contextes bien différents et mettent en avant des arguments de natures diverses. On peut les classer en deux groupes.

Il s'agit d'une part de médecins généralistes de ville (auxquels on n'a pas encore fait allusion dans ce chapitre). Ils mettent en avant leurs fonction de soignants, qu'ils déclarent indépendante de tout jugement moral. Ainsi, pour le titre de séjour pour soins, à la question [faîtes-vous ces certificats médicaux quelle que soit la nationalité ?], l'un d'eux (34) s'exclame : *Ha nous, on ne se pose pas la question, qu'ils soient blancs ou noirs ou verts. Quand il faut les soigner, il faut les soigner, on s'en fiche*. Les questions suivantes montrent qu'il ne connaît rien des conditions légales du dispositif dans lequel son certificat médical va s'insérer. Lui et un confrère (26), interrogés séparément sur cette question, utilisent tous deux l'expression de *prestataire de service* pour décrire comment ils participent à cette démarche, que le second ne connaît pas plus que le premier : ils font les certificats médicaux que leur demandent des malades pour attester de leur maladie. L'un d'eux (34), qui déclare avoir fait trois certificats médicaux ces six derniers mois, reconnaît qu'il avait affaire pour la première fois à ces étrangers et s'en tenait donc essentiellement à leurs déclarations pour ce qui concernait l'histoire de leur maladie<sup>597</sup>.

Ce sont d'autre part des professionnels évoluant dans un contexte tout autre, procédant par des raisonnements qui ne recoupent celui des médecins généralistes que pour l'indépendance affichée envers les jugements moraux. Il s'agit d'un médecin de CISIH (17) et du responsable d'une association de lutte contre le sida (15), tous deux récemment arrivés en Guyane et militants de longue date pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Au manque d'expérience de la maladie et à la méconnaissance des textes sur le titre de séjour pour soins des médecins généralistes, s'opposent ainsi chez eux la pratique auprès des malades et la participation aux mouvements sociaux qui ont contribué à l'évolution législative qui a donné naissance à ces textes. Leur regard critique, aiguisé par des années de lutte métropolitaine, épingle un certain nombre de pratiques ayant cours en Guyane, y compris chez des professionnels pourtant investis sur la question du sida, pratiques dont selon eux la nocivité a suffisamment été démontrée en métropole pour qu'elles n'y aient plus cours<sup>598</sup>. Ainsi, en matière de droit au séjour pour soins, leur façon de voir et leurs pratiques bousculent les habitudes, interpellent (*c'est un grand débat que j'ai lancé au sein du CISIH (17)*) et finalement - l'écart entre les entretiens successivement recueillis en cours d'enquête en témoigne - contribuent à une évolution des pratiques.

On a vu, au fil des paragraphes ci-dessus, leurs arguments relatifs à chacun des critères qu'ils considèrent avoir - ou bien plus souvent ne pas avoir - à prendre en compte pour décider de soutenir une demande de titre de séjour pour soins, et nous n'y reviendrons pas. Revenons simplement sur trois éléments qui justifient selon eux, que « de toutes façons » une demande soit acceptée, dès lors qu'elle émane d'un étranger séropositif issu d'un pays où l'accès aux soins ne paraît pas simple.

---

<sup>597</sup> Certes, pour deux d'entre eux, des enfants atteints de drépanocytose, les carnets de santé attestaient également de la maladie. Mais le médecin s'est strictement fié aux dires du troisième, un malade atteint d'un cancer du colon.

<sup>598</sup> Ces points sont présentés dans le chapitre sur les défaillances du système de santé en Guyane, telles que les pointent les acteurs métropolitains.

Le premier met en jeu la santé publique, via la sécurité économique que procure la carte : alors que le titre de séjour pour soins permet l'accès à diverses ressources (droits au travail et aux minima sociaux comme l'AAH), une personne qui en est dépourvue peut être réduite à la prostitution, facteur majeur de dissémination du virus. Cet argument fait écho au souci d'un autre médecin de mettre un terme à la quête désespérée des milliers de sans papiers présents en Guyane, cette situation d'irrégularité massive favorisant l'insécurité.

Le second s'appuie sur la loi. Celle-ci n'octroie aux médecins aucun pouvoir de trancher sur la légitimité de la demande, elle les tient responsables de sa mise en oeuvre (en rédigeant le certificat initial) afin qu'elle soit soumise au jugement du préfet. En s'attribuant un pouvoir qui déborde ce strict cadre technique, les médecins réalisent une appréciation, beaucoup plus subjective, du mérite (sur l'observance par exemple) (*Il y a une connotation morale derrière tout ça* (17)), voire endossent le rôle d'agent de contrôle de l'immigration : *e médecin certifie simplement un état de santé, point barre, on ne lui demande rien d'autre (...)* « vous n'êtes pas flic, vous n'êtes pas la préfecture, ce n'est pas ce qu'on vous demande, alors que vous avez un avis là-dessus, c'est normal, mais ça ne doit absolument pas rentrer en compte ». (15)<sup>599</sup>

Le troisième enfin est politique. L'enjeu est militant : pour faire évoluer la situation des Brésiliens, il faudrait engager des demandes pour eux et faire cesser l'*espèce d'auto-censure* qui prévaut actuellement : un refus *n'a pas le même sens* qu'une absence de démarche, en terme de *visibilité*. Il faudrait bien-sûr expliquer aux intéressés qu'un intérêt collectif plus que le leur propre serait en jeu<sup>600</sup>.

La position de ces professionnels peut être rapprochée de celle du Conseil national du sida (CNS), réitérée dans le rapport de 2003 sur la politique de lutte contre le VIH/sida dans les DOM. Pour le CNS, « une position éthique » et un « principe minimal et absolu » (p. 64), outre l'intérêt collectif puisqu'il s'agit d'une maladie transmissible, réclament de soigner tous les migrants séropositifs, quelles que soient leurs nationalités et leurs situations au regard du droit au séjour (sans que cela n'exclut bien sûr la recherche d'une meilleure coopération avec les pays voisins pour lutter contre l'épidémie). Cette position est applicable en Guyane comme dans les autres DOM et en métropole. Pour la Guyane, cette position inclut les non résidents en Guyane. Le CNS demande en ce sens une simplification du statut des habitants du bassin du Maroni, qu'ils soient français ou surinamiens, pour tenir compte de la réalité sociale et des modes de vie de ces populations et reprend une proposition faite ailleurs<sup>601</sup> d'une carte de circulation transfrontalière ne donnant pas droit aux prestations sociales.

Pour clore ce chapitre sur les positions diverses que des professionnels peuvent prendre sur une même question, relevons les conséquences concrètes de cette hétérogénéité. On a en effet

---

<sup>599</sup> On a déjà évoqué la question de l'intrusion des critères de mérite dans les pratiques de professionnels de l'accès aux soins à propos des agents CGSS ou d'une assistante sociale créoles tentant de limiter l'accès à l'AME aux plus méritants des étrangers en situation irrégulière.

On a vu aussi qu'en matière de titre de séjour pour soins, les assistantes sociales métropolitaines, quand elles décident d'interpeller le MISP sur un dossier plutôt qu'un autre, selon les critères qu'elles estiment légitimes, outrepassent les prérogatives que leur attribue la loi. D'un autre côté, enfin, des MISP interrogés en métropole regrettent eux d'être désignés par les textes pour donner leur avis, en amont de la décision du préfet, estimant excessive une responsabilité qui dépasse leur cadre professionnel (au croisement des politiques de santé et d'immigration).

<sup>600</sup> D'autant plus, ajoutera-t-on, si la CGSS n'accorde pas d'AME aux personnes qui se sont vues refuser un titre de séjour ...

<sup>601</sup> MERLE, J.F., cité dans « Guyane 1997, Etat des lieux et propositions, rapport au secrétariat d'Etat à l'Outre-mer », la Documentation française, 1998, p. 71



vu que chacune de ces positions a un impact concret sur l'issue de la demande de chaque requérant en contact avec chaque professionnel. Mais c'est sur les conséquences de cette hétérogénéité que nous voudrions insister maintenant : les interactions requérant-professionnel, caractérisées chacune par les attributs du requérant et la valeur que le professionnel donne à ces attributs, dessinent une mosaïque au sein de laquelle tout requérant potentiel doit trouver le chemin, la combinaison « attributs du requérant- valeurs qui leur sont données » qui sera la plus favorable à sa demande.

On a vu par exemple comment un étranger se voyant refusé par son médecin hospitalier le certificat médical nécessaire à son renouvellement peut venir consulter un médecin généraliste de ville et obtenir de lui le certificat en question. On peut suspecter que cette situation n'est pas rare étant donné que les généralistes de ville déclarent ne pas être sourcilieux lors de la rédaction du certificat et se conformer aux desiderata des étrangers, lesquels semblent connaître bien mieux qu'eux-mêmes la procédure à laquelle ils les font participer (cette attitude d'étranger malade averti correspond de façon plausible à celle d'un étranger déjà une fois régularisé et en demande d'un renouvellement).

Les étrangers « non avertis » peuvent être aiguillés par un professionnel. L'assistante sociale (14) d'un hôpital dont les médecins ont des pratiques divergentes se trouve en position d'orienter les patients ne satisfaisant pas aux conditions requises par les uns vers le médecin aux critères les plus larges en la matière :

*Alors moi, (rire) évidemment, ça me donne une position un peu délicate, parce que je vois des patients disant « le docteur ne veut pas me donner, ne veut pas faire la demande, parce que ... je suis pas assez malade », enfin bon, ça c'est l'interprétation qu'ils vont faire, et moi je leur dis « ouais, vous êtes suivi par ce médecin, mais si vous descendez d'un étage ... ». (...) quand il y a une situation qui traîne et qui n'arrive pas à avoir gain de cause là-haut ... je leur dis « vous savez, si vous allez voir le médecin qui est en bas, on pourra peut-être arranger ça » !<sup>602</sup>*

## Conclusion

Cette présentation des pratiques des professionnels de l'accès aux soins vis à vis des demandes de titre de séjour pour soins s'avère riche d'enseignements. Permettant en effet d'aller au-delà des premières déclarations de ces professionnels, exposées dans le précédent paragraphe, selon lesquelles ils visent avant tout l'accès aux soins optimal des patients, la question des titres de séjour pour soins révèle une hétérogénéité des pratiques.

Cette dissonance est justifiée, dans les discours, par des représentations variables des professionnels sur des dimensions propres à leur exercices respectifs : que recouvre la notion de « soin » pour le médecin ? De quel « mérite » une personne doit-elle faire preuve pour bénéficier du suivi d'une assistante sociale ? C'est en effet au regard des réponses à ces questions que les professionnels justifient leurs pratiques spécifiques face aux demandes de titre de séjour. Ces questions sont non seulement liées à leurs exercices professionnels respectifs, mais elles leur sont même fondamentales (le soin est au cœur de l'exercice médical comme le mérite l'est pour le suivi social). Pourtant, on peut suspecter qu'elles n'affleurent pas dans leur pratique quotidienne : le médecin ne s'interroge pas sur la notion de soin face à chacun de ses patients, l'assistante sociale ne met pas en doute le mérite de chacune des personnes qu'elle suit. Ce n'est que lorsque la légitimité de ce soin ou de ce suivi social est

---

<sup>602</sup> Elle donne ainsi le cas d'une patiente à qui *là haut* on refusait le renouvellement de sa carte *parce qu'elle avait disparu pendant un certain temps* et qu'elle ne prenait plus de traitement et qu'elle a orientée un étage plus bas.

questionnable que ces représentations viennent influencer sur la pratique. C'est précisément le cas de l'étranger en demande d'un titre de séjour, puisque les professionnels de l'accès aux soins se sentent, à tort ou à raison, légalement impliqués dans cette procédure : certes, la légitimité de l'accès aux soins n'est pas directement concernée (même en cas de non régularisation, l'étranger peut toujours se faire soigner avec une AME), mais celle du soin « optimal » l'est bien (on est mieux soigné avec une CMU, des revenus et l'assurance d'un séjour stable sur le territoire). La question du titre de séjour pour soin permet donc d'affiner, par une sorte de mise à l'épreuve, les déclarations sur l'objectif principal de recherche du soin optimal. Et puisque c'est vis à vis de l'étranger en situation irrégulière qu'est posée cette question, les dimensions propres à l'exercice professionnel de chacun (qu'est-ce que le soin, qu'est-ce que le mérite) se mêlent inévitablement à la question de l'autre : quel autre accepte-t-on d'inclure dans son système de soins via la légitimation de sa présence sur le territoire ? Ainsi, aux questions spécifiquement relatives à l'exercice professionnel médical (un suivi sans traitement est-il un soin ? quel critère peut au mieux faire préjuger d'un moindre accès au traitement (l'absence de soutien familial ou la précarité économique ?) ou d'une meilleure observance (un antécédent de bonne observance, la régularisation du séjour ou la décision de s'installer en Guyane ?) ou à l'exercice professionnel social (dans quelles circonstances l'intégration à la société guyanaise doit-elle être mise en avant pour renforcer des arguments sanitaires trop « légers » ?) s'associent les représentations relatives à l'autre, que l'on a décrites dans les paragraphes précédents (qui est étranger en Guyane, qui mérite d'avoir accès au territoire, d'y être régularisé, etc.), même si ces dernières se « cachent » parfois derrière une interrogation sur la loi, plus facile à énoncer (s'applique-t-elle aux non observants ? doit-on écarter ceux qui tentent d'en détourner la finalité, les non méritants ?).

Les réponses à ces questions ne se répartissent pas de façon homogène : si l'on peut repérer les médecins les plus systématiquement favorables aux demandes (le « militant » et, à l'opposé, ceux qui ne connaissent pas la question et s'en tiennent à leur rôle strictement médical), il est impossible de répartir les autres médecins selon une gradation uniforme : chacun répond, pour chaque question, selon son expérience professionnelle personnelle qui peut d'ailleurs évoluer au fil du temps, comme on l'a vu pour certains d'entre eux. Pour les assistantes sociales, cette expérience professionnelle semble être en rapport avec le contexte d'exercice, nous allons y revenir.

Quoiqu'il en soit, de cette dissonance interprofessionnelle naissent différents parcours de demandes, plus ou moins favorables aux requérants.

## Synthèse

Reprenons les différents cas de figure, exposés tout au long de ce travail, de dissociation des intérêts communautaires et professionnels.

L'intérêt communautaire peut ne prévaloir sur le professionnel qu'à la faveur d'un remaniement institutionnel. On a vu par exemple dans le chapitre sur les acteurs créoles qu'une assistante sociale a réorienté sa pratique à la suite d'un changement législatif aux conséquences organisationnelles patentes (réforme CMU-AME et transfert de compétence de la DSP à la CGSS), vers des intérêts plus communautaires (protection de la communauté guyanaise, et implicitement créole, envers les étrangers) et moins institutionnels (remboursement de l'hôpital) ou individuels (prise en charge du patient).

La position des acteurs peut également considérablement varier au sein d'une même communauté ethnique, reflétant les enjeux professionnels individuels.

Ainsi, la variabilité des pratiques vis à vis de l'étranger a été mise en évidence par la comparaison inter-institutionnelle et non plus chronologique entre les assistantes sociales d'un hôpital et celle d'un autre, toutes métropolitaines. Les premières insistent beaucoup plus que la seconde sur l'importance des efforts d'intégration des étrangers lors de leur demande d'un titre de séjour pour soins ou de couverture maladie<sup>603</sup>. Cette insistance sur l'importance « du social » dans la qualité d'un dossier semble faire écho à leur insistance sur « le social » dans leurs fonctions d'assistantes sociales, avec mise en avant de leurs compétences propres vis à vis d'équipes soignantes qui les « noient » dans des tâches administratives qui ne relèvent pas d'elles. Elles considèrent ainsi, notamment, que la présentation des facteurs sociaux dans les dossiers est une tâche qui leur est spécifiquement impartie. L'assistante sociale de l'autre hôpital, qui exerce dans un climat professionnel globalement plus serein (sa place est précisément définie au sein de son service et son action y est appréciée), déclare ne pas avoir à mettre en avant ces éléments dans un dossier de titre de séjour pour soin. Cette différence de posture induit un discours et une pratique très différents quant au « mérite » de l'étranger en situation irrégulière en demande d'un droit (titre de séjour pour soin ou AME) : les éléments sociaux pris en compte par les assistantes sociales (ici, le jugement sur « les efforts d'intégration » de l'étranger) apparaissent ainsi moins liés aux procédures réglementaires d'ouverture de droits (puisque rien dans les textes relatifs à la régularisation pour soins ou à l'AME ne mentionne ces éléments) qu'au contexte d'exercice professionnel.

Le chapitre sur les demandes de jugements déclaratifs de naissance révèle quant à lui l'importance de facteurs tels que l'ancienneté du séjour ou la fonction professionnelle dans la conduite que les acteurs métropolitains sont susceptibles d'adopter face à cet autre mode de demande d'intégration à la société française.

---

<sup>603</sup> Pour la demande d'AME : *certificat de scolarité si nécessaire, enfin, s'il y a, c'est toujours bien, on est toujours dans : montrer que la personne est bien intégrée.* (44)

Pour le titre de séjour pour soins, l'attitude méritante du patient est à prouver auprès des trois acteurs professionnels de cette procédure : le médecin hospitalier, le MISp de la DSdS et le sous-préfet.

- le médecin hospitalier : l'observance (un suivi régulier)
- le MISp : les efforts d'insertion (une demande d'AAH en cours, de couverture maladie, l'apprentissage du français, la recherche d'un emploi, etc.)
- le sous-préfet : l'ancienneté de la résidence en France, les enfants nés sur place, leurs certificats de scolarité

On a vu d'autres exemples, cette fois relatifs aux Créoles, d'oppositions entre membres de la même communauté ethnique, pour lesquels priment leurs intérêts professionnels. C'est notamment le cas entre les administratifs créoles de la CGSS et ceux de l'hôpital, les premiers reprochant aux seconds de soutenir les étrangers dans leurs démarches frauduleuses (en envoyant à la CGSS des dossiers « trafiqués ») et les seconds aux premiers de demander à l'hôpital (via la PASS) de faire le travail qui revient à la CGSS d'ouverture de droit pour ces mêmes étrangers. Avant la réforme CMU, c'étaient les acteurs créoles de la DSP et ceux du service de la facturation des hôpitaux qui s'opposaient, les premiers refusant de prendre en charge les frais des soins engagés par l'hôpital pour des étrangers au motif qu'ils ne résidaient pas en Guyane.

