



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

5 | 2012
En quête de soins

Immigration(s) et accès aux soins en Guyane

Immigration(s) and access to health care in French Guyana

Estelle Carde



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1003>

DOI : 10.4000/anthropologiesante.1003

ISBN : 978-2-8218-1364-9

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Estelle Carde, « Immigration(s) et accès aux soins en Guyane », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 5 | 2012, mis en ligne le 27 novembre 2012, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1003> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1003

Ce document a été généré automatiquement le 2 mai 2019.



Anthropologie & Santé est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Immigration(s) et accès aux soins en Guyane

Immigration(s) and access to health care in French Guyana

Estelle Carde

- 1 La Guyane est une terre d'immigration. Depuis l'arrivée des premiers colons européens au début du 16^{ème} siècle, les vagues migratoires issues des quatre coins du monde (Afrique, Europe, Caraïbe, Amérique du Sud, Asie) se sont succédées, composant une population pluri-ethnique dont les Amérindiens, issus des habitants de la Guyane pré-colombienne, ne représentent aujourd'hui plus que 2 %¹. Ces flux migratoires ont pris une vigueur inégalée au cours du dernier demi-siècle, multipliant par huit une population guyanaise dont un tiers était né à l'étranger en 2006 (Breton et al., 2009). Mais l'immigration en Guyane n'est pas uniquement internationale. Ceux qui "viennent d'ailleurs" sont aussi des Français, nés en France métropolitaine et qui s'installent en Guyane au cours de leur vie professionnelle. Ces "migrants français" représentaient 12 % des habitants guyanais en 2006 (*Ibid.*). Les étrangers, en revanche, ne sont pas tous des migrants : certains d'entre eux sont nés en Guyane, sur une terre qu'ils considèrent être celle de leurs ancêtres.
- 2 Migrants français, étrangers non migrants... l'immigration en Guyane, au-delà de l'ampleur de ses flux, se caractérise par sa complexité, qui déborde largement les catégories de nationalité et de pays de naissance. Pour la déchiffrer, cet article resserre la focale sur la scène de l'accès aux soins. En Guyane comme dans tout autre département français, s'appliquent les lois nationales, notamment concernant les droits des étrangers à une couverture maladie. L'application de ces lois par les professionnels exerçant en Guyane s'avère cependant perméable à leurs représentations des usagers du système de soins. En effet, selon le degré d'autochtonie qu'ils s'attribuent eux-mêmes et qu'ils attribuent aux usagers, les professionnels pourront appliquer la loi de façon restrictive ou au contraire élargie.
- 3 Pour identifier ces diverses figures de l'accès aux soins en contexte d'immigration, nous nous appuyerons sur un terrain d'étude réalisé en 2002 par entretiens semi-directifs avec

97 professionnels de l'accès aux soins (soignants, travailleurs sociaux, agents de la Sécurité sociale) et observations sur leurs lieux d'exercice. Ce matériau a été actualisé à l'occasion de deux autres terrains d'étude menés en 2009 auprès de professionnels de l'accès aux soins et de leurs usagers étrangers.

Accès aux soins et ancrage sur le territoire

- 4 Un premier cas de figure de l'accès aux soins en contexte d'immigration est celui d'un professionnel de l'accès aux soins "autochtone", en l'occurrence guyanais, face à un usager qui "vient d'ailleurs". Pour l'illustrer, suivons Odile, assistante sociale dans un hôpital, et Jean, agent de l'Assurance maladie², tous deux guyanais, dans leurs interactions avec leurs usagers étrangers.
- 5 Odile occupe une grande partie de son temps à aider des patients hospitalisés à compléter leurs dossiers de demande d'une couverture maladie. La plupart des patients qui ont besoin de son aide sont étrangers et en situation de précarité économique. Exerçant depuis une vingtaine d'années, Odile commente longuement les changements introduits par la Couverture Maladie Universelle (CMU) mise en place en 2000, soit moins de deux ans avant cet entretien. La loi prévoit que les étrangers peuvent prétendre à la CMU s'ils sont en situation régulière ; en situation irrégulière, c'est l'Aide Médicale État (AME) qui couvre leurs dépenses de santé. Auparavant, ils relevaient de l'Aide Médicale Départementale (AMD), laquelle était accordée par le Conseil Général selon les critères que définissait celui-ci. La CMU et l'AME sont, elles, délivrées par l'assurance maladie, selon une réglementation définie au niveau national. Cette évolution est très appréciée d'Odile qui se souvient que l'AMD était obtenue, "au cas par cas", au terme d'interminables négociations avec ses interlocuteurs du Conseil général :

« Mais je souffrais, hein ! [...] c'était un véritable parcours de piste. [...] J'ai subi ça pendant des années. [...] 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. »

- 6 Si elle se réjouit donc de la transparence des procédures d'attribution de la CMU et de l'AME, elle reconnaît cependant que la satisfaction de pouvoir faire désormais accéder les patients à une couverture maladie a rapidement cédé le pas à une crainte :

« 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 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 ? »

- 7 La « charge » à laquelle elle fait allusion n'est pas celle des malades mais celle des étrangers s'installant en Guyane. Selon elle, accorder une couverture maladie à un étranger, c'est certes lui permettre de se faire soigner en France, mais c'est aussi et surtout lui fournir une preuve de sa résidence en France, une preuve qu'il est susceptible d'utiliser ensuite pour appuyer une demande de titre de séjour.

