

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

UPMC
PARIS UNIVERSITAS

**Équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé
et du recours aux soins (DS3)**

UMRS 707

Migrations et soins en Guyane

**Anne Jolivet, Emmanuelle Cadot, Estelle Carde, Sophie Florence, Sophie Lesieur,
Jacques Lebas, Pierre Chauvin**

Rapport final à l'Agence française de développement (AFD)
dans le cadre du contrat AFD-Inserm

Novembre 2009

Le travail présenté dans ce document a été réalisé par l'Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (DS3) de l'unité mixte de recherche 707 (Inserm – Université Pierre et Marie Curie). Cette étude a été effectuée dans le cadre d'une convention signée entre l'équipe DS3 et l'Agence Française du Développement. Les auteurs remercient Marie-Odile Waty, Sarah Marniesse et Christophe Paquet de la Division « Santé et protection sociale » pour leur soutien constant.

Toute notre gratitude va en priorité à toutes les personnes enquêtées qui ont accepté de répondre à nos questions. Leur accueil et leur disponibilité ont été exemplaires. La confiance qu'ils nous ont accordée dans un contexte souvent difficile nous engage. Qu'elle soit récompensée en retour par une meilleure prise en compte de leurs besoins de santé et de soins est notre vœu le plus cher.

Les auteurs du rapport tiennent à remercier les personnes suivantes pour leur contribution décisive à l'enquête :

- Mr Philippe Damie, Directeur de l'ARH, Mme Marianne Rigaut, Secrétaire Générale et Dr Jean-Marc Fischer, Chargé de mission à l'ARH ;
- Mr François-Louis Berthou, Directeur du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, Dr Gabriel Carles, Chef de service de gynécologie obstétrique et Mme Nathalie Piccolo, Cadre sage-femme du service, Dr Olivier Angénieux, Médecin urgentiste et Responsable du service des urgences et Mme Aline Némouthé, Cadre supérieure du service, Dr Jean-François Ribayrol, Responsable du DIM ainsi que tous les soignants qui ont soutenu le travail des enquêteurs et enrichi cette étude par leurs témoignages ;
- Mr Jean-Claude Courbain, Directeur de l'INSEE Guyane, pour son appui méthodologique ;
- Mme Joanne Massemin, Coordinatrice de l'Atelier Santé Ville de Saint-Laurent du Maroni, le CCAS de Saint-Laurent du Maroni et Mr Jean Marc Victor, Directeur de la Régie des quartiers de Saint-Laurent du Maroni, qui nous ont apporté un appui logistique indispensable ;
- Dr Maaltie Ashim-Sardjoe, Directrice de la RGD au Surinam, Dr Rozenblad, Médecin de du centre de santé d'Albina ainsi que les soignants qui nous ont permis de réaliser des entretiens à Albina ;
- L'ensemble des enquêteurs qui ont participé à cette étude.

Nous remercions l'ensemble des personnes ressources rencontrées et qui nous apporté de nombreuses pistes de réflexion :

- Mme Vanessa Ardillon et Mr Claude Flamand, Epidémiologistes CIRE Antilles-Guyane ;
- Mr Nadir Bouderi, Anthropologue ;
- Pr Bernard Carme, Coordonnateur Inter régional du CICEC Antilles-Guyane, Directeur de l'équipe de Recherche EA 3593, Dr Mathieu Nacher, Président du COREVIH Guyane et Médecin délégué du CICEC ;
- Dr Marie Josiane Castor Newton, Directrice de l'ORSG et Mme Marie-Claude Verdan, Présidente de l'ORS Guyane ;

- Dr Christelle Delage, Dr Maurice Lambert et Dr Véronique Lambert, Médecins généralistes à Saint-Laurent du Maroni ;
- Mr Georges, Responsable de la CGSS de Saint Laurent du Maroni ;
- Mr Philippe Féry, Sous-directeur en charge de l'Assurance Maladie, Dr Jean-Yves Girot, Médecin Conseil Régional, et Dr Etienne Pascolini de la CGSS de Guyane ;
- Dr Béatrice Fougères, Médecin à la PMI de Saint-Laurent du Maroni et Mme Dominique Gaquière, Sage femme à la PMI;
- Dr Claire Girou, Présidente de l'Association AIDES Guyane ;
- Mr Gérard Guillemot, Président de l'Association Mama Bobi de Saint-Laurent du Maroni ;
- Dr Michel Joubert, Médecin coordonnateur des centres de santé du centre hospitalier de Cayenne ;
- Mme Hélène Lamaison, Présidente de Guyane Promo Santé et Mme Alexandra Mathieu, chargée de mission ;
- Mr Simon Leyendecker, Centre de ressource de la politique de la ville de Cayenne ;
- Mme Chloé Ly Boua Fu, Coordinatrice de l'Atelier Santé Ville de Cayenne ;
- Mme Marie-Anne Monteleone, Attachée territorial à la CCOG ;
- Mr Jean Marie Nicolas, Sous préfet de Saint-Laurent du Maroni ;
- Mr Eric Painsec, Chef de projet de la Croix Rouge de Guyane ;
- Dr Andry Randrianjohany, Chef du service de médecine du CHOG et Président du réseau Matoutou ; Dr Cyrille Vautrin et Mr Pascal Sélé, Réseau Matoutou ;
- Dr Françoise Ravachol et Dr Marie-Anne Sanquer, Médecins Inspecteurs de Santé Publique à la DSDS ;
- Mr Jean Noël Robillard, Coordinateur de la Mission France Guyane de Médecins du Monde ;
- Mr Robert Satge, Directeur Régional de l'Agence Française de Développement de la Guyane, Mr Roland Michel, Mr François Jacquier et Mr Olivier Voirot ;
- Mme Ninon Van Eer, Coordinatrice de la promotion de la santé pour MZ ;
- Mme Diane Vernon, Anthropologue et médiatrice culturelle au CHOG ;

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
LES MIGRATIONS POUR SOINS : QUELLES REALITES ?	7
LA SANTE DES IMMIGRES, UN CHAMP DE RECHERCHE INSUFFISAMMENT EXPLORÉ.....	8
UN PREMIER OBJET D’ETUDE SPECIFIQUE : LE CAS DE MAYOTTE	9
LE CONTEXTE EN GUYANE	9
LA PROBLEMATIQUE « MIGRATION ET SOINS » EN GUYANE	11
LE PROTOCOLE DE L’ETUDE EN GUYANE	11
LE CONTEXTE GUYANAIS.....	12
GEOGRAPHIE	12
STATUT ET ORGANISATION.....	12
POPULATION	13
LES VAGUES MIGRATOIRES ET LES PRINCIPAUX GROUPES ETHNIQUES	13
CONTEXTE ECONOMIQUE ET SOCIAL	16
LES POLITIQUES MIGRATOIRES EN GUYANE	18
OFFRE DE SOIN	19
ETAT DE SANTE	20
LES DEPENSES DE SANTE POUR LES ETRANGERS MALADES EN GUYANE.....	20
1^{ERE} PARTIE : ENQUETE EN POPULATION GENERALE A CAYENNE ET SAINT-LAURENT DU MARONI	23
I. OBJECTIFS DE L’ENQUETE EN POPULATION GENERALE.....	23
II. METHODOLOGIE.....	23
A. SCHEMA DE L’ETUDE	23
B. POPULATION ET ECHANTILLONNAGE	23
C. INFORMATIONS RECUEILLIES ET MODALITES DE RECUEIL	26
D. ORGANISATION ET GESTION DE L’ENQUETE.....	27
E. ANALYSES STATISTIQUES	27
III. RESULTATS.....	27
1. <i>Caractéristiques des logements enquêtés.....</i>	28
2. <i>Caractéristiques des ménages enquêtés.....</i>	29
3. <i>Caractéristiques socio démographiques de la population des plus de 18 ans enquêtée</i>	30
4. <i>Profils migratoires</i>	32
5. <i>Motifs de migration et d’installation en Guyane.....</i>	37
6. <i>Caractéristiques sanitaires</i>	40
7. <i>Comparaison des caractéristiques socio-économiques selon les profils migratoires.....</i>	43
8. <i>Analyse des liens entre les variables de santé et les profils migratoires</i>	45
9. <i>Analyse des liens entre les variables de recours au soin et les profils migratoires</i>	51
10. <i>Discussion et synthèse</i>	53

2EME PARTIE : LA PROBLEMATIQUE « SANTE-MIGRATION » DANS L'OUEST GUYANAIS....	55
I. CONTEXTE.....	55
L'OUEST GUYANAIS : UN TERRITOIRE EN MARGE	55
L'OFFRE DE SOINS AU CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS	56
LE SURINAME : SITUATION GENERALE ET OFFRE DE SOIN.....	57
PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DES ENQUETES AU CHOG	60
II. ENQUETE DANS LE SERVICE D'URGENCES DU CHOG.....	62
A. CONTEXTE	62
B. OBJECTIFS	62
C. METHODOLOGIE	62
D. RESULTATS.....	64
E. SYNTHESE	79
III. ENQUETE A LA MATERNITE DU CHOG	80
A. CONTEXTE	80
B. OBJECTIFS	81
C. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE QUALITATIVE	81
D. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE QUANTITATIVE.....	81
E. RESULTATS DE L'ENQUETE QUANTITATIVE	83
1. <i>Taux de réponse</i>	83
2. <i>Description de l'échantillon</i>	83
3. <i>Lieux de résidence et perspectives</i>	85
4. <i>Trajectoire migratoire, nationalité</i>	87
5. <i>Comparaison des caractéristiques socio-démographiques en fonction du statut migratoire</i>	89
6. <i>Type de couverture maladie</i>	90
7. <i>Suivi de la grossesse</i>	92
8. <i>Perception de la qualité des soins à la maternité</i>	95
9. <i>Raisons du recours à la maternité</i>	95
F. SYNTHESE	98
IV. ENQUETE AUPRES DE FEMMES SUIVIES A ALBINA.....	99
A. CONTEXTE	99
B. OBJECTIFS DE L'ETUDE :	99
C. METHODOLOGIE :	99
D. RESULTATS.....	100
E. SYNTHESE DE L'ENQUETE DANS LE CENTRE DE SANTE D'ALBINA	104
V. MIGRATIONS PENDULAIRES ET RECOURS AUX SOINS AU SURINAME	106
A. MIGRATIONS PENDULAIRES	106
B. RECOURS AUX SOINS AU SURINAME	107
SYNTHESE ET CONCLUSION	111
ANNEXES	113

Introduction

Les migrations pour soins : quelles réalités ?

En France, la question de l'immigration pour soins est une question émergente dans le débat public où elle fait écho à bien des préjugés et des peurs. L'immigration de personnes contagieuses, le coût économique de la prise en charge de ses malades alimentent un débat d'autant plus délétère qu'il n'est pas informé : quelle est la réalité sociale, épidémiologique, sanitaire et économique de ces migrations pour soins ? Quels en sont les déterminants macrostructurels et sociaux dans les pays d'origine ? Comment s'inscrit ce type de migrations dans la biographie et les aspirations migratoires des ressortissants des pays en développement ?

Faute de réponses et de recherches sérieuses sur ces questions, sont renvoyés dos à dos politique restrictive de l'immigration et instrumentalisation de la maladie pour obtenir un droit au séjour, éthique humanitaire et contraintes économiques, protectionnisme et mondialisation. Autant de contradictions qui ne peuvent être résolues sans une meilleure connaissance des réalités sociales et sanitaires, forcément multiples et multifactorielles, des migrations pour soins. Faute de cette connaissance, il semble que se construit – si ce n'est dans un douteux « imaginaire collectif », en tout cas dans l'esprit de nombre de décideurs et d'élus – le stéréotype du « clandestin prêt à tout pour venir se faire soigner en France », alimenté par l'augmentation statistique d'un indicateur (celui des demandes de titre de séjour pour soins), le bilan pour le moins réservé de l'aide au développement en matière de santé en direction des pays les moins avancés et la crainte d'un monde globalisé qui abolit les distances et les frontières.

Dans les pays d'origine, la composante sanitaire des raisons initiales d'émigrer reste aussi mal connue. Si on sait que, globalement, ce sont plus volontiers les individus les mieux portants qui émigrent (cf. le classique « biais de migration » des démographes et des épidémiologistes), à l'inverse, des malades qui ne trouvent pas de soins adaptés dans leur pays peuvent vouloir émigrer (temporairement ou définitivement) dans un pays où ils sont disponibles. Le poids et les intrications des raisons sanitaires vis-à-vis d'autres facteurs sociaux – économiques, financiers, familiaux, sociaux ou politiques notamment – méritent à ce titre d'être étudiés, ces autres facteurs pouvant tout aussi bien faciliter ou empêcher (le plus souvent sans doute) un projet de « migration sanitaire » de se concrétiser ou même d'être envisagé.

Toutes ces interrogations se posent par ailleurs dans un contexte international marqué par 4 tendances fortes : 1) l'intensification générale des migrations humaines internationales ; 2) les révisions restrictives des politiques migratoires européennes (et particulièrement française) ; 3) des débats récurrents sur les conséquences et les enjeux sociaux, politiques, économiques, éthiques et sanitaires de ces 3 phénomènes conjugués ; 4) les interrogations des institutions d'aide au développement quant à l'impact d'investissements dans le secteur de la santé sur les flux migratoires.

Ce questionnement s'inscrit également dans une histoire singulière - celle de la colonisation - qui concourt, toujours aujourd'hui, à modeler les rapports et les représentations respectives des anciens colonisateurs et des anciens colonisés : représentations des détresses et des

aspirations du Sud et, en miroir, des « possibles » au Nord.¹

Il s'inscrit enfin dans une réalité épidémiologique, économique et sanitaire qu'on ne peut nier : l'incapacité, pour nombre de pays en développement, de garantir à leur population un accès équitable à des soins de santé de qualité, notamment pour les soins lourds, chroniques, coûteux et/ou de haute technologie alors même que ces pays connaissent une transition épidémiologique qui se traduit par le cumul d'une augmentation continue de la part des pathologies chroniques dans le poids total de leur morbidité (disease burden) et d'une incidence toujours élevée de pathologies infectieuses. Cette transition, le retard pris dans la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement en matière de santé² et la diminution globale de l'aide au développement de certains pays industrialisés³ laissent penser que les profondes inégalités dans l'offre de soins entre le Nord et le Sud ne se combleront pas dans un proche avenir.

La santé des immigrés, un champ de recherche insuffisamment exploré

Un lexique des termes utilisés relatifs aux profils migratoires (migrant, étranger, immigré...) est présenté en Annexe 1.

Cet axe de recherche « Migration/Santé » s'intéresse à l'état de santé et au recours aux soins des immigrés, domaines de recherche qui restent peu étudiés en France (contrairement à d'autres pays) et notamment en épidémiologie.

Bien que les recherches et les rapports sur ces sujets montrent que les migrations ont des conséquences néfastes sur la santé⁴, les liens entre migration et santé sont complexes. En effet l'hypothèse du « biais de migration » suppose que les migrants ont un meilleur état de santé que la population de leur pays d'origine, les personnes en bonne santé étant plus aptes à émigrer.

Cependant cet effet de sélection peut être contrebalancé par les effets délétères à moyen ou long terme de la migration, tels la perte du réseau social et l'isolement que l'on sait associés à une dégradation de l'état de santé⁵.

Outre un possible effet propre de la migration, le fait d'être étranger ou d'origine étrangère peut être source d'inégalités de santé au travers de la situation socio-économique des immigrés dans le pays d'accueil (conditions de travail plus pénibles, chômage, logement plus précaires, niveaux de rémunérations plus faibles...), de discriminations dans l'accès aux soins et d'un recours aux soins plus complexe du fait d'une moins bonne connaissance du système de santé et d'une moindre maîtrise de la langue.

Enfin au-delà du statut migratoire et de la nationalité, le statut juridique et le fait d'être en situation irrégulière, sont aussi source d'obstacles dans l'accès aux soins, car si l'accès à une couverture maladie via l'Aide Médicale d'Etat (AME) est possible en France pour les étrangers en situation irrégulière pouvant justifier d'une résidence de plus de trois mois sur le

¹ Bayart JF, Bertrand R, Gordadze T, Hibou B, Mengin. *Legs colonial et gouvernance contemporaine*. AFD, Document de travail, mars 2006, n°13, 22 p.

² Organisation mondiale de la Santé. *La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement*. Genève, OMS, 2005.

³ OECD. *Fléchissement des opérations d'allongement de la dette et légère augmentation des autres formes d'APD*. Paris, Communiqué du 04/04/2008.

⁴ WHO (OMS), *International Migration, Health & Human Rights*. Health & Human Rights Publications Series Issue N°4. Genève, 2003

⁵ Chauvin P, Parizot I, Revet S, *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Ed. Inserm, Collections : Questions en santé publique, 2005, 325 p.

territoire, les conditions d'accès à ce dispositif ont été durcies depuis 2002, de nombreuses personnes éligibles ne font pas valoir ce droit, et enfin les refus de soins en médecine libérale pour ses bénéficiaires sont fréquents⁶.

Un premier objet d'étude spécifique : le cas de Mayotte

Dans le cadre d'un partenariat initié entre la Division « Santé et protection sociale » de l'AFD et l'équipe DS3 de l'UMRS 707 (Inserm – Université Pierre et Marie Curie) sur ces questions, une première étude a été réalisée à Mayotte en 2007-2008⁷.

Cette étude a consisté en une analyse du recours aux soins des immigrés et de la place de la santé dans leurs motifs d'émigration et d'installation à Mayotte auprès d'un échantillon représentatif de la population résidant sur ce territoire. Elle a montré que seulement 11% de la population immigrée a migré et/ou s'est installée à Mayotte pour des raisons de santé (la majorité de la population immigrée ayant migré pour des raisons économiques (50%) et familiales (26%)). Cette étude a par ailleurs montré que l'état de santé des étrangers était moins bon et leur accès aux soins plus difficile que ceux des français. D'un point de vue méthodologique, elle a confirmé la faisabilité de ce type d'enquête auprès des immigrés, qu'ils soient en situation régulière ou non, tout en montrant les difficultés techniques d'un échantillonnage représentatif sur une population mal connue.

Le contexte en Guyane

La Guyane, qui comprend 206 000 habitants au 1er janvier 2006⁸, se caractérise par une croissance démographique exceptionnelle et le brassage des populations qui la composent, résultat de vagues successives de migration. Jusqu'aux années soixante, la population était essentiellement composée d'Amérindiens, de Créoles, de Noirs Marrons et de Métropolitains. Mais l'ouverture de chantiers, notamment les travaux du Centre Spatial Guyanais (CSG), vont susciter l'arrivée d'immigrés natifs du Brésil et d'Haïti principalement, de Sainte-Lucie, du Guyana ou du Suriname. Du fait d'un niveau de vie élevé comparativement aux pays voisins, et de la perméabilité de ses frontières, la Guyane continue à susciter l'intérêt des pays voisins. La part d'immigrés parmi la population du département est de 29,5% en 2006 et le nombre de personnes en situation irrégulière est estimé entre 30 000 à 35 000 personnes⁹. Après avoir connu l'« obsession du peuplement »¹⁰, les autorités désignent aujourd'hui l'immigration comme un problème majeur en Guyane. Cette « pression migratoire » menacerait l'ordre public et la cohésion sociale, économique et culturelle de la Guyane. L'attention est portée sur les coûts pour l'Etat et les collectivités locales de la présence d'étrangers qui immigreraient pour avoir accès à de meilleurs soins et pour que leurs enfants puissent bénéficier d'un système scolaire de meilleure qualité ; enfin, de nombreuses femmes viendraient accoucher sur le territoire afin que leurs enfants acquièrent la nationalité française.¹¹

⁶ Médecins du Monde, *Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde*, Octobre 2008.

⁷ Florence S, Lebas J, Lesieur S, Chauvin P, *Santé et Migration à Mayotte*, Rapport final à l'AFD, Avril 2008 (en ligne sur le site internet de l'équipe : <http://www.b3e.jussieu.fr/ds3/>)

⁸ *Enquêtes de recensement de la population*. Premiers Résultats N°38, INSEE Antilles-Guyane, Jan 2009

⁹ *Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine*, Tome I : Rapport. OTHILY G (Président), BUFFET François-Noël (Rapporteur), Sénat, Avril 2006, 237p.

¹⁰ Cherubin B, *Interculturalité et créolisation en Guyane française*, Ed : L'Harmattan, 2002, 270 p.

¹¹ *Cette France là* : 06/05/2007-30/06/2008, Volume 1, Collectif, Ed : Association Cette France là, Diffusion : La Découverte, 448 p

Il n'existe cependant pas d'études sur les motivations des migrants en Guyane, ni sur l'impact de ces migrations sur le système de soins.

Le cas particulier de l'Ouest guyanais

L'Ouest Guyanais, s'est développé en marge du pôle administratif et économique cayennais. S'il a été peu touché par les migrations économiques des années 70 et 80, la guerre civile au Suriname (1986-1992) et la crise économique surinamaïse, ont entraîné un afflux massif de « réfugiés » (Noirs Marrons et Amérindiens) qui se sont installés sur la rive guyanaise du fleuve Maroni. Ces « recompositions territoriales »¹² ont entraîné l'émergence d'un nouveau pôle démographique à Saint Laurent du Maroni, dont la population a été multipliée par près de 6 en 25 ans¹³.

L'espace transfrontalier du Maroni constitue une unité territoriale porteuse d'une identité socio-culturelle et démographique commune. Le fleuve Maroni, est aussi source de richesse par le biais d'une économie transfrontalière informelle qui constitue souvent une des seules conditions de survie dans cet espace estuarien en crise. Ainsi « les populations transfrontalières sont mobiles, sans pour autant être migrantes »¹⁴. Nous parlerons par la suite de migrations pendulaires, pour caractériser ces mobilités transfrontalières.

Depuis la destruction de l'hôpital d'Albina¹⁵, le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) à Saint Laurent du Maroni, représente l'unique offre de soins secondaires de la zone frontalière. Il y a une perception grandissante d'un fardeau que représenteraient les migrants étrangers pour l'hôpital de Saint Laurent du Maroni. L'attention est portée sur le coût élevé des soins médicaux délivrés aux patients en situation irrégulière et/ou dénués de couverture maladie. La maternité enregistre un nombre croissant de naissances, et pour de nombreux acteurs, tant élus que soignants, « la possibilité d'accéder ou de faire accéder leurs enfants à la nationalité française inciterait nombre de femmes enceintes ressortissantes du Suriname ou du Guyana, à venir irrégulièrement sur le territoire national afin d'accoucher dans la maternité de Saint-Laurent du Maroni »¹⁶.

Quelles sont la nature et l'ampleur des « migrations pendulaires » pour soins ? Quels en sont leurs déterminants sanitaires et/ou socio-économiques ? Quel en est l'impact sur le CHOG ?

Ces questions se posent dans un contexte de coopération transfrontalière en matière de santé qui s'inscrit dans la politique de coopération bilatérale mise en place depuis 2003 par le gouvernement français. L'AFD a approuvé, fin 2008, l'octroi d'un financement à la République du Suriname pour soutenir ses investissements dans le secteur de la santé. Le projet comporte notamment la reconstruction et l'équipement du centre de santé d'Albina¹⁷.

¹² F. Piantoni. *Les recompositions territoriales dans le Maroni : relation mobilité-environnement*. Revue Européenne des Migrations Internationales (2002) Volume 18, Numéro 2, p. 11-49

¹³ Saint-Laurent du Maroni comptait près de 6000 habitants au recensement de 1982 et plus de 33 000 en 2006

¹⁴ F. Piantoni. *L'enjeu migratoire en Guyane française*. Editions Ibis Rouge. 2009

¹⁵ Albina est la ville située en face de Saint Laurent du Maroni, sur la rive surinamaïse du fleuve Maroni

¹⁶ *Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine*, Tome I : Rapport. OTHILY G (Président), BUFFET François-Noël (Rapporteur), Sénat, Avril 2006, 237p.

¹⁷ AFD. Suriname : *Appui au secteur de la santé*. Fiche Presse sur le terrain N°2, décembre 2008

La problématique « migration et soins » en Guyane

Dans ce contexte, la problématique du lien éventuel entre les migrations et la demande de soins s'articule autour de **deux thèmes** selon que l'on considère les migrations durables ou les mouvements ponctuels :

- la migration de longue durée pour des raisons sanitaires, en raison de systèmes de soins défaillants dans les pays proches ;
- les migrations pour soins à Saint-Laurent du Maroni, et plus largement le long du Maroni, plus « pendulaires ».

A partir de ces constats, **les objectifs principaux de l'étude** sont les suivants :

1. Estimer le poids des déterminants sanitaires dans l'ensemble des déterminants de la migration de longue durée, par rapport aux autres motifs (notamment économiques ou familiaux) ;
2. Estimer et décrire la part des migrations pendulaires à Saint-Laurent du Maroni, auprès de la population ayant recours au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, notamment aux services de la maternité et des urgences.
3. Analyser l'état de santé et le recours aux soins des populations en fonction de leur statut migratoire.

Le protocole de l'étude en Guyane

Afin de répondre à ces objectifs, **deux principaux axes de recherche ont été mis en œuvre** :

- d'une part, le recueil et l'analyse des données existantes, conjugué à une enquête en population générale dans les deux principales villes de la Guyane (Cayenne et Saint-Laurent du Maroni);
- d'autre part, la réalisation d'enquêtes spécifiques autour de la problématique des migrations pour soins à Saint-Laurent du Maroni, avec un accent mis sur les accouchements.