Dernier exemple de dissonances au sein d'une même communauté ethnique, celle des Noirs Marrons : des acteurs noirs marrons tiennent des discours très différents quant au public noir marron lui-même. Les agents des admissions hospitalières et l'agent de la PASS du même hôpital, toutes trois noires marronnes, commentent différemment le manque d'effort couramment reproché aux Noirs Marrons pour faire ouvrir des droits à une couverture maladie.

Les premières reprennent les propos régulièrement tenus par les Créoles, à savoir reprochent aux Noirs Marrons leur incompréhension du fonctionnement du système de protection sociale et leur empressement à profiter des prestations sociales quand elles sont directement lucratives (les allocations familiales sont le plus souvent citées en exemple). Leurs discours concernent *ceux du fleuve*, quelle que soit leur nationalité, c'est à dire les Noirs Marrons qui viennent des villages en amont de Saint Laurent. La virulence des discours des agents peut être interprétée comme relevant de leur plus grande proximité avec le groupe ainsi accusé et de leur volonté de s'en distancer. Cette proximité est ethnique, mais également socioprofessionnelle<sup>604</sup> et physique<sup>605</sup>. Au total, il semble que si les agents sont noires marronnes, elles se positionnent, dans la « hiérarchie » ethnique guyanaise, entre les Créoles (position dominante) et les Noirs Marrons du fleuve (position dominée), se différenciant des seconds et se rapprochant des premiers en s'appropriant certains énoncés « classiquement » tenus par à ces derniers, comme celui sur l'abus des allocations familiales par les Noirs Marrons.

L'agent de la PASS tient elle un discours très neutre, s'abstenant de critiquer les administrations tout en soulignant les difficultés financières des Noirs Marrons pour récupérer les pièces justificatives plutôt que leur défaut d'effort, surtout s'ils sont étrangers et habitent sur le fleuve. Cette attitude peut s'expliquer par deux facteurs professionnels. D'abord, l'agent

---

<sup>604</sup> Elles occupent un emploi, mais de faible qualification (le stéréotype du Noir Marron est celui d'une personne sans emploi vivant des minima sociaux).

<sup>605</sup> Elle est liée à leurs fonctions professionnelles : elles côtoient physiquement les patients. Elles déclarent ainsi ne pas apprécier avoir à monter dans les chambres pour parler aux nouveaux hospitalisés (elles aimeraient que l'agent de la PASS s'en charge à leur place) et préféreraient s'en tenir à leur travail de saisie informatique des données administratives.

Même si elles le font à contrecœur, ce contact relève de leur initiative : ce ne sont pas les gens qui viennent les trouver, mais elles qui viennent à eux. D'où la tonalité particulière de la question du manque d'effort des gens (en fait, de réaction à leurs sollicitations), ressenti peut-être comme une humiliation, ou du moins comme de l'agacement, ainsi que l'exprime l'une d'elles, quand elle a l'impression que son interlocuteur fait exprès de ne pas lui répondre, ce qui là aussi rejoint les propos volontiers tenus par les professionnels créoles : elle explique son agacement vis à vis d'une femme qu'elle connaît bien car chaque fois qu'elle lui demande son adresse, à l'hôpital, elle en donne une différente. Elles se croisent régulièrement, au marché : *elle joue à ce petit jeu-là, mais elle m'énerve*. La proximité physique déborde en outre le cadre professionnel pour « envahir » l'espace de la vie quotidienne (le marché).

ne reçoit que les patients qui viennent lui amener leurs papiers, qui sont donc suffisamment motivés pour faire ces démarches. Ensuite, c'est en tant que noire marronne qu'elle a été placée à ce poste, dans un rôle de médiatrice entre d'un côté une administration gérée par des Métropolitains ou des Créoles et d'un autre des patients noirs marrons.

Au total, ces discordances enregistrées au niveau d'une même communauté ethnique apparaissent bien liées à des réajustements individuels entre la sphère du professionnel (intérêts institutionnels, identité professionnelle) et celle du communautaire, la valorisation identitaire, qu'elle soit strictement professionnelle ou plus globale, apparaissant comme un élément transversal.

La logique qui est apparue déterminante pour la position des uns et des autres est en effet, tour à tour : la valorisation identitaire professionnelle pour les assistantes sociales hospitalières métropolitaines ; la poursuite de l'intérêt de l'institution d'exercice pour les agents créoles (CGSS, hospitaliers ou DSP) ; la valorisation de l'identité cette fois plus globale des agents noirs marrons des admissions hospitalières (se définissant par opposition aux Noirs Marrons « du fleuve » et « inactifs ») ; la fonction professionnelle telle qu'elle lui a été assignée pour l'agent noir marron de la PASS.

La position d'un acteur peut enfin s'afficher clairement à contre-courant de l'argumentaire généralisé au sein de sa communauté ethnique, quant cela va dans le sens de sa fonction professionnelle.

Par exemple, une seule voie créole s'élève pour excuser la faiblesse des contrôles migratoires. C'est celle d'une avocate qui s'occupe des jugements déclaratifs de naissance, et parle de *compromis tacite* pour évoquer l'indulgence de l'Etat vis à vis des Noirs Marrons qui, « traditionnellement » ont de grosses difficultés à être en possession de documents d'état civil.

C'est surtout la légitimité du soin qui est à même de creuser une brèche dans les discours xénophobes. On a vu que pour un certain nombre d'acteurs créoles, l'immigration représente un danger pour la santé publique, celle-ci jouant le rôle d'alibi pour renforcer le contrôle migratoire. Pourtant, aucun acteur ne remet en cause le principe de l'accès aux soins en cas de maladie grave, et cette légitimité du soin peut même permettre de passer outre des restrictions initiales de l'accès aux soins<sup>606</sup>. La couverture maladie peut elle aussi être investie de cette légitimité : la préfecture a demandé, pendant un temps, un numéro d'immatriculation aux étrangers faisant une demande de régularisation<sup>607</sup>.

- 
- <sup>606</sup> On a vu que selon une assistante sociale créole (51), en cas de refus d'AME, un recours peut être déposé auprès de la DSDS, où le MISP donne un avis lui-même fondé sur celui de l'équipe soignante. C'est donc bien la légitimité de la maladie qui permet de passer outre le refus administratif, lui-même éventuellement restrictif vis à vis de la loi puisque l'assistante sociale donne, pour motif initial du refus de l'AME, des critères illégaux (résidence de moins de trois mois, détention d'un visa de court séjour).
  - On a vu également que les responsables CGSS CMU-AME de Cayenne et de Saint Laurent, créoles, (27, 55) expliquent qu'au début de la réforme, la demande d'AME n'était acceptée qu'en cas de besoin de soins, ce qui est restrictif par rapport aux textes. Ils considèrent de plus, également abusivement, qu'un délai de résidence de trois mois est nécessaire pour une demande d'AME ... sauf en cas d'hospitalisation.

<sup>607</sup> Notons néanmoins que le traitement favorable que peut autoriser la légitimité du soin vital a pour pendant paradoxal le traitement restrictif du soin non vital : c'est en effet à l'aune du degré de besoin de soins que sont évalués les droits à une couverture maladie, position qu'on a également décrite chez les assistantes sociales métropolitaines. Les assistantes sociales hospitalières interrogées, créole et métropolitaines, n'acceptent par exemple de constituer des dossiers de demande d'AME que lors de soins urgents ; une infirmière créole déclare que c'est aux médecins de demander la couverture maladie des patients étrangers en situation irrégulière.

Mais outre la question de la légitimité du soin vital, reconnue par la majorité des acteurs, la position professionnelle peut tenir à distance l'imprégnation xénophobe des discours créoles. Ainsi, ce médiateur culturel exerçant à l'hôpital (50) dépeint avec force détails les récriminations des Créoles à l'égard des étrangers et notamment leur amertume devant le pillage de leur département. Mais dès qu'il s'agit de santé, la critique tombe.

- La saturation de l'offre de soins (hôpital surchargé, etc.) est attribuée à la mauvaise évaluation du besoin de soins par les pouvoirs publics et non aux étrangers malades qui auraient bien tort de ne pas profiter de cette offre (même si cependant ils ne viennent pas en Guyane pour ça<sup>608</sup>).
- Les pratiques traditionnelles, responsables d'interruption thérapeutique, ne sont pas méprisables. La fonction professionnelle du médiateur consiste d'ailleurs justement à amener les patients à respecter une bonne observance des traitements prescrits par les médecins hospitaliers, tout en tenant compte de ses pratiques traditionnelles<sup>609</sup>.
- Le défaut de couverture maladie de nombreux étrangers est à mettre en rapport avec le peu d'incitation en ce sens qui émane d'un système qui privilégie d'abord l'accès aux soins eux-mêmes<sup>610</sup>.

Bref, le médiateur différencie nettement son identité de Créole guyanais et celle de professionnel du soin. Pour lui, le ressentiment qu'éprouvent les Créoles à l'égard des étrangers n'interfère pas avec la prise en charge de ceux d'entre eux qui sont malades. En particulier, des professionnels de l'accès aux soins ne dénoncent pas à la préfecture des patients sans papiers : *ce n'est pas notre boulot, ça, nous on n'est pas des flics.* (...) Ils confirment plutôt son suivi médical aux policiers, quand un étranger malade est arrêté, de façon à ce qu'il soit relâché.

Il reconnaît cependant que l'aggravation de la situation (des flux migratoires et de la colère réactionnelle des Créoles) pourra conduire un jour certains de ses collègues à faire prévaloir leur appartenance ethnique sur la professionnelle : *Donc au niveau des soins, que la personne ait des papiers ou qu'elle n'en ait pas et quelle que soit son origine ethno-géographique, il y a une prise en charge de qualité. Je sais qu'il y a des agents qui commencent à saturer mais qui gardent ça pour eux. (...) on peut pas dire qu'il y a un problème qui existe déjà, mais je sais pas dans cinq ans.*

---

<sup>608</sup> *Il y a une chose qu'il faut bien préciser, c'est qu'on entend dire que les gens se font dépister dans leur pays et viennent se faire soigner ici. Je dis pas que ça n'existe pas, mais ça doit être vraiment résiduel. Un immigré quel qu'il soit, une fois qu'il arrive ici, s'il a un problème, il dispose d'un arsenal législatif qui l'aide, ce serait vraiment trop bête de passer à côté. Ca, on est d'accord là-dessus, hein.*

<sup>609</sup> Il évoque les pratiques « traditionnelles » des uns et des autres qui peuvent faire obstacle à la médecine occidentale, en y incluant d'ailleurs celles des Créoles. Mais ce sont plutôt les non traditionnelles qu'il accuse (les églises qui interdisent le port du préservatif même dans le cadre du mariage, d'où contamination par le VIH du conjoint séronégatif d'un couple séro-discordant ; et des résistances qui s'accroissent car se croisent si les deux conjoints sont séropositifs).

Il cite le cas d'un patient séropositif pour le VIH qui, pour prendre un traitement traditionnel, a interrompu son traitement antirétroviral. Ce patient n'a pas signalé à son médecin hospitalier cette interruption, par crainte que cela lui coûte son titre de séjour, son AAH et son allocation logement. Il a même continué à acheter des médicaments et à les accumuler chez lui ... le médiateur ne lâche qu'un discret : *Vous savez ce que ça coûte ...* pour évoquer la perte financière liée aux médicaments délivrés mais non pris.

<sup>610</sup> *Pour l'orpailleur qui est arrivé en hélico et qui va repartir à pieds de l'hôpital sans savoir où il va, c'est pas un souci parce que si on a envoyé un hélico à 15 000 balles de l'heure, c'est qu'on va pas le retenir en otage pour le faire payer.*



## Conclusion

La situation socio-sanitaire de la Guyane est volontiers qualifiée de préoccupante. A ce constat, deux ordres de causes sont régulièrement associés. Ce sont d'abord les données naturelles du département : un vaste territoire que des moyens socio-sanitaires inégalement répartis peinent à couvrir et sur lequel la faible emprise de l'homme laisse se perpétuer des systèmes pathogènes tels que le paludisme. Ce sont ensuite les données humaines : une proportion importante de la population - représentée par les groupes longtemps tenus à l'écart de la société guyanaise (Amérindiens et Noirs Marrons de l'Intérieur du département) et surtout, ces deux ou trois dernières décennies, les vagues de migrants originaires des pays voisins d'Amérique du Sud et de la Caraïbe - présente des caractéristiques socio-économiques, culturelles et démographiques responsables d'une plus grande vulnérabilité aux maladies et de nombreux obstacles à l'accès aux soins.

Enfin, est mise en cause la double appartenance de la Guyane, dont le système socio-sanitaire, importé d'un pays industrialisé, est appliqué à un territoire et à une population caractéristiques des pays en voie de développement. Cette double appartenance, régulièrement décrite au niveau économique – une économie de transfert responsable d'un accroissement du pouvoir d'achat sans développement concomitant de l'industrialisation – s'exprime ainsi pleinement dans le domaine sanitaire : l'introduction du système de protection sociale national et l'amélioration des structures de soins n'ont pas permis la transition épidémiologique attendue.

Nous avons décidé de nous intéresser à l'accès aux soins car il nous semble être à même de donner la mesure de cette inadéquation du modèle socio-sanitaire national au contexte local tant naturel que populationnel. L'accès aux soins résulte en effet de la rencontre entre l'offre sanitaire localement configurée et le besoin de soins tel qu'il est construit et assumé par la population vivant en Guyane.

Nous en avons resserré l'étude autour de deux angles d'approche, l'accès aux droits à une couverture maladie et la prise en charge de l'infection à VIH, en ce que ces deux questions permettent d'illustrer, chacune à sa façon, les difficultés si souvent décrites en Guyane : une offre insuffisamment représentée sur tout le territoire pour être accessible à une population par ailleurs peu à même d'aller à sa rencontre alors qu'elle en a tout particulièrement besoin.

Pour mener cette étude, nous nous sommes surtout adressés aux professionnels de l'accès aux soins. Quelques témoignages d'usagers figurent cependant en contre-point de nos analyses. Interrogés au cours d'entretiens semi-dirigés, les professionnels ont été amenés à s'exprimer sur les difficultés d'accès aux soins qu'ils observent et les interprétations qu'ils en donnent.

Les réponses obtenues désignent comme responsables des difficultés d'accès aux soins les usagers du système de soins (incompréhension, indifférence, etc.), les acteurs professionnels (incompétence, racisme, etc.) ou bien encore l'organisation-même de ce système (inadaptée au contexte guyanais ; et à travers elle est pointée la responsabilité de l'Etat qui ne tient pas compte des spécificités départementales). Elles reprennent donc bien la mise en cause sus-dite, à savoir celle de l'altérité de la population et de l'inadaptation locale de l'offre de soins. Les discours distinguent, derrière cette dernière, d'une part la responsabilité de l'Etat central, qui l'élabore au niveau national, et d'autre part celle des professionnels exerçant sur place, qui la mettent en oeuvre.

Le plus souvent, ces différentes responsabilités sont articulées les unes aux autres, au sein de schémas d'interactions réciproques liant les caractéristiques du public, celles des



professionnels exerçant sur place et celles de l'Etat central, les unes révélant ou suscitant les failles des autres et vice versa.

Ces réponses, qui constituent l'essentiel de notre matériau (en sus de quelques observations), expriment non pas des faits objectivés mais des représentations sur ces faits, dont le témoignage nous parvient donc à travers le filtre subjectif propre à chacun de nos interlocuteurs. Cette dimension subjective est évidemment à prendre en compte dans l'analyse. Les parts de responsabilités respectives des usagers, des professionnels et de l'Etat, dans les discours qui nous ont été tenus pour qualifier les difficultés d'accès aux soins, sont en effet pour partie dépendantes de variables propres à l'acteur qui les énonce. L'étude a permis de repérer l'impact d'un certain nombre de ces variables, telles que la fonction professionnelle (soignant/social/administratif), le type d'exercice (hospitalier/libéral/associatif, etc.), l'intérêt de l'institution d'appartenance (hôpital, DSP, CGSS), la qualité des relations professionnelles sur le lieu d'exercice, la localisation géographique (Saint Laurent/Cayenne ; ville/fleuve), l'ancienneté du séjour pour les Métropolitains, et surtout l'appartenance ethnique (Créole/Métropolitain). Cette dernière s'avérant déterminante plus que toute autre pour le contenu des réponses obtenues, les résultats de l'analyse sont présentés en différenciant les positions selon qu'elles sont tenues par des acteurs créoles ou métropolitains.

L'analyse s'est donc tout d'abord attachée à repérer la façon dont chaque professionnel caractérise ses partenaires professionnels, l'Etat et son public. Chacun exprime vis à vis de ces trois groupes d'acteurs un rapport de plus ou moins grande proximité. Il met en scène des Nous et des Eux, c'est à dire qu'il distingue ceux qui appartiennent à son groupe et ceux qui en sont exclus, en posant ce jeu entre des siens et des autres comme une clé d'interprétation des difficultés d'accès aux soins en Guyane.

Reprenons succinctement ces qualifications identitaires censées expliquer les difficultés d'accès aux soins.

Elles portent d'une part sur l'Etat et les acteurs professionnels du système.

Les professionnels créoles évoquent peu leurs partenaires métropolitains et insistent en revanche sur la lourde responsabilité de l'Etat central dans les difficultés d'accès aux soins : ils lui reprochent de laisser le système socio-sanitaire (mais également le territoire et la société guyanais, les thèmes de l'accès aux soins et du droit au séjour étant étroitement mêlés) ouvert aux « non méritants ». Ces derniers, qu'ils soient étrangers ou intrus de l'Intérieur, profitent d'une réglementation trop généreuse sans pour autant se donner la peine de réaliser les démarches que l'on attend d'eux en terme par exemple d'obtention de couverture maladie ou d'observance thérapeutique : ils sont ainsi responsables avant d'être victimes de leurs propres difficultés d'accès aux soins.

