

Outre-mer

En Guyane, au prétexte de la sécurité

Amandine Marchand, Marie-Dominique Pauti, *Médecins du Monde*,
Pascal Revault, *Comede*

En octobre 2012, c'est la saison sèche en Guyane. Sur l'Oyapock, fleuve frontière entre la France et le Brésil, la bien connue coordinatrice brésilienne des sages-femmes de la ville éponyme du fleuve échange avec les communautés amérindiennes qui y résident. Les questions de contraception, de préparation à l'accouchement sont évoquées en particulier avec les accoucheuses traditionnelles. Mais sans visa, elle s'approche un peu trop près des rives françaises. Elle est alors interpellée par la police aux frontières et placée en rétention pendant plusieurs heures à Saint-Georges. Il faudra l'intervention des autorités brésiliennes pour sa libération. Cette violence, au nom d'enjeux de sécurité nationale, se refuse à penser le bassin de vie commun des populations du fleuve, tout comme la nécessaire adaptation du système de santé qui en découle.

La frontière est aussi interne, puisque des barrages de police permanents ont été érigés entre Saint-Georges et Cayenne d'une part et Saint-Laurent du Maroni et Cayenne de l'autre. Même si un certain nombre de travaux¹ insistent sur le fait que les migrations pour raison de santé en Guyane sont marginales par rapport à d'autres (économiques, familiales...), les discours et les pratiques préfectorales insistent sur l'attractivité de la Guyane pour des raisons sanitaires, et tendent à limiter l'accès aux soins et à la prévention. Comment dans ce contexte ne pas être en contradiction entre des objectifs de santé et de qualité de vie d'une part et des impératifs de contrôle de l'immigration de l'autre ? Comment orienter au Centre Hospitalier de Cayenne des personnes sans état civil ou sans titre de séjour dépistées séropositives au VIH, aux hépatites ? Comment faciliter l'évacuation à Cayenne d'une femme enceinte qui y bénéficierait d'un suivi plus adapté ? La matérialisation de la frontière intérieure, ultime repoussoir de l'étranger, abonde les représentations d'un étranger dangereux, entretient les discriminations et rend les soins plus complexes².

Cette matérialisation s'est aussi exercée les années passées par des pressions de l'administration préfectorale à l'endroit de certains soignants, les enjoignant à limiter l'accès aux soins, rendant également périlleux l'exercice du métier dans son cadre déontologique, sans parler ici des questions éthiques. Cette matérialisation enfin, rend la mise en œuvre de plans de santé publique, pourtant décidés par un même gouvernement, peu efficaces. Ainsi, l'urgence sanitaire devient l'argument ultime qui autoriserait au nom de la raison humanitaire d'évacuer des personnes sans titre de séjour sur le territoire pour leur permettre de bénéficier de soins, pour mieux les renvoyer une fois les soins terminés. Oubliée l'espérance de vie sans incapacité, pourtant indicateur international

de ce qui doit motiver les politiques de santé publique dans leurs luttes contre les inégalités sociales de santé ? Car de quelle urgence parle-t-on ? De celle qui entraîne le décès dans quelques heures sans intervention médicale ? De celle qui débouchera en l'absence de soins sur des complications avec un handicap ? Ne s'agit-il pas plutôt d'approfondir la prévention et le soin global, notamment sur la base de pistes de coopération avec les pays alentour, donc aussi de recevoir et non de se placer dans la position assiégée de la gestion du flux des étrangers ?

> Une situation critique ?

Certains diront que la situation sanitaire et sociale est explosive. Les indicateurs de santé mettent la Guyane en dernière place des régions françaises : un taux de mortalité infantile 3,5 fois supérieur à celui de l'hexagone, un taux de tuberculose parmi les plus élevés de France après la région Ile-de-France, le département français le plus touché par le VIH... Ajoutons à cela une démographie médicale deux fois moins importante qu'en métropole et des dispositifs, comme les PASS (Permanences d'accès aux soins de santé), qui restent encore trop fragiles et ne jouent pas totalement leur rôle de « filet de sécurité » pour les populations les plus exclues. Ainsi, la quasi fermeture en 2013 de la PASS du CHU de Cayenne, à cause de l'épidémie de dengue saisonnière, alors que des personnes vulnérables nécessitent toujours un accompagnement et des soins. Certaines verront ainsi une interruption de leur traitement, avec le risque de développer, qui une crise d'asthme potentiellement mortelle, qui des complications sévères en l'absence de normalisation de leur glycémie. Mais combien sont-elles à ne pas bénéficier de protection maladie ?

¹ Voir à ce sujet *Migrations et soins en Guyane*, Anne Jolivet et coll., Unité de recherche Inserm 707, novembre 2009

² Les procédures d'évaluation varient suivant qu'il s'agit de l'Ouest ou de l'Est guyanais



Les rapports de la mission France de Médecins du Monde contribuent à enrichir les connaissances sur les populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique.
www.medicinsdumonde.org

D'après la Direction de la Sécurité Sociale, en 2011, la diminution du nombre d'AME délivrées était de 50%.