Le contexte Guyanais

Géographie

La Guyane se situe au nord-est du continent sud-américain et s'intègre dans le plateau des Guyanes. D'une superficie de 83 354 km², elle forme le plus vaste des Départements d'Outre Mer.

La Guyane est bordée au nord par l'océan Atlantique sur environ 320km, à l'ouest par le Suriname (520 km de frontières), au sud et à l'ouest par le Brésil (580 km de frontières).

Le département est couvert à 94% par de la forêt amazonienne, sillonnée de rivières et de fleuves entrecoupés de rapides.

Le climat est de type équatorial humide, l'humidité moyenne est comprise entre 80 et 90%.



Statut et organisation

La Guyane, à l'instar de la Martinique, de la Guadeloupe et de La Réunion a été intégrée dans le cadre national de droit commun par la loi de départementalisation du 19 mars 1946, avec la possibilité de « faire l'objet des mesures d'adaptation nécessitées par leur situation particulière » (article 73 de la constitution de 1958).

La loi du 2 mars 1982, « loi de décentralisation », a transformé la Guyane en une région française d'Outre-mer (ROM). Le territoire est donc une région monodépartementale. Conseil

général et Conseil régional exercent leurs compétences respectives sur le même espace, avec un seul préfet.

Le statut de Région ultrapériphérique de l'Europe (RUP) permet des dérogations au droit communautaire, notamment en matière fiscale avec le maintien de l'octroi de mer, et donne accès aux financements de la politique régionale européenne.

Population

Une forte croissance et une population très jeune

La population est estimée par l'INSEE à 206 000 habitants au 1er janvier 2006¹⁸. La Guyane est la région la plus jeune de France, avec 45% de moins de 20 ans alors que seulement 6% de la population a plus de 60 ans¹⁹. La jeunesse de la population s'explique en grande partie par la fécondité élevée : 3,8 enfants par femme. Le fort excédent des naissances sur les décès contribue pour deux tiers à la croissance démographique qui s'élève à 4% par an.

Une répartition très inégale de la population

Si la densité moyenne est faible (2 habitants au km²), la population est en revanche très inégalement répartie sur le territoire départemental : la majorité de la population est regroupée sur les communes urbaines du littoral.

Une forte présence de la population immigrée

En 2006, les immigrés²⁰ représentent 29,5% de la population régionale. Leur part dans la population a augmenté par rapport à 1999 (+3 points) et est revenue au niveau atteint en 1990. La Guyane reste la région française où la part de la population immigrée est la plus forte (près de deux fois plus qu'en Île-de-France, seconde région en terme de présence d'immigrés).

Les immigrés résidant en Guyane proviennent de 107 pays différents. Mais près de 95% d'entre-eux sont originaires d'Amérique du Sud ou de la Caraïbe, pour l'essentiel du Suriname (31% des immigrés), d'Haïti (27%) et du Brésil (25%).

Les vagues migratoires et les principaux groupes ethniques²¹

Un rapide historique des vagues migratoires

Des Européens accostent pour la première fois en Guyane au début du 16^{ème} siècle et la colonie devient française en 1604. Se succèdent plusieurs tentatives de peuplement, et leurs échecs : la traite des esclaves (1670-1848), « l'expédition de Kourou » (1763-1765), le bagne (1852-1938). La Guyane acquiert sa réputation « d'enfer vert ». La première vague d'immigration « spontanée » est la ruée vers l'or (1880-1930). Ces migrants sont surtout des Créoles issus des Antilles (Guadeloupe, Martinique, Dominique et surtout Sainte-Lucie).

¹⁸ INSEE. *Enquêtes de recensement de la population. Premiers Résultats N°38*, 2009.

¹⁹ INSEE. *Recensement de la population de 2006. La Guyane : une région jeune et attractive*. Premiers résultats N°47, 2009.

²⁰ Les définitions relatives aux profils migratoires sont présentées en Annexe 1

²¹ Estelle Carde. *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etudes en France métropolitaine et en Guyane*. Thèse de sociologie, Université Paris XI, 12 septembre 2006

Après avoir été une colonie pendant presque 350 ans, la Guyane devient en 1946 un département d'outre-mer. On observe alors une relance de l'immigration en provenance de la France métropolitaine et des Antilles françaises. Surtout, la Guyane attire une importante main d'œuvre étrangère suite à l'implantation du Centre Spatial Guyanais (CSG) en 1962, et le lancement de grands travaux. Ces chantiers vont susciter l'arrivée d'immigrés originaires du Brésil et d'Haïti principalement, de Sainte-Lucie, du Guyana ou du Suriname. Puis se superposent de nouvelles migrations « forcées » : Noirs Marrons et Amérindiens chassés par la guerre civile au Suriname (1986-1992). Alors que dans les années 80, les grands chantiers s'achèvent et le chômage s'installe, les flux de migrants fuyant les difficultés économiques et politiques de leurs pays semblent toujours vigoureux.

Les « primo-occupants » : Les Amérindiens, les Noirs Marrons et les Créoles

Avant l'arrivée des premiers européens, environ 30 000 **Amérindiens** peuplaient la Guyane. Ces populations furent décimées (esclavage, maladies virales importées). Les Amérindiens se répartissent aujourd'hui en six groupes, certains vivent sur les côtes et d'autres à l'intérieur: les Kanli'nas, les Palikurs, les Wayanas, les Wayampis, les Arawaks et les Emerillons. Les Amérindiens ont été rapidement faites « nations libres » : nations indépendantes sous protectorat. Ce statut a perduré du 17^{ème} siècle jusqu'en 1969, date à laquelle ceux qui ne l'avaient pas encore, se sont vus attribuer la nationalité française.

Les **Noirs Marrons**²² sont les descendants des esclaves d'origine africaine enfuis des colonies esclavagistes. Si la Guyane a été peu touché par le marronnage, en revanche, il a été important au Suriname, où les Noirs Marrons se sont réfugiés dans la forêt équatoriale et ont constitué des communautés autonomes. Certaines de ces communautés se sont réfugiées sur la rive française du fleuve Maroni dès la fin du 18^{ème} siècle. Les Français leur ont reconnu en 1860 le statut de protégés français et tout comme les Amérindiens de Guyane, ils se sont vus attribuer la nationalité française. D'autres communautés sont arrivées beaucoup plus récemment, chassés par la guerre civile au Suriname (1986-1992). Aucun statut ne fut accordé à ces populations, et ils devinrent des « PPDS » (Personnes Provisoirement Déplacés du Suriname). Quatre peuples marrons sont représentés en Guyane française aujourd'hui : les Aluku (Boni), les Ndjuka, les Paramaka et les Saramaka. Deux autres peuples, les Matawai et les Kwinti, n'ont jamais représenté une présence significative en Guyane²³.

Les Créoles²⁴ ont représenté jusqu'aux années 1980 la majorité de la population guyanaise. A partir de la départementalisation en 1946, les Créoles, qui vivent surtout sur le littoral, ont investi le système politique guyanais. Leurs positions seront encore renforcées avec la décentralisation. Aujourd'hui les Créoles subissent un renversement de rapport démographique²⁵.

²² « Marron » vient de l'espagnol « cimarron » qui à l'origine désignait le bétail échappé dans les collines d'Hispaniola. A la fin des années 1530, il a commencé à s'appliquer exclusivement aux fugitifs afro-américains et s'est teinté d'une forte connotation de courage et de caractère indomptable (Source : ci-dessous). L'expression de « Bushi Nenge » (homme de la forêt) est aussi de plus en plus utilisée.

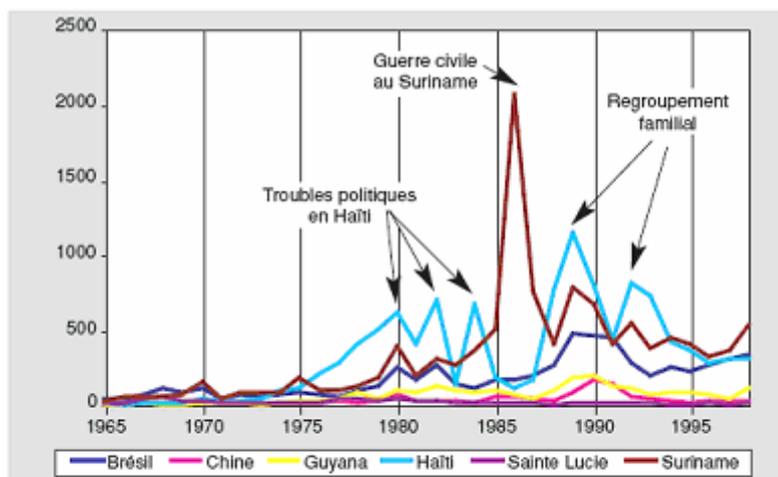
²³ R. Price, S. Price. *Les Marrons*. Editions : Vents d'Ailleurs. Collection : Cultures en Guyane. 2005

²⁴ Le terme « Créole » qualifie les descendants des esclaves émancipés.

²⁵ Jolivet M.J., *La créolisation en Guyane : un paradigme pour une anthropologie de la modernité créole*. Cahiers d'études africaines, Vol 37, Cahier 148, La Caraïbe : Des îles au continent (1997), pp 813-837

Les immigrés de la seconde moitié du 20ème siècle

Figure 1 : Année d'arrivée en Guyane selon le pays de naissance des immigrés présents au recensement de 1999²⁶



Lecture : 1 100 immigrés natifs d'Haïti, résidant en Guyane en 1999, sont arrivés en 1989.
Source : Insee - Recensement de la population 1999.

L'immigration des **Haïtiens** a débuté au milieu des années 70, pour fuir les difficultés économiques et politiques de leur pays, le plus pauvre d'Amérique. Elle fut particulièrement forte dans les années 80. La politique de regroupement familial a permis un rebond de l'immigration haïtienne entre 1990 et 1999. En 1999, ils représentaient 28,2% des immigrés et la proportion de français par acquisition était de 8%.

Les **Brésiliens** ont commencé à venir en Guyane à la fin des années 60 pour travailler sur les chantiers de construction. Tout comme la communauté haïtienne, la communauté brésilienne a connu une forte expansion dans les années 90. En 1999, ils représentaient 16,8% des immigrés et la proportion de français par acquisition était de 9%.

Les **Guyaniens** (originaires du Guyana), d'immigration plus récente, sont moins nombreux (5,8% des immigrés en 1999) et vivent dans des situations socioéconomiques souvent particulièrement précaires.

Les autres communautés

Brièvement, les autres communautés sont :

- Les **Métropolitains**²⁷ ont commencé à venir en Guyane avec la départementalisation. Selon le recensement de 1999, les personnes nées en métropole représentaient 12% de la population guyanaise.
- Les **Chinois** : leur immigration a commencé à la fin du 19ème siècle. Ils représentaient 3,1% de la population immigrée en 1999. Il est cependant difficile d'évaluer l'importance des flux en raison de nombreuses migrations de transit. La communauté chinoise est fortement intégrée dans le système économique local, en particulier dans le commerce.

²⁶ Atlas des populations immigrées en Guyane. INSEE Antilles Guyane/ACSE. Editions 2006

²⁷ En Guyane, le nom de « Métropolitain », désigne les Blancs nés en France Métropolitaine

- Les **Sainte-Luciens**, Créoles des Antilles anglaises, ont commencé à venir en Guyane au moment de la ruée vers l'or, à la fin du 19ème siècle. Ils représentaient 3% de la population immigrée en 1999.
- Les **Guadeloupéens** et les **Martiniquais**, Créoles des Antilles françaises, venus eux aussi au moment de l'or, puis après l'éruption de la Montagne pelée en 1902 en Martinique.
- Les **Hmong** : partis de Chine du Sud, ils ont fui le Laos puis les camps de réfugiés de Thaïlande. Dans le cadre du « Plan Vert », des familles furent recrutées entre 1977 et 1979 pour créer des villages agricoles en Guyane (Cacao à l'est du département et Javouhey à l'ouest). Ils représentaient 2% de la population immigrée en 1999.
- Enfin, mentionnons la présence de **Dominicains, Libanais, Indonésiens, Péruviens...**

L'immigration récente (2001-2006)

L'analyse des données du recensement de 2006²⁸ montre que entre 2001 et 2006, les arrivées en provenance du reste de la France sont plus nombreuses que les arrivées en provenance de l'étranger (12 900 contre 9700), bien que le solde migratoire entre la Guyane et le reste de la France soit négatif (plus de départs que d'arrivées). Au total en 2006, 5% des habitants de Guyane résidaient à l'étranger cinq ans plus tôt. Plus de la moitié de ces nouveaux arrivants étrangers vivaient au Brésil en 2001, un quart en Haïti et 12% au Suriname.

Contexte économique et social

La Guyane a bénéficié depuis le début des années 90 d'un réel développement. La taille de son économie a doublé, grâce à une croissance plus élevée que celle de la plupart des autres régions françaises. Cette vive croissance ne permet cependant pas de pallier la forte croissance démographique et la Guyane est confrontée à un véritable décrochage de ses indicateurs socio-économiques. Le PIB par habitant stagne depuis le début des années 90 et la divergence avec la métropole s'accroît au fil du temps, tant en terme de richesses créées que de revenus distribués (le revenu par habitant était inférieur de 52 % à celui de la France métropolitaine en 2006)²⁹.

L'économie guyanaise se caractérise par une faible compétitivité, une forte dépendance et une balance commerciale lourdement déficitaire. Elle exporte peu et son économie est largement dépendante des transferts publics (37 % du PIB en 2006).

L'activité est essentiellement tournée vers les services (trois-quarts des salariés). La sphère publique a un poids prépondérant dans l'activité économique guyanaise : les trois fonctions publiques (d'État, territoriale et hospitalière) emploient 44 % des salariés contre 21 % en France métropolitaine. A Saint-Laurent du Maroni, la fonction publique concentre deux emplois sur trois et les trois-quarts de la masse salariale.

Le taux de chômage s'élève à 20,6% de la population active en 2006. Plus que dans les autres DOM, les actifs de Guyane sont pénalisés par des niveaux de formation très inférieurs à la moyenne (37% de bacheliers par génération en 2006, versus 64 % en métropole), et par un chômage de longue durée (81% des chômeurs cherchent un travail depuis plus d'un an versus 41% en métropole, plus de la moitié des chômeurs guyanais le sont depuis plus de 3 ans).

²⁸ INSEE. *Recensement de la population de 2006. La Guyane : une région jeune et attractive*. Premiers résultats N°47, 2009.

²⁹ *Guyane, un développement sous contraintes, Bilan macroéconomique 1993-2006*, CEROM / AFD / IEDOM / INSEE Antilles Guyane, juin 2006

De fortes inégalités

La Guyane apparaît très fortement inégalitaire. On peut distinguer plusieurs types d'inégalités :

- **Des inégalités géographiques internes**, qui sont de deux types : une fracture intérieur/littoral où l'intérieur reste un espace « peu peuplé, enclavé et non assimilé »³⁰ et une fracture Est/Ouest entre le bipôle Cayenne-Kourou et l'Ouest Guyanais. A titre indicatif, le tableau ci-dessous compare quelques indicateurs issus du Recensement Général de la Population (RGP) de 2006 entre Saint Laurent du Maroni, Cayenne et l'ensemble de la Guyane.
- **Des inégalités salariales internes** : les niveaux de rémunération des fonctionnaires de l'administration d'Etat sont majorés³¹, créant une stratification sociale qui apparaît pour beaucoup injustifiée³².
- **Des inégalités selon l'origine** : Les immigrés et les étrangers font face à des situations socio-économiques plus difficiles : les immigrés ont des niveaux d'éducation plus faibles, un taux de chômage plus élevé (en 1999, près de un actif immigré sur deux est au chômage, contre 30% de la population régionale), ils occupent plus souvent des emplois peu qualifiés et souvent précaires (63% des travailleurs immigrés sont ouvriers ou employés en 1999 versus 54% en Guyane)³³... Par ailleurs on assiste depuis ces dernières années à une stratification hiérarchique du système social, basée selon F. Piantoni, sur la légitimité du lien historique à l'espace³⁴ : les groupes immigrés spontanés récents (Brésiliens, Haïtiens, Surinamais) constituent les composantes les plus dévalorisées de la société guyanaise.

Tableau 1 : Comparaison de quelques indicateurs socio-économiques entre les villes de Cayenne, Saint Laurent du Maroni et l'ensemble de la Guyane (Source : RGP 2006)

	Cayenne	Saint Laurent du Maroni	Guyane
Population (nombre d'habitants)	58 004	33 707	205 954
Proportion des moins de 20 ans	39,2%	53,9%	45%
Proportion de logements sans eau	4,3%	31,7%	14%
Taux de chômage ³⁵	22,4%	43%	28,6%
Proportion des plus de 15 ans n'ayant aucun diplôme	45,2%	71,2%	52,7%
Proportion d'immigrés dans la population	28,1%	33,8%	29,5%
Taux de chômage parmi les immigrés	41,2%	47,8%	45,4%

³⁰ F. Piantoni. *L'enjeu migratoire en Guyane française*. Editions Ibis Rouge. 2009

³¹ Ripert Jean. *L'égalité sociale et le développement économique dans les DOM*, Rapport au Ministre des DOM-TOM. Collection des rapports officiels. La documentation française. 1990

³² Ces sur rémunérations ont été étendues à l'ensembles des branches de la fonction publique mais aussi à l'ensemble des cadres de la fonction privée.

³³ *Atlas des populations immigrées en Guyane*. INSEE Antilles Guyane/ACSE. Editions 2006

³⁴ F. Piantoni. *L'enjeu migratoire en Guyane française*. Editions Ibis Rouge. 2009

³⁵ Le chômage au recensement est plus élevé que le chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) car les personnes inactives ont parfois tendance à se déclarer au chômage alors qu'elles ne répondent pas à tous les critères du BIT

Les transferts sociaux permettent d'atténuer ces inégalités

Le nombre d'allocataires du RMI au 1er janvier 2006 est de 12 847 (soit 131,7 pour 1000 personnes de 20 à 59 ans versus 33,1 en métropole). La part des prestations sociales est élevée pour les bas revenus guyanais : elles représentent près de 60 % de leurs ressources, contre moins de 20 % de revenus d'activités. Les transferts sociaux réduisent notablement la proportion des bas revenus : en Guyane, le taux de pauvreté serait de 37 % au lieu de 25 %, si les prestations sociales ne venaient atténuer les inégalités.

Le poids de l'informel

Dans le système officiel économique guyanais marqué par un marché du travail discriminant et cloisonné, l'absence d'un secteur productif et une économie de transfert, l'informel tient une place importante. En 2006, près de 4 000 guyanais déclaraient avoir un emploi informel, soit 9 % de l'emploi total, et près de 14 % de l'emploi privé³⁶. Les activités les plus concernées étaient la construction, l'agriculture, la réparation automobile, la couture, la restauration, les ménage et garde d'enfant.... Dans l'Ouest Guyanais, le secteur informel est encore plus répandu du fait du différentiel monétaire entre la Guyane et le Suriname, et il s'inscrit pour la plupart comme une condition de survie.

Les politiques migratoires en Guyane

Les politiques migratoires en Guyane sont plus restrictives que dans l'hexagone, du fait d'un ensemble de dérogations au droit commun (article 73 et 74 de la Constitution).

Le régime de dérogation comprend plusieurs composantes:

- Une législation qui se caractérise par des conditions plus restrictives d'entrée mais aussi de circulation et de séjour entre les territoires marins et l'hexagone, par des modalités de contrôle plus étendues, par une mise en œuvre plus facile et plus rapide des reconduites à la frontière et par un accès plus difficile à la nationalité ;
- Des accords de coopération avec les pays voisins qui facilitent les procédures d'éloignement ;
- Le renforcement des équipes et des moyens matériels qui sont affectés à l'application de la politique migratoire.

Le nombre de reconduites à la frontière est en constante progression, atteignant 9 031 éloignements en 2007 en Guyane³⁷ (+51,9% entre 2005 et 2007) pour un total d'éloignements dans les DOM de 11 300 et 25 331 en outre mer. Les Brésiliens ont représenté 48 % du total des reconduites à la frontière en 2006 et les Surinamiens 46 %.

Du fait de la porosité des frontières, le nombre d'éloignés est bien moindre, puisque selon ce même rapport, environ 40 % des personnes ayant fait l'objet d'un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière étaient déjà connues des services de police.

³⁶ *Guyane, un développement sous contraintes, Bilan macroéconomique 1993-2006*, CEROM / AFD / IEDOM / INSEE Antilles Guyane, juin 2006

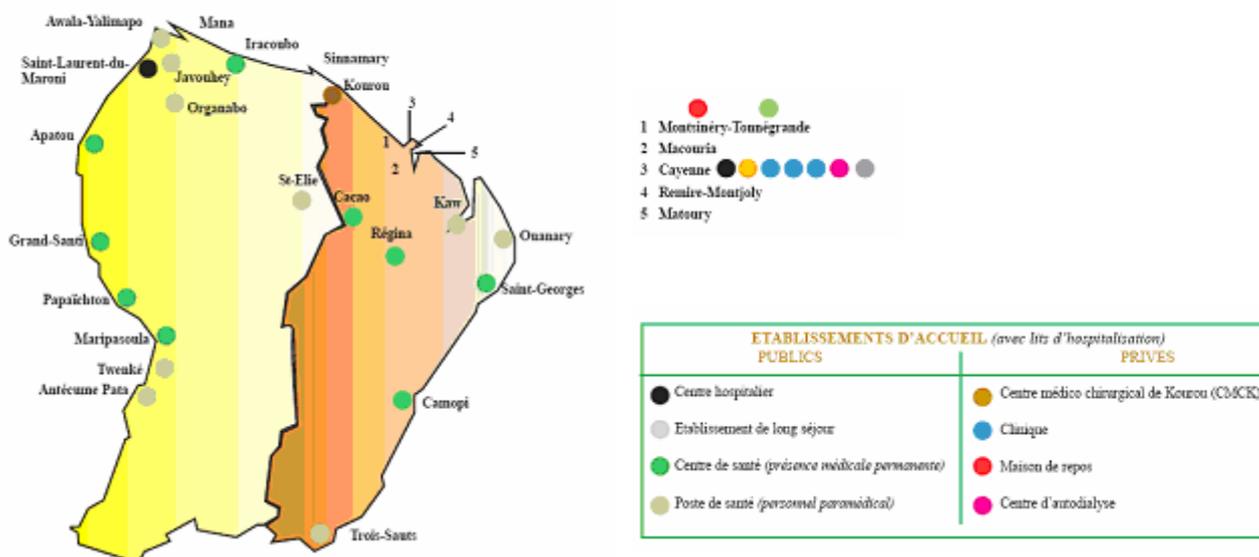
³⁷ Cointat Christian, *Projet de loi de finances pour 2009, Tome VII : Outre Mer*, Rapport du Sénat N°104, Novembre 2008.

Offre de soin

Une offre de soin insuffisante et inégalement répartie sur le territoire

Tous les rapports font état d'une offre de soin insuffisante en Guyane (ORS³⁸, DSDS³⁹, Conseil Economique et Social⁴⁰, Médecins du Monde⁴¹) : un sous équipement hospitalier pour tous les secteurs, une pénurie de personnels de santé (la densité médicale au 1er janvier 2006 était de 39 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 112 en métropole, 22 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 87 en métropole et 59 infirmiers pour 100 000 habitants contre 107 en métropole), un turn-over important des professionnels de santé, l'absence de certaines spécialités (neurologie, oncologie), une démographie médicale vieillissante et une offre inégale sur l'ensemble du territoire.

Figure 2 : Les structures sanitaires en Guyane (Source : ORS Guyane 2005)



Des inégalités sociales dans l'accès aux soins

Les inégalités sus-décrites, réparties selon des critères géographiques, socio-économiques et d'origine, se retrouvent dans l'accès aux soins. Les habitants de l'intérieur, les minorités noires marronnes et amérindiennes et les immigrés récents sont en effet désavantagés dans leur accès aux soins, par rapport aux habitants du littoral, français, créoles et métropolitains⁴² : le déploiement de l'offre de soins est entravé par les caractéristiques naturelles du territoire, les dispositifs destinés à l'accès aux soins des plus précaires (AME, CMU, PASS (permanences d'accès aux soins de santé)) font l'objet de dysfonctionnements

³⁸ ORS Guyane. *L'offre de soins en Guyane*. Bulletin Santé N°2. Juin 2005.

³⁹ DSDS. *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*. STATISS Antilles-Guyane 2007

⁴⁰ L'offre de santé dans les collectivités ultra-marines. Avis et Rapports du Conseil Economique, Social et Environnemental. Rapport présenté par Mme Jacqueline André-Cormier. Juillet 2009

⁴¹ Médecins du Monde, *Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde*, Octobre 2008.

⁴² E. Carde. *Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane*. Espace Populations Sociétés. 2009 (sous presse)

divers et enfin le champ de l'accès aux soins n'est pas étanche à la configuration plus générale des légitimités sociales en Guyane (xénophobie, minorisation de certaines communautés, etc.).