Les professionnels métropolitains s'affichent nettement distincts de leurs collègues créoles (ces derniers comprenant les élus de l'Etat non plus central mais décentralisé), qu'ils considèrent largement responsables des difficultés que connaît le système de soins, par incompetence et surtout racisme à l'égard de tous les non Créoles. Incompétence et racisme génèrent des traitements discriminatoires respectivement indirects et directs, dont sont tout particulièrement victimes les Noirs Marrons et les étrangers. Si eux aussi reprochent à l'Etat central de laisser le système de soins être abusé par des usagers non responsables, c'est pour réclamer plus de contrôle, tant celui de l'ordre public que celui du système socio-sanitaire, plutôt que, à l'instar de leurs collègues créoles, plus de fermeture. Surtout, ils regrettent que l'Etat ne tienne pas mieux compte des spécificités géographiques, démographiques, économiques et culturelles du milieu naturel et de la population à laquelle il applique son modèle de santé national.

Ces qualifications identitaires portent d'autre part sur le public. Les discours mettent en scène différents sous-groupes au sein de la population des clients/usagers/patients, ces sous-groupes étant caractérisés par leurs difficultés propres d'accès aux soins, les traits identitaires assignés étant censés expliquer des difficultés d'accès aux soins dites spécifiques.

Les Créoles caractérisent leur public selon qu'il est ou non assuré social, les Nous étant les assurés et les Eux les bénéficiaires de l'aide sociale, qu'ils qualifient d'assistés (à noter que dans ce groupe sont inclus les bénéficiaires de la CMU, pourtant assurés sociaux au sens administratif). Sur cette distinction administrative s'en cale une autre, fondée sur l'origine, les Noirs Marrons (issus de « la forêt » ou « du fleuve ») et les étrangers (issus des pays voisins de la Guyane) constituant un groupe qui se confond avec celui des assistés.

Cette présentation de l'autre, de l'intrus, comme l'assisté social, se comprend mieux à la lumière de l'histoire du groupe créole depuis la société de plantation. Celui-ci a en effet connu une longue période d'assimilation au modèle occidental, contrainte du temps de l'esclavage, puis par intégration progressive et désirée aux arcanes du pouvoir politique, administratif et économique, se différenciant ainsi des groupes dits tribaux restés longtemps marginalisés au sein de la société coloniale puis départementale (Amérindiens et Noirs Marrons) et des nouveaux-venus que sont les migrants des dernières décennies. Or depuis les années 70-80, Noirs Marrons et étrangers sont de plus en plus nombreux en Guyane, fragilisant des rapports de force jusqu'alors favorables aux Créoles. Les Noirs Marrons, issus de l'Intérieur à la fois guyanais (donc anciens « tribaux ») et surinamien (donc étrangers) sont visés à double titre, et ce d'autant plus qu'ils sont désormais très nettement majoritaires, d'un point de vue démographique, dans l'Ouest guyanais, arrondissement privilégié de notre enquête.

Les Créoles déplorent que ces anciens « primitifs » et les étrangers soient aujourd'hui « aussi facilement » intégrés à la société guyanaise, via notamment leur accès à une couverture maladie et aux soins, sans pour autant avoir eu à faire preuve de leur volonté d'adhérer au modèle occidental. Mobiliser le critère du statut à l'égard de la Sécurité sociale comme un étendard du degré d'assimilation au système leur permet de se différencier de ces nouveaux-venus qui ont désormais les mêmes droits qu'eux. Ce critère présente en outre l'avantage de charrier des connotations morales : l'assistance évoque ici le primitivisme des anciennes populations tribales et la passivité des étrangers face à leurs devoirs, tandis que le statut d'assuré social qui caractérise les citoyens créoles traduit leur participation active à la bonne marche du système. Ces derniers regrettent enfin, comble de cette injustice « systémique », la position ingrate qui leur revient, supportant une charge excessive de travail puisque, de par précisément les positions professionnelles que leur vaut leur intégration ancienne au système, ils se trouvent en devoir d'œuvrer à celle de ces flots de nouveaux-venus.

Les Métropolitains, de leur côté, décrivent également le défaut de familiarisation des Noirs Marrons avec le modèle occidental d'accès aux soins, mais le présentent plus volontiers comme l'expression d'une culture qui leur est propre que comme celle d'un état « pas encore assimilé ». Cette sensibilité au culturel s'exprime également dans leur appréhension différenciée des différents clans de Noirs Marrons, des autres groupes ethniques de Guyane et des étrangers selon leurs nationalités. Les usagers créoles, à l'inverse, font peu l'objet de commentaires, considérés non comme des Eux (à l'inverse des professionnels créoles, dont on a dit que les professionnels métropolitains se démarquent nettement) mais comme des Nous, « culturellement assimilés » c'est à dire relevant d'un comportement similaire à celui des usagers métropolitains.

Cette attention portée au culturel s'exprime en outre dans le regret que l'intégration des Noirs Marrons au système socio-sanitaire national se traduise par l'assimilation brutale de ces derniers à la société occidentale, avec anéantissement de leurs sociétés dites traditionnelles (à l'inverse des professionnels créoles qui déplorent au contraire que cette intégration ne soit conditionnée par aucune exigence d'assimilation).

Enfin, l'omniprésence du « culturel » dans les discours métropolitains y fait elle-même l'objet de débats, notamment à propos de l'évaluation de l'observance thérapeutique. Certains médecins métropolitains considèrent en effet excessive la responsabilité attribuée aux « facteurs culturels » au détriment des facteurs socio-économiques ou propres à l'offre de soins elle-même.

Au total, les propos des acteurs créoles reflètent leurs préoccupations concernant la fin de leur domination en Guyane (intrusion sur le territoire guyanais et au sein du système socio-sanitaire des anciennes « tribus » et de nouveaux migrants) tandis que les acteurs métropolitains décrivent une expérience exotique, celle d'une pratique en milieu d'outre-mer, qu'ils comparent à celle qu'ils ont pu avoir en métropole, en attribuant au « culturel » (celui des Noirs marrons) et à « l'interethnique » (le racisme des Créoles à l'égard de ces derniers) une large part des écarts observés.

Les professionnels décrivent, on vient de le voir, les caractéristiques des usagers, des professionnels sur place et de l'Etat central, ces caractéristiques étant censées expliquer différentes difficultés d'accès aux soins. Mais ils ne se présentent pas qu'en tant qu'observateurs, ils sont également des participants actifs au système de soins. Ainsi, aux difficultés d'accès aux soins qu'ils décrivent chez leurs publics et qu'ils mettent en rapport avec des caractéristiques (du public, des professionnels ou de l'Etat), ils racontent répondre, concrètement, par des traitements qui viennent précisément s'articuler à ces difficultés et aux caractéristiques causales qui leur sont attribuées. Nous qualifions de différentiels ces traitements quand ils sont réservés à certains groupes d'usagers au nom des catégorisations identitaires qui leur sont attribuées. Quand ils ont des conséquences concrètes, favorables ou défavorables, sur l'accès aux soins des individus, ils sont discriminatoires. Au total, à la qualification en Nous et en Eux répondent des traitements différentiels susceptibles de résulter en l'inclusion des premiers au système de soins tandis que les seconds en resteront exclus.

Rappelons là aussi brièvement les grandes lignes de ce second temps de notre analyse. Professionnels créoles comme métropolitains décrivent des pratiques cohérentes avec les catégorisations qu'ils font de leurs publics respectifs, à savoir, pour les premiers, le défaut de « maturation » des Noirs marrons et les abus des étrangers, et pour les seconds, l'altérité culturelle qui caractérise l'ensemble de leur public (exceptée sa part créole).

Les professionnels créoles expliquent réagir au défaut de « maturation » des Noirs Marrons au sein du système, qui se traduit notamment par leur passivité, en se montrant moins aidants qu'ils ne le seraient pour d'autres publics, de façon à prévenir toute dérive « d'assistantat ». Ils tentent surtout de freiner l'accès non mérité des étrangers au système de soins - via l'ouverture de droits à une couverture maladie - et leur installation qui s'ensuit sur le territoire, par une recherche des fraudeurs. Cette quête procède par ajout de conditions restrictives et de contrôles là où la réglementation ne les prévoit pas, voire fait prévaloir la logique des politiques d'immigration sur celle de l'accès aux soins, jugée trop laxiste, les étrangers étant considérés comme des étrangers au regard des politiques migratoires avant de l'être comme des bénéficiaires potentiels du système de soins tels que les définissent les réglementations relatives à la Sécurité sociale et à l'Aide sociale.

Les professionnels métropolitains racontent adapter leurs pratiques aux caractéristiques culturelles des Noirs Marrons, tantôt pour leur faciliter l'accès au système socio-sanitaire, par prise en compte de « leur » culture (un travailleur social contourne la règle administrative qu'il considère inadaptée à la culture des Noirs Marrons, un administratif privilégie la proximité culturelle au détriment du savoir technique), tantôt au contraire pour

contraindre à adhérer (au niveau administratif ou thérapeutique) ceux qui s'y refusent spontanément. Dans ce dernier cas, la coercition est justifiée par les caractéristiques culturelles (comme par exemple l'entraide « traditionnelle » des Noirs Marrons) qui devraient permettre à chacun d'entre eux d'accéder aux soins ou par la prise en charge de ces caractéristiques culturelles par le système (par exemple avec le recrutement sur critères ethniques d'un agent administratif ou l'intervention d'un médiateur culturel), avec parallèlement déni implicite de difficultés d'accès aux soins d'autre nature, telles que socio-économiques. Le champ de cette coercition est en outre légitimé par les domaines de compétence respectifs des professionnels (les soignants visent l'efficacité thérapeutique, les administratifs l'accès à une couverture maladie), toujours dans l'intérêt premier des usagers eux-mêmes (et non de l'offre de soins, via le remboursement de l'hôpital par exemple). Enfin, on a dit que les professionnels métropolitains rendent responsables leurs collègues créoles d'une large part des difficultés d'accès aux soins. Ils peuvent par conséquent modifier leurs pratiques au regard de l'incompétence voire du racisme attribué à ces derniers (par exemple, un médecin peut noter sa consultation sur une carte vitale qui n'est pas celle de son patient, considérant que si celui-ci en est dépourvu, c'est en raison des carences de la CGSS, administration qualifiée de créole).

Une dernière partie explore la façon dont sont contextualisées les définitions de l'altérité, par complexification des repérages de profils ethniques et professionnels initiaux (comme par exemple « une assistante sociale créole hospitalière » ou « un médecin métropolitain exerçant en libéral »). Le discours sur l'altérité et la pratique qu'il justifie paraissent en effet configurés par un emboîtement complexe d'enjeux professionnels, politiques, institutionnels, etc., qui agissent de façon complémentaire pour éventuellement générer des discriminations dans l'accès aux soins. On a vu par exemple comment l'évolution réglementaire et institutionnelle du cadre d'exercice d'une assistante sociale créole (quand la gestion de l'aide médicale est passée du Conseil Général à la CGSS) a permis à cette dernière de modifier sa pratique, laissant s'exprimer son intérêt communautaire sous la forme d'une restriction de l'accès aux soins d'une partie de son public.

Ce troisième temps de l'analyse est l'occasion de nous arrêter sur deux types de demandes d'intégration de l'autre à la société française et, plus ou moins directement, à son système de santé. La première est celle des demandes de jugement déclaratif de naissance (JDN), dont l'enjeu - la reconnaissance de la légitimité de la présence en France via la nationalité française - conditionne notamment l'accès aux soins (la nationalité française facilite l'obtention d'une couverture maladie et interdit l'expulsion, la présentation de documents d'identité est indispensable à l'obtention d'une couverture maladie). La seconde est celle de l'accès aux soins quand il est problématique (c'est à dire pour les « sans » -couverture maladie, - titre de séjour, - résidence en France), en explorant en particulier les positions affichées vis à vis des demandes de titre de séjour pour soins, où là aussi, l'intégration au système de soins passe par la reconnaissance de la légitimité de la présence sur le territoire, via cette fois la régularisation du séjour.

La confrontation des discours portant sur les demandes de JDN permet de retrouver la typologie métropolitains / créoles décrite dans les chapitres précédents (les premiers plaidant pour une tolérance justifiée par des arguments historiques et culturels ; les seconds réclamant plus de fermeté devant les abus et s'irritant de l'aveuglement de l'Etat en la matière) mais aussi de la complexifier en introduisant le jeu de deux facteurs qui s'avèrent modeler les positions métropolitaines. Il s'agit d'abord de l'ancienneté du séjour : les professionnels métropolitains récemment arrivés ne mettent pas en cause les déclarations des Noirs Marrons,

percevant chez eux une altérité culturelle qui suffit à valider leurs dires ; les plus anciennement installés en Guyane témoignent au contraire de ce que l'intégration des Noirs marrons au système socio-sanitaire français s'est accompagnée de nombreux abus dont il faut se méfier. Il s'agit ensuite du type d'exercice professionnel : l'assistante sociale adhère aux déclarations du patient plutôt qu'aux critères de la procédure elle-même car pour elle prime l'enjeu social plus général dans lequel s'insère la demande de JDN, alors que les agents de justice qui gèrent cette demande de JDN s'en tiennent strictement aux critères qui lui sont relatifs.

La question des titres de séjour pour soins permet d'approfondir encore l'analyse des positions métropolitaines. Les Métropolitains considèrent, globalement, d'une part que les lois françaises sur l'immigration sont inappropriées au contexte local, tant naturel (frontières fluviales) qu'humain (les étrangers au sens juridique du terme ne le sont pas toujours du point de vue historique et culturel), d'autre part que rendre possible l'accès à un soin optimal est un devoir auquel nul ne peut échapper. Pourtant, ils ne soutiennent pas de façon unanime toutes les demandes de titres de séjour pour soins, ces titres qui permettent à un étranger de se voir reconnue la légalité de sa présence en France et par là, de lui assurer une qualité de soins bien meilleure que celle à laquelle il pourrait prétendre s'il restait en situation irrégulière. Des positions relatives à l'exercice professionnel des uns et des autres (qu'est-ce que le soin, de l'avis d'un médecin, ou le mérite, de celui d'une assistante sociale) s'avèrent prendre toute leur importance quand il s'agit d'un accès aux soins dont la légitimité est questionnée, tel que celui de l'étranger en demande d'un titre de séjour pour soins. L'éventail des attitudes des travailleurs sociaux et des professionnels soignants métropolitains face à l'équilibrage accès aux soins/fermeture des frontières traduit ainsi l'association des catégorisations de l'autre aux enjeux professionnels et institutionnels.

~

Au total, ce travail explore les pratiques professionnelles confrontées à l'altérité dans le champ de l'accès aux soins : l'altérité perçue tant chez le public quand il ne présente pas les comportements attendus, qu'au sein de l'offre de soins quand elle s'applique à un milieu, naturel et humain, pour lequel elle ne semble pas avoir été élaborée.

Dans cette optique, la situation de notre enquête en terre guyanaise prend toute son importance : mieux qu'aucun autre, ce département donne à voir ou plutôt à percevoir de l'altérité. C'est d'abord celle de sa population : la Guyane est le point de convergence d'intenses flux migratoires en provenance de pays voisins dont les populations ont connu des histoires politiques et économiques radicalement différentes de celles de la population guyanaise, cette dernière se présentant elle-même, dans une certaine mesure, comme une juxtaposition de communautés, y compris la métropolitaine, aussi étrangères les unes aux autres que le sont les communautés migrantes à leur égard. C'est aussi l'altérité de son système socio-sanitaire, tant il est perçu comme décalé par rapport à son contexte d'application.

Pour autant, tous les processus d'altérisation (c'est à dire d'attribution d'une identité radicalement différente de la sienne propre) et les pratiques différentielles qu'ils induisent ne sont pas spécifiques au contexte guyanais. Des recherches que nous avons pu mener en métropole y ont révélé des similitudes : par exemple, la culturalisation (réduction de l'identité individuelle toute entière à sa seule dimension culturelle, telle qu'elle est perçue au niveau du groupe) décrite chez des acteurs métropolitains en Guyane, et la perception de fraudeurs potentiels mettant en péril son propre système (socio-sanitaire et, plus largement, sociétal) rapportée chez des acteurs créoles, ont également cours en métropole.

Ces processus sont cependant plus saillants en Guyane, où le contexte historique, économique et migratoire sus-dit (situation économique départementale notoirement précaire, immigration qualifiée de massive, bouleversant les rapports démographiques et de pouvoir qui avaient jusqu'alors prévalu) exacerbe localement des logiques universelles. Ainsi, la crainte de la fraude et de l'invasion, avec vision pessimiste de l'avenir, amertume et/ou colère à l'égard du manque de protection qu'offre la réglementation, que l'on a observée en métropole, nous semble décuplée chez les acteurs créoles de Guyane. Un retour historique sur l'histoire du groupe créole dans la société guyanaise nous a permis d'éclairer ce constat, en rappelant l'assimilation ancienne des Créoles au modèle occidental et leur situation longtemps dominante mais aujourd'hui menacée par l'intégration d'autres communautés.

Le contexte guyanais offre également à ces ressentiments un espace d'expression et de concrétisation plus large qu'ailleurs. En métropole en effet, quand le droit commun (en terme de soins ou de droits sociaux) s'avère inaccessible, en raison éventuellement de pratiques discriminatoires, l'autre, qu'il soit le précaire et/ou l'étranger, peut se tourner vers les « consultations précarité » associatives (Médecins du Monde, Médecins sans Frontières, etc.). Ces dispositifs, certes non présents sur tout le territoire et au fonctionnement quotidien fréquemment saturé, peuvent permettre de pallier, plus ou moins ponctuellement, les carences du droit commun. Or ils n'existent pas en Guyane. Le second type de dispositif « palliatif » est représenté par les PASS des hôpitaux. Sans revenir sur les particularités de son fonctionnement, rappelons simplement que celle de Saint Laurent n'est accessible qu'aux personnes hospitalisées, ce qui en réduit déjà considérablement la portée. Au total, les personnes les plus vulnérables aux pratiques restrictives des professionnels de l'accès aux soins ne peuvent trouver en Guyane le soutien et l'accompagnement « alternatifs » qui peuvent leur être offerts en métropole.