Des retards aux soins préjudiciables en découlent, comme en témoigne l'expérience de Médecins du Monde : un enfant présentant de graves troubles du comportement et une régression du langage, nécessitant des explorations et une prise en charge spécialisée et multidisciplinaire..., que le service de pédiatrie du CHU de Cayenne proposait de prendre en charge uniquement lorsqu'il bénéficierait d'une couverture maladie. Sa mère, n'ayant pas été accompagnée et ne connaissant pas assez le système social, n'avait effectué aucune démarche en ce sens, plusieurs semaines, voire mois après l'unique consultation de pédiatrie dont avait bénéficié son enfant. Les discriminations dans l'accès aux soins sont parfois justifiées par la nécessité de contenir l'immigration et de lui réserver un traitement spécifique. Cette idée serait corroborée par l'existence d'habitats insalubres³ sur l'Île de Cayenne, un taux d'accroissement de 3,9% en Guyane⁴, parmi l'un des plus élevés du monde, et des étrangers qui représentent plus d'un tiers de la population (environ 37% contre près de 6% France entière). Si, par définition, ce traitement illégitime ne respecte pas le droit, il a montré depuis un temps certain son peu d'efficacité à résoudre les questions de santé du territoire. Heureusement, des propositions alternatives existent.

> Des initiatives pour réduire les inégalités de santé

C'est l'un des axes stratégiques définis par l'Agence Régionale de Santé (ARS), dans son plan régional de santé (PRS) 2011-2015, qui a été retenu comme un domaine



Le pont entre Saint-Georges et Oyapock, toujours fermé, métaphore des difficultés de coopération entre la France et le Brésil

spécifique d'intervention, tant l'ampleur des inégalités constatées impacte les programmes de santé. Les associations se sont constituées en collectifs pluridisciplinaires avec des acteurs sanitaires et sociaux, tant à Saint-Laurent-du-Maroni (2011), qu'à Cayenne avec Kourou (2013), puis en partenariat avec l'ARS pour suivre les obstacles aux soins et aux droits, caractériser des indicateurs de suivi et proposer des mesures d'amélioration concrète. A Saint-Laurent-du-Maroni, les différents acteurs sociaux ont pu ainsi se rencontrer régulièrement, harmoniser leurs pratiques et améliorer l'accès aux soins, également en lien avec la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) et le Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais. Si en 2012 le délai de réponse de la CGSS de Guyane pour une demande d'AME ou de CMUc était de plus de 6 mois en moyenne, il est aujourd'hui de 3 à 4 mois et traduit une volonté de la CGSS d'améliorer l'accès à la protection maladie malgré des difficultés persistantes, en particulier un nombre significatif de dossiers perdus ou non enregistrés⁵. Des mesures ont été prises pour faciliter le lien à travers un cadre de la Caisse en cas de dossier en souffrance, et un dialogue s'est installé avec la CGSS. Reste en amont la question des pièces non prévues par les textes qui sont parfois demandées au guichet, elle débouche sur une exclusion des soins. Certains rattachements d'enfants aux parents qui ont déjà une protection maladie sont encore rendus difficiles et ont la même conséquence. Des formations

et sensibilisations ont été organisées avec Guyane Promo Santé par le Comede pour préciser le cadre juridique et social au cours de plusieurs sessions entre 2010 et 2013 à Cayenne, Saint-Laurent, Saint-Georges et Maripasoula avec des participants issus de la société civile et des établissements publics de soins. Ces formations ont débouché sur des enseignements post-universitaires auprès des praticiens hospitaliers et libéraux pour renforcer les connaissances en termes de dispositifs d'accès aux soins, préciser les limitations existant dans les soins et les réponses déontologiques nécessaires, ainsi que clarifier les difficultés posées par l'organisation du droit au séjour pour raison médicale en Guyane aujourd'hui. Si des avancées sont ainsi perceptibles, l'évolution du contexte et des représentations sociales nécessite encore une concertation avec les responsables des politiques publiques et une évolution politique du traitement réservé aux personnes vulnérables, étrangères ou pas. ■

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31, 78 rue du Général Leclerc, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 39 32 Fax 01 45 21 38 41
Mèl: contact@comede.org
Site: www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION:
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION:
Arnaud Veisse

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO:
Anne Marie Chemali, Karine Crochet, Françoise Fleury, Yasmine Flitti, Patrick Lamour.

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

³ Voir à ce sujet *Les stratégies d'accès au logement des Haïtiens dans l'agglomération de Cayenne comme facteurs de restructuration urbaine*, L'Espace Politique, mis en ligne le 03 avril 2009, <http://espacepolitique.revues.org/1009>.

⁴ Pour 239 450 habitants au 1er janvier 2012, essentiellement concentrés dans les agglomérations de la bande côtière ou le long des deux fleuves frontaliers avec le Brésil et le Suriname. La moitié de cette population a moins de 25 ans.

⁵ En 2012, la part des assurés ayant accès à l'AME et la CMUc concernait près de 80 000 personnes, soit 1/3 de la population vivant en Guyane, et seulement 7% pour la France entière.