Etat de santé

La Guyane présente un certain nombre d'indicateurs de santé le plaçant en dernière place des régions françaises :

- Une espérance de vie à la naissance de 3 ans inférieure à la métropole (74,4 ans chez les hommes et 81 ans chez les femmes, contre respectivement 77,3 et 84,1 ans en métropole en 2006)
- Un taux de mortalité qui semble faible en apparence (3,6 pour 1000 contre 8,6 pour 1000 en métropole en 2007), mais une surmortalité globale lorsque l'effet de structure par âge est éliminé. Trois causes principales de surmortalité sont alors identifiées : les affections cardio-vasculaires, les causes extérieures de traumatismes (violences, suicides, accidents de la circulation...) et les pathologies infectieuses⁴³.
- Un taux de mortalité infantile⁴⁴ qui reste élevé malgré une nette amélioration (12,1 pour 1000 naissances vivantes versus 3,7 pour 1000 en métropole en 2007)
- Un taux de prévalence du VIH le plus élevé de France (en 2006, le taux par million d'habitants de découverte de l'infection à VIH y était de 308 contre 150 en Ile de France). La prévalence des femmes accouchées à Saint-Laurent-du-Maroni est de 1,3 %, ce qui correspond à une situation d'épidémie généralisée⁴⁵.

Par ailleurs, le territoire guyanais fait face à de nombreuses autres pathologies infectieuses (dengue, paludisme, maladie de chagas...), des problèmes spécifiques comme la drépanocytose, des pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle... ; et des enjeux plus généraux de santé environnementale : 14% des logements n'ont pas d'eau courante en 2006; les activités d'orpillage sont responsables de la présence de mercure dans la chaîne alimentaire.

Les dépenses de santé pour les étrangers malades en Guyane

Le droit au séjour pour soins : loi française et statistiques en Guyane

L'accès à une carte de séjour pour raison médicale, telle qu'elle a été instituée par la loi Chevènement de 1998, ouvre droit un titre de séjour « *à l'étranger résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge 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* ».

Ce dispositif a fait l'objet d'attaques récurrentes, se heurtant au reste de la doctrine française visant à adapter l'immigration aux exigences de l'économie et développant le concept de

⁴³ Une surmortalité prématurée due aux accidents. Antiane N° 67- Février 2007

⁴⁴ Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.

⁴⁵ F. Bourdillon, J.P. Dozon, C. Lebatard, P. Mathiot, J.L. Romero, W. Rozenbaum. L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique. Rapport de la Commission Départements français d'Amérique du Conseil national du sida. 2008

« l'immigration choisie »⁴⁶ (l'étranger malade est au contraire considéré comme « l'immigré subi »). Si ce dispositif a été jusqu'à présent maintenu, différentes mesures ont été mises en oeuvre pour restreindre le champ d'application du droit au séjour pour raisons médicales (mise en place de quotas, élaboration de fiches pays). A cela s'ajoutent des dysfonctionnements dans les procédures tels que, l'ODSE (Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers) dresse en 2008 un « bilan de santé alarmant » de la régularisation pour raison médicale en France⁴⁷.

En 2007, le nombre d'avis rendu en Guyane était de 779, ce qui représente 1,9% des dossiers traités pour l'ensemble des départements français⁴⁸. Les patients étaient principalement originaires de Haïti (45,8%), puis du Suriname (31,3%), du Guyana (8,7%) et ensuite du Brésil (6,5%). Le VIH est la première cause de ces demandes (40,6%), puis le diabète (15,4%) et les pathologies cardio-vasculaires (12%).

Nous ne disposons pas de la proportion d'avis favorables parmi les avis rendus, ni du nombre de premières demandes, ni de la part des avis multiples (plusieurs avis peuvent être émis pour une même personne au cours d'une même année, si on lui a délivré par exemple un titre de séjour de six mois ou moins), indicateurs de ce dispositif et de son évolution quantitative⁴⁹.

Mais globalement le nombre d'avis traités en Guyane représente une part extrêmement faible dans les statistiques nationales.

L'Aide Médicale d'Etat

L'aide médicale d'État (AME) est principalement destinée à prendre en charge les dépenses médicales des étrangers en situation irrégulière et sans ressources résidant en France. Rénovée le 1er janvier 2000, l'AME donne droit à la prise en charge des soins médicaux, des prescriptions médicales délivrées, aussi bien à l'hôpital qu'en ville, dans la limite des tarifs conventionnels, ainsi que de certains actes de prévention. Le bénéficiaire de l'AME doit résider en France depuis plus de trois mois, ce qu'il doit prouver en fournissant pour chaque mois un justificatif de présence. Ses ressources doivent être inférieures au plafond fixé pour la CMU complémentaire. L'AME doit être redemandée chaque année.

En 2007, un rapport d'audit sur l'AME est réalisé par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et l'IGF (Inspection Générale des Finances)⁵⁰. Il observe que le nombre de ses bénéficiaires a atteint 192 000 en 2006, malgré des conditions d'accès progressivement durcies. Les dépenses annuelles s'élèvent en moyenne à 326 millions d'euros. Les rapporteurs constatent que les dépenses par bénéficiaire restent contenues, proches de la moyenne générale de la consommation des assurés du régime général, malgré la surreprésentation de certaines maladies (VIH, tuberculose, hépatite C), qu'elles correspondent à de véritables soins et que les fraudes dans l'accès au dispositif sont limitées. Ils considèrent donc que le coût de l'AME est parfaitement justifié en termes de santé publique.

⁴⁶ Loi « Sarkozy I » du 26 novembre 2003, loi « Sarkozy II » du 24 juillet 2006, « loi Hortefeux » du 20 novembre 2007

⁴⁷ ODSE (Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers). *La régularisation pour raison médicale : Un bilan de santé alarmant*. 47p. Mai 2008

⁴⁸ Procédure « Etrangers Malades ». Statistiques portant sur l'année 2007. Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire. Paris le 5/11/2008.

⁴⁹ D'après l'ODSE, l'analyse des statistiques au niveau national montre que, bien que le nombre global de titres délivrés augmente, les premières délivrances sont en régression.

⁵⁰ Gissler E, Azoulay J, Havard H, Sourlas P, Chambaud L, Corlay D. *La gestion de l'aide médicale d'Etat : mission d'audit de modernisation*. Paris, Ministère de la santé et des solidarités, La Documentation française, mai 2007.

En Guyane, 20 000 personnes bénéficient de l'AME en 2009 et il existe peu d'informations sur l'état de santé de ses bénéficiaires. Toute la population éligible à l'AME n'engage pas spontanément une démarche d'ouverture de droits. Le manque d'information, le souhait de rester anonyme, la difficulté à constituer un dossier et en particulier à collecter les pièces justificatives nécessaires, expliquent que les personnes en situation irrégulière procèdent rarement à une demande d'AME avant d'avoir un besoin de soins⁵¹.

Le dispositif des soins urgents

Les étrangers en situation irrégulière non couverts par l'AME se font soigner dans les établissements de santé publics ou privés ou dans des structures associatives.

Le dispositif des « soins urgents » a été créé par l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003⁵² en contrepartie des restrictions apportées à l'accès à l'AME « de droit commun ». Il est désormais codifié à l'article 254-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Il permet la prise en charge de soins délivrés exclusivement à l'hôpital à des étrangers en situation irrégulière non éligibles à l'AME mais résidant en France (notamment ceux présents depuis moins de trois mois ou ne pouvant réunir les pièces nécessaires à l'ouverture des droits à l'AME), dont « *l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* ».

En 2004, les dépenses de soins urgents facturés par les hôpitaux en Guyane représentaient un tiers de la dépense totale française⁵³. D'après ce rapport, en 2005, près de 2 000 étrangers en situation irrégulière ont reçu des soins hospitaliers en Guyane, dont **plus de la moitié (52,7 %) concernaient de la gynécologie obstétrique et plus du quart (26,2 %) des soins chirurgicaux** (le plus souvent dans des situations d'urgence et liés à des traumatismes), la rétrocession de médicaments anti-rétroviraux représentant un autre poste important de dépense de soins urgents. L'analyse de l'origine géographique de ces patients faisait ressortir une part majoritaire des ressortissants du Suriname (62,5 %) et un nombre important de Brésiliens (25,7 %).

⁵¹ 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 »*. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine (santé publique) ; Université de Toulouse III, 17 janvier 2005

⁵² Loi n°2003-1312 du 30 décembre 2003.

⁵³ Gissler E, Azoulay J, Havard H, Sourlas P, Chambaud L, Corlay D. *La gestion de l'aide médicale d'Etat : mission d'audit de modernisation*. Paris, Ministère de la santé et des solidarités, La Documentation française, mai 2007.

1^{ère} partie : Enquête en population générale à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni

I. Objectifs de l'enquête en population générale

L'objectif principal de ce volet de l'étude était de mesurer le poids des déterminants sanitaires parmi les motifs de migration de la population immigrée en Guyane.

L'objectif secondaire était de comparer l'état de santé et le recours aux soins des populations en fonction de leurs profils migratoires.

II. Méthodologie

A. Schéma de l'étude

L'enquête réalisée est une étude observationnelle transversale, anonyme, représentative, conduite auprès d'un échantillon aléatoire de la population générale vivant à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni. Les participants étaient interviewés à leur domicile par des enquêteurs formés. L'enquête s'est déroulée sur une période de 6 semaines entre mars et avril 2009.

B. Population et échantillonnage

Périmètre de l'étude et population cible

Cette enquête a été conduite dans les deux villes principales de la Guyane :

- 60% dans la commune de Cayenne, qui comptait 58 004 habitants au 1er janvier 2006⁵⁴ (+ 2 % par rapport au RGP de 1999), soit 28% de la population totale du département
- et 40% dans la commune de Saint-Laurent du Maroni, qui comptait 33 707 habitants au 1er janvier 2006 (+ 8,4 % par rapport au RGP de 1999), soit 16% de la population totale du département.

La population cible est constituée de la population résidente, c'est-à-dire installée dans ces 2 communes depuis ou pour une durée d'au moins 6 mois.

Base de sondage

La base de sondage utilisée était la base des îlots géographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), contenant par îlot, le nombre de logements.

⁵⁴ Insee Antilles-Guyane, Premiers Résultats N°38, Janvier 2009

La base utilisée correspond à la base la plus récente disponible le jour de l'échantillonnage, c'est-à-dire une liste de la distribution estimée du nombre de logements par commune et îlot (données des recensements de 2005 à 2009).

La base de sondage initiale étaient composée de :

- 27 IRIS, soit 461 îlots à Cayenne (commune de Cayenne)
- 7 IRIS, soit 144 îlots à Saint-Laurent du Maroni

Des regroupements d'îlots ont été construits sur la base d'une proximité géographique afin de disposer d'un découpage intermédiaire. Ces regroupements d'îlots – appelés par la suite quartiers – se répartissent au final :

- 34 quartiers à Cayenne
- 25 quartiers à Saint-Laurent du Maroni

Saint-Laurent du Maroni est une commune très étendue (elle s'étend sur près de 5 000 km²) et certains îlots les plus éloignés du centre ville ne comptent que quelques logements. Pour répondre à des contraintes de faisabilité, il a été décidé de recourir à une définition de la ville qui correspond au centre ville élargi (voir figure 3). Ainsi, au lieu de 25 quartiers, la ville de Saint-Laurent du Maroni n'en compte plus que 17.

Procédure d'échantillonnage

Une procédure d'échantillonnage pas à pas a été mise en œuvre.

L'échantillon a été constitué aléatoirement à quatre niveaux : quartiers, îlots, logements dans l'îlot, individus dans le logement.

⇒ Tirage des quartiers

Avec l'objectif final de disposer de 1 000 enquêtes (600 à Cayenne et 400 à Saint-Laurent du Maroni) et d'avoir suffisamment d'enquêtes dans les quartiers pour exploiter - éventuellement - ces résultats par quartiers, il a été décidé d'interroger 60 personnes dans chaque quartier.

Ont donc été tirés au sort 10 quartiers à Cayenne et 7 à Saint-Laurent du Maroni en respectant la répartition en zones CUCS⁵⁵/ non CUCS, et en procédant à un échantillonnage proportionnel à l'effectif de logements des quartiers dont les tailles sont variables (tableau ci dessous). Les quartiers tirés au sort sont représentés sur la figure 3.

		Quartier CUCS	Quartiers non CUCS	Total
Cayenne	Nombre de quartiers	23	11	34
	Nombre de quartiers tirés au sort	6	4	10
Saint-Laurent du Maroni	Nombre de quartiers	10	7	17
	Nombre de quartiers tirés au sort	6	1	7

⁵⁵ Les CUCS, contrats urbains de cohésion sociale, sont des contrats entre l'Etat et une commune sur des actions de fonctionnement, dans les quartiers définis comme prioritaires et sur les thématiques de la politique de la ville : logement, social/santé, éducation/culture, prévention de la délinquance, insertion/emploi.

⇒ Tirage des îlots dans les quartiers

Nous nous sommes basé sur un taux de non réponse global de 30%, d'après différentes discussions avec l'Insee ou d'autres partenaires scientifiques ayant réalisé des enquêtes en population générale en Guyane.

Pour les quartiers composés de seulement deux ou trois îlots, tous les îlots étaient enquêtés. Pour les autres quartiers, un tirage au sort d'îlots proportionnel au nombre de logements par îlot a été effectué dans chaque quartier.

Pour s'assurer d'obtenir un nombre d'enquêtes suffisant par quartier, des listes complémentaires d'îlots étaient disponibles.

Au total 25 îlots ont été tirés au sort à Saint-Laurent du Maroni et 39 à Cayenne.

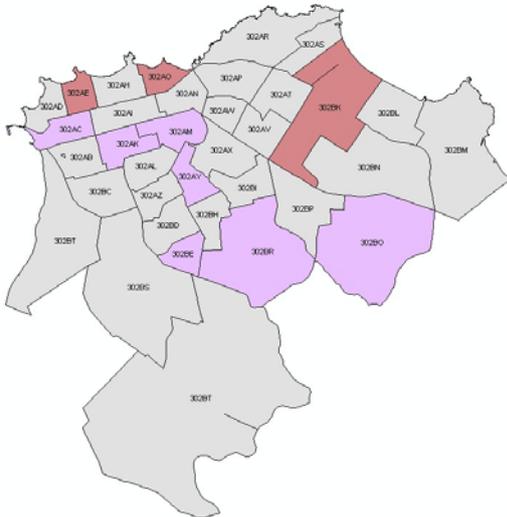
⇒ Tirage des logements dans les îlots

Ensuite, dans chacun des îlots, un pas de sondage a été calculé (1 logement sur n), proportionnel au nombre de logements dans l'îlot.

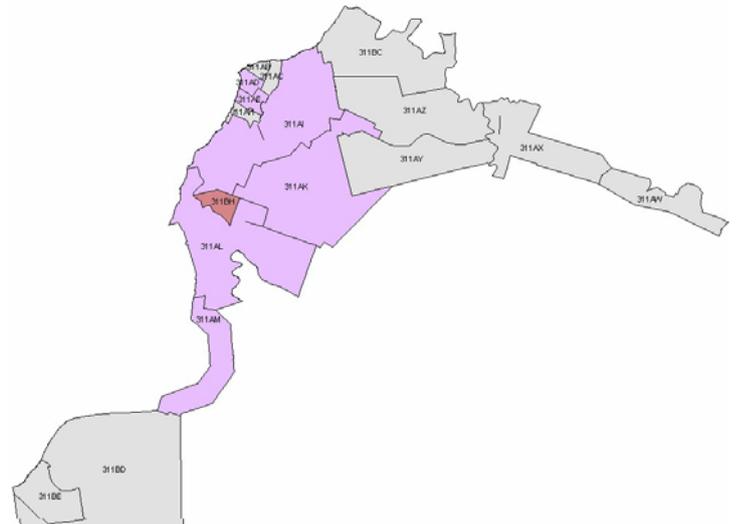
⇒ Tirage des individus dans les logements

Enfin, au sein de chaque ménage enquêté, un individu de plus de 18 ans a été tiré au sort par l'enquêteur.

Figure 3 : Carte des quartiers tirés au sort



Les quartiers tirés au sort à Cayenne



Les quartiers tirés au sort à Saint-Laurent du Maroni

(en mauve, les quartiers CUCS ; en rouge, les quartiers non CUCS et en gris, les autres quartiers, non tirés au sort)

C. Informations recueillies et modalités de recueil

Elaboration des questionnaires

Les questionnaires ont été constitués à partir des modules de l'enquête réalisée en 2007 à Mayotte et d'enquêtes sociales et sanitaires classiques (Enquêtes de recensement de l'INSEE, Enquête « Santé et Protection Sociale » de l'IRDES, Cohorte SIRS de l'équipe porteuse du projet).

Un questionnaire pilote a été testé auprès d'un échantillon raisonné et diversifié de la population cible (une cinquantaine d'individus).

Modalités de recueil

Les questionnaires ont été administrés en face à face au domicile des personnes. La passation durait en moyenne 20 à 30 minutes par ménage.

Langue du questionnaire

L'expérience locale de l'INSEE et de l'Atelier Santé Ville, qui utilisaient, pour leurs enquêtes, des questionnaires en français et formaient ensuite les enquêteurs à les traduire au moment de l'administration, nous a incité à ne pas traduire le questionnaire à l'écrit.

Contact des ménages⁵⁶ par les enquêteurs

Pour chaque îlot, différentes cartes constituaient la base sur laquelle se sont appuyés les enquêteurs pour identifier les logements. A partir d'un premier logement tiré au sort, les enquêteurs devaient relever 1 logement sur n, en suivant un certain nombre de règles garantissant le caractère imprévisible du choix des logements à enquêter.

L'étude était dans un premier temps présentée au « chef de famille » désigné par les membres du ménage. Si ce dernier était absent ou n'était pas en mesure de répondre, les questions pouvaient être posées à un autre adulte du ménage. L'identification de la personne répondant au questionnaire ménage était notée sur le questionnaire.

Au cours de la première visite, les enquêteurs justifiaient l'importance de la participation du ménage à l'étude en présentant une lettre d'information. Ils recueillaient ensuite le consentement oral et enquêtaient le chef de famille. Les membres du ménage de plus de 18 ans étaient identifiés à partir de la partie « ménage » du questionnaire. Une personne de plus de 18 ans était ensuite tirée au sort parmi l'ensemble des personnes de plus de 18 ans par la méthode de la paille marquée. Si cette personne était absente le jour de l'enquête, l'enquêteur prévoyait un rendez vous avec cette personne.

⁵⁶ Un ménage, au sens statistique, est défini comme l'ensemble des occupants d'une résidence principale, qu'ils aient ou non des liens de parenté. Un ménage peut ne comprendre qu'une seule personne. Nous sommes partis du principe que un logement comprend un ménage.

Contenu du questionnaire

Le contenu du questionnaire est présenté en Annexe 2.

D. Organisation et gestion de l'enquête

L'organisation et la gestion de l'enquête sont présentées en Annexe 3.

E. Analyses statistiques

Nous avons tout d'abord pris en compte le plan de sondage et pondéré les estimations en tenant compte des probabilités de tirage à chaque niveau. Les estimations finales (moyennes, prévalences ou pourcentages) ont ensuite été redressées en fonction de la distribution par âge, par sexe et par nationalité (française ou étrangère) de la population des deux villes en 2006 (recensement 2006 INSEE⁵⁷).

Dans un premier temps nous avons procédé à une étude descriptive des données. Les estimations finales sont présentées avec leur intervalle de confiance qui permet d'interpréter la valeur du résultat et sa précision. Notons que des comparaisons avec les données du recensement de 2006 nous ont permis de vérifier et d'estimer la représentativité de l'échantillon dans chacune des deux villes. Les analyses descriptives sont présentées séparément par ville, et des comparaisons par ville ont été effectuées. Le seuil de significativité des tests utilisés était de 5%⁵⁸.

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à étudier les liens entre profil migratoire et santé, et des modèles de régression logistique ont été utilisés. L'interprétation de ces modèles est présentée en annexe (Annexe 4).

Le logiciel utilisé était le logiciel STATA®10.

III. Résultats

Au total 1 031 adultes de plus de 18 ans ont été interrogés : 611 à Cayenne et 420 à Saint Laurent du Maroni. A Saint Laurent du Maroni, le taux de participation était de 81%, à Cayenne il était de 81,5%⁵⁹.

Deux îlots n'ont pas été pris en compte car ils comprenaient trop peu de répondants (deux personnes enquêtées par îlot).

⁵⁷ www.recensement-2006.insee.fr

⁵⁸ Lorsque le degré de significativité du test ou « p » est inférieur à 5%, on peut conclure à une différence statistiquement significative.

⁵⁹ Ces taux de participation ne tiennent pas compte des logements vides (définis par une absence de contact avec un des membres du ménage après 4 passages de l'enquêteur) et des logements vacants (logements non habités) dont la proportion parmi les logements à enquêter étaient respectivement de 16,8% et 9,4% à Saint-Laurent du Maroni et de 17,2% et 4,6% à Cayenne.

1. Caractéristiques des logements enquêtés

Type de quartier

Près de deux ménages sur trois à Cayenne et neuf ménages sur dix à Saint Laurent du Maroni, résidaient dans des quartiers faisant l'objet d'un contrat avec la politique de la ville (Contrat Urbain de Cohésion Sociale ou « quartier CUCS »).

Type de logement

Les ménages de Cayenne résidaient majoritairement dans des maisons en dur (56,9%), puis dans des appartements (32,8%). A Saint Laurent du Maroni, les ménages résidaient dans des maisons en bois (44,4%) ou des maisons en dur (48,8%). Les habitations de fortune représentaient 2,2% des logements à Cayenne et 4,9% des logements à Saint-Laurent du Maroni.

Tableau 2 : Caractéristiques des logements enquêtés

	Cayenne	Saint-Laurent	p
	%	%	
Type de quartier			0,22
- CUCS	62,5	89,9	
- Non CUCS	37,5	10,1	
Type de logement			<10 ⁻³
- Maison en bois ou maison traditionnelle	8,1	44,4	
- Maison en dur	56,9	48,8	
- Appartement	32,8	1,9	
- Habitation de fortune	2,2	4,9	
Nombre de pièces			0,15
- Une	11,5	9,7	
- Deux	24,5	23,9	
- Trois	37,1	27,4	
- Quatre ou plus	27,0	38,9	
Accès à l'eau dans le logement			0,006
- Oui	94,7	68,4	
- Non	5,3	31,6	
Statut d'occupation			0,04
- Propriétaire du logement et/ou du sol	20,0	38,0	
- Locataire ou sous-locataire	73,0	48,8	
- Logé gratuitement	7,0	13,3	

Nombre de pièces⁶⁰

Près de un logement sur dix à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni était composé d'une seule pièce. Les logements de quatre pièces ou plus représentaient 27% des logements à Cayenne et 38,9% des logements à Saint Laurent du Maroni.

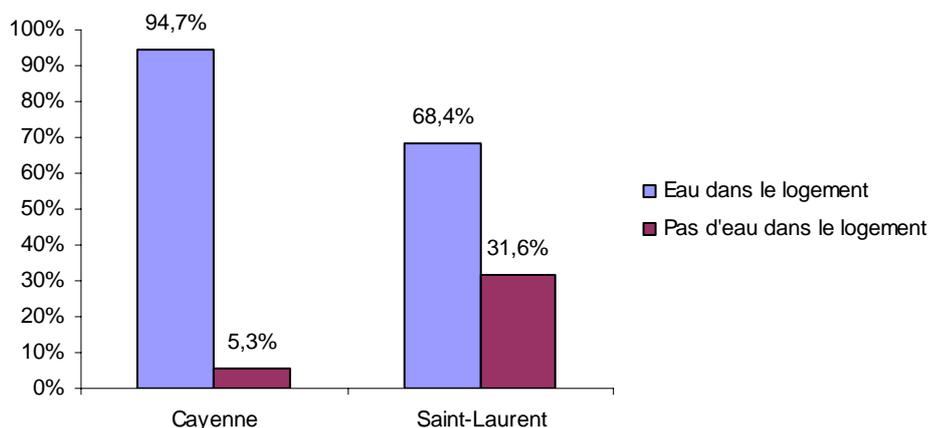
⁶⁰ Sont dénombrées les pièces à usage d'habitation. Ne sont pas comptées les pièces à usage exclusivement professionnel ainsi que les entrées, couloirs, salles de bain, ...

Accès à l'eau

Près de un logement sur trois à Saint-Laurent du Maroni ne disposait pas d'eau courante (31,6%) dans le logement. Cette proportion était de 5,3% à Cayenne.

Ces proportions sont similaires à celles du recensement INSEE de 2006 (respectivement 31,7% et 4,3%).

Figure 4 : Accès à l'eau dans le logement, par ville



Pour ces logements, l'accès à l'eau à Saint-Laurent du Maroni se faisait via la récupération des eaux de pluie (61,3%), un puit (26,4%), l'eau de rivière (23,9%), une borne fontaine (14,3%) ou chez un voisin (13,5%)⁶¹.

A Cayenne, l'accès à l'eau se faisait le plus souvent chez un voisin (48,8%), par récupération des eaux de pluie (30%), un puit (18,9%), ou via une borne fontaine (17,4%).

2. Caractéristiques des ménages enquêtés

Taille et composition des ménages

La taille des ménages était significativement plus élevée à Saint-Laurent du Maroni, le nombre moyen d'habitants par ménage était en effet de cinq personnes versus 3,5 à Cayenne ($p=0,01$).

Un ménage sur cinq à Cayenne et 15,6% des ménages à Saint-Laurent du Maroni étaient composés d'une seule personne. Un ménage sur trois à Cayenne et un ménage sur deux à Saint-Laurent du Maroni étaient composés de quatre personnes ou plus.