Enfin, un « signe » de ce que les tendances repérées en Guyane vont dans le même sens que celles qui ont cours en métropole, en les devançant éventuellement, est le suivant : les conditions restrictives à l'accès à une couverture maladie à l'égard de l'autre qu'est l'étranger en situation irrégulière, pratiquées couramment en Guyane en 2002, l'étaient également, ponctuellement (car de façon variable selon les CPAM) en métropole (par exemple, demande abusive d'un extrait d'acte de naissance ou d'une ancienneté de résidence en France de trois mois). Certaines d'entre elles ont même fait deux ans plus tard l'objet d'une inscription réglementaires au niveau national (accès à l'AME conditionné par l'ancienneté de présence en France supérieure ou égale à trois mois et par le besoin de soins graves).

La situation guyanaise marque également ces processus d'inflexions qui lui sont « qualitativement » spécifiques. Ainsi, la culturalisation observée dans les discours des professionnels métropolitains en Guyane semble empreinte d'une légitimation que l'on a moins fréquemment observée en métropole. Le public, ou une partie du public, est en effet perçu comme culturellement autre par des professionnels qui, simultanément ne se sentent pas chez eux, mais « chez leur public ». On a dit que pour les nouveaux-venus métropolitains,

cette perception de l'altérité s'accompagnait d'une adhésion non « questionnante », tandis que pour les plus anciens, elle pouvait s'accompagner d'une sorte de culpabilité d'avoir contribué à « écraser » cette altérité culturelle sous le poids de la société de consommation. Dans un cas comme dans l'autre, cette perception de l'altérité culturelle induit une remise en cause du système socio-sanitaire national, dont on contourne les règles ou dont on regrette l'application trop systématique.

# Bibliographie

84 références citées dans le texte :

AFP (2002)

« Les orientations gouvernementales pour l'Outre-mer dévoilées », 30 juin 2002, Cayenne

ALAUX, Jean-Pierre (1997)

« Des DOM en mini-droit », *Plein Droit*, n° 36-37, décembre 1997, pp. 59-62

ALDIGHERI, S. ; EERSEL, M.; MALATRE, X. & OOMS, M. (2000)

« Le Surinam, un partenaire clef pour une coopération régionale en santé publique dans les Guyanes », *Médecine Tropicale*, 2000, 60, 4, p. 323-327

ARTIERES, Philippe (1999)

« Un peuple du milieu : les Ndjuka du Maroni », *Plein Droit*, n° 43, septembre 1999, pp. 20-21

ASH (2003, a)

« CMU complémentaire : le plafond de ressources est revalorisé ... et désormais majoré dans les DOM », *ASH*, 5 septembre 2003, n° 2323

ASH (2003, b)

« 200 000 bénéficiaires de la CMU complémentaire en moins fin 2002 », *ASH*, 6 juin 2003, n° 2314

ASH (2003, c)

« Tollé associatif contre des atteintes aux droits des étrangers en Guyane et à Saint-Martin », *ASH*, 31 janvier 2003, n° 2296, pp. 37-38

ASH (2003, d)

« La baisse du nombre de titulaires de minima sociaux s'est poursuivie en 2001 », *ASH*, 10 janvier 2003, n° 2293, p. 7

ASSOKA, CCFD, GISTI, MEDEL, CIMADE, SAF & SM (1996)

« En Guyane : comme une guerre de basse intensité », In *En Guyane et à Saint-Martin : des étrangers sans droits dans une France bananière*, rapport de mission, mars 1996 ; Association solidarité Karaïb, Comité catholique contre la faim et pour le développement, Groupe d'information et de soutien des travailleurs immigrés, Magistrats européens pour la démocratie et les libertés, Service œcuménique d'entraide, Syndicat des avocats de France, Syndicat de la magistrature, 145 p., pp. 91-128

AUTES, Michel (1999)



- « Les paradoxes du travail social », Paris, Dunod, 1999, 313 p.
- BADER, Jean-Michel (2000)  
« La grande misère sanitaire de la Guyane », *le Figaro*, 7 septembre 2000
- BAZELY, Pierre & CATTEAU, Christine (2001)  
« Etat de santé, offre de soins dans les départements d’Outre-mer », Document de travail, DREES, n° 14, juin 2001, 22 p.
- BENOIST, Jean (1996, a)  
« Singularités au pluriel ? » In *Soigner au pluriel*, BENOIST, Jean (dir), Paris, Karthala, 1996, 520 p., pp. 491-506
- BENOIST, Jean (1996, b)  
« Prendre soins » In *Soigner au pluriel*, BENOIST, Jean (dir), Paris, Karthala, 1996, 520 p., pp. 5-16
- BONNIOL, Jean-Luc (1992)  
« La couleur comme maléfice », Paris, Albin Michel, 304 p.
- BOURDIER, Frédéric (2003)  
« Les illusions du grand partage » In *Vues d’Afrique. Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, GOBATTO, Isabelle (dir), Paris, MSA/Karthala, 2003, 19 p.
- BOURDIER, Frédéric (2002)  
« Malades et maladies en exil : les migrations brésiliennes vers la Guyane à l’épreuve du sida », *Sciences sociales et santé*, vol 20 (3), septembre 2002, pp. 5-28
- BOURDIER, Frédéric (2001)  
« Trajectoires sociales entre l’Amazonie française et brésilienne des personnes contaminées par le VIH », *Migration et Santé*, Paris, 2001, 104, pp. 79-90
- BOURGAREL, Sophie (1994)  
« Santé et géographie en Guyane », Paris, L’Harmattan, 237 p.
- BOURGAREL, Sophie (1990)  
« Les réfugiés surinamiens en Guyane », *Etudes créoles*, vol XIII, n° 2, pp. 43-50
- BUTON, François (2002)  
« La lutte contre le VIH/sida en Guyane. Dispositifs et représentations », Centre Universitaire de Recherches Administratives et Politiques de Picardie (CURAPP), décembre 2002, 91 p.
- CHAMBRON, Nicole (1998)  
« De la diversité des besoins à l’égalité des droits », In *L’accès au droit en Guyane*, colloque organisé par le Conseil Départemental d’Aide Juridique de la Guyane, PEYRAT, Didier & GOUGIS-CHOW CHINE, Marie-Alice (coord), Cayenne, Ibis Rouge, Petit Bourg, avril 1998, 179 p., pp. 71-88
- CHAPUIS, Jean (1996)

« L'identité dans le prisme de la maladie et des soins », In *Soigner au pluriel*, BENOIST, Jean (dir), Paris, Karthala, 1996, 520 p., pp. 37-70

CHERUBINI, Bernard (2002)

« Interculturalité et créolisation en Guyane française », Paris, L'Harmattan, 270 p.

CHERUBINI, Bernard (1988)

« Cayenne et ses étrangers : du discours aux pratiques ». In *Les étrangers dans la ville : le regard des sciences sociales*, SIMON-BAROUH, Ida & SIMON, Pierre-Jean (dir), Paris, L'Harmattan, 435 p., communications présentées au colloque international de Rennes, 14-15-16 décembre 1988, pp. 396-409

CHERUBINI, Bernard (1986)

« Dynamique de l'ethnicité et identité culturelle à Cayenne », Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, Centre national de documentation des départements d'outre-mer (CENADDOM), avril 1986, 71 p.

COLLOMB, Gérard (2001)

« Les rapports interculturels dans l'Ouest guyanais : un point de vue kali'na », in *Territoire, mémoire, identités en situation pluriculturelle : le cas de l'Ouest guyanais, rapport 1998-2000*, COLLOMB, Gérard & JOLIVET, Marie-José, Mission du patrimoine ethnologique « ethnologie et patrimoine dans les DOM-TOM », 82 p., pp. 41-59

COLLOMB, Gérard & JOLIVET, Marie-José (2001)

« Territoire, mémoire, identités en situation pluriculturelle : le cas de l'Ouest guyanais, rapport 1998-2000 », Mission du patrimoine ethnologique « ethnologie et patrimoine dans les DOM-TOM », 82 p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA (2003)

« Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer », Rapport suivi de recommandations du Conseil national du sida, 96 p.

COUPPIE, Pierre ; BISSUEL, François ; SOBESKY, Milko et al. (2002)

« Traditional medicine, HAART and HIV infection : a prevalence study in French Guiana » XIV International AIDS Conference 2002

DELANEAU, Jean ; BIMBENET, Jacques ; BOYER, Louis *et al.* (1999)

« La Guyane : une situation sociale et sanitaire préoccupante », Commission des Affaires Sociales, Les rapports du Sénat, n° 246, 1999-2000, 57 p.

DDASS de la GUYANE (2001, a)

« Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) Guyane, 2000/2001/2002 », édition juin 2001, 71 p.

DDASS de la GUYANE (2001, b)

« 4<sup>ème</sup> conférence régionale de santé de la Guyane : améliorer l'accès aux soins des plus démunis », 18 janvier 2001

DENDIEVEL, Judith (2003)

« Observance thérapeutique chez les patients infectés par le VIH suivis au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais », thèse de Médecine, Lille, 2003

DENIS, Isabelle (1999)

« Un îlot d'exception dans une République indivisible », *Plein Droit*, n° 43, septembre 1999, pp. 24-27

DE RUDDER, Véronique ; POIRET, Christian & VOUREC'H, François (2000)

« L'inégalité raciste : l'universalité républicaine à l'épreuve », Paris, PUF, 2000, 213 p.

DORCIAC, Neuville (1987)

« Eléments en vue du repérage de l'idéologie médicale au XVIIIème siècle dans l'esclavage des nègres », In *Deux siècles d'esclavage en Guyane française : 1652-1848*, BRULEAUX, Anne-Marie ; CALMONT, Régine & MAM-LAM-FOUCK, Serge (coord.), Paris, L'Harmattan, pp. 91-101

DSDS de la Guyane (2001)

« Situation du Sida en Guyane », Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la santé et du développement social, 1<sup>er</sup> décembre 2001

DUPUY, Francis (2001)

« Frontières ethniques dans le Haut Maroni », in *Territoire, mémoire, identités en situation pluriculturelle : le cas de l'Ouest guyanais, rapport 1998-2000*, COLLOMB, Gérard & JOLIVET, Marie-José, Mission du patrimoine ethnologique « ethnologie et patrimoine dans les DOM-TOM », 82 p., pp. 60-82

DUPUY, Francis (1999)

« Brèves remarques sur la question autochtone en Guyane », *Droit et Cultures*, n° 37, pp.149-153

DUVAL-COTTEREAU, Eric (1994)

« Société, cultures et troubles psychiques dans la région de Saint-Laurent du Maroni (Guyane française) », thèse de Médecine, Montpellier, 1994

FARINE, Frédéric (2002, a)

« En Guyane, des clandestins sont candidats au sida », *La Croix*, 9 décembre 2002, p. 8

FARINE, Frédéric (2002, b)

« Le tabou guyanais cache l'ampleur de l'épidémie », sur RFI.fr, 04 juillet 2002

FASSIN, Didier ; CARDE, Estelle ; FERRE, Nathalie & MUSSO-DIMITRIJEVIC, Sandrine (2001)

« Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins », rapport d'étude du Cresp, n° 5, Bobigny, septembre 2001, 197 p. + annexes

FAUQUENOY, Marguerite (1990)

« Dimensions de la Guyanité ou Langue et Identité en Guyane », *Etudes créoles*, vol. XIII, n°2, 1990, pp. 53-68

FEDERATION HOSPITALIERE DE France & MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES (2002)

« Collaboration frontalière de santé dans la vallée du Maroni », 35 p. + annexes

FLEURY, Jacques (2000)

« Entre chaos et tentation indépendantiste », *le Figaro*, 7 septembre 2000

FOSSE, Gilbert (1998)

« Témoignage de la communauté des Noirs-Marrons », In *L'accès au droit en Guyane*, colloque organisé par le Conseil Départemental d'Aide Juridique de la Guyane, PEYRAT, Didier & GOUGIS-CHOW CHINE, Marie-Alice (coord), Cayenne, Ibis Rouge, Petit Bourg, avril 1998, 179 p., pp. 105-107

GALLIBOUR, Eric (1996)

« Du bidonville au logement social. L'accès des immigrés haïtiens à l'habitat en Guyane française », Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, CNRS, programme interdisciplinaire de Recherche sur la ville, 311 p.

GIRAUD, Michel (1999)

« Contre les crispations identitaires : découpler nationalité et citoyenneté », *Plein Droit*, n° 43, septembre 1999, pp. 3-6

GISTI (2001)

« La situation juridique des étrangers dans les DOM », Groupe d'information et de soutien des immigrés, Les cahiers juridiques, mai 2001, 32 p.

HOUETTE, Claire (1999)

« Etude d'un cas de médiation culturelle dans le domaine de la santé, à Saint-Laurent-du-Maroni, en Guyane française », thèse de Médecine, Tours, 1999

JOLIVET, Marie-José (2002, a)

« Migrations et sida en Guyane, ou les pièges d'une situation complexe », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 20, n°3, septembre 2002, pp. 29-36

JOLIVET, Marie-José (2002, b)

« D'une créolisation à l'autre, ou les voies de l'interculturel », in *Territoire, mémoire, identités en situation pluriculturelle : le cas de l'Ouest guyanais, rapport 1998-2000*, COLLOMB, Gérard & JOLIVET, Marie-José, Mission du patrimoine ethnologique « ethnologie et patrimoine dans les DOM-TOM », 82 p., pp. 17-40

JOLIVET, Marie-José (2000)

« Espace, mémoire et identité », *Autrepart*, n°14, 2000, pp. 165-175

JOLIVET, Marie-José (1997)

« La créolisation en Guyane. Un paradigme pour une anthropologie de la modernité créole », *Cahiers d'Etudes africaines*, 148, XXXVII-4, 1997, pp. 813-837

JOLIVET, Marie-José (1994)

« Créolisation et intégration dans le carnaval de Guyane », *Cahiers des Sciences Humaines*, 30 (3), 1994, pp. 531-549

- JOLIVET, Marie-José (1990)  
« Entre autochtones et immigrants : diversité et logique des positions créoles guyanaises », *Etudes créoles*, vol. XIII, n°2, 1990, pp. 11-32
- JOLIVET, Marie-José (1982)  
« La question créole », Paris, ORSTOM, collection Mémoires n° 96, 503 p.
- KERHOUSSE, René (1998)  
« L'accès au droit des populations étrangères en Guyane », In *L'accès au droit en Guyane*, colloque organisé par le Conseil Départemental d'Aide Juridique de la Guyane, PEYRAT, Didier & GOUGIS-CHOW CHINE, Marie-Alice (coord), Cayenne, Ibis Rouge, Petit Bourg, avril 1998, 179 p., pp. 145-171
- LINGIBE, Patrick (1998)  
« Genèse de l'accès au droit en Guyane », In *L'accès au droit en Guyane*, colloque organisé par le Conseil Départemental d'Aide Juridique de la Guyane, PEYRAT, Didier & GOUGIS-CHOW CHINE, Marie-Alice (coord), Cayenne, Ibis Rouge, Petit Bourg, avril 1998, 179 p., pp. 49-70
- LOCHAK, Danièle (1992)  
« La race : une catégorie juridique ? », *Mots*, n° 33, décembre 1992, p. 291-303
- MAM-LAM-FOUCK, Serge (1987)  
« Apogée, déclin et disparition du système esclavagiste (première moitié du XIXème siècle) », In *Deux siècles d'esclavage en Guyane française : 1652-1848*, BRULEAUX, Anne-Marie ; CALMONT, Régine & MAM-LAM-FOUCK, Serge (coord.), Paris, L'Harmattan, pp. 141- ?
- MARCHAND-THEBAULT, Marie-Louise (1987)  
« L'esclavage en Guyane sous l'ancien régime », In *Deux siècles d'esclavage en Guyane française : 1652-1848*, BRULEAUX, Anne-Marie ; CALMONT, Régine & MAM-LAM-FOUCK, Serge (coord.), Paris, L'Harmattan, pp.11-62
- MARTINI, Jean-François ( 1999)  
« Session de rattrapage pour l'état civil guyanais », *Plein Droit*, n° 43, septembre 1999, pp. 22-23
- MEDIAMETRIE (2001)  
« Post test films sida, Martinique, Guadeloupe et Guyane », 48 p.
- MEISSONIER, M & RODRIGO, J (1997)  
« Les besoins en soins des populations migrantes dans le secteur de Saint Laurent du Maroni Guyane française » Présentation du service médical de la région Antilles-Guyane
- ORRU, Jean-François (2001)  
« Les communes isolées de la Guyane et la France, de la colonisation à la globalisation », thèse de Géographie, Aménagement et Urbanisme, Paris, 2001
- PARRIS, Jean-Yves (2002)

« Une controverse politique : l'interrogatoire posthume chez les Marrons ndjuka (Surinam, Guyane) », thèse d'Anthropologie sociale et ethnologie, Paris, 2002

PEYRAT, Didier (1999)

« Le droit comme ressource », *Droit et Cultures*, n° 37, pp. 155-163

PLEIN DROIT (1999, a)

« Les expulsions d'étrangers : une police hors-la-loi », *Plein Droit*, n° 43, septembre 1999, pp. 28-31

PLEIN DROIT (1999, b)

« Un an après la loi Chevènement ... le point sur la réglementation », *Plein Droit*, n° 41-42, avril 1999, pp. 64-65

PLEIN DROIT (1991)

« Guyane : le travail clandestin se porte bien », entretien avec un inspecteur du travail, *Plein Droit*, mars 1991, pp. 43-44

PLEIN DROIT (1989)

« La traite des immigrés en Guyane », entretien avec Jean Yves Urfié, In *Plein Droit*, août 1989, p. 34-37

RALLU, Jean-Louis (1998)

« Les catégories statistiques utilisées dans les DOM-TOM depuis le début de la présence française », *Population*, 3, pp. 589-608

RODIER, Claire (1999)

« Les entorses au principe d'assimilation », *Plein Droit*, n° 43, septembre 1999, pp. 9-10

ROMEO, Miguel (2004)

« Dépistage du VIH dans le service de dermatologie du Centre Hospitalier de Cayenne de 1985 à 2003 », thèse de Médecine, Bordeaux, 2004

SAUVAIN Michel ; VERNON, Diane & FLEURY, Marie (1986)

« Système de santé moderne et pratiques traditionnelles de santé chez les Noirs Marrons de Guyane et du Surinam », ORSTOM, février 1986

SURIFRANCE (2001)

« Projet villages-santé : un recensement des besoins sociaux et sanitaires des populations habitant le long de Route nationale 1 de Crique Margot à crique Organabo », Surifrance, Saint-Laurent du Maroni, Guyane française, avril 2001, 27 p.