« 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.... »

- 8 La « menace » qu'elle évoque est bien le risque que représente pour la collectivité l'ancrage local de la présence étrangère.
- 9 La perception de cette menace a profondément influencé sa pratique : afin d'éviter que son accompagnement dans leur parcours d'accès aux soins n'aide certains étrangers à s'installer sur le territoire, elle a décidé de réserver son assistance aux étrangers qui résident déjà en Guyane. Elle justifie ce tri par la loi : la venue en France pour s'y faire soigner interdit toute prise en charge par la protection sociale. Il lui faut donc repérer, parmi les étrangers, ceux qui déclarent mensongèrement résider en Guyane. Elle considère ainsi comme suspectes les attestations d'hébergement ("de complaisance") que lui présentent les patients étrangers et soumet ces derniers à des interrogatoires poussés, à la recherche d'indices trahissant leur mensonge supposé.
- 10 Or les indices qu'elle retient nous semblent bien ténus, la conduisant manifestement à écarter abusivement des requérants. Par exemple, l'absence de maîtrise du créole signe selon elle une absence de résidence en Guyane, alors que selon une observation déjà ancienne (Fauquenoy, 1990), les immigrés récents ont désormais plutôt tendance à apprendre le français qui est la langue de la promotion sociale, tandis que le créole est quasiment réduit au statut de langue minoritaire. Elle s'en remet ainsi à son intuition, réintroduisant finalement sur le parcours de l'accès aux droits l'arbitraire qu'elle déplorait avant la réforme CMU :

« en tous cas je suis très, très vigilante ... si je sens quelque chose, je ne le fais pas ... [...] je pousse l'entretien, jusqu'à que la personne finisse par dire « je vis au Surinam », je pousse parce que je sais. »

- 11 Au nom de l'inéligibilité des non résidents à la protection sociale française, Odile cherche en réalité surtout à éviter que l'accès aux soins ne constitue une accroche à partir de laquelle des étrangers pourraient s'installer sur le territoire guyanais. Même si elle s'en défend (« mon rôle, c'est une mission d'aide, pas une mission de contrôle »), l'éviction des fraudeurs mobilise désormais une partie de ses efforts, parallèlement à l'assistance aux personnes.
- 12 Jean est un responsable de la CGSS³. Certaines des consignes qu'il donne à ses agents de guichet sont illégales. Ainsi par exemple, il refuse que soit délivrée une AME à des déboutés du droit d'asile, lesquels en relèvent pourtant puisqu'ils sont étrangers en situation irrégulière ; il demande en outre à ses agents d'exiger un justificatif de besoin de soins aux requérants d'une AME, alors que l'obtention de celle-ci n'est plus conditionnée par le besoin de soins depuis 1992. Jean sait que ces pratiques sont illégales — les associations de terrain et sa propre hiérarchie ne manquent pas de le lui rappeler —, mais il les justifie en considérant que la CGSS doit lutter contre l'immigration irrégulière.
- 13 Ainsi, à propos de son refus d'accorder une AME à des déboutés du droit d'asile, il explique que la CGSS doit relayer les décisions du préfet :

« C'est le préfet qui ordonne, même si c'est nous qui traitons les dossiers. [...] 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. » »⁴

- 14 En ce qui concerne l'ajout de la condition de besoin de soins, il suspecte, comme Odile, que les étrangers viennent demander une AME non pas pour se faire soigner mais pour obtenir une attestation d'AME qui leur servira avant tout à appuyer leur demande de régularisation. Refuser d'accorder une AME en l'absence de besoin de soins, ce serait donc empêcher des étrangers d'utiliser leurs droits à une couverture maladie pour obtenir un titre de séjour : l'exigence du besoin de soins est ainsi un barrage que Jean oppose au « raz de marée » (selon ses termes) de ces étrangers.
- 15 Les pratiques d'Odile et de Jean sont destinées à faire obstacle à l'accès aux soins des étrangers. Illégitimes (car non justifiables au regard de leurs déontologies professionnelles respectives), différentielles (puisque réservées aux étrangers), et enfin défavorables (en ce qu'elles consistent à restreindre l'accès aux soins de ces étrangers), ce sont des discriminations (Lochak, 1987). Odile et Jean les justifient en invoquant le fait que l'accès aux soins des étrangers risquerait de faciliter leur ancrage sur le territoire. Si Odile se réfère au droit social (selon lequel la résidence en France est une condition d'accès à une protection sociale), Jean, lui, bien qu'agent d'une administration socio-sanitaire, se réfère au droit au séjour (selon lequel les étrangers dépourvus de titre de séjour sont en situation irrégulière). Appliquer, sur le terrain de l'aide sociale, les critères du droit au séjour lui permettent en effet de faire des sans-papiers des hors-la-loi plutôt que de les traiter comme des bénéficiaires potentiels de l'aide sociale : comme tout acteur social dominant, il a l'initiative de la construction des catégories qui lui servent ensuite à orienter et à justifier ses pratiques différentielles (Guillaumin, 2002). Leurs pratiques à tous deux témoignent ainsi d'une emprise des objectifs des politiques d'immigration dans le champ de l'accès aux soins, mais à des degrés divers ; en effet, Odile veut "simplement" éviter que l'accès aux soins ne soit utilisé par les étrangers pour s'installer sur le territoire, alors que Jean utilise l'accès aux soins pour activement relayer la politique de contrôle des frontières. Pour interpréter cette emprise, quittons maintenant le terrain des pratiques pour celui des lois et des politiques.

Construire l'illégitimité des étrangers

- 16 Les droits sociaux des étrangers sans-papiers ont été progressivement restreints, ces vingt dernières années, au nom des politiques de maîtrise des flux migratoires. Réduire la protection sociale des sans-papiers vivant sur le territoire est en effet censé, selon les décideurs politiques, freiner l'appel d'air vers la France (Carde, 2006). Or les politiques de maîtrise des flux migratoires qui tendent à produire des étrangers sans-papiers (par les difficultés toujours accrues à obtenir un titre de séjour), à les rendre illégitimes (par la répression de l'immigration irrégulière) et à restreindre leurs droits sociaux, alimentent des représentations péjoratives à leur encontre chez les professionnels chargés de leur accorder ces droits. Ces représentations se traduisent à l'occasion dans des pratiques plus restrictives encore que ne le prévoient les textes de loi. Cette évolution est nationale, on a pu l'observer en métropole (Carde, 2006). Cependant les professionnels guyanais se caractérisent par leur tendance à les assumer ouvertement. La rhétorique gouvernementale sur l'importance de la maîtrise des frontières trouve en effet en Guyane un écho particulièrement favorable. Deux éléments du contexte départemental y contribuent.