Revenus et condition financière perçue des ménages

Les revenus déclarés par les ménages ne différaient pas entre les deux villes. Près de un ménage sur cinq dans les deux villes a déclaré des revenus inférieurs à 500 euros. Pour cette question, 12% des valeurs étaient manquantes (soit par refus du chef de ménage, soit parce que le chef de ménage ne connaissait pas l'ensemble des revenus du ménage).

⁶¹ Cette question offrait la possibilité de plusieurs réponses, ainsi la somme des pourcentages est supérieure à 100%

Près de quatre chefs de ménage sur dix, à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni ont déclaré ne pas avoir assez d'argent pour vivre, et ne pas arriver pas à s'en sortir. Un autre tiers a déclaré avoir juste ce qu'il faut pour vivre, en se privant beaucoup⁶².

Tableau 3 : Caractéristiques socio-économiques des ménages enquêtés

	Cayenne	Saint-Laurent	p
	%	%	
Taille des ménages			0,009
- Une personne	20,3	15,6	
- Deux personnes	20,6	18,8	
- Trois personnes	25,8	15,3	
- Quatre personnes ou plus	33,3	50,3	
Revenus du ménage			0,43
- Moins de 500 euros	19,7	21,4	
- 501 à 1000 euros	30,6	22,3	
- 1001 à 2000 euros	30,0	28,9	
- Plus de 2000 euros	19,6	27,4	
Condition financière perçue			0,81
- Pas assez d'argent pour vivre	40,9	39,5	
- Juste ce qu'il faut, mais on se prive beaucoup	35,7	33,8	
- Suffisamment en faisant attention	19,2	20,3	
- On ne se prive de rien d'important / On est très à l'aise	4,2	6,4	

3. Caractéristiques socio démographiques de la population des plus de 18 ans enquêtée

La population de plus de 18 ans était composée de 47% d'hommes et de 53% de femmes, âgés de 18 à 94 ans. L'âge moyen était de 40 ans. Les habitants de Saint-Laurent du Maroni étaient significativement plus jeunes qu'à Cayenne, avec une moyenne d'âge respectivement de 35 et de 42 ans ($p < 10^{-3}$).

Niveau d'étude

Parmi les adultes de plus de 18 ans, 8,2% n'avaient jamais été scolarisés (ils étaient 15% à Saint Laurent du Maroni et 5,1% à Cayenne), 12,3% avaient arrêté leur scolarité en primaire, 21,7% avaient un niveau correspondant au premier cycle (collège), 38,2% au deuxième cycle et 19,6% avaient fait des études supérieures (21,3% à Cayenne et 15,9% à Saint-Laurent du Maroni).

⁶² La question de la condition financière perçue comprenait cinq modalités de réponse : « On n'a pas assez d'argent pour vivre, on n'arrive pas à s'en sortir », « On a juste ce qu'il faut pour vivre, mais on se prive beaucoup », « On a suffisamment pour vivre en faisant attention », « On ne se prive de rien d'important », « On ne se prive pas du tout, on est très à l'aise ». Les deux dernières modalités ont été regroupées.

Maîtrise du français

Parmi les individus de 18 ans et plus, 17,3% ne parlaient pas du tout ou avec beaucoup de difficultés le français. Cette proportion était de 30% à Saint Laurent du Maroni.

Tableau 4 : Principales variables sociodémographiques de la population

	Cayenne	Saint-Laurent	p
	%	%	
Sexe			0,38
- Masculin	45,8	49,8	
- Féminin	54,2	50,2	
Age			0,0007
- 18-30 ans	30,5	44,4	
- 31-40 ans	23,1	27,1	
- 41-50 ans	19,9	16,7	
- Plus de 50 ans	26,5	11,7	
Niveau d'études			0,14
- Jamais scolarisé	5,1	15,0	
- Maternelle/Primaire	13,5	9,7	
- Collège	19,9	25,6	
- Lycée	40,1	33,8	
- Etudes supérieures	21,3	15,9	
Maîtrise du français			0,02
- Pas du tout, très peu	11,5	30,2	
- Sans ou avec quelques difficultés,	88,5	69,8	
Activité			0,13
- Actif occupé	42,5	39,7	
- Au chômage	15,0	16,7	
- Fait des études	7,0	3,9	
- Retraité	13,3	5,1	
- Au foyer	17,1	22,7	
- Autre inactif	5,0	11,9	
Catégorie socioprofessionnelle et statut			0,7
- Fonctionnaire	12,6	10,5	
- Cadre et professions intermédiaires NF	4,1	4,1	
- Artisan/Commerçant/Chef entreprise	5,2	5,9	
- Agriculteurs et ouvriers NF	3,5	6,9	
- Employés NF	16,8	12,5	
- Aucune activité professionnelle	57,8	60,3	

NF = Non fonctionnaire

Activité

Parmi les personnes de plus de 18 ans, 41,6% déclaraient travailler au moment de l'étude (actifs occupés) ; 6% déclaraient être étudiant ou stagiaire ; 10,8% déclaraient être à la retraite, 15,5% au chômage, 18,9% au foyer et 7,2% étaient autres inactifs. On n'observait pas de différence significative entre les deux villes.

Pour 8,6% des personnes qui déclaraient travailler, il s'agissait d'un emploi non déclaré. Ce taux est similaire à celui retrouvé dans l'enquête emploi de l'INSEE en 2006 (9% de l'emploi total)⁶³.

Les activités non déclarées ou « annexes » sont fréquentes puisque au total 15,9% de la population a déclaré une activité annexe non déclarée (22,2% à Saint-Laurent du Maroni et 13,1% à Cayenne). Ils étaient 43,8% parmi les chômeurs, 6,4% parmi les étudiants, 5,5% parmi les retraités, 15% parmi les personnes au foyer, 35,1% parmi les autres inactifs et enfin 3% des travailleurs déclarés avaient aussi une autre activité non déclarée.

Catégorie socioprofessionnelle et statut

Afin de prendre en compte à la fois la catégorie socioprofessionnelle (CSP INSEE en 7 classes) et le statut d'emploi de fonctionnaire (indicateur d'une stabilité de l'emploi), nous avons créé une variable « Catégorie socioprofessionnelle et statut » qui comprend 6 modalités après regroupement de certaines CSP : les fonctionnaires (quelle que soit leur CSP), les cadres et professions intermédiaires non fonctionnaires, les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, les agriculteurs ou ouvriers, les employés non fonctionnaires et enfin les personnes au chômage ou inactives (au foyer, retraité ou étudiant).

Selon cette classification, parmi les actifs occupés, les employés non fonctionnaires sont majoritaires à Cayenne et à Saint Laurent du Maroni, représentant respectivement 16,8% et 12,5% de l'ensemble de la population des deux villes, puis les fonctionnaires représentent respectivement 12,6% et 10,5% de la population.

4. Profils migratoires

Afin d'étudier le profil migratoire des habitants, plusieurs variables ont été prises en compte : le lieu de naissance, la nationalité à la naissance et le jour de l'enquête, la date d'installation en Guyane et le statut de résidence sur le territoire pour les personnes de nationalité étrangère. Les définitions des termes employés (migrant, immigré, immigré naturalisé, étranger, étranger en situation régulière ou irrégulière, apatride, immigré récent ou ancien) sont présentées en Annexe 1.

Les profils migratoires des habitants des deux villes étant très différents, des analyses par ville sont présentées successivement.

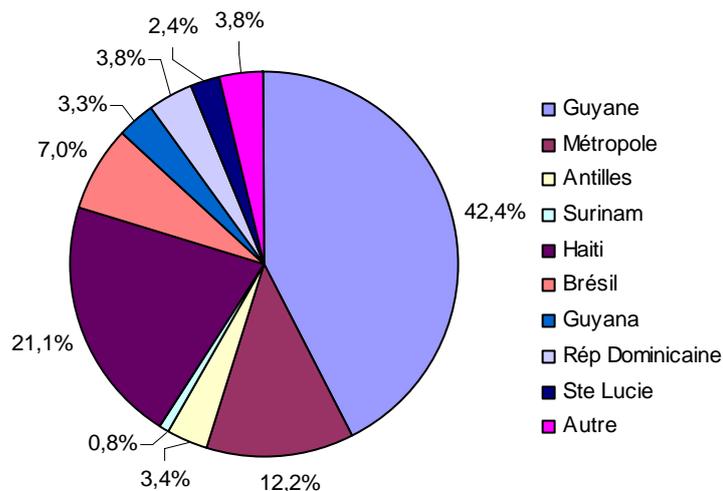
a) Cayenne

A Cayenne (Figure 5), **42,4% de la population est née en Guyane** et, donc, près de 58% de la population des plus de 18 ans est migrante : 12,2% de la population est née en métropole, 3,4% dans les Antilles (et à la Réunion), 21,1% à Haïti, 7% au Brésil, 3,3% au Guyana, 3,8% en République Dominicaine, 2,4% à Sainte-Lucie et 0,8% au Suriname. La catégorie « autre » regroupe des personnes nées en Chine (0,9%), en Afrique (0,3%), au Moyen Orient (0,2%), en Amérique du Sud (1,3%).

Les personnes de nationalité française représentent 67,5% de la population des plus de 18 ans à Cayenne.

⁶³ *Guyane, un développement sous contraintes, Bilan macroéconomique 1993-2006*, CEROM / AFD / IEDOM / INSEE Antilles Guyane, juin 2006

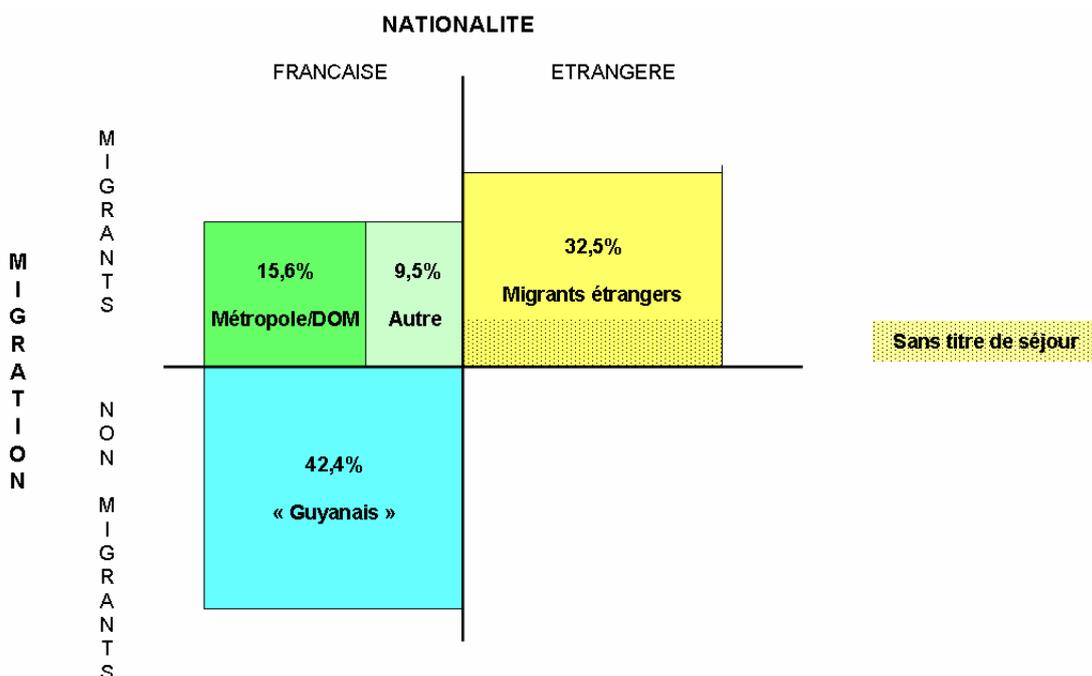
Figure 5 : Répartition des habitants de Cayenne par lieu de naissance



L'analyse de la composition de la population en fonction de la nationalité et du lieu de naissance permet de distinguer trois sous groupes de population (figure 6) :

- la population française non migrante qui représente les « guyanais » (42,4%)
- la population française migrante (25,1%) qui est constituée de la population née en métropole, aux Antilles ou plus rarement sur l'île de la Réunion (15,6%), des français nés à l'étranger (1,5%) et des immigrés ayant acquis la nationalité française (8,1%).
- la population étrangère ayant migré en Guyane (32,5%). Les trois quarts de cette sous population sont en situation régulière (74,1%).

Figure 6 : Profil migratoire des habitants de plus de 18 ans à Cayenne



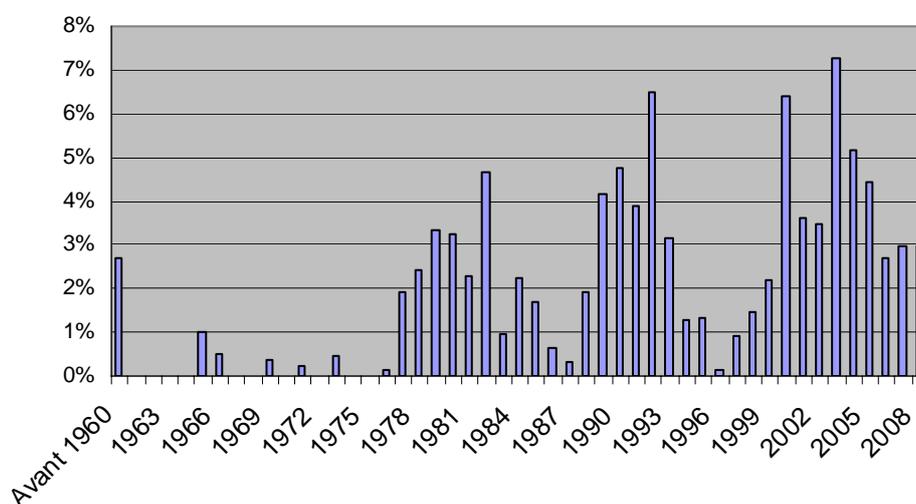
Les analyses qui suivent (ancienneté de migrations et motifs de migration), **portent sur les immigrés**. Elles excluent donc les migrants nés français (qu'ils soient nés en métropole, dans les autres DOM ou à l'étranger) et les apatrides.

Ancienneté de la migration

La figure 7 représente les dates d'installation des immigrés résidant à Cayenne. On remarque tout d'abord que les migrations avant les années 80 sont faibles. Ensuite on peut distinguer trois vagues de migration sur ce schéma : 1977-1986 (avec un pic au début des années 80), 1987-1996 (avec un pic au début des années 90), et enfin 1997-2008, (avec un pic en 2002-2003). Un essai de typologie de ces trois vagues migratoires est présenté en Annexe 5 (typologie par lieu de naissance et motif de migration). Ces analyses montrent que notre échantillon a probablement surreprésenté les immigrés récents d'origine haïtienne au détriment des immigrés récents d'origine brésilienne (probable effet de sélection des quartiers tirés au sort).

Globalement les immigrés anciens (installés en Guyane depuis 10 ans ou plus) représentent 60,7% des immigrés à Cayenne.

Figure 7 : Date d'installation en Guyane pour les immigrés résidant à Cayenne



b) Saint Laurent du Maroni

A Saint-Laurent du Maroni (Figure 8), **28,2% de la population des plus de 18 ans est née en Guyane**, 9,7% en métropole et 2,6% aux Antilles. **La part des habitants de plus de 18 ans nés au Suriname est de 41,8%**. Les autres migrants sont nés à Haiti (5,6%), au Brésil (2,8%), au Guyana (2,9%), en Chine (1,4%), en République Dominicaine (1,2%), à Sainte Lucie (0,2%), un autre pays européen (0,6%), en Afrique (0,3%), au Moyen Orient (0,5%), ou en Thaïlande (0,6%).

Les personnes de nationalité française représentent 45,8% de la population des plus de 18 ans à Saint-Laurent du Maroni.

Figure 8 : Répartition des habitants de Saint-Laurent du Maroni par lieu de naissance

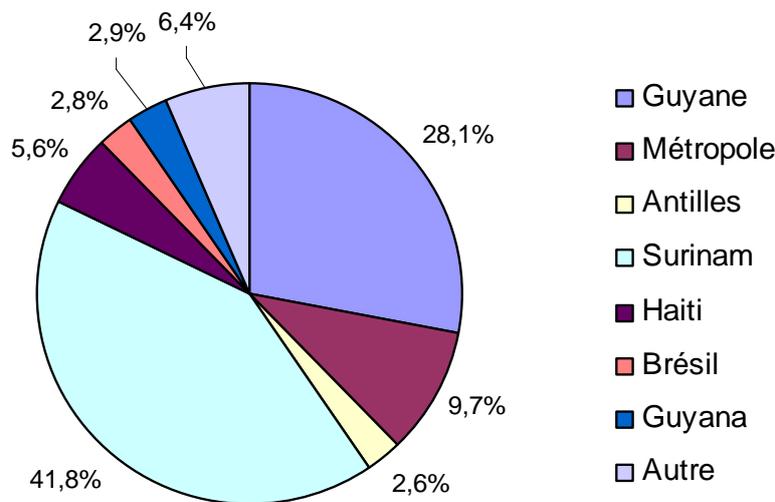
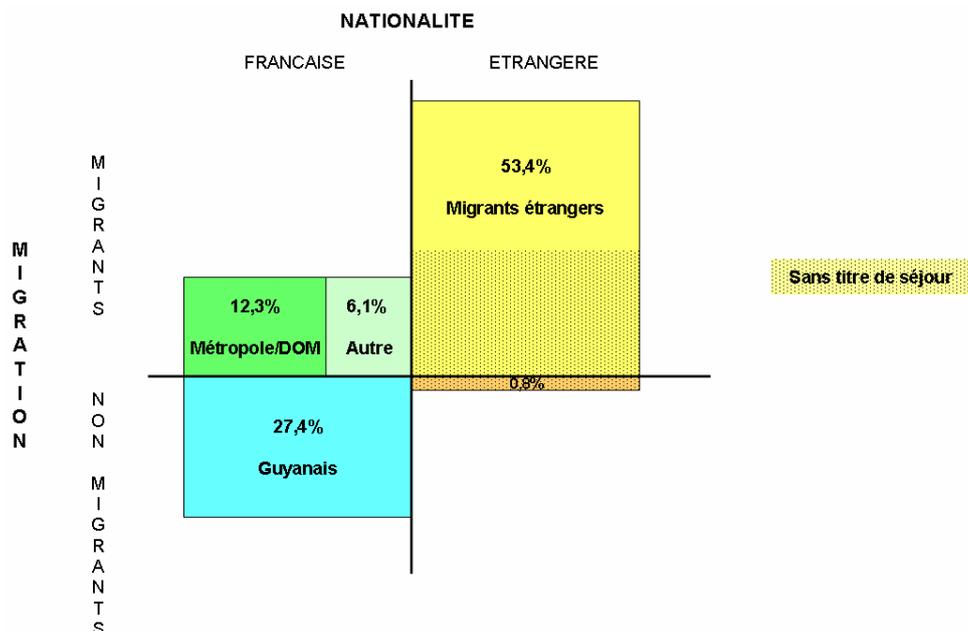


Figure 9 : Profil migratoire des habitants de Saint-Laurent du Maroni



L'analyse de la population saint laurentine en fonction de la nationalité et du lieu de naissance permet de distinguer quatre sous groupes de la population (figure 9) :

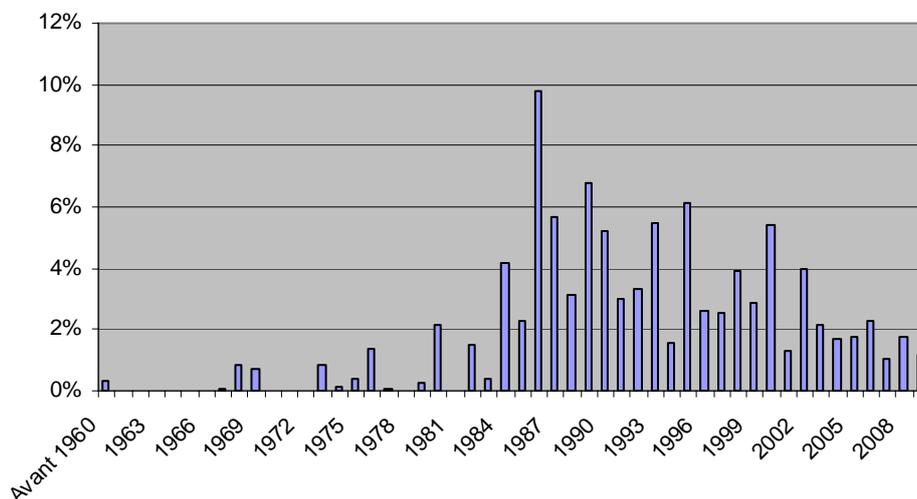
- la population française non migrante qui représente les « guyanais » (27,4%)
- la population française migrante (18,4%) qui est constituée de la population née en métropole ou aux Antilles (12,3%), des français nés à l'étranger (1,7%) et des immigrés ayant acquis la nationalité française (4,4%).
- la population étrangère ayant migré en Guyane (53,4%). Près de la moitié de cette sous population est en situation irrégulière (47,2%). Près des trois-quarts sont nés au Suriname (74,2%).
- la population née en Guyane mais n'ayant pas de nationalité (apatride) (0,8%)

Ancienneté de la migration

La figure 10 représente les dates d'installation déclarées par les immigrés à Saint-Laurent du Maroni. On remarque un pic en 1986, date de début de la guerre civile au Suriname, et des migrations importantes pendant les 6 années de la guerre civile (1986-1992). Ces flux migratoires se prolongent jusqu'à la fin des années 1990. Depuis les années 2000, les migrations se sont beaucoup ralenties.

Globalement, 77,5% des immigrés installés à Saint-Laurent du Maroni, sont des immigrés anciens, installés en Guyane depuis 10 ans ou plus.

Figure 10 : Date d'installation en Guyane des immigrés résidant à Saint-Laurent du Maroni



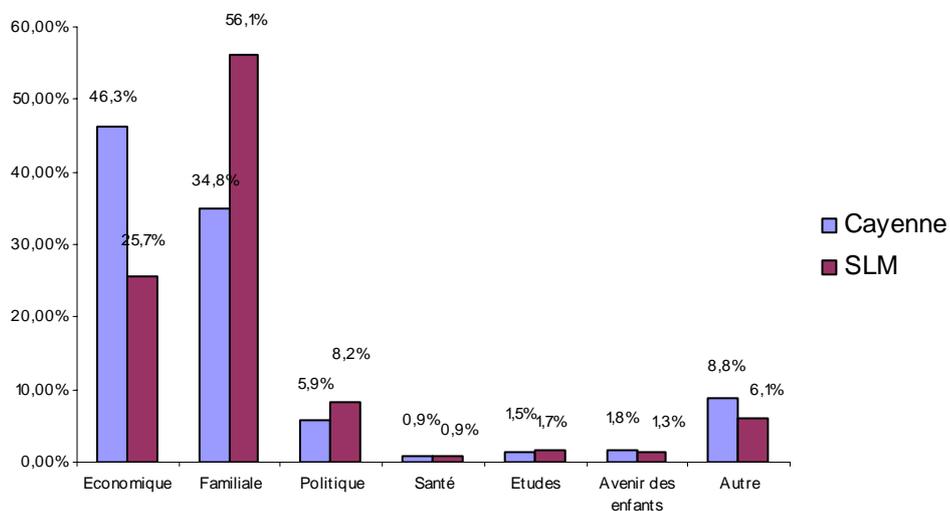
5. Motifs de migration et d'installation en Guyane

Les causes ou les motivations de migration vers la Guyane ont été interrogées de trois façons :

- les raisons d'immigrer ;
- les raisons de l'installation ;
- chez les patients atteints de maladies chroniques, la part de la maladie comme motif de migration et/ou d'installation en Guyane.

Là encore, ces analyses ne concernent que les immigrés.

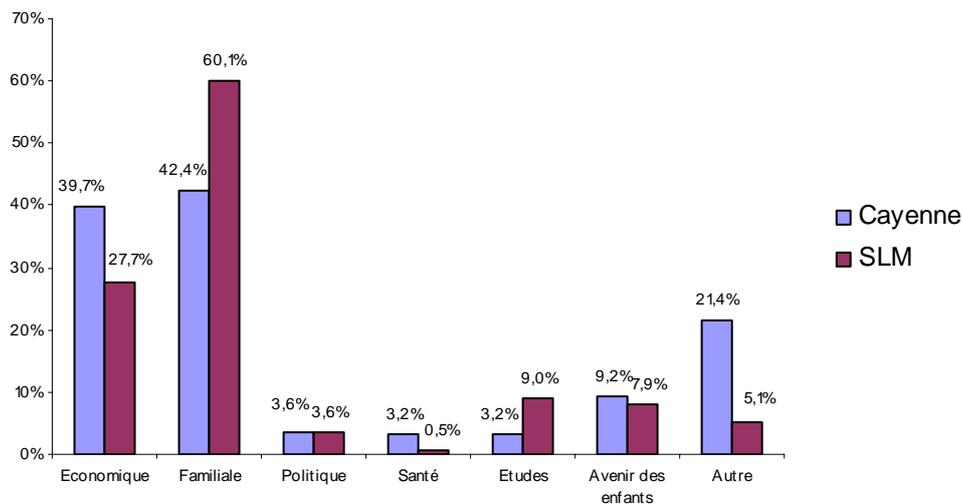
Figure 11 : Raison principale de migration en Guyane, par ville



A Cayenne, les raisons de migration déclarées par les immigrés de plus de 18 ans sont majoritairement économiques (46,3%), puis familiales (34,8%). A Saint Laurent du Maroni, elles sont d'abord familiales (56,1%) puis économiques (25,7%).