TAVERNE, Bernard (1996)

« La construction sociale de l'efficacité thérapeutique, l'exemple guyanais ». In *Soigner au pluriel*, BENOIST, Jean (dir), Paris, Karthala, 1996, 520 p., pp. 19-35

TAVERNE, Bernard (1991)

« Un « docteur-feuille » à Cayenne ; santé, culture et société chez les immigrés haïtiens de Guyane française », thèse d'Anthropologie, Aix Marseille, 1991

VERDIER, Raymond (1999)  
« Introduction », *Droit et Cultures*, n° 37, pp. 7-16

VERNON, Diane (1998)  
« L'accès à quel droit pour les peuples du fleuve ? ». In *L'accès au droit en Guyane*, colloque organisé par le Conseil Départemental d'Aide Juridique de la Guyane, PEYRAT, Didier & GOUGIS-CHOW CHINE, Marie-Alice (coord), Cayenne, Ibis Rouge, Petit Bourg, avril 1998, 179 p., pp. 109-116

VERNON, Diane (1993)  
« « Choses de la forêt ». Identité et thérapie chez les Noirs Marrons Ndjuka du Surinam », in *Jeux d'identités. Etudes comparatives à partir de la Caraïbe*, JOLIVET, Marie-José & REY-HULMAN Diana (dir), Paris, L'Harmattan, 1993, pp. 261-281

## **Annexes**





## **Annexe 1 Situation socio-sanitaire d'une population**

L'association SURIFRANCE a réalisé en 2001 une étude auprès de la population vivant le long de Route nationale 1, de Crique Margot à crique Organabo (c'est à dire dans l'Ouest du département, à l'est de Saint Laurent). Les résultats de cette étude sont présentés dans le rapport « Projet villages-santé : un recensement des besoins sociaux et sanitaires des populations habitant le long de Route nationale 1 de Crique Margot à crique Organabo », Surifrance, Saint-Laurent du Maroni, Guyane française, avril 2001, 27 p.  
Voici quelques-uns de ses résultats.

### Présentation de la population :

- 51% ont moins de 17 ans, 25% ont moins de 6 ans
- 1/3 sont nés en Guyane, 2/3 au Surinam (quelques uns : Haïti et Guyana)
- quelqu'un parle le français dans 36% des ménages ; créole dans 40% ; nengue dans 86% ; hollandais dans 36% ; saramaka dans 14%. Le hollandais est la langue la plus souvent écrite (langue de l'enseignement au Surinam)
- 58% des enfants d'âge scolaire ne vont pas à l'école, plus chez les Surinamiens, le taux de scolarisation s'abaisse avec l'âge (le collège est plus loin que l'école primaire)
- revenu principal le plus fréquent : les « jobs » : travaux temporaires ou saisonniers, non déclarés ; 20% : artisanat ; revenus complétés par agriculture de subsistance et chasse
- 96% vivent dans une maison en bois
- 4% ont accès à l'électricité (et autant à la télévision)
- riz : base de l'alimentation
- eau : de pluie, de crique en saison sèche ; elle est bue le plus souvent sans être traitée, « comme Dieu a voulu » ; 15% se baignent là où ils boivent : « l'eau coule donc elle est propre »
- 60% des maisons n'ont pas de système d'évacuation (toilettes ou latrines) ; la plupart n'ont pas de poubelles (brûlent ou jettent leurs déchets dans la forêt)
- 20% bénéficie de l'AME et 12% sont assurés sociaux

### Le recours aux soins pour le dernier problème de santé survenu avant l'enquête :

1/2 : pas d'accès aux soins biomédicaux par manque d'argent, de transports, de papiers. (importance de la maîtrise de la langue française plus que de la nationalité française, pour accéder aux soins biomédicaux).

1/3 : auto médication traditionnelle, surtout par non accès aux soins biomédicaux.

Ceux habitant plus près de Saint Laurent choisissent plus souvent de ne rien faire.

Distance moyenne parcourue pour se faire soigner : 41 km (certains sont allés au Surinam).

La moitié ont voyagé en stop.

### En cas de problème de santé grave :

La majorité se rapprocherait d'un service médical français (par ordre décroissant : ville, dispensaire, hôpital) ; 12% : thérapeute traditionnel ; 7% : Surinam

### Les vaccins :

Les enfants scolarisés sont mieux vaccinés que les autres.

20 à 30% des enfants (selon les âges) ont eu tous leurs vaccins.

Perception par la population de ce qui pourrait améliorer son accès aux soins :  
par ordre décroissant : visa ou naturalisation (42%), argent, électricité, eau propre, école,  
moyen de transport ou accès à téléphone, nutrition, logement.

## **Annexe 2 Quelques « cas » individuels et familiaux au regard de l'accès aux soins**

Présentons ici une série de portraits d'individus ou de familles rencontrés à l'occasion de périodes d'observation auprès de professionnels et de bénévoles de l'accès aux soins. Ces « cas », aux dires de ces professionnels, n'ont rien d'extraordinaire : ils se trouvaient simplement être là au moment de mes moments d'observation. Ils illustrent l'impact, concret, de l'emboîtement des différents facteurs de difficultés d'accès aux soins.

### **Une famille saramaka**

Ce couple de militants d'une association se rend sur la route nationale n° 1, à proximité du carrefour de Mana, où se tiennent cinq petites cabanes, avec ou sans parois latérales, l'une pour la cuisine, et chacune des autres pour l'une des femmes de la maisonnée. Elles sont posées le long d'un « chemin » perpendiculaire à la route.

Une femme d'une cinquantaine d'années vit là avec

- sa fille adoptive de douze ans (elle en paraît dix-sept, elle est en CE2 et parle français)
- une autre de ses filles, la trentaine, enceinte, dont quatre des enfants vivent ici avec elle tandis que les autres sont restés au Surinam
- un de ses fils, avec ses deux femmes,
  - o une de vingt et un ans qui a trois enfants
  - o une plus jeune, enceinte.

La mère a quitté il y a un an et demi son mari (qui vit avec plusieurs autres femmes) pour s'installer ici, à quelques centaines de mètres de chez lui. Surinamienne détentrice d'un titre de séjour, elle a pu demander l'officialisation de l'occupation de ce terrain, pour un loyer modique (jusqu'à il y a peu, l'occupation de ces terrains était gratuite, mais avec la proximité de la ville, elle est devenue payante).

Ils sont saramaka du Surinam. La mère a pu obtenir un titre de séjour mais ses enfants sont sans papier.

Le fils fait quelques « jobs » : coupe du bois, fait du jardinage, il sait faire des meubles (les Saramaka sont réputés pour les meubles) mais n'a pas de machine pour ce faire.

Les femmes cultivent quelques fruits et légumes sur leurs abattis, s'en nourrissent, en vendent. Elles n'osent pas aller à Saint Laurent par crainte des contrôles et expulsions ou au moins que leurs produits soient saisis. Elles les posent donc sur des tables en bois construites sur le bord de la route et les vendent aux automobilistes. Elles peuvent également préparer de petits goûters, faire frire des bananes et aller de maison en maison pour les vendre.

Accès aux soins :

La fille, quand l'un de ses enfants est enrhumé, fait bouillir des herbes, les lave, en fait un thé qu'elle lui donne à boire. Si ça ne marche pas, elle l'amène chez un médecin de ville. Elle a l'AME mais si le médecin ne fait pas le tiers payant, elle doit payer sans pouvoir se faire rembourser, puisque, sans papier, elle ne peut pas ouvrir de compte bancaire à la poste. Elle a eu l'AME car se trouvait par hasard à Saint Laurent le jour où on commençait à inscrire les gens à l'AME, au bureau de la PASS de l'hôpital. Mais personne ne lui a expliqué comment s'en servir et elle ne l'a reçue, par la poste, que six mois plus tard. Elle l'a alors

rangée chez elle et n'y a plus pensé. Et puis un jour elle était malade, une amie lui a dit « mais vas chez le médecin », elle a répondu qu'elle ne pouvait pas payer et son amie a rétorqué « mais moi c'est gratuit, avec ce papier », et alors là seulement elle s'est aperçue qu'elle avait le même.

Pour le renouvellement, elle savait que ça faisait un an. Comme elle était enceinte, le médecin de ville qui la suivait a téléphoné à la CGSS, elle y est allée, on lui a remis le formulaire.

Pour le suivi de ses grossesses et des accouchements, quand elle n'avait pas l'AME, elle allait une première fois chez le médecin, c'était 130 Francs. Il l'envoyait ensuite à la PMI où elle se faisait suivre jusqu'au huitième mois. Elle ne payait que l'échographie. Puis on l'envoyait à l'hôpital, y accouchait. On ne lui demandait ni papier ni argent. Juste, à la sortie, on lui demandait de passer à l'administration où on lui faisait signer un papier, elle ne sait pas quoi, elle ne sait pas lire, mais ça ne l'inquiétait pas de signer quelque chose sans savoir quoi puisqu'on le lui demandait.

La mère ne peut pas avoir de couverture maladie. Le père ayant en effet un emploi contrat CES à la mairie, il est assuré social mais il n'a jamais voulu mettre sa femme sur sa carte. Or à l'annexe CGSS de Saint Laurent, on refuse d'attribuer à cette dernière une carte et un numéro personnel, puisque son mari en a ... elle ne peut pas non plus avoir l'AME, puisqu'elle a une carte de séjour, donc elle ne peut rien avoir du tout.

La belle fille a une AME mais elle ne peut pas mettre ses enfants dessus car, dépourvue de passeport, elle ne peut pas retirer leurs actes de naissance. Le médecin de ville est gentil : quand il les voit en consultation, il les marque sur son AME à elle ...

### **Une famille amérindienne**

Le couple de militants s'en va cette fois au village Espérance, un village amérindien à quelques kilomètres de Saint Laurent. Une famille y vit depuis plusieurs décennies, mais officiellement seulement depuis 1990. Les parents ont obtenu un titre de séjour il y a deux ans (en 2000, c'est à dire quand leur présence officiellement reconnue a atteint une ancienneté de dix ans). Ils ont neuf enfants, les deux derniers sont des jumeaux, âgés d'un an et demi.

Ils ont beaucoup bataillé pour que leurs enfants soient inscrits à l'école : chaque année, le directeur de l'école leur répondait qu'il ne pouvait pas les prendre. Finalement, la militante a pris les choses en main et est arrivée à en inscrire cinq d'un coup. Résultat, seuls les plus jeunes ont pu aller à l'école dès leur plus jeune âge.

Depuis qu'ils ont un titre de séjour, les parents peuvent toucher les allocations familiales, mais seulement pour les trois plus jeunes enfants car les autres sont nés au Surinam. La mère, bien qu'habitante à Espérance, partait en effet accoucher dans son village natal, exactement en face, côté surinamien, pour y être entourée de sa famille. Résultat, pour les six aînés, elle ne peut pas toucher les allocations familiales, alors même qu'ils ont passé leur vie en France. Il lui faudrait demander un regroupement familial, pour qu'ils « entrent » régulièrement sur le territoire et motivent enfin le versement des allocations ... mais une telle demande est conditionnée par l'occupation d'un logement d'une certaine superficie, avec chauffage, etc., ce qui leur est complètement impossible (et inadapté : qui a le chauffage en Guyane ??). Ceci dit, pour eux qui n'avaient aucun revenu, auparavant, les allocations familiales pour « seulement » les trois derniers enfants ont permis de changer considérablement leur mode de vie, ils ont pu agrandir leur maison, etc. ...

En situation enfin régulière au regard du séjour, ils ont également fait une demande de RMI. Mais on leur a répondu qu'il fallait avoir trois cartes de séjour de un an puis une carte de dix ans pour y prétendre.

Accès aux soins :

Le père n'a fait aucune démarche pour obtenir une couverture maladie. Il reconnaît pourtant être très inquiet de cette facture de plus de 500 euros qu'il est totalement incapable de payer et qu'il a reçue à la suite d'un passage aux urgences, il y a un peu plus d'un an, après avoir été piqué par une araignée alors qu'il chassait en forêt. Lors de ce passage aux urgences, il avait déjà un titre de séjour, cela ne l'a pourtant pas mis en confiance pour engager des démarches administratives d'ouverture de droits. Il ignore tout de ces démarches. Ce n'est pas un sujet de discussion entre Amérindiens du village. Seule une sortie à Saint Laurent avec rencontre de quelques Noirs Marrons pourrait l'amener à en être informé.

Le jour-même, sa femme a fait les démarches en question. Etant à la recherche d'un emploi, elle est allée à l'ANPE, où elle a rempli un formulaire sur lequel est demandé le numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale. C'est probablement parce qu'elle n'en avait pas qu'elle a par la suite reçu une lettre de la CGSS lui demandant de se présenter à son guichet pour faire ses démarches (à noter qu'elle-même ne fait pas le lien entre le formulaire rempli à l'ANPE et le courrier de la CGSS : ce lien est suspecté par le militant qui la connaît depuis longtemps). Il lui était simplement précisé qu'il fallait qu'elle amène une attestation de résidence. Par chance, elle porte toujours avec elle son livret de famille. Elle a donc pu inscrire ses enfants. En revanche, personne ne lui a posé de questions sur son mari, elle ne l'a donc pas inscrit.

### **Une femme djuka**

La médiatrice culturelle de l'hôpital de Saint Laurent vient rendre visite à sa vieille amie Saskia pour « débrouiller sa situation » : voilà plus de six mois qu'elle est sans nouvelle de sa demande de renouvellement de sa CMU. Elle ne prend plus ses traitements puisque la pharmacienne lui demande désormais de les payer.

Saskia vit dans une petite maison en bois à la Charbonnière, le quartier de logements sociaux où sont installés des Noirs Marrons à Saint Laurent. Elle est guérisseuse. C'est une femme âgée d'une soixantaine d'années qui en paraît quinze de plus, fatiguée, obèse, hypertendue chronique.

Elle est née en Guyane mais sa naissance n'y a jamais été déclarée. La procédure de jugement déclaratif de naissance étant trop compliquée en France, elle a fini, il y a peu, par en faire la demande au Surinam (où elle se rend régulièrement pour visiter de la famille). Après l'avoir obtenue sans difficulté, elle a demandé et obtenu un titre de séjour en France : sa présence en Guyane, où elle a toujours vécu, est enfin « en règle ».

Accès aux soins :

Sur les conseils de son neveu, elle a fait une demande de CMU parce qu'elle est souvent malade. C'était il y a un peu plus d'un an. Avant, elle n'avait jamais fait aucune démarche de cette sorte, elle payait ses soins en libéral et jetait les feuilles de soins que lui donnait le docteur. Au terme de plusieurs allers retours à la CGSS, accompagnée de la médiatrice, elle a enfin obtenu la CMU.

Mais la CMU complémentaire vient d'expirer. Quand elle en a demandé le renouvellement, à la CGSS, on lui a demandé ses revenus pour les douze derniers mois. Elle qui n'avait pas de

revenus touche l'allocation vieillesse depuis quatre mois, alors comment peut-elle faire ? La médiatrice lui explique qu'elle doit se rendre à la CAF pour y retirer une attestation de ce qui lui a été versé. Mais elle appréhende la file d'attente à la CAF. En attendant, depuis plusieurs semaines, elle paye la part complémentaire de ses soins.

Tous ces éléments, c'est à force de questions multiples, que l'entretien en reconstitue la chronologie. Saskia a placé tous ses « papiers » dans une boîte, elle ne les reconnaît pas les uns des autres. Elle les regarde, lentement, les uns après les autres. Elle tire soudainement un papier du tas, le contemple, perplexe, puis nous le soumet, suspectant qu'il puisse aider ... c'est une publicité de la poste pour faire fructifier ses économies.

C'est son fils, qui vit aux Pays Bas et prend actuellement un congé sans solde en Guyane, qui s'occupe de ses affaires. Il est parti de Guyane sans avoir été scolarisé, a suivi aux Pays Bas des cours du soir. Aujourd'hui, il sait lire et écrire ... mais en néerlandais, aussi est-il incapable de déchiffrer les formulaires de sa mère.

A la fin de l'entretien, celle-ci sort brusquement sa carte vitale ... mais précise qu'on lui a dit qu'elle n'était « plus bonne ». La médiatrice lui explique qu'elle doit aller la mettre dans la machine à la CGSS pour la réactualiser.

### **Un homme ndjuka**

Valérie occupe un poste d'éducatrice spécialisée au sein d'une association de prévention de la toxicomanie (21). Lorsque j'arrive pour notre entretien, elle est en train d'examiner les documents administratifs de Thomas, qu'elle me présente avant de me raconter son « histoire administrative », qu'elle connaît bien puisqu'elle l'accompagne dans toutes ses démarches (n'ayant pas d'adresse postale, il reçoit son courrier à l'association). Elle lui a d'ailleurs appris à signer (elle lui a appris à écrire son nom, qu'il recopie de sur un carton).

Thomas est né en 1963 à Grand Santi d'un père français qui ne l'a pas déclaré à l'état civil. Il a ensuite toujours vécu à Saint Laurent. Il n'a pas été scolarisé, ne sait pas lire et écrire, mais parle français assez bien (on se comprend).

Au bout de plusieurs années de démarches, il a réussi à obtenir un jugement déclaratif de naissance. Il y a cependant une erreur dans la notification de sa date de naissance (1<sup>er</sup> janvier 1963 au lieu de mars 1963).

Valérie a aidé Thomas à bénéficier d'allocations familiales pour ses sept enfants. Les choses n'ont pas été simples.