- 17 Le premier est la perception d'une immigration trop importante. Cette perception, si elle fait aujourd'hui consensus au sein de la société civile comme des pouvoirs publics, est relativement récente, n'étant apparue qu'au cours des trois dernières décennies. Pendant près de 350 ans en effet, et malgré les efforts des autorités françaises pour le faire progresser⁵, le peuplement du territoire — devenu colonie française à l'orée du 17^{ème} siècle — stagne autour de 25 000 habitants : après la rapide quasi-disparition des populations amérindiennes, les arrivées peinent à compenser les départs, tandis que « l'enfer vert » et une gouvernance inappropriée viennent rapidement à bout de ceux qui restent. Ce n'est qu'avec la seconde moitié du 20^{ème} que s'installe une situation de déséquilibre : l'espérance de vie progresse enfin, soutenue par les politiques socio-sanitaires mises en place avec la départementalisation de 1946 ; et surtout les arrivées prennent de l'ampleur, dépassant bientôt largement les retours. Un vaste mouvement migratoire issu d'Amérique du Sud et de la zone caraïbe démarre en effet à la fin des années 1960. Il est alors bien accueilli, voire suscité par l'État français en quête de main d'œuvre pour alimenter les grands chantiers départementaux. Mais sa maîtrise échappe bientôt aux autorités.
- 18 Vingt ans plus tard, la donne a changé : les grands chantiers sont achevés et la courbe du chômage s'est envolée, mais les flux de migrants semblent toujours plus vigoureux. Les autorités tentent maintenant de les enrayer : les contrôles aux frontières sont durcis, les expulsions se multiplient. Pourtant ils continuent, s'accroissent même, encouragés par l'instabilité politique et la pauvreté qui frappent durement les pays de la région. Ils sont issus principalement du Surinam, d'Haïti, du Brésil et dans une moindre mesure du Guyana.
- 19 Portée par des flux migratoires soutenus et un taux de natalité qui reste élevé, la progression de la population est aujourd'hui la plus forte de France⁶. On comptait 25 000 habitants en 1946, 55 000 en 1974, 226 000 en 2009⁷. Les autorités mènent une politique migratoire plus répressive qu'ailleurs en France, excepté à Mayotte : l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur l'entrée et le séjour des étrangers en France a été aménagée, autorisant l'extension des contrôles et la suppression des dispositions protectrices (pas de recours effectif contre les reconduites à la frontière ni de contrôle juridictionnel) (Gisti, 2007) ; les associations de défense des étrangers⁸ déplorent des reconduites à la frontière illégales et des exigences excessives opposées aux étrangers qui demandent un titre de séjour. Huit mille étrangers ont été reconduits à la frontière en Guyane en 2008 (pour 200 000 habitants), contre 29 000 en métropole (pour 64 millions d'habitants). Cette volonté affichée par l'État de mener en Guyane une politique d'immigration plus ferme qu'ailleurs contribue sans nul doute à rendre la population étrangère illégitime aux yeux des Guyanais.
- 20 L'autre donnée qui amplifie l'écho local de la rhétorique du gouvernement national est économique. Les autorités justifient la restriction des droits sociaux des sans-papiers, outre la nécessité de maîtriser les flux migratoires, par la charge excessive qu'ils représenteraient pour un budget social chroniquement déficitaire. Or ce dernier argument fait mouche dans un département dont les indicateurs socio-économiques sont au plus bas et où les étrangers occupent des situations particulièrement défavorisées. Ainsi par exemple, les allocataires du RMI (Revenu Minimum d'Insertion) sont non seulement bien plus nombreux en Guyane (12 % de la population des 20-59 ans en 2008) que sur l'ensemble du territoire français (3 % en 2007) (DSDS Martinique, 2009), mais ils y sont aussi plus souvent étrangers (48 % des allocataires de Guyane contre 14 % de ceux de

France entière en 2005) (DSDS Antilles-Guyane et SESAG, 2006) ; quant au chômage, il est supérieur en Guyane (30 % contre 10 % pour la France entière) mais plus encore parmi les immigrés vivant en Guyane (47 %)⁹. Nombre de Guyanais reprochent aux étrangers d'importer la pauvreté et avec elle la délinquance, mais aussi certaines maladies, notamment le VIH/sida : la Guyane est le département français le plus touché par cette épidémie et 80 % des personnes infectées par le VIH qui y sont suivies sont étrangères (Conseil national du sida, 2008). Les étrangers sont d'ailleurs accusés de saturer l'offre socio-sanitaire. Ainsi, l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni a été inauguré en 1995 mais la construction d'un nouvel hôpital est déjà prévue pour 2014 : son public, toujours plus nombreux, est en grande partie étranger (en 2008, les patients étrangers représentaient 58 % des entrées ; 66 % à la maternité) et précaire (17 % des frais sont restés impayés) (Jolivet *et al.*, 2009). Ces statistiques, même si elles ne sont pas connues précisément de tous, contribuent à fonder une opinion largement répandue selon laquelle l'accès des étrangers à la solidarité aggraverait les difficultés économiques auxquelles est déjà confronté le département.