Les migrations pour raison de santé sont très minoritaires (0,9% à Cayenne et Saint Laurent du Maroni).

Figure 12 : Principales raisons d'installation en Guyane, par ville⁶⁴



La question relative aux raisons d'installation en Guyane offrait la possibilité de plusieurs réponses, ainsi la somme des pourcentages par ville sur la Figure 12 est supérieure à 100.

Que ce soit à Saint-Laurent du Maroni ou à Cayenne, la raison d'installation la plus fréquemment évoquée est familiale, citée par 60,1% des immigrés de Saint-Laurent du Maroni et par 42,4% des immigrés de Cayenne ($p=0,03$). Viennent ensuite les raisons économiques, citées par 39,7% des immigrés résidents à Cayenne et par 27,7% des immigrés résidents à Saint-Laurent du Maroni ($p=0,01$). L'avenir et la scolarisation des enfants a été cité par 9,2% des immigrés résident à Cayenne et par 7,9% des immigrés de Saint-Laurent du Maroni (non significatif).

Les motifs d'installation pour raison de santé sont là encore très minoritaires : 3,2% à Cayenne et 0,5% à Saint-Laurent du Maroni (la différence observée entre les deux villes est à la limite de la significativité, $p=0,053$).

Concernant la troisième dimension interrogée (chez les patients atteints de maladie chronique, la part de la maladie comme motif de migration et/ou d'installation en Guyane), 1,4% des immigrés ont migré ou se sont installés en Guyane pour traiter un problème de santé chronique (1,6% à Cayenne et 1% à Saint-Laurent du Maroni).

Au total, toutes questions confondues (migration pour raison de santé, installation pour raison de santé, maladie chronique ayant été une raison de migration ou d'installation en Guyane), 3,1% [0,5-5,7] de la population des immigrés de plus de 18 ans ont migré ou se sont installés en Guyane pour une raison de santé.

On observe une différence entre les deux villes : à Cayenne, ce taux de migration pour soins est estimé à 4,2% [0-8,7] et à Saint-Laurent du Maroni, il est estimé à 1,3% [0-3%] ($p=0,10$, cette différence est à la limite d'une significativité statistique).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette différence. Tout d'abord l'offre de soins à Saint-Laurent du Maroni reste limitée, et la plupart des soins spécialisés ne

⁶⁴ Plusieurs réponses étaient possibles à cette question

peut être assurée qu'à Cayenne, cette offre de soins inégale peut expliquer en partie cette différence entre les deux villes.

Mais la comparaison entre les deux villes montre que la différence n'a pas trait au motif de migration mais aux motifs d'installation (les motifs d'installation en Guyane pour raison de santé sont de 3,2% à Cayenne et 0,5% à Saint-Laurent du Maroni, la différence observée entre les deux villes est à la limite de la significativité, $p=0,053$). La localisation de Saint-Laurent du Maroni, à la frontière du Suriname, favorise un type de migrations « pendulaires » (la population fait d'incessants allers-retours entre la Guyane et le Suriname au gré de ses besoins ou obligations). Si migrations pour soin il y a, elles s'apparenteraient plus à des migrations ponctuelles qu'à des installations définitives. L'accès à Cayenne à partir de Saint-Laurent du Maroni est limité par le poste frontière d'Iracoubo (à 100 km de Saint-Laurent du Maroni), compliquant les déplacements entre ces deux villes pour les personnes en situation irrégulière. Ainsi dans l'Ouest Guyanais la perméabilité des frontières permet des déplacements au grès des besoins et les installations pour raison de santé sont faibles ; à Cayenne une frontière limite ces déplacements et les installations pour raison de santé sont proportionnellement plus importantes. **On peut s'interroger sur l'effet de la « fermeture des frontières » sur les mobilités des populations; serait-elle un facteur de captivité des immigrés malades sur la ville de Cayenne ?**

6. Caractéristiques sanitaires

a) Description des variables de santé et de recours aux soins

L'état de santé était perçu comme moyen, mauvais ou très mauvais par 41,1% des personnes de plus de 18 ans résidentes à Cayenne et par un tiers des saint laurentins.

Le taux de déclaration de maladies chroniques était de 27,9% à Cayenne et 22,1% à St Laurent. Enfin 20,1% déclaraient être limité à cause d'un problème de santé dans la vie de tous les jours à Cayenne et 15,3% à Saint-Laurent du Maroni.

Concernant le recours aux soins, 85,4% des résidents de Saint-Laurent du Maroni et 89,3% des résidents de Cayenne ont déclaré avoir eu au moins un recours à un médecin (généraliste ou spécialiste) au cours de l'année passée.

Le taux de couverture maladie était de 95,1% à Cayenne et 84,1% à Saint-Laurent du Maroni.

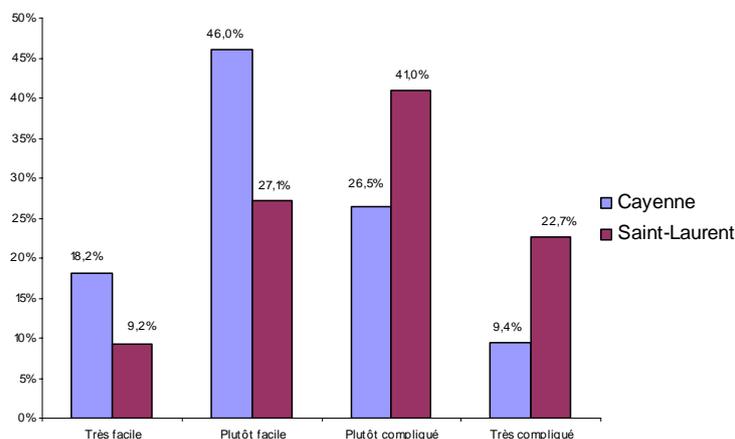
Tableau 5 : Principales variables de santé et de recours aux soins, par ville

	Cayenne	Saint-Laurent	P
	%	%	
Etat de santé perçu			0,31
- Très bon ou bon	58,9	65,3	
- Moyen, mauvais ou très mauvais	41,1	34,7	
Limitation fonctionnelle			0,30
- Non	79,9	84,7	
- Oui limité à très sévèrement limité	20,1	15,3	
Maladie chronique			0,31
- Non	72,1	77,9	
- Oui	27,9	22,1	
Nombre de consultations chez un médecin au cours de l'année passée			0,36
- Aucune	10,7	14,6	
- Une ou deux	31,3	35,1	
- Trois ou plus	58,0	50,3	
Type de couverture maladie			0,04
- Couverture de base + complémentaire	74,0	65,7	
- Couverture de base seule	13,9	7,9	
- AME	7,2	10,4	
- Aucune	4,9	15,9	

b) Difficultés pour se soigner

Près de deux tiers des habitants de Saint-Laurent du Maroni ont exprimés qu'il était compliqué voir très compliqué de consulter un médecin en Guyane. Cette proportion est de 36% à Cayenne.

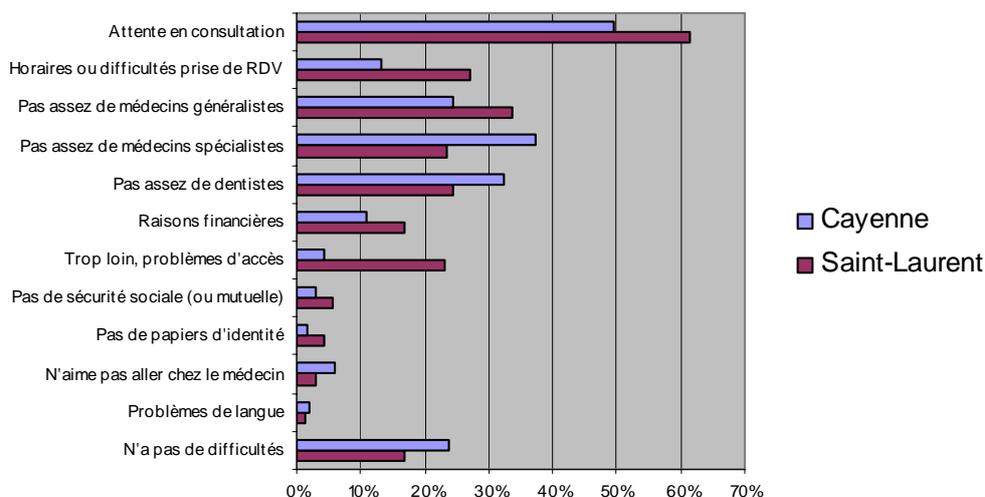
Figure 13 : En général, si vous consultez un médecin en Guyane, cela vous semble ?



A Saint Laurent du Maroni, les principales difficultés rencontrées par les habitants pour se soigner sont : l'attente en consultation (61,4%), le nombre insuffisant de médecins généralistes (33,6%), les horaires et les difficultés pour obtenir un rendez vous (26,9%), le nombre insuffisant de dentistes (24,4%), le nombre insuffisant de médecins spécialistes (23,5%), des difficultés d'accès (23%), des raisons financières (16,7%).

A Cayenne, les principales difficultés rencontrées par les habitants pour se soigner sont : l'attente en consultation (49,5%), le nombre insuffisant de médecins spécialistes (37,4%), le nombre insuffisant de dentistes (32,3%), le nombre insuffisant de médecins généralistes (24,3%), les horaires et les difficultés pour obtenir un rendez vous (13,2%), des raisons financières (10,7%).

Figure 14 : Principales difficultés rencontrées pour se soigner, par ville



c) Renoncement aux soins

Près de 28% des habitants de Saint-Laurent du Maroni déclaraient avoir au moins une fois renoncé à des soins alors qu'ils en avaient besoin au cours de l'année passée et 18,2% des habitants de plus de 18 ans de Cayenne ($p=0,02$).

Les types de soins auxquels les personnes ont renoncé au cours de l'année passée (figure 15) sont principalement des soins primaires (13,4% pour les deux villes), puis des soins dentaires (4,3%), puis le recours à un ophtalmologue (1,8%), ou à un autre médecin spécialiste (2,2%). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux villes pour ces types de soins.

Les principales raisons évoquées pour expliquer ces renoncement aux soins sont (figure 16): le délai d'attente (12,5% de la population), des raisons financières (6,7%), des difficultés de transport (3,3%), la peur de voir un médecin (2,2%), l'absence de couverture maladie (1,3%), l'absence de papiers d'identité (0,5%) ou d'autres raisons (3,4%). Les habitants de Saint-Laurent du Maroni déclarent significativement plus de renoncement aux soins pour un problème de transport ($p=0.005$) et l'absence de couverture maladie ($p<10^{-3}$), en comparaison des habitants de Cayenne.

Figure 15 : Renoncement aux soins au cours de l'année passée, par type de soin et par ville

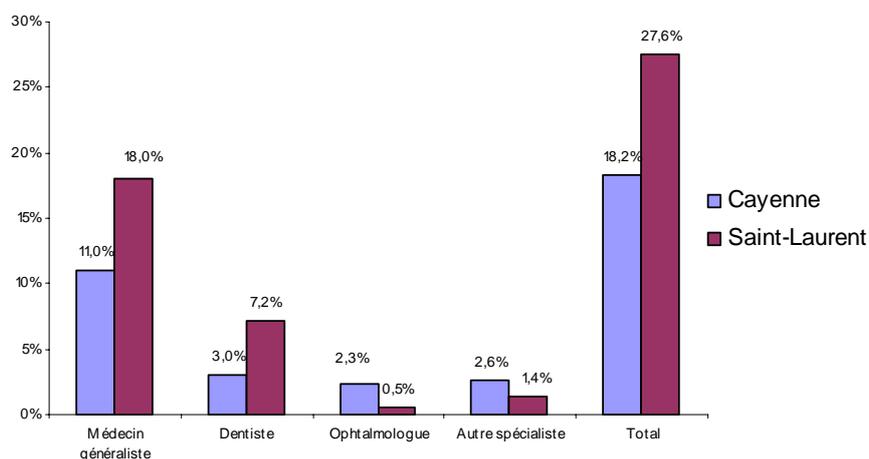
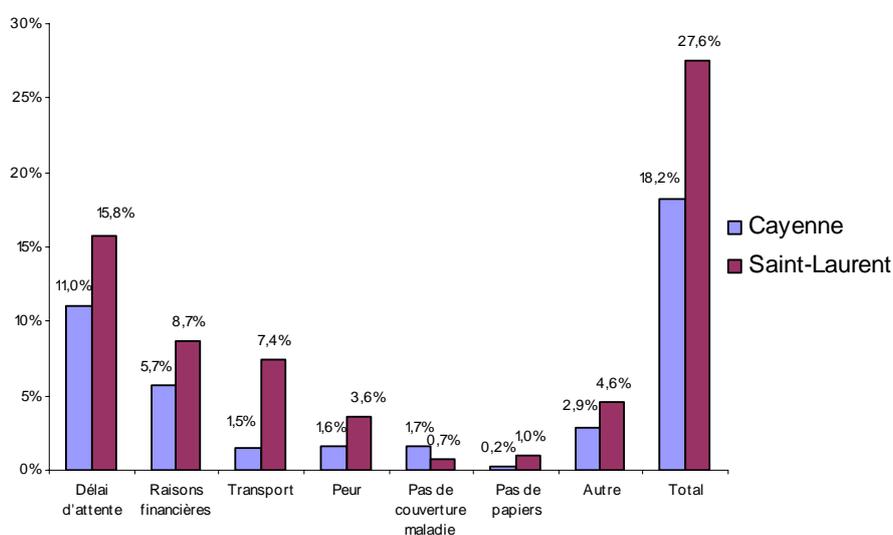


Figure 16 : Motifs de renoncement aux soins au cours de l'années passée, par ville



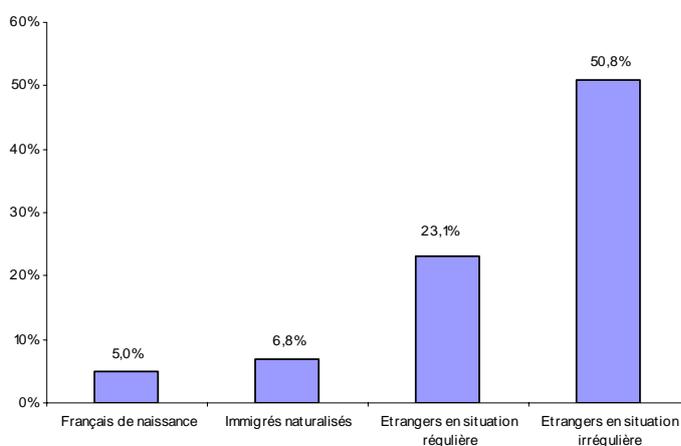
7. Comparaison des caractéristiques socio-économiques selon les profils migratoires

Les caractéristiques démographiques et socio-économiques ont été comparées en fonction de quatre profils, définis en fonction du lieu de naissance, de la nationalité, et du statut de résidence pour les étrangers. Les quatre profils ainsi définis sont : les français de naissance (qui représentent 53,8% de la population), les immigrés naturalisés (6,9%), les étrangers en situation régulière (25,4%), et les étrangers en situation irrégulière (13,9%). Ces comparaisons sont présentées dans le tableau 6.

Comparaison des caractéristiques socio-économiques :

Pour la plupart des variables socio-économiques mesurées, on observe un gradient socio-économique entre les différents profils définis attestant d'une hiérarchisation socio-économique fonction du statut juridique. Ce gradient est représenté sur la figure 17 pour la variable accès à l'eau dans le logement, à titre illustratif. Mais pour tous les autres indicateurs socio-économiques : typologie de quartier, taille du logement, niveau d'éducation, activité professionnelle, revenus et condition financière perçue, **on observe de façon constante des conditions socio-économiques plus précaires pour les étrangers en situation irrégulière, puis pour les étrangers en situation régulière, puis pour les immigrés naturalisés en comparaison des personnes françaises de naissance.**

Figure 17 : Absence d'eau dans le logement, par profil migratoire



Comparaison des caractéristiques démographiques et des origines migratoires:

Les comparaisons par âge et par sexe des quatre profils migratoires montrent que la population des immigrés naturalisés est majoritairement de sexe féminin (60,1%) et est plus âgée que les autres sous groupes (45,3% ont plus de 50 ans). Les étrangers en situation irrégulière sont très jeunes : 55,5% ont entre 18 et 30 ans.

L'analyse des lieux de naissance montre que les immigrés naturalisés sont majoritairement nés dans un pays autre que le Brésil, le Suriname ou Haïti. Environ un étranger en situation régulière sur trois est né à Haïti (38,1%), un sur cinq est né au Suriname (22,8%) et un sur cinq est né au Brésil (20,8%). Un étranger en situation irrégulière sur deux est né au Suriname et un sur trois est né à Haïti.

Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques entre les quatre profils migratoires

		Français de naissance	Immigrés naturalisés	Etrangers en situation régulière	Etrangers en situation irrégulière	p
		%	%	%	%	
Caractéristique géographique	Ville					0,01
	- Cayenne	76,1	80,2	65,4	41,7	
	- SLM	24,0	19,8	34,6	58,3	
	Type de quartier					0,004
	- CUCS	62,7	88,9	85,3	95,0	
	- Non CUCS	37,3	11,1	14,7	5,0	
Caractéristiques des logements	Eau					<10⁻³
	- Pas d'eau dans le logement	5,0	6,8	23,1	50,8	
	- Eau dans le logement	95,0	93,2	76,9	49,2	
	Nombre de pièces					<10⁻³
	- Une ou deux	21,5	30,3	36,9	45,8	
	- Trois ou plus	78,5	69,7	63,1	54,2	
Caractéristiques des ménages	Revenus					<10⁻³
	- Moins de 500 euros	11,0	6,3	19,9	42,1	
	- 501 à 1000 euros	21,0	42,1	36,6	38,4	
	- 1001 à 2000 euros	31,7	26,9	37,1	18,4	
	- Plus de 2000 euros	36,2	24,7	6,5	10,9	
	Condition financière perçue					<10⁻³
	- On n'arrive pas à s'en sortir	27,8	32,9	52,9	66,1	
- On a juste ce qu'il faut	32,8	34,9	35,7	29,4		
- On a suffisamment pour vivre ... on est très à l'aise	39,3	32,3	11,4	4,6		
Caractéristiques Sociales et démographiques individuelles	Sexe					0,6
	- Féminin	50,8	60,1	56,0	52,2	
	- Masculin	49,2	39,9	44,0	47,8	
	Age					<10⁻³
	- 18-30 ans	34,9	21,1	27,2	55,5	
	- 31-40 ans	24,1	12,3	25,0	30,1	
	- 41-50 ans	17,5	21,3	24,9	12,0	
	- Plus de 50 ans	23,5	45,3	22,9	2,4	
	Niveau d'études					<10⁻³
	- Jamais scolarisé/Matern/Prim	10,7	25,9	31,7	35,6	
- Collège/Lycée	58,7	52,5	63,6	61,2		
- Etudes supérieures	30,7	21,7	4,7	3,2		
	En couple					0,4
	- Oui	55,0	73,4	58,9	63,4	
- Non	45,0	26,6	41,1	36,6		
	Maîtrise du français					<10⁻³
	- Sans ou avec un peu de difficultés	2,0	17,7	29,9	54,0	
- Pas du tout ou beaucoup de diff.	98,0	82,3	70,1	46,1		
	Lieu de naissance					<10⁻³
	- Métropole/Guyane/DOM	97,1	0	0	1,7	
	- Brésil	0,5	5,1	18,4	3,0	
	- Haïti	0	29,7	38,1	33,0	
	- Suriname	0,6	6,9	22,8	50,1	
	- Autre	1,8	58,3	20,8	12,2	
	Isolement social perçu					0,1
	- Très ou plutôt entouré	85,4	73,7	81,4	73,6	
- Très ou plutôt seul	14,6	26,3	18,6	26,4		
Total		100%	100%	100%	100%	

Tableau 6 (suite) : Comparaison des caractéristiques socio-économiques entre les quatre profils migratoires

		Français de naissance	Immigrés naturalisés	Etrangers en situation régulière	Etrangers en situation irrégulière	p
		%	%	%	%	
Caractéristiques socio-économiques individuelles	Statut d'occupation					<10 ⁻³
	- Actif occupé	52,5	37,3	31,7	19,2	
	- Au chômage	14,3	11,5	27,1	0,8	
	- Au foyer	7,7	28,7	22,3	53,3	
	- Etudiant	6,8	0,2	7,0	3,4	
	- Retraité	14,6	14,8	6,5	0,6	
	- Autre inactif	4,0	7,6	5,4	22,1	
	CSP + Statut					<10 ⁻³
	- Fonctionnaire	20,9	0,5	1,1	0	
	- Cadre et prof. intermédiaires NF	7,2	0	0,3	0,5	
	- Artisan/Commerçant/Chef entreprise	4,8	12,6	5,8	3,5	
	- Agriculteurs et ouvriers NF	1,9	2,7	8,0	9,6	
	- Employés NF	17,7	17,0	15,8	5,5	
	- Aucune activité professionnelle	47,5	62,7	69,1	80,8	
	Total		100%	100%	100%	100%

NF= Non fonctionnaire

8. Analyse des liens entre les variables de santé et les profils migratoires

Afin d'analyser les liens entre l'état de santé et les profils migratoire nous avons utilisé trois variables de santé, classiquement utilisées dans les enquêtes épidémiologiques :

- **La santé perçue ou santé subjective** : elle mesure la perception qu'ont les individus de leur santé. La perception d'un état de santé « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » est associée à la mortalité et au développement de maladie à long terme, indépendamment d'autres indicateurs de santé physique ou psychosociaux⁶⁵.
- **La déclaration d'au moins une maladie chronique**. Cette pathologie chronique aura généralement été dépistée par un médecin (reconnaissance par le système de soins)
- **La déclaration de limitation fonctionnelle** qui perturbe les activités que les gens font habituellement depuis au moins 6 mois du fait d'un problème de santé ; cette dernière dimension évalue l'impact fonctionnel et social d'un problème de santé.

Afin de prendre en compte le « biais de migration » (qui considère que les migrants ont un meilleur état de santé) et l'effet délétère de la migration à long terme (voir introduction), nous avons posé l'hypothèse que l'état de santé doit se détériorer avec la durée de résidence sur le territoire. Nous avons donc isolé parmi les étrangers en situation irrégulière, ceux qui étaient en Guyane depuis moins de 10 ans et ceux qui étaient en Guyane depuis plus de 10 ans⁶⁶.

⁶⁵ Kaplan GA, Camacho T. *Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. Am J Epidemiol* 1983;117:292-304

⁶⁶ La majorité des migrants d'origine étrangère naturalisés et des étrangers en situation régulière sont installés en Guyane depuis plus de 10 ans, et sont donc considérés comme des « migrants anciens »

Les états de santé (santé perçue, déclaration de maladie chronique et limitation fonctionnelle) ont donc été comparés en fonction de cinq profils migratoires : les français de naissance (53,9% de la population) qui sont la catégorie de référence, les immigrés naturalisés (6,9%), les étrangers en situation régulière (25,4%), les étrangers en situation irrégulière installés en Guyane depuis 10 ans ou plus (5,9%) et les étrangers en situation irrégulière installés en Guyane depuis moins de 10 ans (7,8%).

Une comparaison des caractéristiques sanitaires entre les cinq profils migratoires est présentée dans le tableau 7. Cependant ces résultats bruts ne prennent pas en compte la répartition par âge et par sexe différente entre les profils migratoires. Des modèles de régression logistique ont donc été conduits. Des explications relatives aux différentes étapes de ces modèles ainsi que leur interprétation, sont présentées en annexe 4.

Tableau 7 : Comparaison des caractéristiques sanitaires et de recours aux soins par profil migratoire

	Français de naissance	Immigrés naturalisés	Etrangers en situation régulière	Etrangers irréguliers ≥ 10 ans	Etrangers irréguliers < 10 ans	P
	%	%	%	%		
Etat de santé perçu						0,02
- Très bon ou bon	69,4	47,7	50,6	45,2	58,8	
- Moyen/Mauvais/ Très mauvais	30,6	52,3	49,4	54,9	41,2	
Maladies chroniques						0,01
- Non	79,7	55,3	70,6	66,1	67,2	
- Oui	20,3	44,7	29,4	33,9	32,9	
Limitations fonctionnelles						0,06
- Non	84,5	67,8	79,2	71,8	86,9	
- Oui limité à très sévèrement limité	15,5	32,2	20,8	28,2	13,1	

Les analyses bivariées, première étape de la modélisation (tableau 8), montrent que les variables significativement associées avec la santé perçue sont : le sexe féminin, l'âge élevé, un niveau d'éducation faible, l'activité (être au foyer ou retraité en comparaison des actifs occupés), les catégories socioprofessionnelles des agriculteurs, ouvriers et employés non fonctionnaires (en comparaison des fonctionnaires, toutes catégories socioprofessionnelles confondues), la perception d'une condition financière insuffisante pour vivre (en comparaison des personnes qui qualifient leur condition financière comme suffisante pour vivre), et le sentiment d'isolement social.

Les variables associées en analyses bivariées avec la déclaration de maladie chronique ou de limitation fonctionnelle sont globalement les mêmes.