Lors de la naissance de l'une de ses filles, aujourd'hui âgée de douze ans, un agent de l'hôpital lui avait demandé son nom, pour la déclaration à l'état civil. Il avait répondu en donnant nom et prénom dans l'ordre inverse que celui qu'attendait l'agent. Résultat, sa fille avait été déclarée sous le prénom de son père. Lorsque, des années plus tard, obtenant la nationalité française, Thomas a voulu toucher les allocations familiales pour elle, il lui a fallu faire encore de nombreuses démarches pour rectifier cette erreur de déclaration. L'extrait d'acte de naissance de sa fille comportait d'ailleurs une autre erreur : le nom de sa femme (qui est un prénom masculin, Francis) apparaissait à la place du sien.

C'est la rentrée scolaire. Pour l'un de ses enfants, pourtant scolarisés depuis plusieurs années, il n'a reçu aucune notification d'inscription. De nombreux Bushinengués se trouveraient dans cette situation de déscolarisation par faute d'acceptation de leur inscription, situation rarissime pour les enfants créoles, aux dires de Valérie.

Il a reçu un courrier lui demandant de payer la redevance télévision ... alors qu'il n'a ni télévision .. ni électricité !! Là aussi, il a fallu que Valérie intervienne, écrive pour expliquer la situation.

Depuis qu'il s'est fait voler son moteur de trente chevaux, il s'est associé à deux autres pêcheurs : lui possède le bateau, un autre le moteur. Il faut partager en trois les bénéfices de la pêche. Pendant un temps, il vendait ses poissons à des restaurateurs, mais il était exploité, c'était au noir, on lui imposait des prix dérisoires. Valérie l'a aidé à évaluer les prix en cours sur le marché et maintenant il vend ses poissons à des particuliers, sur le marché : il en vend moins, mais est à même d'en demander un prix qu'il estime plus juste.

Accès aux soins :

Pour chacun des sept accouchements (tous à l'hôpital) de sa compagne, surinamienne en situation irrégulière, Thomas déclare avoir payé les frais de suivi de grossesse et d'accouchement. Selon lui, il n'a jamais été proposé à sa femme, au cours de l'un de ces séjours hospitaliers, de faire une demande d'aide médicale.

Une fois reconnu français, il a demandé la CMU. Au cours des longs mois de traitement de son dossier, il a dû engager des frais de soins, 2000 Frs au total. Quand il a finalement obtenu la CMU, la CGSS lui a envoyé trois chèques pour le rembourser de ces frais. Mais Thomas les a « laissés traîner », comme beaucoup des papiers qu'il reçoit. Quand il a enfin voulu les encaisser, deux mois s'étaient écoulés et la banque les a refusés. Quand il a eu à nouveau besoin de soins, il a présenté son attestation CMU à un pharmacien, mais celui-ci lui a déclaré qu'elle n'était plus valide. Thomas a donc à nouveau payé de sa poche. Puis il a demandé à la CGSS de le rembourser, mais on lui a répondu qu'il devait d'abord procéder au renouvellement de sa CMU complémentaire. Il n'avait jamais, à aucun moment, été informé de son expiration, laquelle était survenue seulement deux semaines après qu'il en ait reçu l'attestation (c'est à dire que le dossier avait mis près d'un an à être traité). Une demande de renouvellement a donc été envoyée, mais ça fait des mois, et aucune réponse n'a été donnée. Valérie a donc appelé la CGSS à Cayenne : on lui a répondu que le dossier est introuvable. En attendant, Thomas n'est pas remboursé des 2000 Frs ni des frais qu'il a payés depuis.

### **Une matinée au poste de santé d'Oragnobo**

Le poste de santé d'Oraganobo a été ouvert, il y a une dizaine d'années, pour les 88 habitants, tous amérindiens, de ce petit village situé à quelques dizaines de kilomètres au nord de Saint Laurent. Mais depuis, les réfugiés noirs marrons surinamiens ont afflué par centaines, s'installant dans des conditions très précaires le long de la route ou dans l'épaisseur de la forêt. Aujourd'hui, le dispensaire accueille quelques 2000 Noirs Marrons, habitant dans les 70 kilomètres à la ronde.

Les patients qui viennent consulter ce matin-là sont surtout des femmes jeunes (17-30 ans), enceintes le plus souvent, pour la plupart accompagnées d'un ou deux jeunes enfants. Il y a également quelques personnes âgées de la soixantaine, des deux sexes. Les premiers patients sont ceux qui vivent au village-même (c'est pourquoi ils sont arrivés les premiers), ils sont souvent amérindiens, français ou au moins en situation régulière, francophones. Les suivants sont dans leur grande majorité noirs marrons surinamiens, parlant peu le français.

Le médecin, sur ma demande, les interroge sur leur situation au regard de la couverture maladie.



### ***La plupart déclarent ne pas avoir de couverture maladie***

Voici cinq exemples.

Une femme amérindienne, d'une soixantaine d'années, qui déclare avoir passé sa vie ici, être en possession d'un titre de séjour, mais n'avoir jamais eu de couverture maladie.

Une femme noire marronne née au Surinam il y a vingt ans, mère de trois enfants, qui parle un peu le français car a été scolarisée à Mana. Son compagnon « fait des jobs ». Elle n'a pas d'adresse, comme la plupart des consultants du centre (pour dire où elle habite, elle donne le PK, c'est à dire le nombre de kilomètres depuis Saint Laurent), mais il n'y a aucune boîte aux lettres. Elle a fait une demande de passeport, au Surinam, dans l'espoir d'obtenir ensuite une carte de séjour, ce qu'elle n'a encore jamais eu. Mais c'était il y a un an, elle n'a aucune nouvelle (et pour cause : pas moyen de la joindre), elle dit d'ailleurs qu'elle n'a rien compris quand elle a fait sa demande.

Son examen ainsi que celui de ses enfants révèle des dermatoses diverses : elle et ses enfants sont plutôt obèses, habillés de neuf ... mais ils vivent dans un milieu insalubre, sans eau courante, les enfants se font piquer les pieds par des bêtes diverses, ces plaies se surinfectent. Ils sont de plus carencés (fer, vitamines ...).

Elle a accouché à Saint Laurent pour chacun de ses enfants. Elle dit qu'on ne lui y a jamais parlé d'AME, on ne lui a pas demandé de payer non plus. On ne lui a pas donné de carnet de santé pour son dernier enfant, au prétexte qu'il n'y en avait plus (le médecin confirme : le Conseil Général n'ayant pas payé l'imprimeur, celui-ci ne fournit plus de carnet), mais pas parce qu'elle n'avait pas fait de démarche d'ouverture de droit : ça, personne ne lui en a parlé. Au dispensaire, on lui a donné un carnet de santé, ce qui l'a satisfaite.

Une jeune femme noire marronne d'une vingtaine d'années avec un enfant, dépourvue de couverture maladie et de carte de séjour. Elle affirme que son mari a une couverture et qu'il va mettre leur enfant (âgé de un an) sur sa carte la semaine prochaine ...(?!). Quand le médecin lui conseille de s'occuper des démarches d'AME pour elle-même, elle acquiesce sans un mot : il semble évident qu'elle n'en a pas l'intention mais préfère couper court à la discussion.

Une femme enceinte, mère de trois enfants, qui vient d'être hospitalisée deux jours à Saint Laurent, à 32 semaines d'aménorrhée pour un problème majeur dépisté lors de sa 1<sup>ère</sup> consultation de suivi de grossesse, la même semaine. Elle déclare ne pas avoir de couverture maladie. Je lui demande (le médecin traduit en taki taki) si, au cours de son séjour hospitalier, cette semaine, personne n'est venu lui remettre une convocation, avec une liste de papiers à fournir pour pouvoir faire une demande de couverture maladie. Elle répond alors que oui, c'est dans le carnet de maternité : effectivement, on y trouve la convocation. Et alors ?? Elle hausse les épaules. Elle n'a rien compris, la personne ne parlait pas taki taki, elle ne s'en est donc pas occupée.

Une femme enceinte âgée de trente-cinq ans, mère de six enfants tous nés à la maternité de Saint Laurent. Elle n'a jamais fait de demande d'AME, mais reconnaît cependant que cela lui a été reproché. Elle a fait une demande de passeport à Paramaribo. Elle est venue avec sa fille de dix-sept ans, également enceinte (elles sont toutes les deux au même terme). La fille refuse de dire quoi que ce soit, le médecin est agacé.

### ***Certains déclarent avoir une couverture maladie***

En voici quatre exemples.

Une femme (amérindienne, la trentaine) qui raconte que la Sécurité sociale lui a envoyé le formulaire à remplir (elle ne sait pas pourquoi), elle l'a rempli et l'a renvoyé.

Un homme, la soixantaine, amérindien, qui a fait une demande de renouvellement de couverture maladie. Il a une carte de résident, a travaillé avec la gendarmerie, qu'il aidait à aller dans les bois, car il les connaissait bien mieux qu'eux. Il est en France depuis douze ans. Cette activité « régulière » est un cas rare selon le médecin.

Une jeune femme qui a fait les démarches d'obtention d'une AME lors de son accouchement à Saint Laurent.

Une femme qui a une couverture maladie car son mari travaille.

### **Une matinée à la PMI de Saint Laurent**

Je passe une matinée au bureau de l'agent qui prépare les déclarations de grossesse. Toutes ces femmes sont noires marronnes.

J'ai choisi ces cinq cas car ils illustrent des caractéristiques récurrentes chez l'ensemble des femmes des qui se présentent ce matin-là à la PMI :

- Multiparité commençant très jeune
- Malgré les accouchements successifs et le temps passé en France, pas d'apprentissage du français, pas de régularisation du séjour, ni de la couverture maladie
- Attitude plus passive qu'agressive vis à vis des prestations sociales : pas de question posée par les intéressées, pas d'empressement à demander ce à quoi elles ont droit (exemple : une carte d'identité à 18 ans alors que née en France)
- Incapacité à donner les informations administratives nécessaires, à faire les démarches au pays d'origine ou sur place (difficultés matérielles, incompréhension malgré les ébauches de démarches déjà entreprises pour elles)

Une femme surinamienne vivant en Guyane en situation irrégulière depuis 1987, vient pour sa neuvième grossesse : elle a six enfants et a fait deux fausses couches. Lors du dernier accouchement, fin 2000, on ne lui a pas donné le carnet de santé de l'enfant car elle n'avait pas fait les démarches pour avoir une couverture maladie. Elle justifie de ne pas les avoir faites parce qu'on lui demandait d'amener une traduction de son livret de famille, ce qui coûtait 100 Frs qu'elle n'avait pas.

Une femme de vingt ans, vient pour sa troisième grossesse. Surinamienne, elle est en possession d'un titre de séjour. Son mari parle français, mais pas elle. Elle a fait suivre sa première grossesse en PMI, la seconde en ville car elle avait obtenu la CMU. Mais pour la troisième, elle revient à la PMI car les médecins ne veulent pas prendre sa CMU (c'est l'époque de la grève des médecins vis à vis de la CMU), elle ne sait pas que même si les médecins lui demandent de payer 22 euros, elle peut ensuite se les faire rembourser, en envoyant la feuille de soins à la CGSS (idem à la pharmacie).

Quand on lui demande son adresse, cette femme répond « Crique Margot » sans pouvoir préciser quelle rue, quel numéro. Elle ne connaît que le prénom (et pas le nom) de son mari, ni la date de naissance de ses enfants : l'agent PMI doit les calculer à partir de leurs âges ...

Une femme n'a pas fait les démarches demandées à l'hôpital, pour sa précédente grossesse, parce qu'elle n'avait pas les moyens d'aller à Paramaribo pour s'y faire faire un passeport : le coût du trajet, de l'hébergement, de la garde des enfants pendant son absence ... En outre, en ce moment, il faut attendre neuf mois parce qu'il n'y a plus de passeport au Surinam.

Une femme née en France et qui y a toujours vécu, aurait donc pu demander sa carte d'identité à 18 ans, mais elle ne savait pas, alors elle ne l'a demandée qu'à 25 ans, il y a un an.

## **Annexe 3 Une grève du personnel de l'hôpital de Saint Laurent**

### **La grève**

Lundi 10 Mai 2002, le personnel para-médical est en grève depuis deux jours. Une quinzaine de personnes sont postées à l'entrée de l'hôpital, empêchant l'accès aux voitures, y compris celles des médecins.

Ce matin, le personnel en activité est celui de la nuit qui reste pour pallier l'absence de relève. Il faut transférer sur l'hôpital de Cayenne tous les malades qui ne peuvent pas rentrer à leur domicile. Seulement si celui-ci ne peut pas assumer cette charge, le préfet de région pourra décréter qu'il y a trouble à l'ordre public, on pourra alors procéder à des réquisitions de personnel. Mais en attendant, il faut organiser les transferts ...

Sur les 20 patients du service de médecine, 11 sont déclarés non sortants. 6 d'entre eux vont être transférés à Cayenne, et les 5 autres vont pouvoir rester sur place, par réquisition de personnel. Les internes écrivent les courriers de transfert. Le PH va voir les patients pour leur expliquer la chose.

A la maternité, le nombre d'accouchements est passé de 5 ou 6 à 1 par jour.

La coupure est notable, entre les médecins, métropolitains, découvrant la grève à leur retour de week-end et s'affairant à gérer au mieux cette situation de crise qu'ils condamnent pour la plupart d'entre eux, et le reste du personnel, apparemment quasi unanimement investi dans la grève.

Samedi 15 mai, la grève est terminée depuis hier soir : le personnel est satisfait, il a obtenu le passage d'une mission d'évaluation, celle-là même qui était venue à la suite de la grève du personnel de l'hôpital de Cayenne l'année passée (58 jours de grève) ... et qui est déjà sur place en Guyane, en visite à l'hôpital de Kourou, en grève quelques semaines auparavant : il lui suffit donc de prolonger son séjour.

### **Les revendications**

Les revendications qu'expriment les salariés en grève que j'ai interrogés (3 infirmiers métropolitains, tous arrivés en Guyane il y a peu de temps (quelques mois ou quelques semaines) et 1 aide-soignant créole qui a travaillé 26 ans en métropole) relèvent de plusieurs ordres : la direction de l'hôpital est accusée de

- ne pas respecter le personnel, avoir des pratiques illégales (rappel du personnel en congé, suppression des congés, horaires de nuit imposés)
- faire des économies draconiennes (en instance de départ, le directeur tient à laisser un budget impeccable), on reproche notamment : une casserole dont le manche est cassé (on risque de se brûler en l'attrapant), le nombre parfois insuffisant des plateaux-repas, le défaut d'entretien du vestiaire, les commandes de matériel qui ne sont pas passées à l'année mais à mesure des besoins, avec pour conséquences des manques de couches, d'alèses, de produit vaisselle, un service a dû se passer d'alcool pendant 15 jours
- être responsable de l'insuffisance des effectifs (un aide-soignant se retrouve seul avec 7 patients, une infirmière avec 20 patients) et du turn over (les professionnels ne

restent que 2 ou 3 mois) : le directeur refuse d'embaucher ou ne donne que des contrats de 3 mois, 6 mois, certes renouvelables&aéz

Créoles comme Métropolitains s'indignent de ce que la situation saint-laurentaise serait inacceptable en Métropole : l'aide-soignant créole entend faire des syndicats guyanais des syndicats « aussi puissants » que ceux de métropole, une infirmière s'indigne du manque de repas : *il arrive qu'il n'y ait pas assez à manger !! je n'ai jamais vu des choses pareilles en métropole.*

Au total, les gens qui « tournent » (c'est à dire les Métropolitains) sont à la fois responsables du problème ... et solidaires de ceux qui le subissent (*c'est pour ceux qui restent que c'est embêtant, alors nous par solidarité on fait la grève*).

### **Contre la grève**

La plupart des médecins estiment que les revendications du personnel manquent de sérieux. La grève de l'an passé à Cayenne a eu des conséquences dramatiques - *deux décès de patients, honteusement étouffés par les médias* - qui offrent un contraste saisissant avec l'immaturité qui préside à ce mouvement de grève (comme du précédent de Cayenne) :

- la futilité des arguments : on n'arrête pas un hôpital pour une bouilloire cassée, « la » revendication qui aurait fait échouer les négociations
- le manque de préparation du mouvement et la non réflexion préalable sur ses conséquences : en apprenant la décision de transférer les malades, certaines infirmières se sont montrées très surprises
- les demandes non réalistes : on demande de l'eau chaude, or l'installation d'un circuit d'eau chaude est extrêmement compliquée (risques d'infections nosocomiales) et implique de lourds investissements. D'autres besoins de l'hôpital (comme la réfection des anciens bâtiments qui abritent aujourd'hui la psychiatrie et le long séjour, etc.) lui sont largement prioritaires
- la non prise en compte des projets en cours : on demande la réfection des cuisines, or des budgets sont déjà prévus, mais l'ancien hôpital (où elles sont situées) étant classé monument historique, il faut attendre l'autorisation de l'organisation des monuments historiques de Cayenne

Enfin, pour ce qui est du manque d'effectif en personnel, certes la direction précarise les emplois (favorisant les contrats à durée déterminée quand des postes existent), en dépit de ses plaintes du manque de recrutement, mais le mauvais accueil que réservent les Créoles à leurs collègues métropolitains contribue au turn over de ces derniers. Il y a de toutes façons, certes, des manques d'effectif, mais plutôt moins qu'ailleurs en métropole. Il faut arrêter de s'imaginer qu'on va faire de l'hôpital de Saint Laurent un CHU de pointe. D'ailleurs, la mission d'évaluation qui passera quelques temps plus tard, recommandera, au grand dam des ex grévistes, des suppressions de postes au lieu des créations demandées.

On suspecte par ailleurs une stratégie de visibilité du syndicat à l'origine de la grève (l'UTG) et voire en arrière plan du MDES, le mouvement indépendantiste.

**SYNDICAT UTG - CGT**  
**Centre Hospitalier de l'ouest Guyanais**  
**<< FRANCK JOLY >>**  
Avenue du général de gaule 97320 saint Laurent du Maroni.

**ADHERENTS SYMPATISANTS ET POPULATION**

**Monsieur le député Maire de la deuxième circonscription, Président du conseil d'administration du CHOG ;** s'est permit de vouloir à tout prix entrer dans l'enceinte de l'établissement en voiture, suite à une réunion programmée avec l'UTG et ses adhérents.