Un "Nous" plus guyanais que français

- 21 Ces données migratoires et socio-économiques sont volontiers soulignées par les professionnels de l'accès aux soins comme autant d'arguments pour dénoncer la présence étrangère. Si elles le sont également en métropole, leur singularité en Guyane est, précisément, leur "guyanité" : c'est la déclinaison départementale (et non nationale) des indicateurs démographiques et socio-économiques qui est ici mise en avant, dans un discours formulé par des acteurs sociaux qui se présentent comme des citoyens du département (et non de la nation).
- 22 Cette "départementalisation" du discours et de son locuteur va de pair avec une prise de distance particulière d'avec l'État français : celui-ci n'est pas simplement critiqué, comme il peut l'être en métropole, pour le laxisme de sa politique migratoire. Lui sont également reprochés son éloignement et sa méconnaissance des spécificités du terrain guyanais, qui expliqueraient l'inadaptation des politiques qu'il y mène. En particulier, c'est parce qu'il ne tiendrait pas compte de ce que la Guyane est cernée sur 3000 kilomètres par des pays bien plus pauvres qu'elle, qu'il y appliquerait une législation sociale nationale inadaptée, qui attirerait les étrangers et se traduirait par une "déferlante migratoire".
- 23 Ainsi un agent de la CGSS regrette que la législation l'empêche de contrecarrer les fraudes d'étrangers déclarant mensongèrement résider en Guyane afin d'y bénéficier d'une couverture maladie, ce que « tout le monde sait ». Il déclare amèrement : « On est ridicule face à cette situation »¹⁰. Un agent hospitalier raconte le pillage en règle du département par les Haïtiens :

« 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... [...] 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. [...]... 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. »

- 24 Les « mécontents » sont les Guyanais, doublement humiliés : réduits au silence face à l'invasion de leur département, mais aussi accusés des conséquences socio-sanitaires de celle-ci. L'agent hospitalier sus-cité poursuit en effet :

« 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 ben qu'elle s'en donne les moyens. »

- 25 Du perçu de l'inadaptation de la loi à la volonté de l'adapter, il n'y a qu'un pas, qu'ont franchi Odile et Jean, s'engageant ainsi sur le terrain de la discrimination¹¹. La mise en place de la réforme CMU-AME a ici joué un rôle décisif, car en ouvrant largement l'accès aux soins des étrangers que l'administration locale gardait jusqu'alors fermé (par les restrictions à l'accès à l'AMD), elle leur a brutalement révélé cette contradiction entre loi nationale et norme locale, et du même coup la concurrence entre leurs identités professionnelle et guyanaise.

Du droit à la charité

- 26 Les étrangers sans-papiers sont, depuis la réforme CMU, les seuls bénéficiaires de l'aide médicale¹². Leur isolement au sein de cette catégorie du droit souligne leur irrégularité (au regard du séjour) tout en faisant d'eux les derniers assistés¹³ (au regard de la protection sociale), suggérant ainsi doublement leur illégitimité. Or les pratiques des professionnels reflètent ce deuxième point quand elles s'apparentent plus à l'octroi d'une faveur qu'à l'ouverture d'un droit.
- 27 Cette assimilation de l'aide médicale à une faveur peut s'expliquer par l'histoire de cette prestation sociale : celle-ci est une branche de l'Aide sociale, laquelle a remplacé en 1953 l'Assistance publique, elle-même issue de la bienfaisance publique instaurée à la révolution française pour se substituer au devoir de charité chrétienne. Ce droit, à l'inverse du droit de la Sécurité sociale, est fondé sur la solidarité : il est financé par l'État et n'est pas conditionné par le versement préalable de cotisations. Il est de plus subjectif, c'est-à-dire qu'il est apprécié en fonction de la situation individuelle — le besoin du requérant — et non de façon universelle selon une catégorie juridique. Or ce fondement dans la solidarité et cette personnalisation des modes d'attribution favorisent la mise en œuvre de pratiques “au cas par cas” plus proches de l'octroi d'une faveur que de l'ouverture d'un droit. La pratique d'Odile illustre cette casuistique. Elle regrettait, à l'époque où l'accès aux soins des étrangers était fermé, de devoir l'entrouvrir au prix d'âpres négociations. Mais après la réforme, n'acceptant pas que cette ouverture soit désormais garantie par la loi, elle a réinstauré le traitement au cas par cas¹⁴.
- 28 Cet effritement d'un droit aux soins au profit d'une faveur octroyée s'accompagne bien souvent d'une rétraction de ce droit sur son noyau le plus “fondamental” : la charité n'est accordée qu'à celui qui en a un besoin vital. Et l'évaluation de ce besoin est elle aussi soumise à l'arbitraire. Ainsi par exemple, les agents de Jean déclarent n'accorder une AME qu'aux personnes produisant la preuve d'un besoin de soins dits « urgents » et non pas seulement de soins quels qu'ils soient, ainsi que l'annonçait Jean. Leur pratique est par conséquent plus illégale encore que celle de Jean (ils écartent abusivement plus de requérants) et plus arbitraire (ils ne sont pas qualifiés pour juger de l'urgence d'un soin).

De même, Odile nous explique que si Jean a dû finalement, sous la pression de ses supérieurs, accorder une AME aux déboutés du droit d'asile, c'est parce que :

« c'était un problème de soins et ce n'était pas un problème administratif ou juridique. [...] On ne peut pas demander aux gens leurs papiers pour les soigner. »