Tableau 8 : Analyses bivariées des liens entre les 3 variables de santé et les déterminants socio-économiques

		Santé perçue	Maladies chroniques	Limitation fonctionnelle
Sexe	Homme	Ref	Ref	Ref
	Femme	1,48*	1,50*	1,31
Age	[18-30][	Ref	Ref	Ref
	]30-40]	1,37	1,30	3,27**
	]40-50]	1,88*	1,82*	3,43*
	≥ 50 ans	5,25***	5,53***	10,78***
Ville	Cayenne	Ref	Ref	Ref
	Saint-Laurent	0,76	0,73	0,72
Accès à l'eau	Dans le logement	Ref	Ref	Ref
	Hors logement	0,96	1,41	0,93
Niveau d'éducation	Etudes supérieures	Ref	Ref	Ref
	Collège lycée	4,18***	1,2	2,12†
	Iaire/Maternelle/Aucun	14,87***	4,07**	7,87***
Situation familiale	En couple ⁶⁷ (avec ou sans enfants)	Ref	Ref	Ref
	Vit seule	1,35	1,56†	1,32
	Autre	0,91	1,09	0,70
Activité	Actif occupé	Ref	Ref	Ref
	Au chômage	1,57†	1,38*	1,01
	Au foyer	2,49**	2,08*	2,97*
	Etudiant	0,62	0,63	0,09**
	Retraité	7,73***	6,12***	7,59**
	Autre inactif	2,51†	2,95†	4,68**
Statut+CSP	Fonctionnaire	Ref	Ref	Ref
	Cadre et prof. intermédiaires NF	1,46	0,68	3,15*
	Artisan/Commerçant/Chef entrepr	1,63	0,49	0,41†
	Agriculteurs et ouvriers NF	10,20***	2,10	2,93†
	Employés NF	2,54**	0,88	0,74
	Aucune activité professionnelle	5,29***	2,14*	3,40**
Condition financière perçue	Suffisant	Ref	Ref	Ref
	Juste/Privation	1,94†	1,90*	1,84†
	Insuffisant pour vivre	2,54*	2,51**	3,02**
Isolement perçu	Plutôt ou très entouré	Ref	Ref	Ref
	Plutôt ou très seul	2,51***	2,59**	2,53***
Profil migratoire	Français de naissance	Ref	Ref	Ref
	Immigré naturalisé	2,49*	3,17**	2,58*
	Etranger régulier	2,22**	1,63*	1,43
	Etranger irrég. ≥10 ans	2,76*	2,01†	2,14†
	Etranger irrég. <10 ans	1,59	1,92†	0,82

*** : $p < 10^{-3}$

** : $10^{-3} < p < 0,01$

* : $0,01 < p < 0,05$

† : $0,05 < p < 0,20$ (à la limite de la significativité)

NF = Non fonctionnaire

⁶⁷ En couple sous le même toit

Les analyses qui suivent ensuite sont des analyses multivariées (tableau 9).

Analyse multivariée des liens entre profil migratoire et santé perçue

Le premier modèle (ajusté sur l'âge et le sexe) montre que les étrangers en situation régulière et les étrangers en situation irrégulière en Guyane depuis plus de 10 ans ont des niveaux de santé perçue moins bons que les personnes nées françaises.

Après ajustement sur les déterminants socio-économiques de la santé (modèle 2), on retrouve que **les étrangers en situation irrégulière anciens (≥ 10 ans) déclarent un état de santé plus mauvais que les français de naissance (OR = 2,15 [1,01-4,56]).**

On retrouve aussi une tendance globale pour les autres profils migratoires (immigré naturalisé, étranger en situation régulière et étranger en situation irrégulière récemment installé en Guyane) **à une plus mauvaise santé perçue (OR>1) par rapport aux français de naissance**, mais ces associations ne sont pas significatives. Cela signifie que, pour ces profils, les conditions socio-économiques et le sentiment d'isolement social expliquent en partie ces différences.

On retrouve dans ce dernier modèle des associations que l'on retrouve classiquement associées à la santé perçue : un mauvais état de santé perçu est associé à un âge plus élevé, au sexe féminin, à un niveau d'éducation plus faible, au statut de retraité (en comparaison des actifs occupés), aux catégories socioprofessionnelles des agriculteurs, ouvriers et employés (en comparaison des fonctionnaires), et enfin au sentiment d'isolement social.

Ce modèle suggère un effet délétère à long terme sur la santé de l'absence de statut juridique sur le territoire guyanais.

Analyse multivariée des liens entre profil migratoire et déclaration de maladies chroniques

Le premier modèle (ajusté sur l'âge et le sexe) montre que les immigrés naturalisés et les étrangers en situation irrégulière (quelle que soit leur ancienneté de résidence) déclarent plus souvent une maladie chronique que les personnes nées françaises.

L'ajustement sur les déterminants socio-économiques (modèle 2) montre tout d'abord qu'on ne retrouve pas certaines associations classiques entre l'état de santé (ici déclaration de maladie chronique) et les déterminants socio-économiques après ajustement sur les profils migratoires. Le sens des associations entre certains déterminants socio-économiques et la déclaration de maladies chroniques, est même paradoxalement inversé pour certaines variables : un niveau d'éducation de niveau collège/lycée semble « protéger » de la déclaration d'une maladie chronique en comparaison des personnes ayant fait des études supérieures (OR=0,65 [0,35-1,20], $p=0,16$) ; de même pour les statuts des artisans, commerçants ou chef d'entreprise (OR=0,51 [0,13-1,99]) et de la catégories des employés (OR=0,69 [0,27-4,08]). Il ne s'agit là que de tendances, aucune de ces associations n'est significative. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que se déclarer atteint d'une maladie chronique dépend non seulement d'une reconnaissance de la maladie par le système de soins (et donc de l'accès aux soins), mais aussi d'une reconnaissance individuelle, elle-même liée à des facteurs socioculturels (telles que les représentations du corps et de la maladie) et au niveau d'éducation.

On retrouve dans ce modèle d'autres associations classiques : l'isolement social perçu est associé à la déclaration de maladie chronique (OR=2,29 [1,31-4,0]), et les agriculteurs et

ouvriers ont une tendance à plus souvent déclarer une maladie chronique en comparaison des fonctionnaires (OR=2,37 [0,61-9,24]).

On retrouve dans le dernier modèle ajusté sur les déterminants socio-économiques que **les immigrés naturalisés déclarent plus souvent une maladie chronique que les français de naissance (OR=2,14 [1,06-4,36])**. Ce modèle suggère là encore un effet délétère à long terme de la migration sur une variable mesurée (la déclaration de maladies chroniques) dont la reconnaissance à la fois individuelle et par le système de soins, dépend de facteurs socioculturels et de l'accès aux soins.

Analyse multivariée des liens entre profil migratoire et déclaration de limitation fonctionnelle

Le premier modèle (ajusté uniquement sur l'âge et le sexe) montre que là encore que **les étrangers en situation irrégulière en Guyane depuis plus de 10 ans déclarent plus souvent être limités dans les activités de la vie quotidienne à cause d'un problème de santé que les français de naissance (OR=4,10 [1,86-9,01])**. Cette association n'est cependant plus significative après ajustement sur les déterminants socio-économiques de la santé. Cela signifie que **les conditions socio-économiques plus défavorables et le sentiment d'isolement social plus important expliquent, au moins en partie, le fait que les étrangers en situation irrégulière installés en Guyane depuis plus de 10 ans, déclarent plus souvent des limitations fonctionnelles**.

On retrouve dans ce modèle des associations classiques avec cette variable de santé : l'isolement social perçu, un niveau d'éducation faible, et une condition financière perçue défavorable sont significativement associés à la déclaration d'un problème de santé qui limite les activités quotidiennes. Le fait d'être inactif est aussi à la limite de la significativité (OR=3,20 [0,94-10,91]) et les agriculteurs et ouvriers ont là encore une tendance à plus souvent déclarer une limitation fonctionnelle en comparaison des fonctionnaires (OR=2,65 [0,78-9,06], p=0,11).

Paradoxalement les personnes au chômage semblent significativement moins déclarer de limitations fonctionnelles que les personnes actives occupées. Cela peut s'expliquer par le fait que lorsque les personnes sont limitées dans les activités quotidiennes, elles n'entrent alors plus dans la catégorie des « chômeurs » mais des « autres inactifs ».

Enfin on remarque aussi que le statut d'étudiant est significativement associé à une moindre déclaration de limitation fonctionnelle, indépendamment de l'âge (dans les autres modèles cette variable était totalement confondue avec l'âge), cela peut s'interpréter par un effet de sélection dans le système éducatif des étudiants handicapés.

Ces résultats sont proches de ceux d'une étude réalisée par l'IRDES sur l'état de santé des populations immigrées en France⁶⁸, qui montrait d'une part l'existence d'un effet de sélection à la migration, compensé à long terme par un effet délétère expliqué en partie seulement par la situation sociale difficiles des immigrés. D'autre part cette étude montrait que les différences d'état de santé mises en évidence selon le profil migratoire étaient plus marquées lorsque la santé est appréciée par la santé perçue par rapport à la déclaration de maladies chroniques ou de limitations d'activité.

⁶⁸ F. Jusot, J. Silva, P. Dourgnon, C. Sermet. Etat de santé des populations immigrées en France. IRDES. Document de travail N°14. Juillet 2008

Tableau 9 : Analyses multivariées des liens entre les 3 variables de santé et les profils migratoires

		Santé perçue		Maladies chroniques		Limitation fonctionnelle	
		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Sexe	Homme	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	Femme	1,61*	1,81*	1,62**	1,94	1,45	1,48
Age	[18-30]	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	]30-40]	1,41	1,31*	1,41	1,34†	3,46**	2,65*
	]40-50]	2,04**	1,80**	2,12**	1,98*	3,75*	2,67
	≥ 50 ans	6,67***	3,01***	7,22***	4,65***	12,97***	4,70**
Niveau d'éducation	Etudes supérieures		Ref		Ref		Ref
	Collège lycée		2,71**		0,65		1,52
	Iaire/Maternelle/Aucun		4,67**		1,09		2,64*
Activité	Actif occupé		Ref		Ref		Ref
	Au chômage		1,50		1,21		0,38*
	Au foyer		1,41		0,98		0,82
	Etudiant		-		-		0,09*
	Retraité		2,98*		1,63		1,86
	Autre inactif		1,92		2,05		3,20
Statut+CSP	Fonctionnaire		Ref		Ref		Ref
	Cadre et prof. Interm. NF		1,41		0,80		3,20
	Artisan/Commerç/Chef entr		1,35		0,51		0,43
	Agriculteurs et ouvriers NF		6,37**		2,37		2,65
	Employés NF		2,12*		0,69		0,61
	Aucune activité profess.		1,57		1,05		2,73
Cond financière perçue	Suffisant		Ref		Ref		Ref
	Juste/Privation		1,08		1,56		1,55
	Insuffisant pour vivre		1,20		1,69		2,11*
Isolement perçu	Plutôt ou très entouré		Ref		Ref		Ref
	Plutôt ou très seul		2,13***		2,29**		1,97*
Profil migratoire	Français de naissance	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	Immigré naturalisé	1,77	1,43	2,28*	2,1*	1,77	1,41
	Etranger régulier	2,31*	1,35	1,66	1,33	1,40	0,90
	Etranger irrég. ≥10 ans	4,56**	2,15*	3,54*	2,06	4,10**	1,27
	Etranger irrég. <10 ans	2,70	1,41	3,60**	1,76	1,80	0,46

*** : $p < 10^{-3}$

** : $10^{-3} < p < 0,01$

* : $0,01 < p < 0,05$

Modèle 1 : Modèle analysant le lien entre la santé et les profils migratoires, ajusté sur l'âge et le sexe

Modèle 2 : Modèle analysant le lien entre la santé et les profils migratoires, ajusté sur l'âge, le sexe et les déterminants socio-économiques (Modèle final)

9. Analyse des liens entre les variables de recours au soin et les profils migratoires

Le tableau 10 présente une comparaison brute des variables de recours aux soins (épisodes de renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois, renoncement aux soins pour raisons financières, difficultés pour se soigner, nombre de consultations chez un médecin au cours de l'année passée et types de couverture maladie) entre les quatre profils migratoires.

Les variables de renoncement aux soins et de difficultés pour se soigner sont difficiles à interpréter car elles regroupent des perceptions différentes du recours aux soins en fonction des besoins et des attentes des individus en matière de santé : là où certains évoqueront des difficultés de recours ou le renoncement à des soins très spécialisés, d'autres évoqueront des difficultés de recours ou le renoncement à des soins primaires.

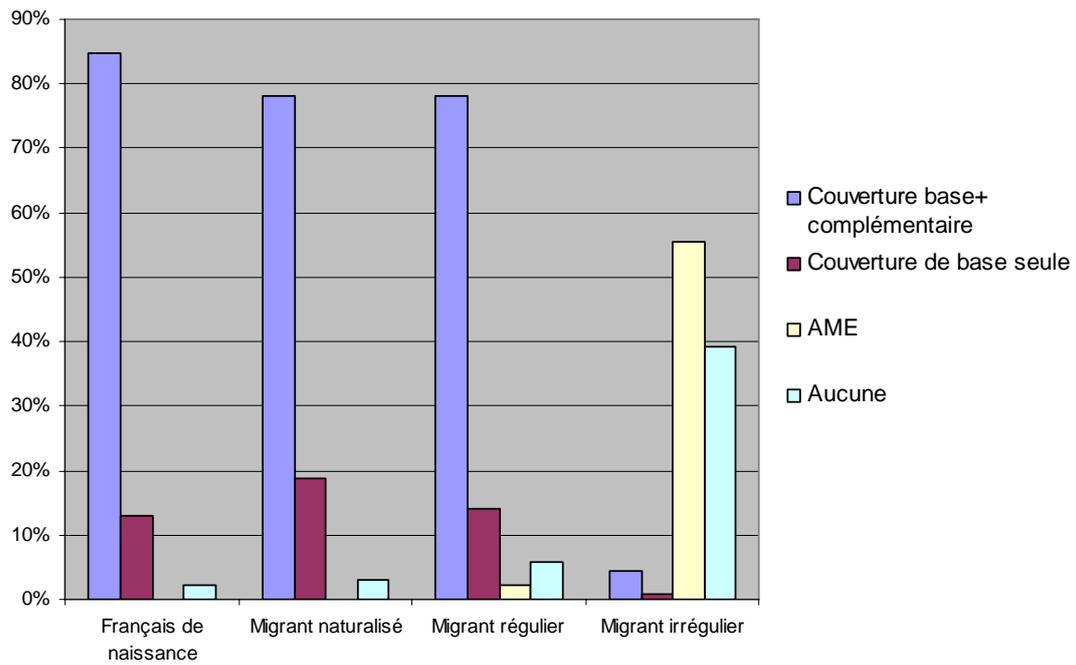
La comparaison de la variable du renoncement pour raison financière montre là des différences notables : **une personnes en situation irrégulière sur cinq a déclaré avoir renoncé au moins une fois au cours de l'année passée à des soins dont elle avait besoin pour des raisons financières. Cette proportion est de 5% pour les autres profils regroupés (français de naissance ou immigré naturalisé ou étranger en situation régulière).**

La comparaison des types de couverture maladie (tableau 10 et figure 18) montre que **près de 40% des personnes en situation irrégulière n'avaient aucune couverture maladie le jour de l'enquête. Cette proportion était de 3,5% en moyenne pour les autres profils regroupés (français de naissance ou immigré naturalisé ou étranger en situation régulière).**

Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques sanitaires et de recours aux soins par profil migratoire

	Français de naissance	Immigrés naturalisés	Etrangers en situation régulière	Etrangers irréguliers	P
	%	%	%	%	
Renoncement aux soins					0,3
- Non	78,1	73,3	86,2	71,4	
- Oui	22,0	26,7	13,8	28,6	
Renoncement pour raisons financières					<10 ⁻³
- Non	93,9	95,5	96,9	79,8	
- Oui	6,1	4,5	3,1	20,2	
Difficultés pour se soigner					0,04
- Très ou plutôt simple	52,8	77,0	60,6	46,6	
- Très ou plutôt compliqué	47,2	23,0	39,4	53,4	
Nombre de consultations chez un médecin au cours de l'année passée					<10 ⁻³
- Aucune	14,2	14,5	4,6	15,1	
- Une ou deux	39,1	7,4	26,5	30,3	
- Trois ou plus	46,8	78,1	68,9	54,6	
Type de couverture maladie					<10 ⁻³
- Couverture de base + complémentaire	84,6	78,1	78,0	4,5	
- Couverture de base seule	13,1	18,8	14,0	0,8	
- AME	0	0	2,2	55,5	
- Aucune	2,3	3,1	5,7	39,2	

Figure 18 : Type de couverture maladie, par profil migratoire⁶⁹



⁶⁹ Il peut sembler paradoxal que des personnes en situation irrégulière aient déclaré avoir une couverture maladie de droit commun, il s'agit en fait de personnes dont le titre de séjour n'avait pas été renouvelé, mais qui conservent, temporairement, leurs droits à une couverture maladie de droit commun. De même certaines personnes ayant été régularisées récemment ont pu déclarer bénéficier de l'AME.

10. Discussion et synthèse

Cette étude présente un certain nombre de **forces** : une méthode d'échantillonnage qui assure une représentativité finale de l'échantillon, un nombre de personnes interrogées suffisant, l'utilisation de questionnaires valides, un taux de participation élevé et le recrutement d'enquêteurs d'origines diverses et parlant les langues locales.

Plusieurs **limites** doivent être discutées. La première est liée à la méthode d'échantillonnage qui repose sur le tirage au sort de quartiers, puis d'îlots, puis de logements, puis d'un individu de plus de 18 ans. Dans le contexte cloisonné et communautaire de la Guyane, cette méthodologie peut amener à sur représenter ou sous représenter certaines communautés. La comparaison avec les données du recensement général de la population de 2006 (RGP), nous laisse penser que notre échantillon a surreprésenté les migrants d'origine haïtienne à Cayenne, au détriment des migrants d'origine brésilienne. De même, le hasard a fait que les principaux « bidonvilles » de la ville de Cayenne n'ont pas été tirés au sort. Notons cependant que la proportion de logements n'ayant pas accès à l'eau potable observée dans notre étude, est similaire à celle observée lors du RGP 2006. La seconde limite a trait à la population cible : cette enquête était réalisée auprès de personnes de plus de 18 ans, installées depuis ou pour une durée d'au moins six mois et vivant dans un logement individuel. Elle exclut donc la population vivant en collectivité, la population sans domicile fixe, et les migrants de passage. Notre population d'étude ne concerne en outre que les personnes ayant accepté de répondre et celles étant à leur domicile lors d'un des quatre passages de l'enquêteur. Ces biais de sélection et de non réponse étaient particulièrement prégnants à Saint-Laurent du Maroni parmi la population des hommes jeunes. Ces problèmes de représentativité ont pu être corrigés par un calage statistique sur certains indicateurs de la répartition de la population issus du RGP 2006 (âge, sexe, nationalité) mais restent une limite à considérer. La troisième limite est liée au caractère déclaratif de l'ensemble des données. La mise en confiance par les enquêteurs des personnes enquêtées et les retours du terrain nous laissent penser que ce biais n'était pas majeur. Enfin précisons que cette étude mesure la migration pour soins, étant entendu que la santé (dans son sens le plus large et telle que définie par l'OMS) fait partie d'un « mieux être global » éventuellement recherché par les migrants.

Plusieurs enseignements originaux peuvent être tirés de cette enquête. S'il ne fallait retenir que les points principaux de ces résultats, on citerait :

La population des immigrés est très présente en Guyane : elle représente 40% de la population adulte à Cayenne et près de 58% à Saint-Laurent du Maroni.

La majorité de cette population est installée en Guyane depuis longtemps : 61% des immigrés adultes résidant à Cayenne sont installés en Guyane depuis plus de 10 ans; cette proportion est de 77% à Saint-Laurent du Maroni.

Une part importante de cette population est en situation irrégulière puisque près de 21% des immigrés n'ont pas de papiers à Cayenne et 44% à Saint-Laurent du Maroni.

L'analyse des motifs de migration et d'installation en Guyane montre que **les migrations sanitaires sont très minoritaires**. Au total, 3,1% de la population immigrée a migré et/ou s'est installée pour raison de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue. La majorité de cette population a migré pour des raisons économiques à Cayenne (46,3%) et familiales à Saint-Laurent du Maroni (56,1%). On observe à Saint-Laurent du Maroni une part encore plus faible de migrations pour soins. Cela peut s'expliquer par son offre de soins, plus limitée par

rapport à Cayenne, mais aussi par sa localisation, ville frontalière avec le Suriname, qui favorise des migrations plus pendulaires, au grès des besoins.

La comparaison des caractéristiques socio-économiques par profils migratoires montre des **inégalités sociales en fonction du statut migratoire**: quelque soit l'indicateur choisi, on observe des conditions socio-économiques plus précaires pour les étrangers en situation irrégulière, puis pour les étrangers en situation régulière, puis pour les immigrés naturalisés en comparaison des personnes françaises de naissance.

L'analyse des liens entre état de santé, migration, nationalité, statut juridique et durée de résidence sur le territoire guyanais, met en évidence l'existence d'**inégalités de santé en fonction du statut migratoire**. Nos résultats montrent que les immigrés, qu'ils soient étrangers ou naturalisés, en situation régulière ou irrégulière, en Guyane depuis plus ou moins de 10 ans, ont un plus mauvais état de santé que les personnes nées françaises. On retrouve des résultats distincts cependant en fonction de l'indicateur de santé choisi (santé perçue, déclaration d'une maladie chronique ou de limitation fonctionnelle), indicateurs qui mesurent des dimensions différentes et complémentaires de la santé. Nos résultats varient aussi en fonction des ajustements effectués : une partie des différences observées peuvent être dues, au moins en partie, aux inégalités socio-économiques décrites précédemment et à un isolement social plus important chez les immigrés. **Nos résultats suggèrent cependant que les plus vulnérables sont les étrangers en situation irrégulière et installés en Guyane depuis plus de 10 ans** : ils déclarent notamment un état de santé plus mauvais que les français de naissance indépendamment de conditions socio-économiques et d'un isolement social plus défavorables.

Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux de l'enquête réalisée par l'équipe DS3 en 2007 à Mayotte, du fait d'un contexte comparable et d'une méthodologie commune employée. L'enquête à Mayotte montrait que la population étrangère est très présente dans l'île (40%) et depuis longtemps : la moitié depuis plus de 10 ans. Elle est dans son immense majorité en situation irrégulière et précaire. Les migrations sanitaires étaient très minoritaires. Au total, 11% de la population immigrée a migré et/ou s'est installée pour raisons de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue. La majorité de cette population a migré à Mayotte pour des raisons économiques (50%) et familiales (26%). L'analyse de l'état de santé et du recours aux soins en fonction des profils migratoires montraient que l'état de santé des étrangers était moins bon et leur accès aux soins plus difficile que ceux des français.

2ème partie : La problématique « Santé-Migration » dans l'Ouest Guyanais

I. Contexte

L'Ouest Guyanais : Un territoire en marge

Selon Frédéric Piantoni⁷⁰, « le bassin du Maroni reste, au regard des types de migrations qu'il accueille et de la distribution démo-spatiale, à l'écart des lieux du pouvoir national concentrés sur Cayenne et Kourou ». « Territoire refuge » à partir du 18ème siècle pour les Marrons du Suriname et dans une moindre mesure les Amérindiens fuyant la colonie esclavagiste, il devient un « territoire réfractaire à la société littorale ». « Jamais totalement français en raison de dynamiques de peuplement externes à la colonie, mais jamais totalement surinamais puisque construit à l'opposition de la société esclavagiste, le fleuve est un espace marginal aux deux systèmes coloniaux ».

La guerre civile au Suriname

Avant la guerre civile de 1986, le Suriname était, dans certains domaines, aussi développé que la Guyane (en matière de système de soins notamment). Les migrations de part et d'autre du fleuve avaient déjà cours, mais les niveaux de vie similaires ne justifiaient pas la systématisation des échanges vers la Guyane. Dès le début du conflit, des milliers de Surinamais ont fui la guerre civile et se sont réfugiés dans les communes de la rive française du fleuve (Saint-Laurent du Maroni, Mana, Apatou). Aucun statut juridique ne leur fût accordé, ils devinrent des PPDS (Personnes Provisoirement Déplacées du Suriname). Après la fin de la guerre civile, en 1992, et l'installation au Suriname d'un gouvernement élu, la France a adopté une politique d'aide au retour des réfugiés du Suriname. Mais la paupérisation accrue du pays après six ans de guerre civile, la destruction des villes d'Albina et de Moengo et les craintes de représailles n'incitèrent guère les réfugiés à retourner dans leur pays d'origine.

« L'émergence de la frontière » et d'une économie transfrontalière

La guerre au Suriname a par ailleurs matérialisé la frontière et le différentiel économique entre les deux pays et crée l'émergence d'une économie transfrontalière informelle qui aujourd'hui assure la survie d'une grande partie de la population transfrontalière et la richesse de quelques uns. « Dans cette configuration locale, la Guyane est assimilée à un espace de consommation » (dans un système économique principalement fondé sur une économie de transferts) « et le Suriname, à un espace de production ».

La frontière, les migrations : un problème de définition...