Notre mot d'ordre était que les véhicules restent à l'extérieur, il nous rétorque :  
- << **je suis le président du conseil d'administration je ne peux entrer sans ma voiture** >>  
Où était il depuis le début du conflit ? Et Pour qui se prend t-il !!!

Il faut savoir qu'il a été présent ce jour, après la sollicitation de l'UTG qui ne comprenait pas **son silence**.  
Surtout comme il a su si bien nous rappeler, sa mandature de président.

**Aurait-il fui encore une fois de plus ? Ou a t'il profité de cette situation pour se dérober.**

En tant que président de la CCOG La situation sanitaire et sociale de l'ouest **le préoccupe t-il ?**

On peut se demander aujourd'hui :

- << **Y- a -t-il un pilote dans l'avion ?** >>

quand on sait que la politique de l'établissement doit ressortir de son conseil d'administration.

**Devant cette attitude nous ne sommes pas étonnés de cette absence flagrante de projets sur la santé de notre ville.**

**Monsieur le Maire, député de la deuxième circonscription, Président de la CCOG, Président du conseil d'administration et Conseillé régional, n'oubliez jamais que tous ces titres vous reviennent grâce à la confiance que vous a fait votre peuple.**

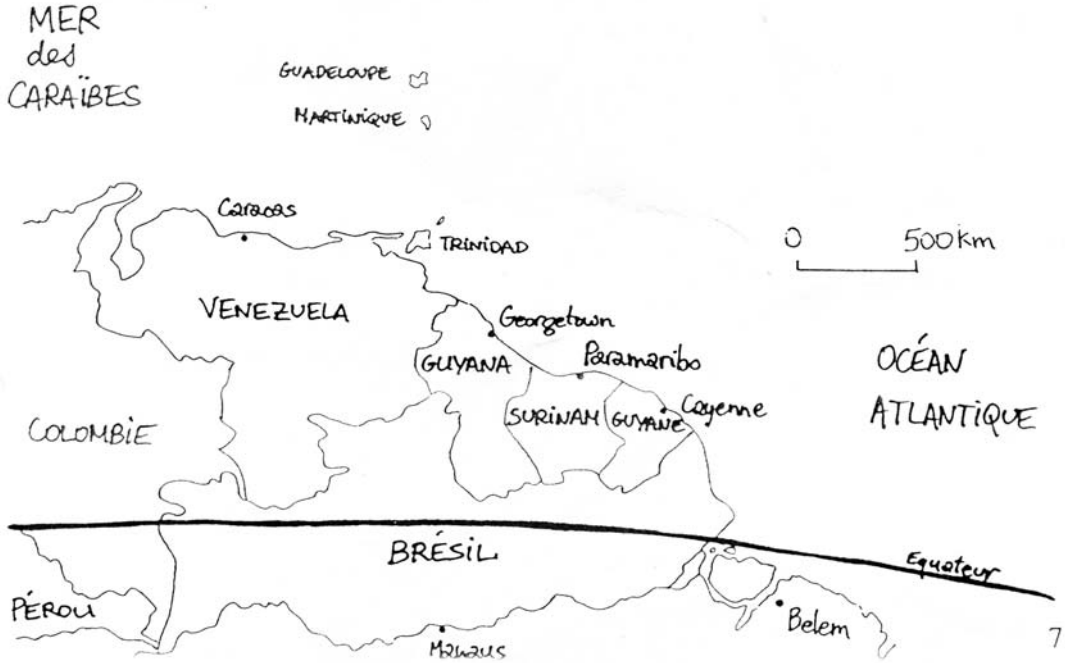
**Pronmié konnyen nen pa konnyen nen a dézyèm nen ki konnyen.**

Le 14 Mai 2002

Tract distribué au cours de la grève de main 2002 du personnel para-médical de l'hôpital de Saint-Laurent.



Annexe 4 La Guyane française en Amérique du Sud

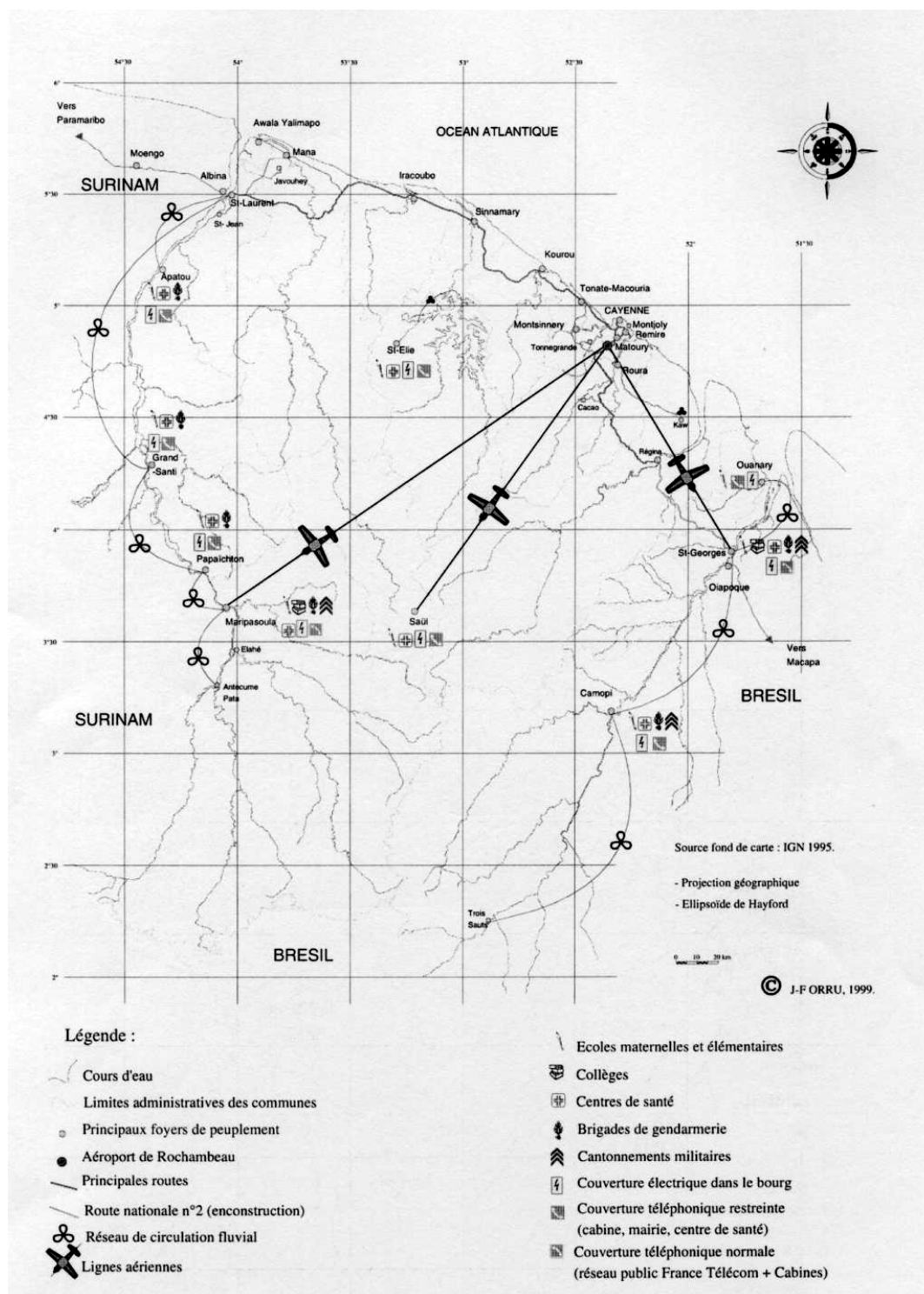


source : DUVAL-COTTERAU (1994)





## Annexe 5 Les infrastructures et les services publics dans les bourgs isolés en 1999

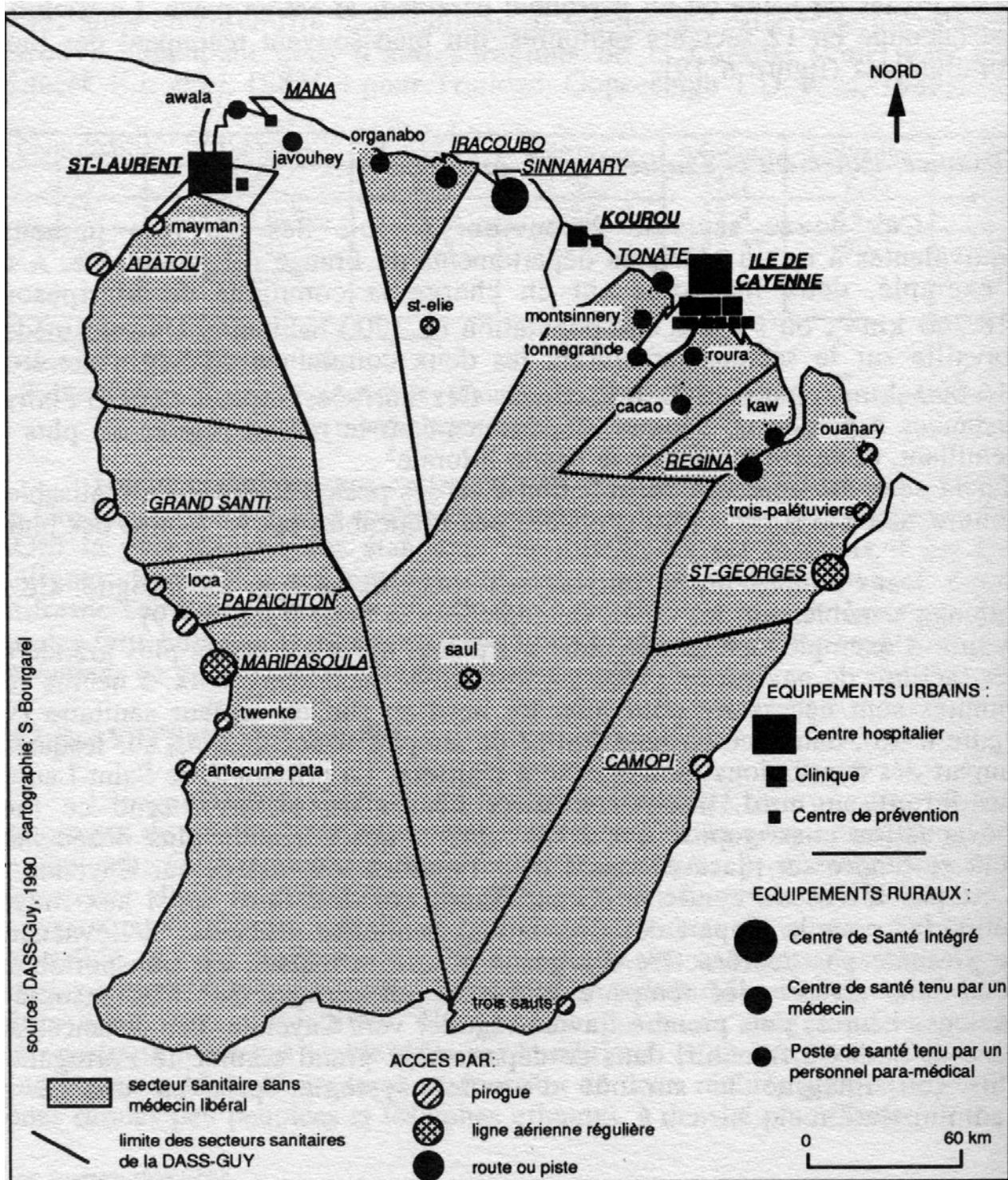


source : ORRU (2001)

On peut voir l'unique route, longeant le littoral. Le reste du département, quand il est joignable, l'est par voie fluviale et/ou aérienne.



## Annexe 6 Equipements de santé et accessibilité des communes



source : BOURGAREL (1994)



## **Annexe 7 Liste des entretiens**

96 professionnels de l'accès aux soins ont été interrogés, ainsi que des membres de 5 familles d' « usagers » du système de soins.

### **Saint Laurent et ses environs**

#### **Hôpital**

##### ***Service social***

Assistants sociaux : 4 assistantes sociales

##### ***Administration***

Pass : 1 agent

Bureau des admissions : 2 agents

Facturation : 1 agent

Directeur de l'hôpital

Secteur formation : la responsable

Coordination des actions de prévention sur l'Ouest guyanais : la responsable

Département d'Information Médicale : le médecin responsable

##### ***Soin***

Maternité : 1 médecin, 2 internes, 1 ex interne

Urgences : 1 médecin, 1 aide soignante

Médecine : 2 infirmières (dont une « élue des communes », syndicat UTG), 2 internes

Psychiatrie : 1 médecin et 3 infirmières

CISIH : 1 médecin, 1 infirmière

EMIPS : 1 sage femme, 1 pharmacien

##### ***Médiation***

1 médiatrice culturelle

#### **Hors hôpital**

##### ***Secteur libéral***

2 médecins installés, 2 médecins remplaçantes (dont 1 à Mana)

1 infirmière (parlant également au nom de la mairie)

2 pharmaciennes

1 dentiste remplaçante

##### ***PMI***

2 médecins, 1 interne

1 sage femme

1 puéricultrice

1 agent qui s'occupe de la lutte anti-tuberculeuse et de la conservation des vaccins  
1 agent administratif

***CGSS***

1 agent

***DSDS***

1 agent

***Education nationale***

3 assistantes sociales

1 infirmière

***CAF***

1 assistante sociale

***Agence départementale d'Insertion de la Guyane***

1 animatrice

***Maison de la justice et du droit***

1 agent responsable des procédures de jugement déclaratif de naissance

1 avocat

1 greffière

1 emploi jeune affectée aux procédures de jugement déclaratif de naissance

***Sous préfecture***

Secrétaire général

***Gendarmerie, douane***

3 gendarmes

1 douanier

***Hôpital d'Albina***

1 médecin

***Associations***

AIDES : coordinatrice

ATIRG : 1 infirmière

In'pact : 1 éducatrice

Le pou d'agouti : 1 membre

Mama Bobi : 1 médecin

SAVIP : 1 assistant social

Surifrance : 2 membres (également interrogés en tant que traducteur et enseignant)

***Familles***

3 saramaka

1 djuka

1 amérindienne

## **Cayenne**

### **Hôpital**

#### ***Service social***

3 assistantes sociales : CISIH, PASS, un service d'hospitalisation

#### ***Administration***

Facturation : la responsable

#### ***Soin***

CISIH : 3 médecins, 1 ex interne

#### ***Médiation***

le médiateur culturel

### **Hors hôpital**

#### ***CGSS***

Cellule CMU-AME : 1 responsable

Service social : la responsable

1 médecin conseil

#### ***DSDS***

1 inspectrice

1 agent administratif secondant le MISP affecté aux demandes de titres de séjour pour soins

#### ***DSP***

Le directeur adjoint

La responsable de l'aide sociale

#### ***Associations***

Sida Info service : le responsable

ASFMF : le responsable

### **Centres de santé**

Iracoubo-Organobo : 1 médecin, 1 infirmière

Grand Santi : 1 médecin

Apatou : 1 faisant fonction d'interne

Coordination à Cayenne : 1 assistante sociale





# Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SOMMAIRE</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>Objet d'étude</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>La Guyane, terre d'immigration</b> .....                           | <b>12</b> |
| Les vagues migratoires.....   | 12        |
| Les « primo-occupants ».....  | 13        |
| Les immigrés de la seconde moitié du 20 <sup>ème</sup> siècle.....    | 18        |
| Les politiques d'immigration.....                                     | 21        |
| Un système juridique d'exception.....                                 | 22        |
| Non respect des procédures légales.....                               | 24        |
| L'« hypocrisie » des pratiques répressives.....                       | 25        |
| Les propositions.....   | 26        |
| Données démographiques.....   | 28        |
| <b>Une situation socio-sanitaire préoccupante</b> .....               | <b>30</b> |
| Une société de consommation sous développée économiquement.....       | 30        |
| De l'auto-suffisance à l'assistance.....                              | 30        |
| L'inadaptation du modèle occidental.....                              | 31        |
| Etat des lieux.....   | 32        |
| « Cette société qui consomme mais ne produit pratiquement rien »..... | 33        |
| Précarité.....  | 34        |
| Les difficultés du système de santé.....                              | 35        |
| Les indicateurs de santé.....   | 35        |
| Une transitions épidémiologique inachevée.....                        | 36        |
| L'épidémie de VIH.....  | 39        |
| Taux.....   | 39        |
| Modes de contamination et sex ratio.....                              | 39        |
| Répartition par âges.....   | 40        |
| Facteurs de risque.....   | 40        |
| Prise en charge.....  | 41        |
| Au total.....   | 41        |
| L'offre de soins.....   | 41        |
| La place des médecines traditionnelles.....                           | 45        |
| L'offre de soins dans l'Ouest guyanais.....                           | 48        |
| L'offre de soins « sur la rive d'en face ».....                       | 51        |
| <b>Méthodologie</b> .....   | <b>56</b> |
| Le matériau.....  | 56        |
| Les trois temps de l'analyse.....                                     | 56        |
| Le critère d'appartenance ethnique : Créoles / Métropolitains.....    | 58        |
| Le mode de présentation des résultats.....                            | 59        |

## **ACCES AUX DROITS A UNE COUVERTURE MALADIE ET PRISE EN CHARGE DU SIDA DANS L'OUEST GUYANAIS ..... 61**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>L'accès aux droits à une couverture maladie dans l'Ouest guyanais.....</b>                   | <b>61</b> |
| Les relais professionnels sur le parcours de l'accès à une couverture maladie.....              | 62        |
| L'hôpital.....  | 62        |
| Autres lieux d'orientation voire d'accompagnement.....  | 66        |
| Difficultés à compléter les dossiers d'ouverture de droit.....                                  | 66        |
| Les pièces d'identité.....  | 67        |
| La déclaration des revenus.....   | 68        |
| Les justificatifs de domicile.....  | 68        |
| Difficultés d'accès aux droits spécifiques aux étrangers.....                                   | 69        |
| L'accès aux soins des malades non couverts : le recours aux centres de médecine collective..... | 70        |
| <br>  |           |
| <b>Prise en charge du sida dans l'Ouest guyanais.....</b>                                       | <b>73</b> |
| L'accès aux soins.....  | 73        |
| L'accès aux droits.....   | 76        |
| Couverture maladie.....   | 78        |
| Titre de séjour pour soins.....   | 79        |
| La procédure.....   | 79        |
| Les décisions de la sous-préfecture.....  | 80        |