- 29 Ainsi, ce ne serait pas le droit de l'aide sociale, mais l'obligation de soins — ce reste de compassion qu'on ne peut refuser à quiconque, même à un fraudeur illégitime —, qui aurait contraint le responsable de la CGSS à obtempérer. Et cette mise en avant de la compassion, sous la forme d'un rappel à un consensus inattaquable (« on ne peut pas... »), évite de s'interroger sur l'éventualité des pratiques discriminatoires qui l'accompagnent. C'est ce que nous avons observé en métropole, quand des professionnels justifient des pratiques discriminatoires au nom du nécessaire contrôle des frontières, tout en répétant que, de toutes façons, « on ne laisse mourir personne » (Carde, 2006).
- 30 On retrouve ainsi en Guyane des processus d'"altérisation" — c'est-à-dire de constitution d'un autre — qui ne sont pas propres à la société guyanaise : certains individus, parce qu'ils "viennent d'ailleurs", ne seraient pas légitimes pour bénéficier de la solidarité collective. En Guyane cependant, ces représentations sont exacerbées par le contexte migratoire et économique local. Les pratiques qu'elles justifient se diffusent en outre plus facilement qu'ailleurs en raison de la configuration particulière du système socio-sanitaire. D'une part, les associations œuvrant dans le secteur de l'accès aux soins sont peu nombreuses, n'offrant donc qu'un recours limité aux usagers discriminés dans le droit commun (lesquels ne peuvent guère non plus aller dans un autre département pour y trouver mieux) ; elles sont de plus soumises à un rythme de renouvellement élevé (précarité financière, retour en métropole de leurs volontaires métropolitains) qui nuit à leurs missions de témoignage et de dénonciation des pratiques discriminatoires. D'autre part, les professionnels qualifiés sont rares en Guyane, en raison des difficultés à les recruter et de la taille de la population totale, qui reste modeste même si elle a beaucoup crû ces dernières décennies. Or cette faiblesse numérique accroît d'autant le rôle de chacun de ces professionnels : ainsi la pratique de Jean détermine-t-elle non seulement celles de ses agents mais aussi celles de très nombreux professionnels exerçant dans les secteurs public et privé (travailleurs sociaux, médecins, infirmières, pharmaciens, etc.) qui connaissent son nom et l'appellent sur sa ligne directe en cas de besoin d'information sur les textes relatifs à la CMU ou l'AME. Certaines des pratiques discriminatoires présentées ci-dessus finissent par être systématisées, parce que de nombreux professionnels les mettent en œuvre en ignorant qu'elles sont illégales. C'était le cas par exemple de l'ancienneté de résidence de trois mois qui était exigée en Guyane à tout requérant d'une AME en 2002, alors que cette condition n'était pas, à cette date, requise par la loi.
- 31 Enfin, pour une estimation quantifiée de l'impact de ces discriminations, on peut remarquer qu'en 2002, année au cours de laquelle ont été observées les pratiques décrites ci-dessus, on comptait 5008 bénéficiaires de l'AME alors que 31 000 étrangers en situation irrégulière¹⁵ avaient été recensés en 1999 et en relevaient théoriquement. Moins d'un sans-papier sur six bénéficiait donc effectivement de la couverture maladie à laquelle l'ensemble d'entre eux pouvait prétendre, même si l'on peut, bien-entendu, supposer que d'autres facteurs que les discriminations contribuaient à cette faible couverture. En outre, les prises en charge au titre des « soins urgents et vitaux » sont nombreuses en Guyane,

ce qui est cohérent avec la substitution du droit par la faveur au nom de l'humanitaire décrite plus haut. Ainsi, à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni (deuxième centre hospitalier du département), 26 % des journées d'hospitalisation ont été prises en charge en 2008 par le Fonds pour les soins urgents et vitaux¹⁶ (Jolivet et al., 2009).

- 32 Sur la scène de l'accès aux soins en Guyane est donc dessinée, avec des traits plus accusés qu'en France métropolitaine, la figure de l'usager qu'un professionnel autochtone juge illégitime du seul fait qu'il "vient d'ailleurs".
- 33 La Guyane présente aussi un cas de figure qui lui est spécifique, celui d'un professionnel de l'accès aux soins, lui-même "venu d'ailleurs", face à un usager étranger qu'il perçoit comme autochtone et par conséquent moins illégitime que ne le qualifierait la loi.

Des "Nous" qui viennent d'ailleurs et des "Eux" d'ici

- 34 Les professionnels métropolitains de l'accès aux soins dont il sera question ici sont médecins, infirmières, pharmaciens, sages-femmes ou encore travailleurs sociaux. À l'instar de leurs collègues guyanais, ils relisent les réglementations relatives à l'accès aux soins à la lumière de leurs représentations de l'altérité. Mais à l'inverse de ces derniers, qui tendent à durcir ces réglementations en leur ajoutant des conditions, eux tendent à "re-légitimer" leurs usagers dans l'incapacité de satisfaire aux exigences réglementaires. En d'autres termes, certains de ces professionnels incluent, dans le système de soins, des usagers qui théoriquement ne devraient pas l'être.
- 35 Beaucoup de ces professionnels vivent depuis peu en Guyane et n'y resteront que quelques années ; ils se présentent comme étant encore en phase de « découverte » de la société guyanaise. Ils décrivent volontiers les différences entre ce terrain et celui qu'ils connaissaient en métropole et déplorent l'inadaptation du système socio-sanitaire à ces différences. Comme pour leurs collègues guyanais, le constat de l'inadaptation de la règle nationale au terrain local justifie, chez certains d'entre eux, une prise de liberté avec cette règle.
- 36 On peut reprendre à cet égard l'exemple des demandes d'une couverture maladie. Les professionnels jugent les démarches exigées beaucoup trop complexes pour certaines populations locales, souvent peu lettrées, non francophones et en tout état de cause non familières du système administratif. Ce serait particulièrement le cas des Noirs Marrons. Ces derniers sont les descendants d'esclaves africains échappés des plantations de l'ex-Guyane hollandaise (aujourd'hui le Surinam, État situé à l'Ouest de la Guyane) aux 16^{ème} et 17^{ème} siècles et réfugiés dans la forêt qui couvre l'Est du Surinam et l'Ouest de la Guyane, de part et d'autre du fleuve-frontière, le Maroni. Ils y ont vécu pendant les siècles suivants, à l'écart du développement économique et social des deux pays, au sein de communautés régies par leur droit coutumier. Côté français, ce n'est qu'à partir des années 1970 que le système national de soins et d'éducation a pénétré leur territoire. Ceux d'entre eux (les Aluku) qui s'étaient anciennement installés sur la rive française du Maroni ont été inscrits sur les registres de l'état-civil français. Les autres l'ont été au Surinam, même si la plupart des familles s'étendent de part et d'autre du fleuve, et que les occasions de traverser ce dernier, dans un sens ou dans un autre, sont nombreuses : pour aller à l'école, commercer, rendre visite à de la famille, effectuer une cérémonie de deuil ou encore, se faire soigner. Enfin la guerre civile qui, de 1986 à 1992, a opposé les Noirs

Marrons surinamiens à leur gouvernement national, a suscité d'importants flux de réfugiés vers la Guyane.