Le terme de migration s'applique difficilement aux communautés transfrontalières et particulièrement aux Noirs Marrons qui composent la majorité de la population d'origine

⁷⁰ F. Piantoni. *L'enjeu migratoire en Guyane française*. Editions Ibis Rouge. 2009 (les passages entre guillemets sont des citations de cet ouvrage)

surinamaïse implantée dans l'espace frontalier du Maroni. Le « semi-nomadisme » et les mobilités sont inscrites dans des stratégies à la fois socio-culturelles (liens matrimoniaux et coutumiers) et économiques. Par ailleurs, la notion d'une résidence fixe ne présente dans l'estuaire souvent aucun sens pour les communautés de Noirs Marrons. Le terme de migrations pendulaires sera employé pour caractériser ces migrations transfrontalières.

Saint-Laurent du Maroni : une croissance démographique exceptionnelle...

Saint-Laurent du Maroni, ville de plus de 33 000 habitants en 2006, est devenu le principal pôle démographique et économique du bassin du Maroni. La croissance démographique est très élevée (+8,4% par an en 2006). Le solde naturel contribue pour moitié à cette croissance, la natalité étant stimulée par une population jeune et un niveau de fécondité important.

... mais une situation socio-économique préoccupante

Cette croissance démographique soulève des défis majeurs : déficience de logements, quartiers insalubres, déficience d'infrastructures scolaires et sanitaires, marché du travail cloisonné, absence d'un secteur productif, délinquance urbaine, repli communautaire⁷¹...

Tous les indicateurs socio-économiques indiquent des niveaux de précarité plus élevés dans l'Ouest guyanais en comparaison du reste de la Guyane (voir tableau 1 en introduction).

La question des papiers, une question centrale... et source d'exclusion

La question des papiers est à Saint-Laurent du Maroni une question centrale, car question aux multiples conséquences : droit au travail, à un logement, à la libre circulation, aux droits sociaux. L'enquête en population générale a montré que un adulte sur quatre résidant à Saint-Laurent du Maroni est en situation irrégulière. Selon Jean-Yves Parris⁷², « l'application stricte du droit français et de ses conditions de naturalisation ou de résidence, produit de l'exclusion et pousse une partie non négligeable de la population à vivre dans la clandestinité. Elle engendre par ailleurs une fragmentation de l'espace social selon la situation administrative individuelle ou selon le statut du groupe d'appartenance ».

L'offre de soins au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) représente l'unique offre sanitaire de l'Ouest Guyanais et de la zone frontalière. La population du bassin d'attraction (tant française que surinamaïse) a été estimée à 70 000 personnes⁷³. Sa capacité globale, de près de 150 lits, inclus une offre à la fois MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), long séjour et maison de retraite. Un accent particulier est mis sur la prise en charge de la mère et de l'enfant. L'activité de l'établissement est une activité généraliste avec de nombreux particularismes : une situation en bordure du fleuve, son isolement géographique (Kourou et Cayenne respectivement à 200 et 260 km), un contexte multi-culturel et multi-linguistique, des situations sociales complexes, et plus de 2200 naissances par an, un chiffre en augmentation constante.

⁷¹ Contrat Urbain de Cohésion Sociale de Saint Laurent du Maroni. 2007-2009. CRPV Guyane

⁷² Jean-Yves Parris. *Les Marrons ndjuka et la République*. Dans : Comprendre la Guyane d'aujourd'hui. Editions Ibis Rouge/Espace Outre Mer 2007.

⁷³ Dr L. TERZAN, *Les flux migratoires sanitaires entre le Surinam et le département français de la Guyane*. Mémoire remis à Mr Jean Marie Nicolas, Sous préfet de la Guyane, 2007

Si l'hôpital bénéficie actuellement d'une situation financière confortable, en raison d'un régime budgétaire transitoire et avantageux pour l'établissement⁷⁴, la mise en place de la T2A au 1er janvier 2010 inquiète les services financiers de l'hôpital. En 2008, 58% des entrées (tous services confondus) étaient le fait de patients de nationalité étrangère, dont 43% de patients surinamais. Ces taux étaient respectivement de 66% et 55% pour le service de gynécologie-obstétrique. Plus d'un quart (26,3%) des journées d'hospitalisation, tous services confondus, dépendaient de l'enveloppe budgétaire des soins urgents et pour 17,3% les frais sont restés impayés.

Le Suriname : situation générale et offre de soin

Situation générale⁷⁵

Ancienne colonie hollandaise, le Suriname obtient son indépendance en 1975. Après deux coups d'Etat (le 1er en 1980) et une guerre civile (86-92) le Suriname est actuellement gouverné par une démocratie parlementaire.

La République du Suriname couvre 163 820 km² à l'ouest de la Guyane française. La population en 2004 était estimée à 492 829 habitants. Les deux villes principales, Paramaribo (la capitale) et Wanica couvrent 0,4% du territoire et comprennent 70% de la population. Les groupes ethniques majoritaires sur la côte sont les créoles, les indiens et les javanais. Les populations de l'intérieur sont principalement composées de Noirs Marrons (90%) et des Amérindiens (10%). Entre 1999 et 2003, le taux de croissance démographique était de 1,5% et le nombre moyen d'enfants par femmes était de 2,2. La population est jeune, les moins de 20 ans représentant 36% de la population et les plus de 60 ans, seulement 8,5% de la population.

Le pays est divisé en dix districts administratifs. L'économie surinamaïse repose en grande partie sur l'industrie extractive (bauxite, or) et l'agriculture.

Assurance maladie⁷⁶

Les principaux modes de financement des dépenses de santé sont les suivants :

- Une « Caisse nationale d'assurance maladie » (SZF pour Staatsziekenfonds) qui sert un ensemble de prestations à 35 % de la population (fonctionnaires et personnes à leur charge);
- Le Ministère des affaires sociales qui offre des services de soins de santé primaires et secondaires aux personnes pauvres ou quasi-pauvres, soit environ 42 % de la population par l'intermédiaire des Services de santé régionale (RGD pour Regionale Gezondheidsdienst) pour les huit districts du littoral, et de la Mission médicale (MZ pour Medische Zending) pour les deux districts de l'intérieur.
- Les régimes d'assurance privés des entreprises et les régimes d'assurance maladie privés, pour environ 20 % de la population.

⁷⁴ *Présentation du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais*. Direction des finances du CHOG, Mars 2009

⁷⁵ ONU. Comité pour l'élimination de la Discrimination Raciale. Rapports présentés par les états parties conformément à l'Art 9 de la convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale CERD/C/SUR/12. Janvier 2008

⁷⁶ Pan American Health Organization. *Health Systems and Services Profile of Surinam*. Division of Health Systems and Services Development. 1st Edition, June 2002

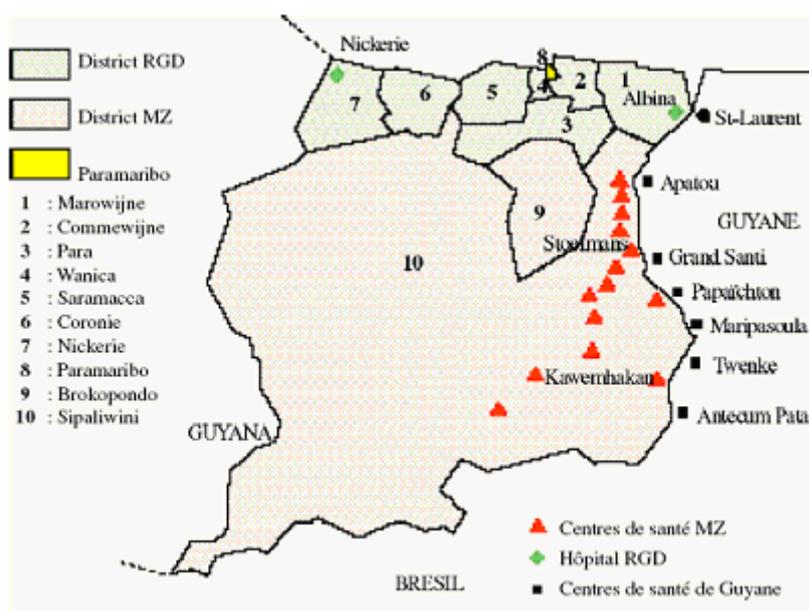
Organisation des soins sur le littoral (figure 19)

Il existe cinq hôpitaux dans le pays, tous concentrés sur le littoral, dont quatre sont situés à Paramaribo (le cinquième à Nickerie) : trois hôpitaux sont publics (s'Lands, Academic et Nickerie), et deux privés et confessionnels (St Vincentius, catholique ; Diakonessenhuis, protestant).

Le Service de santé régional (RGD) assure le fonctionnement de 45 dispensaires dans l'ensemble des huit districts côtiers.

L'accès aux soins est possible au Suriname pour la plupart des pathologies. C'est dans l'aspect qualitatif de la prise en charge que résident les différences avec le système de soin en Guyane⁷⁷.

Figure 19 : Organisation des districts de santé au Suriname et emplacement des structures de santé dans le bassin du Maroni



(Source : Aldighieri et al. *Le Suriname, un partenaire clé pour une coopération régionale en santé publique dans les guyanes*. *Med Trop* 2000 ;60 :323-327)

Organisation et financement des soins dans « l'intérieur »

Dans les deux districts de l'intérieur, les soins primaires sont pourvus via un réseau de 56 centres de santé⁷⁸, par des "travailleurs de santé" (ils ne sont ni médecins ni infirmiers mais ont reçu une formation pratique et parlent les langues locales, ils sont en permanence sur les lieux). Des médecins de santé publique régionaux sont consultés uniquement pour les cas difficiles (seulement cinq médecins étaient en poste en 2005 sur l'ensemble de ce territoire). Les patients qui nécessitent une hospitalisation ou des soins spécialisés sont transportés vers Paramaribo et l'hôpital Diakonessen.

Le nombre de personnes couvertes par le système « MZ » est de 62 000, dont plus de 16 000 à l'Est (le long du Maroni)⁷⁸.

⁷⁷ Les flux migratoires sanitaires entre le Suriname et le département français de la Guyane. Mémoire réalisé par le Dr Laurence Terzan, Expert Technique International, pour M. JM Nicolas, sous préfet de la Guyane

⁷⁸ D'après une interview de la coordinatrice de la promotion de la santé de MZ

Selon tous les interlocuteurs les moyens matériels et humains sont moindres dans les dispensaires surinamais par rapport aux dispensaires de Guyane, les évacuations sanitaires parfois difficiles et tardives, et le suivi de grossesse minimal (par exemple, les échographies prénatales ne sont prises en charge qu'en « cas de nécessité »). Cependant cette organisation des soins de type santé communautaire, ayant une expérience depuis plus de deux siècles dans les régions de l'intérieur, est parfois plus adaptée et mieux organisée sur la rive surinamaïse que sur la rive guyanaïse (par exemple en matière de lutte contre le paludisme).

Le centre de santé d'Albina

Avant la guerre civile, les saint-laurentins allaient généralement se faire soigner à Albina ou à Paramaribo plutôt que dans le vétuste hôpital du bague, les infrastructures sanitaires étant plus modernes et la médecine hollandaise avait alors une bonne réputation. Après la guerre civile au Suriname (1986-1992), le système de soins s'est effondré, la ville d'Albina bombardée et l'hôpital détruit.

L'hôpital a été reconstruit et il fait partie du réseau des centres de santé de la RGD. Il comprend 2 bâtiments, dont l'un semblait abandonné lors de notre visite. Le bâtiment principal, est composé d'un poste d'accueil, de salles de consultation, d'un laboratoire d'analyse médicale et d'une pharmacie.

Vingt et une personnes travaillent dans ce centre de santé : deux médecin⁷⁹, cinq infirmières, un technicien de laboratoire, trois personnes chargées de la pharmacie et d'autres personnels (jardinier, femme de ménage, chauffeur...).

Malgré sa dénomination commune « d'hôpital », les soins prodigués sont avant tout des soins primaires. En cas d'urgence nécessitant des soins actifs ou pour des soins spécialisés, les patients sont adressés à Paramaribo, ou à Saint-Laurent du Maroni lorsque le trajet en ambulance vers Paramaribo pourrait mettre en jeu le pronostic vital du patient (la route qui relie Albina à Paramaribo est en très mauvais état).

Les soins sont gratuits pour les patients qui bénéficient d'une couverture maladie (SZF ou RGD) durant les heures d'urgence (7h-15h). Une participation forfaitaire pour les médicaments est demandée, en fonction du type de couverture maladie. En dehors de ces horaires, le médecin procure des soins payants, dans le cadre de consultations privées. Les patients de l'intérieur (dépendant du système MZ), n'ont pas d'accès aux soins gratuits dispensés dans ce centre de santé.

En ce qui concerne les soins prénataux, les consultations prénatales et les analyses biologiques peuvent être réalisées à Albina, mais les patientes doivent se rendre à Paramaribo pour les échographies. Les grossesses à risque sont suivies à Paramaribo. Les accouchements ont lieu dans le vétuste bâtiment laissé à l'abandon, il n'y a pas de sages femmes et les femmes sont renvoyées à domicile quelques heures après l'accouchement.

Le nombre d'accouchements réalisés à Albina est faible et en diminution (19 ont été recensés en 2008).

⁷⁹ Un médecin y travaille à plein temps depuis 8 ans, une jeune femme médecin y travaillait aussi lors de notre enquête, pour une durée de un an mais elle n'était pas sûre que quelqu'un la remplacerait à son départ, aucun médecin ne souhaite s'installer à Albina.

Problématique et objectifs des enquêtes au CHOG

Il y a une perception grandissante d'un fardeau que représenteraient les migrants étrangers pour l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni. L'attention se focalise surtout sur le coût élevé que représentent les soins médicaux dispensés aux patients en situation irrégulière et/ou dépourvus de couverture maladie. D'autre part, nombreux sont ceux qui pensent que de nombreux clandestins traversent le Maroni spécialement pour obtenir des soins médicaux à Saint-Laurent du Maroni ainsi que de nombreuses femmes qui franchiraient le fleuve pour accoucher à la maternité du CHOG.

L'ampleur avec laquelle la demande de soins au CHOG est le fait de migrants installés en Guyane depuis de nombreuses années ou par ces migrants « pendulaires », dont la plupart serait de courte durée sur le territoire Guyanais, n'est pas connue.

Par ailleurs, les raisons qui inciteraient ces migrants pendulaires à recourir au système de soins français ne sont pas clairement établies. Des motifs liés à l'offre de soin pourraient constituer le moteur de ces recours, soit que le système français soit jugé plus performant, soit qu'il s'agisse de recours spécialisés qui ne peuvent être pris en charge dans le pays d'origine. Des raisons économiques et sociales pourraient aussi sous-tendre ces recours aux soins : la gratuité (relative) des soins, et surtout la naissance d'un enfant sur le territoire français pourraient être un moyen détourné de prendre pied dans le système de prise en charge socio-sanitaire français, permettant par la suite de bénéficier d'une couverture sociale, de la scolarisation de l'enfant, des minima sociaux, etc. Cette idée est largement répandue dans les esprits – tant de la population que des élus – qu'elle en devient une banalité communément admise et rarement remise en cause.

Rappelons que les allocations familiales (et les minima sociaux) ne peuvent être attribués qu'aux personnes de nationalité française ou étrangère en situation régulière qui résident de manière stable sur le territoire français.

Rappelons aussi que la nationalité française n'est pas un droit et les conditions requises pour y parvenir ont été considérablement renforcées depuis 1993. Contrairement à ce qui est souvent énoncé, le droit français de la nationalité n'est pas un strict « droit du sol » : le régime en vigueur comporte en effet des éléments tenant tant à la naissance ou la présence sur le territoire français qu'à la filiation. La nationalité française ne peut être accordée, à sa majorité, à un étranger né en France de parents étrangers qu'à la condition qu'à cette date, il ait en France sa résidence effective et y ait eu sa résidence habituelle pendant une période continue ou discontinue d'au moins cinq ans depuis l'âge de onze ans (Article 19-1 du Code Civil)⁸⁰.

Objectifs des enquêtes :

Les objectifs de ces enquêtes étaient doubles :

- d'une part, il s'agissait de caractériser les patients qui ont recours au CHOG, et notamment à ses deux services ayant la plus forte activité (la maternité et les urgences) et estimer la part des patients résidant au Suriname ;

⁸⁰ De même, l'enfant mineur né en France de parents étrangers peut réclamer la nationalité française par déclaration, à partir de l'âge de 16 ans, si, à la date de celle-ci, il réside en France et y a eu sa résidence habituelle pendant une période continue ou discontinue d'au moins cinq ans depuis l'âge de onze ans. Enfin, la nationalité française peut être réclamée, au nom de l'enfant mineur né en France de parents étrangers, à partir de l'âge de treize ans et avec son consentement personnel, si il y a eu sa résidence habituelle pendant cinq ans, à partir de l'âge de huit ans.

- d'autre part, il s'agissait de comprendre les raisons du recours à ces services et identifier leurs déterminants sanitaires, sociaux et/ou économiques.

Méthodologie des enquêtes :

Plusieurs enquêtes ont été conduites :

- Une enquête qualitative (par questionnaire) auprès d'un échantillon représentatif de patients consultant le service des urgences du CHOG
- Deux enquêtes à la maternité du CHOG
 - o Une enquête qualitative (entretiens sociologiques) auprès de femmes d'origine surinamaïse suivies au CHOG dans le cadre de leur grossesse
 - o Une enquête quantitative (par questionnaires) auprès d'un échantillon représentatif de femmes ayant accouché à la maternité
- Une enquête qualitative (par entretiens) dans le centre de santé d'Albina, auprès de femmes enceintes consultant ce centre de santé dans le cadre du suivi de leur grossesse

Enfin la dernière partie du rapport cherche à appréhender et quantifier les mobilités de part et d'autre du fleuve et le recours aux soins au Suriname (fréquence et motifs), à travers les différentes enquêtes et entretiens réalisés à Saint-Laurent du Maroni et à Albina.

II. Enquête dans le service d'urgences du CHOG

A. Contexte

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés au service des urgences, car d'une part il s'agit d'un des services ayant la plus forte activité (environ 15 000 passages en 2008) et d'autre part, il s'agit souvent de la « porte d'entrée » vers les autres services hospitaliers.

Les statistiques hospitalières disposent de peu d'informations concernant le profil des patients qui consultent aux urgences. Un système d'information informatisé existe mais n'est pas exploitable en l'état. Par ailleurs, il n'y a pas d'agent administratif chargé de l'accueil aux urgences. Il incombe donc aux Infirmiers d'Accueil et d'Orientation (IAO) de recueillir l'identité et le statut de couverture maladie des patients. Les dossiers sont souvent incomplets et mal renseignés.

Les difficultés rencontrées par les personnels hospitaliers sont, des problèmes structurels et organisationnels (manque de place, espaces de confidentialité limités, manque de matériel récurrent), un turn over important des personnels médicaux et paramédicaux, et enfin des difficultés liées à la précarité des patients et aux barrières culturelles et linguistiques qui rendent souvent difficiles les prises en charge.

B. Objectifs

L'objectif principal de l'enquête aux urgences était de caractériser les patients consultant le service des urgences du CHOG (en regard de leur lieu de résidence, de l'ancienneté de leur installation en Guyane pour les patients nés à l'étranger, du statut sur le territoire français et de leur statut vis-à-vis d'une couverture maladie).

Les objectifs secondaires étaient :

- Analyser les raisons du recours à ce service, notamment pour ceux déclarant résider au Suriname
- Comparer les caractéristiques sanitaires et notamment le taux d'hospitalisation en fonction des profils migratoires

C. Méthodologie

Schéma et période de l'étude

L'enquête réalisée était une étude observationnelle transversale, anonyme, représentative, par questionnaires, conduite auprès d'un échantillon aléatoire de patients consultant le service des urgences du CHOG.

L'enquête s'est déroulée sur deux périodes de 15 jours, hors vacances scolaires : du 2 au 15 février 2009 et du 2 au 15 mars 2009.

Population et échantillonnage

La population cible était constituée des patients se présentant aux urgences du CHOG pour une consultation médicale.

Afin de garantir la représentativité de l'échantillon et de tenir compte des variations de fréquentation selon l'heure et/ou les jours de la semaine, un tirage au sort de « tranches horaires » a été réalisé, proportionnellement au volume moyen de consultations enregistrées lors de ces tranches horaires.

Ces volumes de consultations moyens aux urgences par tranche horaire et par jour ont été estimés d'après les cahiers d'admission à partir de 2 semaines types (hors vacances scolaires): Quatre tranches horaires ont été définies (0-7h, 7h-13h, 13h-19h, 19h-24h) et des probabilités de tirage au sort ont été calculées par tranche horaire et par jour.

Le nombre de patients à enquêter était compris entre 200 et 300. A partir de cet objectif et avec une estimation d'un taux de réponse de 75%, 25 tranches horaires ont été tirées au sort pendant la période d'étude (celle-ci correspondait à 112 tranches horaires).

Tous les patients se présentant aux urgences sur les horaires sélectionnés étaient éligibles.

Déroulement de l'enquête

L'enquête de terrain était réalisée par deux enquêteurs formés dont un enquêteur polyglotte. A l'arrivée du patient, un premier enquêteur informait le patient des objectifs et de l'anonymat de l'étude et recueillait son consentement oral. Il recueillait certaines informations sociales et médicales en collaboration avec l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation. Le second enquêteur interviewait ensuite le patient, soit avant, soit après la consultation. Enfin, une fiche médicale était insérée dans le dossier médical afin d'être complétée par le médecin prenant en charge le patient.

La durée de passation du questionnaire était d'environ 15 minutes.

Contenu du questionnaire

Deux questionnaires ont été élaborés : un questionnaire pour les patients de plus de 16 ans (dit par la suite, « questionnaire adulte ») et un questionnaire pour les jeunes et les enfants de moins de 16 ans (« questionnaire enfant »). Pour ces derniers, le consentement et les informations étaient recueillis auprès du représentant légal.

Le questionnaire « adulte » comprenait les informations suivantes :

- caractéristiques démographiques : âge, sexe, situation familiale, nationalité, lieu de naissance ;
- caractéristiques sociales : langues parlées, niveau d'étude, profession et revenus ;
- caractéristiques sanitaires : suivi régulier par un médecin, durée d'évolution des symptômes, consultations antérieures pour ce motif, difficultés d'accès aux soins, couverture maladie (en France ou au Suriname), nombre de consultations aux urgences au cours de l'année passée ;
- motif actuel du recours aux urgences ;
- histoire migratoire : résidence ordinaire, 2^{ème} résidence, statut de résidence en Guyane, ancienneté de l'immigration pour les migrants résidant en Guyane ;
- recours aux soins au Suriname

La fiche médicale comprenait les informations suivantes :

- degré d'urgence (classification CCMU⁸¹)
- motif médical de la consultation
- issue du patient (hospitalisation ou retour à domicile)

D. Résultats

Taux de participation (Tableau 11)

Lors des tranches horaires tirées au sort, 355 patients se sont présentés aux urgences du CHOG pour une consultation médicale. 31 patients ont été classés hors cible (patientes arrivées pour accoucher ou patients directement adressés à un médecin généraliste, patients venus plusieurs fois pendant la période d'enquête, enfants d'une même fratrie consultant simultanément⁸²) ; 38 patients ont refusé ou étaient dans l'impossibilité d'être interrogés, **soit un taux de participation à l'enquête de 88%**.

Près de la moitié des patients (46,5%) ont consultés sur les horaires du matin (de 7h à 13h), un tiers sur les horaires de l'après midi (13h-19h), et enfin un cinquième (20,3%) a été interrogé de nuit ou en soirée (19h-7h)

Tableau 11 : Participation des enquêtes dans le service d'urgences

	<u>N</u>	<u>%</u>
Répondants	286	88,3
Refus	10	3,1
- Se sent trop mal pour répondre	5	
- Autre	5	
Impossibilités d'enquête	28	8,6
- Problème de langue	4	
- Raison médicale	6	
- Patient déjà parti	9	
- Ivresse	3	
- Réquisition	6	
Total éligibles	324	100

Caractéristiques socio-démographiques (Tableau 12)

L'échantillon était composé de 177 patients de plus de 16 ans (soit 61,9% de l'échantillon) et de 109 enfants de moins de 16 ans. Le sexe ratio était inverse entre les adultes et les enfants puisque l'échantillon était composé de 56,5% de femmes chez les plus de 16 ans, et de 43,5% de filles parmi les enfants de moins de 16 ans. L'âge médian était de 32 ans chez les adultes et

⁸¹ La classification clinique des malades aux urgences (CCMU), est une codification évaluant l'état du patient aux urgences, son niveau de gravité clinique ainsi que son pronostic médical. Cette évaluation est déterminée à la fin de l'interrogatoire et de l'examen clinique par le médecin des urgences. Elle comprend 5 degrés d'urgence (voir Annexe 5)

⁸² Dans ce dernier cas, un des membres de la fratrie était tiré au sort, les autres étaient considérés comme hors cible

4 ans chez les enfants. La part des nourrissons (<2 ans) était importante puisqu'ils représentaient plus du tiers (36,7%) des patients de moins de 16 ans.

Lieux de résidence

Trois quarts des répondants ont déclaré habiter à Saint-Laurent du Maroni; 4,6% de l'échantillon a déclaré résider au Suriname, soit 13 personnes (11 adultes et 2 enfants). Parmi les adultes ayant déclaré habiter au Suriname, sept résidaient à Albina, deux à Paramaribo et deux sur le fleuve. Les deux enfants résidant au Suriname habitaient à Albina et à Moengo. Près de 15% des adultes et 9% des enfants ont déclaré une 2^{ème} adresse (aucune personne résidant sur la rive guyanaise n'a déclaré une deuxième adresse sur la rive surinamaïse).