## **DISCOURS DES ACTEURS PROFESSIONNELS CREOLES ..... 83**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Les catégorisations de l'autre.....</b>  | <b>83</b> |
| Présentation des données de terrain.....  | 83        |
| Les Nous et les Eux.....  | 83        |
| Les qualifications.....   | 83        |
| Comparaison avec les qualifications faites en métropole.....                        | 85        |
| Le « troisième acteur ».....  | 86        |
| Contextualisation socio-historique.....   | 87        |
| La segmentation raciale blanc-noir.....   | 88        |
| L'assimilation.....   | 89        |
| Le rapport aux autres.....  | 90        |
| Retour sur les catégorisations opérées sur le terrain.....                          | 93        |
| Les Noirs Marrons.....  | 93        |
| Des Noirs Marrons insuffisamment assimilés.....                                     | 94        |
| L'illettrisme, l'absence de familiarisation avec les démarches administratives..... | 94        |
| Des croyances archaïques.....   | 95        |
| Le nomadisme.....   | 95        |
| Une attitude infantile.....   | 95        |
| Une consommation irresponsable.....   | 96        |
| Pourquoi cette assimilation insuffisante.....                                       | 97        |
| La faute au système qui ne requiert pas l'adhésion pleine et entière.....           | 97        |
| Le refus de s'assimiler.....  | 98        |
| Une assimilation en demi-teinte est impossible.....                                 | 98        |
| Le rôle des Créoles.....  | 99        |
| Educateurs.....   | 99        |
| Prestataires de service.....  | 100       |

|  |            |
|--|------------|
| Les étrangers .....  | 101        |
| L'invasion.....  | 101        |
| L'amertume des Créoles.....  | 103        |
| Les étrangers viennent prendre la place des Créoles.....   | 103        |
| Les Créoles, honnêtes citoyens qui paient le prix de cette invasion .....                          | 104        |
| Les Créoles, professionnels dont l'activité se voit bouleversée par cette invasion .....           | 107        |
| L'Etat.....  | 111        |
| <b>Les pratiques différentielles justifiées par ces catégorisation .....</b>                       | <b>114</b> |
| Face à la « passivité » des usagers .....  | 114        |
| Les difficultés linguistiques .....  | 115        |
| Le remplissage des formulaires.....  | 115        |
| La distinction AME hospitalière / totale .....   | 115        |
| La suspicion de fraudes .....  | 116        |
| L'évaluation des pièces justificatives.....  | 116        |
| Contexte national.....   | 116        |
| Contexte guyanais .....  | 116        |
| La Guyane, une situation exceptionnelle .....  | 117        |
| L'aléa de l'appréciation du risque de fraude et l'importance des critères de la<br>préfecture..... | 117        |
| Repérer les vrais des faux résidents .....   | 118        |
| Le bouleversement organisationnel apporté par la réforme CMU-AMER .....                            | 118        |
| L'importance de la position « sur le terrain » .....   | 123        |
| Les agents DSP.....  | 123        |
| Une infirmière .....   | 124        |
| Les agents CGSS .....  | 124        |
| Empêcher que l'accès aux soins ne soit un moyen de s'installer en Guyane.....                      | 125        |
| Exacte concordance entre droit à la protection sociale et droit au séjour .....                    | 128        |
| L'AME refusée aux déboutés du droit d'asile .....  | 129        |
| Version d'une responsable CGSS .....   | 129        |
| Version d'une assistante sociale hospitalière .....  | 131        |
| Des droits CMU ouverts le temps de la validité de la convocation à la préfecture ...               | 132        |
| Traitement défavorable paradoxal des Français.....   | 134        |
| <b>DISCOURS DES ACTEURS PROFESSIONNELS METROPOLITAINS .....</b>                                    | <b>137</b> |
| <b>Introduction .....</b>  | <b>137</b> |
| <b>Le système socio sanitaire.....</b>   | <b>139</b> |
| Mise en cause de l'Etat : modèle national inadapté au contexte local .....                         | 139        |
| Spécificités du besoin de soins.....   | 139        |
| Les difficultés de recrutement des professionnels soignants .....                                  | 142        |
| Insuffisances quantitatives .....  | 142        |
| Insuffisances qualitatives .....   | 144        |
| Profitant des besoins élevés.....  | 144        |
| Inexpérience professionnelle et turn over .....  | 145        |
| Incompétence .....   | 148        |
| Exemple : l'éducation lors du dépistage du VIH .....   | 149        |
| Exemple : l'observance thérapeutique en matière d'antirétroviraux .....                            | 151        |
| Exemple illustrant la conjonction de ces insuffisances : confidentialité et VIH.....               | 154        |

|  |     |
|--|-----|
| Absence de prise en compte par l'Etat des pratiques restrictives des acteurs créoles....   | 156 |
| Mise en cause du pouvoir local (créole) : incompétence massive et racisme notoire.....   | 157 |
| Le Conseil Général.....  | 157 |
| La polyvalence de secteur .....  | 158 |
| Couverture maladie .....   | 160 |
| Les centres de prévention et de vaccination.....   | 160 |
| Le Conseil Général n'assume pas financièrement ses responsabilités.....  | 161 |
| L'hôpital doit pallier ces carences.....   | 163 |
| La CGSS.....   | 164 |
| Moyens humains et matériels insuffisants .....   | 164 |
| Traitement tatillon des dossiers.....  | 166 |
| Mauvaises relations avec les partenaires professionnels.....   | 166 |
| Difficultés d'obtention d'informations auprès des agents.....  | 167 |
| Pas de transmission des décisions .....  | 167 |
| « Ne joue pas le jeu » avec les médecins de ville .....  | 168 |
| Dysfonctionnements.....  | 169 |
| Délais de traitement des demandes d'ouverture de droit .....   | 169 |
| Délais de remboursement des médecins.....  | 171 |
| Dysfonctionnements de la télétransmission .....  | 171 |
| Files d'attente .....  | 171 |
| Pertes de dossiers .....   | 173 |
| Non respect des textes de la loi CMU-AMER .....  | 173 |
| Les pièces justificatives demandées par excès .....  | 174 |
| L'extrait d'acte de naissance .....  | 174 |
| Les justificatifs de domicile et de revenus .....  | 174 |
| Un certificat de scolarité .....   | 174 |
| Un relevé d'identité bancaire .....  | 174 |
| Le droit au séjour.....  | 175 |
| Titre de séjour et CMU.....  | 175 |
| Déboutés du droit d'asile et AME.....  | 175 |
| Les applications illégales des textes que l'enquête a repérées, sans qu'elles soient contestées par les acteurs métropolitains .....                         | 175 |
| AME .....  | 175 |
| CMU.....   | 177 |
| Divers « degrés » de discriminations sur l'origine.....  | 177 |
| Une incompétence aveugle.....  | 177 |
| Un comportement tatillon à l'égard de tout « non Guyanais » ... mais dont les conséquences sont plus rebutantes pour les étrangers et les Noirs Marrons..... | 178 |
| La préférence pour « les siens » : clientélisme communautaire.....   | 179 |
| Le racisme .....   | 181 |
| Le racisme s'observe quotidiennement .....   | 181 |
| Dans les services administratifs .....   | 187 |
| A la sous préfecture.....  | 187 |
| Dans les administrations en général .....  | 188 |
| Dans les mairies .....   | 189 |
| A la caisse de l'hôpital .....   | 189 |
| A la CGSS .....  | 190 |
| Dans la gestion des centres de santé.....  | 192 |
| Dans les services de soins .....   | 192 |

|   |            |
|---|------------|
| Une illustration de ces différents problèmes : le suivi VIH dans les centres de santé du fleuve .....                                 | 196        |
| Inadaptation du système national .....  | 196        |
| Les distances .....   | 196        |
| Incompétence des médecins (métropolitains) en poste sur le fleuve .....   | 197        |
| Carences des professionnels créoles .....   | 198        |
| <b>Les usagers du système de soins.....</b>   | <b>200</b> |
| Les Noirs Marrons.....  | 200        |
| Incompréhension du système .....  | 200        |
| La « passivité ».....   | 205        |
| Consommation médicale abusive.....  | 209        |
| Les accouchements en France de femmes surinamiennes.....  | 211        |
| Les abus par infraction à la loi .....  | 213        |
| Les autres groupes catégorisés .....  | 214        |
| Les Amérindiens .....   | 214        |
| Les Chinois.....  | 215        |
| Les Hmong .....   | 216        |
| Les Créoles.....  | 216        |
| Les Brésiliens .....  | 216        |
| Les Haïtiens.....   | 217        |
| Les Guyaniens .....   | 218        |
| Les catégorisations nationales, ethniques et raciales : d'usage banalisé mais sujet à débat .....                                     | 218        |
| Culturalisme et discriminations.....  | 220        |
| Le risque de manipulation idéologique .....   | 228        |
| <b>Illustration : l'application d'un système inadapté à sa population d'usagers.....</b>  | <b>230</b> |
| Avant .....   | 230        |
| Les soins.....  | 230        |
| Les prestations sociales .....  | 232        |
| La bascule.....   | 232        |
| Les soins.....  | 232        |
| Les prestations sociales .....  | 233        |
| Situation aujourd'hui inversée .....  | 234        |
| Les soins.....  | 234        |
| Les prestations sociales .....  | 235        |
| Epilogue : et l'Etat de droit ? .....   | 237        |
| <b>Les pratiques différentielles justifiées par ces catégorisations.....</b>  | <b>240</b> |
| Prise en compte des « éléments culturels » .....  | 241        |
| Adaptation de la législation.....   | 241        |
| Le choix de « la culture » au détriment des aspects « techniques » .....  | 243        |
| La tâche de l'agent PASS est lourde .....   | 243        |
| Un défaut de compétences techniques censé être compensé par une appartenance ethnique .....   | 244        |
| Le directeur : préserver la proximité culturelle au prix de la technicité .....   | 244        |
| Les assistantes sociales soulignent l'importance de l'accueil et distinguent nettement leur rôle de celui de l'agent de la PASS ..... | 244        |
| L'agent PASS : un sentiment d'échec.....  | 245        |
| Absence de recul sur son activité .....   | 245        |

|   |     |
|---|-----|
| Absence de formation.....   | 246 |
| Absence de relations partenariales .....  | 246 |
| Mais un positionnement non critique envers ses partenaires, de médiatrice ..... | 248 |
| Conclusion.....   | 249 |
| Forcer l'adhésion « au système » .....  | 251 |
| Contre « la passivité » dans les démarches administratives.....                 | 251 |
| Contre le défaut de discipline médicale .....                                   | 252 |
| La maternité : « injonction médico-administrative » .....                       | 257 |

## **LE JEU DES APPARTENANCES ETHNIQUES AVEC LES INTERETS PROFESSIONNELS, LES CONTEXTES INSTITUTIONNELS ET LA LEGITIMITE DU SOIN.....261**

|   |            |
|---|------------|
| <b>Les demandes de jugements déclaratifs de naissance.....</b>                          | <b>263</b> |
| Position du VAT.....  | 265        |
| A situation différente, traitement différent.....                                       | 265        |
| Le risque de détournement auquel s'exposent ces mesures compensatoires .....            | 267        |
| Les requérants : des fraudeurs peu convaincus .....                                     | 267        |
| L'instruction de la demande : une fiabilité toute relative.....                         | 268        |
| La procédure.....   | 268        |
| Requête.....  | 268        |
| Enquête du Procureur .....  | 268        |
| Enquête de la gendarmerie .....   | 269        |
| Décision du Procureur .....   | 269        |
| Jugement au Tribunal .....  | 269        |
| Durée de la procédure .....   | 269        |
| Le VAT émet des doutes sur la fiabilité de l'enquête .....                              | 269        |
| Position de l'emploi jeune.....   | 272        |
| Les enquêtes : non fiables .....  | 272        |
| Les requérants : malhonnêtes et intéressés par l'argent .....                           | 272        |
| Les fraudes .....   | 272        |
| L'intérêt pour le gain financier.....   | 273        |
| La position professionnelle des agents de la Maison de la justice.....                  | 273        |
| Humiliés par les fraudeurs.....   | 274        |
| « Lâchés » par l'Etat français.....   | 274        |
| Pratiques de l'emploi jeune, telles que justifiées par l'ensemble de ces considérations | 274        |
| Contournement de son champ d'action.....  | 275        |
| Action des avocats.....   | 275        |
| Complexification de la typologie Créoles/Métropolitains .....                           | 276        |
| Position d'une assistante sociale hospitalière.....                                     | 277        |
| Position d'un médecin hospitalier .....   | 279        |
| Conclusion.....   | 280        |
| <b>Légitimité des soins .....</b>   | <b>282</b> |
| Légitimité de la présence étrangère sur le territoire guyanais.....                     | 283        |
| Des frontières perméables : l'inadaptation du système national à l'Ouest guyanais ..... | 284        |
| Mais des étrangers non régularisés : l'irresponsabilité de l'Etat.....                  | 288        |
| Conclusion intermédiaire .....  | 291        |
| Légitimité du besoin de soins.....  | 292        |
| Besoin de soins et couverture maladie .....   | 293        |

|  |            |
|--|------------|
| Besoin de soins et droit au séjour .....   | 297        |
| Besoin de soins et expulsion .....   | 297        |
| Besoin de soins et régularisation .....  | 300        |
| Fondements .....   | 300        |
| Application au quotidien en Guyane .....   | 301        |
| Une légitimité forte .....   | 301        |
| Contraste avec les autres modes d'accès à la régularisation du séjour .....  | 302        |
| Perçu par les étrangers malades .....  | 304        |
| Besoin de soins et résidence en France .....   | 306        |
| Les professionnels soignants : tant que l'efficacité thérapeutique est assurée .....                               | 306        |
| Les professionnels sociaux : la responsabilité professionnelle qu'impose la légitimité du soin .....               | 307        |
| Conclusion intermédiaire .....   | 309        |
| Pratiques différentielles en matière de cartes de séjour pour soins : les différents critères pris en compte ..... | 310        |
| La sévérité du pronostic en cas d'inaccessibilité du traitement .....  | 312        |
| L'accès aux soins au pays .....  | 312        |
| La résidence en France ... et autres critères de mérite .....  | 315        |
| L'observance .....   | 315        |
| L'ancienneté de la résidence en France .....   | 318        |
| L'intégration à la société guyanaise .....   | 320        |
| Au total, des divergences .....  | 325        |
| Conclusion .....   | 328        |
| <b>Synthèse .....</b>  | <b>330</b> |
| <b>CONCLUSION .....</b>  | <b>335</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>   | <b>343</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>   | <b>351</b> |
| Annexe 1 Situation socio-sanitaire d'une population .....  | 353        |
| Annexe 2 Quelques « cas » individuels et familiaux au regard de l'accès aux soins .....                            | 355        |
| Une famille saramaka .....   | 355        |
| Une famille amérindienne .....   | 356        |
| Une femme djuka .....  | 357        |
| Un homme ndjuka .....  | 358        |
| Une matinée au poste de santé d'Oragnobo .....   | 359        |
| Une matinée à la PMI de Saint Laurent .....  | 361        |
| Annexe 3 Une grève du personnel de l'hôpital de Saint Laurent .....  | 363        |
| Annexe 4 La Guyane française en Amérique du Sud .....  | 367        |
| Annexe 5 Les infrastructures et les services publics dans les bourgs isolés en 1999 .....                          | 369        |
| Annexe 6 Equipements de santé et accessibilité des communes .....  | 371        |
| Annexe 7 Liste des entretiens .....  | 373        |
| <b>TABLE DES MATIERES .....</b>  | <b>377</b> |
| <b>RESUMES .....</b>   | <b>384</b> |



**NOM** : CARDE

**Prénom** : Estelle

**Titre** : L'accès aux soins dans l'Ouest guyanais. Représentations et pratiques professionnelles vis à vis de l'altérité : quand usagers et offre de soins viennent « d'ailleurs »

**Ville et date de soutenance** : Toulouse, le 17 janvier 2005

**Résumé en français :**

Cette recherche explore les pratiques professionnelles confrontées à l'altérité dans le champ sanitaire, quand le public et l'offre de soins sont perçus comme mutuellement inadaptés. Elle a procédé par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 96 professionnels intervenant à différents niveaux de l'accès aux soins en Guyane.

Sont successivement analysées les catégorisations identitaires que les professionnels formulent à l'égard de leurs publics, de leurs partenaires professionnels et de l'Etat central, pour interpréter les difficultés d'accès aux soins dont ils sont les témoins ; les pratiques spécifiques qu'ils mettent en œuvre à l'égard de leurs publics ainsi catégorisés ; et enfin la façon dont l'appartenance ethnique du locuteur (créole/métropolitain) mais aussi d'autres variables, notamment d'ordre professionnel, modulent ces catégorisations et ces pratiques.

**Titre en anglais** : Access to Health Care in Western French Guyana. Professional Representations and Practices towards Otherness : when Users and Health Care Offer come from "Elsewhere"

**Résumé en anglais :**

This research explores professional practices facing otherness in health matters, when users and care offer are perceived as mutually inadapted. 96 professionals dealing with access to health care in french Guyana have been interviewed.

Are analysed the way professionals identify users, partners and State, as a way to interpret the difficulties of access to health care that they may witness; then specific practices that they perform towards so-categorised users ; and at last the way ethnicity (creole/metropolitan) as well as professional variables shape such categorisations and such practices.

**Mots clés** : Accès aux soins. Couverture maladie. VIH. Guyane. Catégorisations identitaires. Discriminations. Appartenance ethnique.

**Discipline administrative** : Médecine Spécialisée Clinique

**Adresse** : Faculté de Médecine Toulouse-Purpan – 37, allées Jules Guesde – BP 7202 – 31073 Toulouse Cedex 7

**Directeur de thèse** : Pr GRAND Alain