- 37 Rapportant cette histoire, nombre de professionnels métropolitains considèrent que si, aujourd'hui, beaucoup de Noirs Marrons se présentant dans une structure de soins guyanaise ne peuvent pas fournir de justificatif de résidence en France, ce n'est pas faute d'ancienneté de présence sur place. Serait plutôt en cause l'inaptitude du système administratif français à prendre acte de l'isolement dans lequel a évolué leur société pendant plusieurs siècles. Il serait ainsi incongru de réclamer quittances de loyer et fiches d'emploi à des individus qui habitent des cabanes et vivent de « jobs » informels. Surtout, l'ancienneté de leur présence de part et d'autre du fleuve et de leurs migrations pendulaires ferait de l'Ouest guyanais la terre des Noirs Marrons, qu'ils soient français ou surinamiens. Même la venue en Guyane pour s'y faire soigner n'aurait rien d'illégitime, selon certains professionnels qui racontent que, dans les années 1970, c'étaient à l'inverse des résidents de la rive française du Maroni qui allaient se faire soigner sur la rive surinamienne, où l'offre de soins surinamienne était à l'époque plus développée. Cette offre a, par la suite, été largement affectée par la guerre civile au Surinam, alors même que le système de soin français prenait son essor, la comparaison tournant bientôt à l'avantage de celui-ci. La Guyane aurait ainsi, selon ces professionnels, une sorte de "dette de solidarité" envers le Surinam, en vertu de laquelle la législation, importée de métropole, devrait être adaptée de façon à ce que soit reconnue la légitimité des usagers noirs marrons. Par exemple, des travailleuses sociales qui accompagnent des Noirs Marrons dans leurs démarches de demande d'une couverture maladie déclarent fermer les yeux sur les certificats d'hébergement "de complaisance" qu'ils leur présentent, voire suggérer à ceux qui en sont dépourvus de demander à une de leurs connaissances de leur en rédiger un.
- 38 Les processus de "re-légitimation" opérés par ces professionnels métropolitains s'interprètent ainsi à la lumière d'une "double altérité" : la leur (qu'ils perçoivent, en tant qu'étrangers à cette société d'outre-mer) et celle de leurs usagers (que décrète la loi puisqu'ils ne satisfont pas à la condition de résidence en France). C'est à l'issue de cette "re-légitimation" qu'ils choisissent d'intégrer dans le système de soins des individus qui en seraient sinon exclus (Carde, 2010).

Replacer le fil de l'origine dans l'écheveau des rapports sociaux

- 39 Les pratiques des professionnels — guyanais comme métropolitains — varient selon le degré "d'autochtonie" qu'ils attribuent à leurs usagers. Ainsi s'écartent-elles parfois de la loi, tantôt pour faire obstacle à l'accès aux soins d'usagers qui y auraient droit, tantôt pour favoriser celui d'usagers qui en seraient sinon exclus. Cette perception de l'autochtonie des usagers n'est pas toujours liée à la nationalité et au pays de naissance.
- 40 Ainsi, les Noirs Marrons sont surinamiens ou français et les Amérindiens surinamiens, français ou brésiliens, mais les uns comme les autres, quelle que soit leur nationalité, peuvent être perçus par les professionnels métropolitains comme des autochtones en Guyane. Ces professionnels se fondent alors moins sur la nationalité de leurs usagers que sur leur origine ethnique, et plus précisément sur "l'histoire" qu'ils leur attribuent, que cette histoire corresponde ou non à celle que raconteraient des historiens.

- 41 À l'inverse, les professionnels guyanais appliquent volontiers aux Noirs Marrons, qu'ils soient français ou étrangers, les représentations, ailleurs réservées aux étrangers, de l'invasion et de l'illégitimité : les Noirs Marrons sont perçus comme des envahisseurs ("sortis de leur forêt" pour s'introduire dans le système d'assistance sociale et le saturer par leur grand nombre) et des illégitimes (minorités insuffisamment occidentalisées pour user à bon escient des bienfaits de ce système).
- 42 Dans les deux cas, plus que la nationalité, c'est donc la catégorie ethnique qui s'avère cruciale pour déterminer le degré d'autochtonie attribué par un professionnel à un usager du système de soins, et par suite sa légitimité à bénéficier de ce système.
- 43 On entend ici par « catégorie ethnique » une identité attribuée aux individus sur des indices tels que le faciès, la couleur de peau, le patronyme, l'accent ou encore la religion, et dont la signification est socialement située, c'est-à-dire dans une société donnée et à une époque donnée. Ces catégories ethniques sont omniprésentes dans l'expression orale guyanaise et sont même reprises dans les décomptes du gouvernement français¹⁷. Outre qu'elles sont plus affichées qu'ailleurs en République française, elles présentent aussi la particularité, en Guyane, de s'appliquer à tous, y compris aux majoritaires (dominants)¹⁸. Les professionnels qui qualifient leurs usagers par leur origine ethnique revendiquent en effet leur propre appartenance ethnique et lui associent, à elle aussi, un degré variable d'autochtonie. Ainsi, on a vu que les professionnels métropolitains se décrivent comme "venant d'ailleurs", alors que les professionnels guyanais se considèrent comme "d'ici". Ces Guyanais se présentent en effet comme des Créoles. Ces derniers sont, comme les Noirs Marrons, descendants des esclaves des sociétés de plantation, mais eux ont été affranchis au moment de l'abolition de l'esclavage en 1848. A l'issue d'un long processus d'assimilation (au sens d'occidentalisation), ils sont devenus des acteurs incontournables de la vie politique et économique guyanaise (Jolivet, 1982). Aussi, même s'ils partagent les mêmes ancêtres, Créoles et Noirs Marrons revendiquent des histoires différentes au regard de l'espace citoyen français. C'est en tant qu'anciens "assimilés" que les Créoles reprochent aux Noirs Marrons, "nouveaux-venus" sur la scène citoyenne française, d'envahir aujourd'hui, de façon illégitime, le système social français, et plus précisément son système de soins.
- 44 Enfin, ces relations interethniques ne prennent elles-mêmes sens qu'au sein de l'ensemble des rapports sociaux qui traversent la société guyanaise. Ainsi l'accès aux soins des Noirs Marrons est pris dans d'autres rapports inégalitaires que ceux définis par leur seule origine, qu'elle soit ethnique et/ou nationale. D'une part en effet, en tant qu'habitants de l'intérieur du département, leur accès aux soins est affecté par la dispersion de l'offre de soins sur ce territoire immense et difficilement pénétrable. D'autre part, en tant que population précaire, peu lettrée ni rodée aux démarches administratives, ils pâtissent plus que d'autres des nombreux dysfonctionnements qui émaillent la gestion locale des droits à une couverture maladie. Ainsi, les dimensions ethniques des inégalités dans l'accès aux soins se conjuguent aux dimensions territoriales et socio-économiques. Or cet emboîtement des processus inégalitaires ne doit rien au hasard, les mêmes éléments historiques expliquant à la fois les rapports interethniques, la répartition des habitants sur le territoire guyanais et la stratification socio-économique, puisque les communautés noires marronnes se sont constituées en se réfugiant au sein de la forêt, d'où ils se sont tenus à l'écart du développement économique et social de la société créole (Carde, 2009). Dérouler le fil des identités « migrantes » sur la scène de l'accès aux soins conduit finalement à identifier des relations interethniques,

puis à situer celles-ci au sein de l'écheveau des rapports sociaux qui tissent la société guyanaise.

BIBLIOGRAPHIE

- BRETON D., CONDON S., MARIE C.V. et TEMPORAL F., 2009. « Les départements d'Outre-Mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations », *Population et Sociétés*, 460 : 1-4. (en ligne) http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/34100/telechargement_fichier_fr_publi_pdf1_pop.soc_460.pdf (page consultée le 15/05/2011)
- CARDE E., 2006. « "On ne laisse mourir personne." Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, 16 : 57-80.
- CARDE E., 2009. « Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane », *Espace Populations Sociétés*, 1 : 175-189.
- CARDE E., 2010. « Quand le dominant vient d'ailleurs et l'étranger d'ici : l'accès aux soins en Guyane au prisme de la double altérité », *Autrepart*, 55 : 89-106.
- CONSEIL NATIONAL DU SIDA, 2008. *L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique*. Paris.
- DSDS DE LA MARTINIQUE (Direction de la Santé et du Développement Social), 2009. *Statistiques et indicateurs de la santé et du social, Statiss 2009 Antilles-Guyane*. (en ligne) http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre_ARS/etudes_publications/Statistiques/Statiss/Sup_2004/Statiss2009_Antilles-Guyane.pdf (page consultée le 15/05/2011).
- DSDS Antilles-Guyane et SESAG, 2006. *Une approche de la pauvreté... dans les départements d'Outre-Mer*. (en ligne) <http://www.martinique.sante.gouv.fr/documents/accueil/statistiques/pauvrete.pdf>(page consultée le 15/05/2011).
- FAUQUENOY M., 1990. « Dimensions de la Guyanité ou Langue et Identité en Guyane », *Etudes Créoles*, XIII (2) : 53-68.
- GISTI, 2007. « Les spécificités du droit des étrangers en Outre-mer », *Les cahiers juridiques*.
- GUILLAUMIN C., 2002 (1972). *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*. Paris, Gallimard.
- INSEE / ACSE, 2006. *Atlas des populations immigrées en Guyane*. (en ligne) http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=13477 (page consultée le 15/05/2011).
- JOLIVET A., CADOT E., CARDE E., FLORENCE S., LESIEUR S., LEBAS J., CHAUVIN P., 2009. *Migrations et soins en Guyane*. Agence française de développement (AFD), Inserm UMRS 707/UPMC.
- JOLIVET M.J., 1982. *La question créole*. Paris, ORSTOM.
- LOCHAK D., 1987. « Réflexions sur la notion de discrimination », *Droit Social*, 11 : 778-790.

NOTES

1. <http://www.outre-mer.gouv.fr/?presentation-guyane.html> (site du Ministère de l'outre-mer, page consultée le 15/05/2011)
2. Les prénoms des professionnels ont été changés.
3. La CGSS est la Caisse Générale de Sécurité Sociale ; ses activités incluent notamment celles des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) des départements métropolitains, pour le régime général.
4. Jean se réfère au fait que l'AME, financée par l'Etat, est une compétence du préfet, que ce dernier délègue au directeur de la CGSS.
5. L'expédition de Kourou (1763), la traite esclavagiste (mi 17^{ème}-1848), le bagne (1852-1938) ou encore le débarquement d'un millier de Hmong (originaires de Chine du Sud, réfugiés au Laos puis en Thaïlande) (1977-1979), en sont quelques-uns.
6. 4% par an pour la période 1999-2006 contre 0,7% en métropole (Breton et al., 2009).
7. Source INSEE http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=estim-pop (page consultée le 15/05/2011).
8. Le RESF, le GISTI, la Cimade, Assoka, etc.
9. Chiffres de 1999. Sources : INSEE/ACSE, 2006, et INSEE : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon03337 (page consultée le 15/05/2011). Le chômage concernait 22% de la population active en Guyane ne 2008. Source INSEE http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=14600 (page consultée le 15/05/2011).
10. Remarquons que les agents de la CGS ne peuvent pas vérifier la véracité des justificatifs qui accompagnent les dossiers qu'ils instruisent, tandis qu'Odile, profitant de la relation personnalisée qu'elle entretient avec chaque requérant, mène une enquête à cette fin.
11. Cette volonté d'adapter la loi à la réalité locale perçue conduit à des discriminations dans l'accès des étrangers en situation irrégulière à bien d'autres droits que le soin. Les associations de soutien aux étrangers dénoncent ainsi, notamment, l'absence d'aménagement des bidonvilles dans lesquels ils louent leurs logements et le refus que leur opposent les municipalités à l'inscription scolaire de leurs enfants.
12. Les autres anciens bénéficiaires de l'aide médicale (qu'ils soient français ou étrangers en situation régulière) ont en effet basculé dans la CMU, lors de la mise en place de celle-ci.
13. La CMU, bien que son obtention ne soit pas conditionnée par le versement préalable de cotisations, est en effet une prestation de la Sécurité sociale et non de l'aide sociale. Les étrangers sans-papiers ne peuvent y avoir accès, étant depuis 1993 exclus de la Sécurité sociale (ils relèvent donc obligatoirement de l'aide sociale).
14. Remarquons cependant que le droit à l'aide médicale s'est progressivement éloigné des principes de solidarité et de subjectivité au cours des dernières réformes : la condition de besoin de soins et le passage par une commission — remplacée par un barème de ressources — ont été supprimés en 1992 ; quant aux barèmes d'accès et aux taux de prise en charge des dépenses de soins, ils sont les mêmes d'un département à un autre depuis que la déclinaison départementale de l'aide médicale a été supprimée en 1999 (l'aide médicale n'est plus que "d'État"). Aussi, les pratiques — comme celle d'Odile — qui font du droit à l'AME une faveur octroyée au cas par cas s'appuient sur des principes généraux de l'Aide sociale mais obsolètes en ce qui concerne sa branche maladie.
15. De plus, les recensements des sans-papiers n'étant pas exhaustifs, l'écart entre le nombre de bénéficiaires théoriques et celui de bénéficiaires effectifs était probablement bien plus élevé encore.

16. Ce fonds permet la prise en charge des soins hospitaliers, urgents et vitaux pour les étrangers sans-papiers dépourvus de tout droit à une couverture maladie malgré leur résidence en France. Mais il bénéficie aussi, de fait, à ceux qui, en raison d'obstacles notamment discriminatoires, ne peuvent pas ouvrir de droits AME alors qu'ils pourraient théoriquement y prétendre.

17. Le site web du ministère de l'outre-mer décompte aujourd'hui, parmi les résidents en Guyane, des Créoles, des Amérindiens, des Noirs-marrons ou encore des H'mongs : <http://www.outre-mer.gouv.fr/?presentation-guyane.html> (page consultée le 15/05/2011).

18. Selon Colette Guillaumin, les majoritaires, seuls à disposer du pouvoir de désigner et de catégoriser, omettent le plus souvent de s'inclure dans leurs catégorisations (Guillaumin, 2002).

RÉSUMÉS

L'immigration en Guyane est plurielle. Aux migrants caribéens que la précarité et les violences politiques ont chassés de chez eux se mêlent des migrants partis de France métropolitaine pour goûter à l'exotisme de cette société française sise en Amérique du Sud. Cette pluralité se retrouve lorsque les premiers, usagers étrangers du système de soins, rencontrent des professionnels qui, bien que français, sont soit autochtones, soit eux-mêmes migrants. Ces usagers étrangers sont parfois victimes de discriminations opérées par des professionnels autochtones qui les suspectent de venir profiter indûment du système de soins local. Si ces discriminations ont également cours ailleurs en France, elles sont exacerbées en Guyane par l'importance des flux migratoires et des difficultés socio-économiques. Une autre figure de l'accès aux soins en contexte d'immigration, plus spécifique à la Guyane, est celle de professionnels migrants qui attribuent à certains de leurs usagers étrangers, au nom de leur identité ethnique, une autochtonie que ne leur reconnaît pas la loi. Enfin, les enjeux de l'accès aux soins en contexte d'immigration s'articulent à l'ensemble des rapports sociaux inégalitaires qui traversent la société guyanaise.

Immigration in French Guyana is plural. Caribbean migrants, driven away by poverty and political violence, mix with migrants who left metropolitan France to taste the exotism of this French society in South America. This plurality shapes access to health care, since foreign users meet French professionals who are either native or migrants. These foreigners may be victims of discrimination on the part of native professionals who suspect them of taking advantage of the local health care system. Whereas such discrimination exists elsewhere in France, the situation seems exacerbated in French Guyana by the importance of the migratory flows and socioeconomic difficulties. Migrant professionals represent another figure in the access to health care in a context of immigration, more specific to French Guyana. They sometimes attribute a native status to some of their foreign users which is not recognized by the law. Finally, these stakes of access to health care in the context of immigration are linked to a set of unequal social relations that cross Guyanese society.

INDEX

Mots-clés : accès aux soins, discriminations, Guyane, immigration, origine ethnique

Keywords : access to health care, discrimination, ethnic origin, French Guyana

AUTEUR

ESTELLE CARDE

Université de Montréal, CREMIS (Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté), Québec, Canada,
estelle.carde@umontreal.ca