Tableau 12 : Caractéristiques démographiques et lieu de résidence principal de l'échantillon

	Adulte		Enfant	
	N	%	N	%
Sexe				
- Homme	77	43,5	61	56,5
- Femme	100	56,5	47	43,5
Age : médiane [interquartiles]	32 [23-47]		4 [1-9]	
Lieu de naissance				
- Guyane/Métropole/DOM	91	51,4	103	94,5
- Suriname	49	27,7	6	5,5
- Autre	37	20,9	0	0
Résidence déclarée				
- Saint-Laurent du Maroni	127	71,8	91	83,5
- Autre ville Guyane	39	22,0	16	14,7
- Suriname	11	6,2	2	1,8
- Autre*	1	0,7	0	0
Total	177	100	109	100

* Métropole

Lieu de naissance

Parmi les adultes, plus de la moitié (51,4%) sont nés sur le territoire français (dont 37,8% sont nés en Guyane). Plus du quart de l'échantillon est né au Suriname (27,7%). Enfin un cinquième de l'échantillon est né dans un autre pays (20,9%): Brésil (n=15), Haïti (n=7), Guyana (n=6), République Dominicaine (n=3), Sainte Lucie (n=2), Maroc (n=1), Chine (n=1), Italie (n=1), Laos (n=1).

Parmi les enfants, 94,5% sont nés sur le territoire français (dont 90,8% en Guyane) et six enfants sont nés au Suriname.

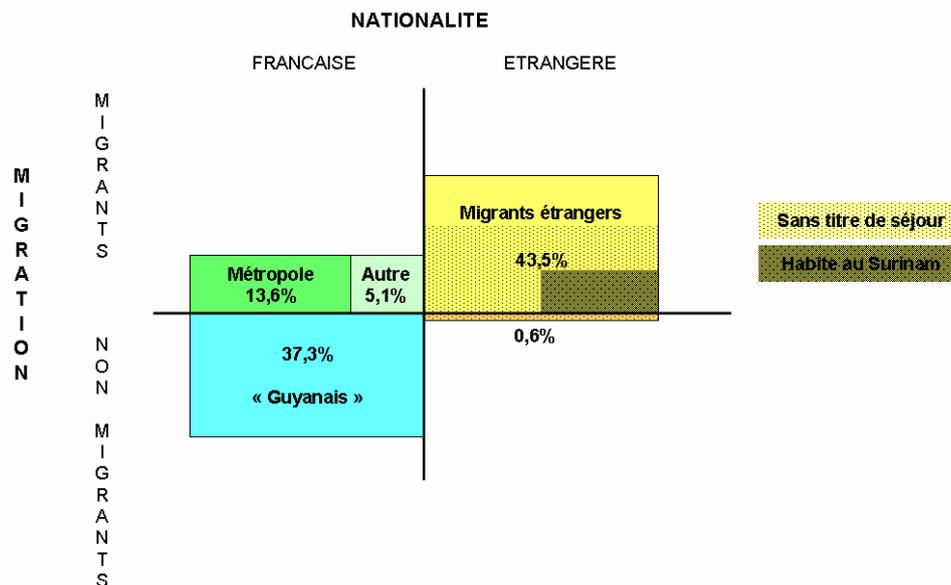
Lieu de naissance, nationalité et statut de résidence

L'analyse de la composition de l'échantillon en fonction de la nationalité et du lieu de naissance permet de distinguer 4 sous groupes pour les adultes (figure 20) :

- les français non migrants qui représentent les « guyanais » (37,8%)

- les français migrants (18,7%) : nés en métropole (13,6%) ou d'origine étrangère ayant acquis la nationalité française (5,1%).
- les patients de nationalité étrangère (43,5%). Près de deux adultes de ce sous-groupe sur trois étaient en situation irrégulière (62,3%).
- une personne a déclaré être née en Guyane mais ne pas avoir de nationalité (0,6%)

Figure 20 : Profil migratoire des adultes consultant aux urgences



En comparant cette répartition de la population des plus de 16 ans consultant aux urgences, à celle des habitants de plus de 18 ans résidant à Saint-Laurent du Maroni (voir enquête en population générale, page 35), on remarque une proportion plus importante de français consultant aux urgences (55,9% versus 45,8% dans la population saint-laurentine, $p=0,001$). Par ailleurs, la part de personnes en situation irrégulière (en incluant aussi les patients qui viennent du Surinam), n'est pas plus importante qu'en population générale (27,7 % versus 26%). Cette comparaison, bien que délicate car l'espace populationnel drainé par le service des urgences dépasse largement les limites de Saint-Laurent du Maroni, permet de relativiser les discours évoquant l'afflux d'étrangers et de personnes en situation irrégulière aux urgences.

Pour les enfants, près de la moitié avaient au moins un parent de nationalité française, et 9,4% avaient leur deux parents en situation irrégulière.

Tableau 13 : Nationalité et statut de résidence

	N	%
Adultes		
Nationalité française	99	55,9
Nationalité étrangère en situation régulière	29	16,4
Nationalité étrangère en situation irrégulière	49	27,7
Enfants		
Au moins un parent a nationalité française	52	48,6
Les 2 parents sont étrangers mais au moins un est en situation régulière	45	42,1
Les 2 parents en situation irrégulière	10	9,4

Recours aux soins avant la consultation aux urgences (Tableau 14)

Près de 68% des adultes étaient suivis régulièrement par un médecin, et 87,5% des enfants. Plus du tiers de l'échantillon avait consulté un médecin avant de venir aux urgences.

Il s'agissait de la première consultation aux urgences (depuis les 12 derniers mois) pour 40,5% des adultes et 44% des enfants. Un peu plus de 20% des répondants ont eu au moins trois recours à ce service au cours de l'année passée.

La durée d'évolution des symptômes avant la consultation aux urgences (renseignée par le patient lors de l'interrogatoire de l'IAO) est plus courte pour les enfants : la proportion des patients dont les symptômes évoluent depuis la veille ou le jour même est de 58,5% parmi les enfants et seulement de 41,6% chez les adultes ($p=0,001$). Parmi les adultes, 16,8% d'entre eux évoquent des symptômes qui durent depuis plus d'un 1 mois.

Tableau 14 : Recours au soin avant la consultation aux urgences

	Adulte		Enfant	
	N	%	N	%
Suivi régulier par un médecin				
- Oui	118	67,8	91	87,5
- Non	56	32,2	13	12,5
A vu un médecin avant de venir aux urgences				
- Oui	55	31,8	39	36,8
- Non	118	68,2	67	63,2
Nombre de consultations antérieures aux urgences au cours de l'année passée				
- Aucune	70	40,5	48	44,0
- Une ou deux	62	35,8	37	33,9
- Trois ou +	41	23,7	24	22,0
Date d'apparition des symptômes				
- Le jour même	51	29,5	47	44,3
- La veille	21	12,1	15	14,2
- 2 à 3 jours	31	17,9	16	15,1
- 3 à 7 jours	25	14,5	18	17,0
- > 1 semaine	16	9,3	6	5,7
- > 1 mois	29	16,8	3	2,8
Type de couverture maladie				
- Couverture de base seule	16	9,2	10	9,3
- Couverture de base + CMUc	57	32,8	54	50,0
- Couverture de base + mutuelle	43	24,7	13	12,0
- AME	9	5,2	8	7,4
- Aucune	49	28,2	23	21,3
Total	177	100	109	100

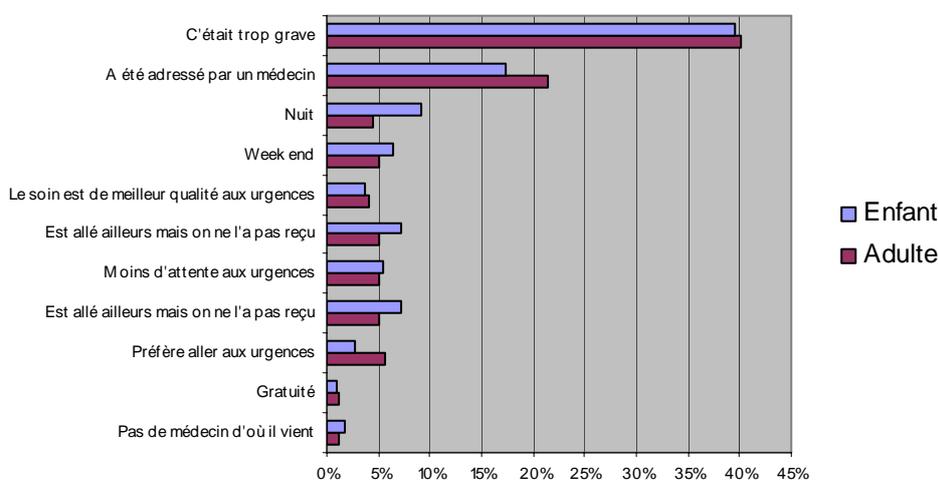
Couverture maladie

Au total un quart des patients n'avait aucune couverture maladie (28,2% des adultes et 21,3% des enfants). Près de 60% de l'échantillon avait une couverture de droit commun de base et complémentaire (CMUc ou Mutuelle) et 6% étaient couverts par l'Aide Médicale d'Etat. Enfin 9,2% n'avait qu'une couverture de base sans couverture complémentaire.

Parmi l'ensemble des personnes ayant déclaré avoir une couverture maladie (de droit commun ou AME), 78% ont présenté un justificatif à l'IAO lors de leur arrivée (soit une carte vitale soit un justificatif papier).

Motif du recours aux urgences

Le principal motif de recours au service des urgences évoqué par les patients était la gravité de leur état (40% des patients), puis le fait d'avoir été adressé par un médecin (19,9%), le moment du besoin de soin (la nuit pour 6,3% de l'échantillon ou le week end pour 5,6%), la qualité des soins (3,9%), le fait d'être allé ailleurs sans avoir été reçu (5,9%), le fait qu'il y ait moins d'attente aux urgences (5,2%), la qualité des soins aux urgences (3,9%) ou des préférences pour les soins pourvus à l'hôpital (4,6%), l'absence de médecin sur le lieu de résidence du patient (1,4%) ou la gratuité des soins (1%).



Motifs du recours aux urgences parmi les patients qui résident au Suriname

Parmi les sept adultes résidant à Albina, quatre ont déclaré avoir été adressé par un médecin⁸³, deux ont déclaré venir pour la qualité des soins et un patient a déclaré recourir au service des urgences de Saint-Laurent du Maroni parce que les soins y sont gratuits. Le patient résidant Paramaribo a évoqué la gravité de son état et la mauvaise qualité des soins au Suriname. Enfin parmi les deux patients résidant sur le fleuve, un a évoqué une raison que l'on peu qualifier de fortuite (elle est venue en visite chez sa fille qui habite à Saint-Laurent), et l'autre a évoqué la qualité de soins.

Parmi les enfants, celui qui réside à Albina a été adressé par un médecin et pour celui qui réside à Moengo, son parent répondant au questionnaire a évoqué la gravité de son état.

Le faible nombre de patients résidant au Suriname ne permet pas de réaliser des comparaisons avec les personnes résidentes en Guyane.

⁸³ Probablement le médecin d'Albina, mais cela n'était pas précisé dans le questionnaire

Caractéristiques médicales (Tableau 15)

Une consultation sur cinq était une consultation simple ne réclamant pas l'utilisation du plateau technique aux urgences (CCMU 1). Les urgences graves (CCMU 4 et 5) représentaient moins de 3% des consultations⁸⁴.

Les motifs médicaux de consultation renseignés par le médecin prenant en charge le patient, montrent la prédominance de trois motifs : les pathologies infectieuses (34% des enfants et 20,3% des adultes), les pathologies médicales autres (32,2% des adultes et 31,2% des enfants) et les accidents/traumatismes (18,6% des adultes et 22,9% des enfants).

Le taux d'hospitalisation global était de 15,7 % (14,7% des adultes et 17,4% des enfants). Ce taux est plus élevé que le taux d'hospitalisation estimé en 2008 sur l'ensemble des patients ayant consulté (13%). Cela peut s'expliquer en partie par la mise en place récente de la maison médicale attenante aux services des urgences. Pendant la période d'enquête, 19 patients ont été directement adressés à la maison médicale après avis médical, et l'on peut supposer qu'ils n'auraient pas été hospitalisés étant donné que leur évaluation initiale a jugé qu'ils ne requerraient pas de consultation dans le service⁸⁵.

Par ailleurs l'issue des patients non inclus (soit hors cible, soit dans l'impossibilité de répondre), pourrait aussi expliquer cette différence.

Tableau 15 : Description des caractéristiques médicales

	Adulte		Enfant	
	N	%	N	%
Degré d'urgence (CCMU)				
- 1 : stable, abstention acte diagnostique ou thérapeutique	32	19,9	27	21,7
- 2 : stable, décision acte diagnostique ou thérapeutique	119	70,4	59	65,4
- 3 : susceptible aggravation sans pronostic vital	14	8,3	13	9,9
- 4 : pronostic vital engagé, sans manœuvres de réanimation	4	2,4	4	2,9
Motif médical de la consultation (plusieurs motifs possibles)				
- Accident/Agression/Traumato/Piqures insectes	33	18,6	25	22,9
- Pathologie infectieuse	36	20,3	37	33,9
- Pathologie médicale autre	57	32,2	34	31,2
- Pathologie chirurgicale	10	5,7	4	3,7
- Pathologie liée à la grossesse	13	7,3	1	0,9
- Pathologie chronique	10	5,7	0	0
- « Bobologie »	6	3,4	1	0,9
- Réquisition	2	1,1	0	0
Issue				
- Retour à domicile	143	80,8	84	77,1
- Hospitalisation	26	14,7	19	17,4
- Patient parti avant de voir un médecin	5	2,8	4	3,7
- Non renseigné	3	1,7	2	1,8

⁸⁴ La classification CCMU est présentée en Annexe 5

⁸⁵ Si ces patients avaient consulté aux urgences, le taux d'hospitalisation aurait été de 14,7%

Comparaison des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires entre les adultes « sans papier » et les adultes de nationalité française ou de nationalité étrangère en situation régulière.

La comparaison des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires entre les patients de plus de 16 ans en situation irrégulière et ceux de nationalité française ou de nationalité étrangère en situation régulière (Tableau 16) ne montre pas de différence d'âge ou de sexe ratio, ni de différence de statut d'occupation⁸⁶. Par contre on observe chez les personnes en situation irrégulière, plus de personnes ne résidant pas à Saint-Laurent du Maroni, des niveaux d'éducation plus faibles et une proportion plus élevée de personne ne parlant pas le français (76,6% versus 13,3%).

Concernant les variables de recours aux soins, **les patients sans papiers relatent moins souvent un suivi régulier chez un médecin** (38,3% versus près de 80% pour les adultes de nationalité française ou étrangère en situation régulière), **et des taux de couverture maladie bien inférieurs** (27,7% versus 88,9%). On n'observe pas de différence significative du nombre de consultations antérieures aux urgences, ni de la durée d'évolution des symptômes bien qu'il y ait une tendance à des symptômes qui évoluent depuis plus longtemps pour le groupe des sans papiers.

Concernant les variables médicales : la classification CCMU montre **des niveaux de gravité initiale supérieurs pour les sans papiers.**

Le risque d'hospitalisation est plus de trois fois supérieur pour les sans papiers par rapport aux patients de nationalité française ou de nationalité étrangère en situation régulière (OR=3,18 [1,34-7,51]).

Concernant les motifs de consultation, seules les pathologies liées à la grossesse sont plus fréquentes pour les sans papiers (pour les autres motifs, il n'y a pas de différence significative). Les motifs chirurgicaux semblent plus fréquents pour les sans papiers mais de façon non significative.

⁸⁶ Le statut d'occupation a été regroupé pour créer une variable à deux modalités : les actifs occupés (ayant une activité déclarée ou non déclarée) et les chômeurs et inactifs (étudiants, au foyer, retraité ou autre inactif)

Tableau 16 : Comparaison des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires entre les adultes sans papier et les adultes de nationalité française ou de nationalité étrangère en situation régulière.

		Adultes français ou étrangers en situation régulière		Adultes étrangers en situation irrégulière		p
		N	%	N	%	
Sexe	- Homme	60	46,9	16	33,3	0,11
	- Femme	68	53,1	32	66,7	
Age	- [16-25]	43	34,1	12	25,5	0,45
	-]25-40]	42	33,3	20	42,6	
	- > 40 ans	41	32,5	15	31,9	
Lieu de résidence	- SLM	102	79,7	25	51,0	<10 ⁻³
	- Autre ville Guyane	26	20,3	13	26,5	
	- Suriname	0	0	11	22,5	
Maîtrise du français	- Pas du tout /Bcp difficultés	17	13,3	36	76,6	<10 ⁻³
	- Sans / quelques difficultés	111	86,7	11	23,4	
Niveau d'études	- Jamais scolarisé/Maternelle/Primaire	22	17,3	16	35,6	<10 ⁻³
	- Collège	30	23,6	19	42,2	
	- Lycée ou études supérieures	75	59,1	10	22,2	
Activité	- Travaille (déclaré ou non)	67	53,2	23	48,9	0,62
	- Chômage/Au foyer/Retraité/Autre	59	46,8	24	51,1	
Suivi régulier par médecin	- Oui	100	79,4	18	38,3	<10 ⁻³
	- Non	26	20,6	29	61,7	
Durée d'évolution des symptômes	- Le jour même ou la veille	56	44,8	16	34,0	0,41
	- 2 à 7 jours	37	29,6	18	38,3	
	- > 1 semaine	32	25,6	13	27,7	
Nb de consultations antérieures	- Aucune	53	41,7	17	37,8	0,8
	- Une ou deux	46	36,2	16	35,6	
	- Trois ou plus	28	22,1	12	26,7	
Couverture maladie	- Droit commun ou AME	112	88,9	13	27,7	<10 ⁻³
	- Aucune	14	11,1	34	72,3	
Degré d'urgence (CCMU)	- 1	25	20,8	7	14,6	0,02
	- 2	87	72,5	31	64,6	
	- 3 ou 4	8	6,7	10	20,8	
Motif médical de la consultation	- Pathologie liée à la grossesse	5	3,9	8	16,7	0,004
	- Pathologie chirurgicale	6	4,7	4	8,3		0,35
Issue	- Retour à domicile	108	89,3	34	72,3	0,007
	- Hospitalisation	13	10,7	13	27,7	

Des modèles de régression logistique⁸⁷ ont ensuite été conduits afin d'étudier les facteurs qui pourraient expliquer la différence observée du taux d'hospitalisation entre le groupe des sans papiers et le groupe des patients de nationalité française ou étrangère en situation régulière.

Les analyses bivariées (première étape de la modélisation) montrent que les facteurs associés à un risque d'hospitalisation plus élevé sont : le fait de ne pas avoir de couverture maladie ($p=0,01$), un niveau de gravité CCMU 3 ou 4 versus 1 ($p<10^{-3}$), le fait de ne pas être suivi par un médecin ($p=0,013$), la non maîtrise du français ($p=0,013$), la résidence hors Saint-Laurent du Maroni ($p<10^{-3}$). Les variables à la limite de la significativité sont : le sexe masculin ($p=0,05$), le fait de ne pas travailler ($p=0,056$), le fait de n'avoir jamais été scolarisé ou scolarisé en maternelle/primaire versus niveau collègue ($p=0,05$), le fait de ne pas avoir vu un médecin avant la consultation aux urgences ($p=0,16$), une durée d'évolution des symptômes plus longue ($p=0,14$).

La deuxième étape consiste à rechercher parmi les facteurs explicatifs, ceux qui expliquent le mieux cette différence observée entre les 2 groupes. Pour cela on regarde la valeur de l'OR associé à la variable « sans papier » dans le modèle de régression logistique multivarié, expliquant le risque d'hospitalisation et ses variations après ajustement sur les autres variables explicatives ou variables d'ajustement. Si l'OR diminue, cela signifie que ces variables d'ajustement peuvent expliquer cet écart observé. Si l'OR diminue jusqu'à la valeur 1, les variables d'ajustement expliquent totalement la différence observée du taux d'hospitalisation entre les deux groupes.

Les analyses multivariées portent sur 165 adultes (douze questionnaires avec des valeurs manquantes pour les variables d'intérêt ont été supprimés, soit 6,8% des questionnaires)

Ces analyses sont présentées dans le tableau 17. On remarque dans le premier modèle que en prenant en compte l'effet de l'âge et du sexe, **les « sans papiers » ont 3,96 fois (IC=[1,56-10,05]) plus de risque d'être hospitalisés que les patients étrangers en situation régulière ou français. Cette différence semble liée, par ordre d'importance, au défaut de couverture maladie, à la non maîtrise du français, à une résidence hors Saint-Laurent du Maroni, à des niveaux de gravité plus élevés et enfin dans une moindre mesure à l'absence de suivi régulier chez un médecin.**

Dans le tableau 18, on remarque que à âge, sexe et niveau de gravité égal, les « sans papiers » ont toujours un risque plus élevé d'être hospitalisés par rapport aux patients étrangers en situation régulière ou français (OR=2,83 [0,97-8,32]). Ce résultat est à limite de la significativité du fait probablement de la faible puissance de l'étude. Là encore, les éléments qui sont associés à un risque d'hospitalisation plus élevé chez les sans papiers sont, à niveau de gravité égal, le fait de ne pas avoir de couverture maladie, la résidence hors Saint-Laurent du Maroni et la non maîtrise du français.

L'absence de couverture maladie peut influencer à deux niveaux, tout d'abord en amont de la consultation, car l'absence de couverture maladie limite l'accès à des soins primaires et préventifs qui pourraient éventuellement éviter une hospitalisation. Elle peut influencer aussi sur les pratiques de soins. Les prises en charge pour les patients sans couverture maladie ne pourront bien souvent se faire qu'à l'hôpital, et l'hospitalisation peut être la garantie d'une prise en charge adéquate. Ainsi aux critères médicaux se rajoutent des critères sociaux. La maîtrise du français semble jouer un rôle important, probablement en tant que barrière linguistique limitant une prise en charge médicale effective lors du passage aux urgences. L'absence d'interprète est en effet une carence réelle dans ce service. Les médecins qui ne

⁸⁷ Des explications relatives à ces modèles sont présentés en Annexe 3

maîtrisent pas les « langues locales » (ce qui est relativement fréquent dans ce service où le turn-over est important) ont un recours ponctuel au personnel polyglotte du service, éventuellement disponible et présent lors d'un besoin de traduction. Il n'est pas rare que personne ne soit disponible ou présent pour traduire.

Le lieu de résidence joue aussi un rôle important dans ce contexte. Il s'agit là encore d'un indicateur d'accès aux soins. Du fait de l'éloignement géographique d'un certain nombre de village et des difficultés d'accès, notamment pour les villages sur le fleuve, là encore, l'hospitalisation pourra être plus « facile », pour des raisons d'éloignement géographique. Par ailleurs, si les patients se déplacent, parfois de très loin sur le fleuve, il peut s'agir de niveaux de gravité supérieurs, non pris en compte par la classification CCMU. Enfin pour les patients qui résident au Suriname, 6 parmi les 13 ont été hospitalisés. On peut là encore envisager deux raisons qui peuvent expliquer ce fort taux d'hospitalisation : éventuellement des niveaux de gravité plus élevé, non pris en compte par la classification CCMU, et l'absence de recours au soins possible au Suriname. Certains patients (n=5) déclarent en effet avoir été adressés au CHOG par le médecin du centre de santé d'Albina, donc l'on peut supposer que les soins nécessaires pour ces patients ne pouvaient être pourvus à Albina.

Tableau 17 : Modèles de régression logistique multivariés étudiant le lien entre le risque d'hospitalisation, le statut des patients et les variables de recours aux soins après ajustement sur l'âge et le sexe

		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	Modèle 6	Modèle final
Sexe	- Homme	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	- Femme	0,31*	0,37*	0,30*	0,34*	0,32*	0,17**	0,19**
Age	- [16-25]	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	-]25-40]	1,79	2,02	1,62	1,99	1,81	1,88	1,95
	- > 40 ans	1,96	1,99	1,65	2,14	2,13	1,59	1,63
Lieu de résidence	- Saint-Laurent du Maroni		Ref					Ref
	- Autre ville Guyane		3,40*					2,87†
	- Suriname		3,94†					3,13
Maîtrise du français	- Pas du tout /Bcp difficultés			Ref				Ref
	- Sans / quelques difficultés			2,17				1,27
Suivi régulier par un médecin	- Oui				Ref			Ref
	- Non				1,62			0,71
Couverture maladie	- Droit commun ou AME					Ref		Ref
	- Aucune					2,91		1,51
Degré d'urgence (CCMU)	- 1						Ref	Ref
	- 2						3,43	2,51
	- 3 ou 4						79,4***	56,41**
Statut migratoire	- Français ou étranger en situation régulière	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	- Etranger en situation irrégulière	3,96**	2,47	2,46	3,09*	1,95	2,83†	1,41

Tableau 18 : Modèles de régression logistique multivariés étudiant le lien entre le risque d'hospitalisation, le statut des patients et les variables de recours aux soins, après ajustement sur l'âge, le sexe et le niveau de gravité

		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	Modèle final
Sexe	- Homme	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	- Femme	0,17**	0,21**	0,17**	0,18**	0,18**	0,19**
Age	- [16-25]	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	-]25-40]	1,88	2,18	1,76	1,97	1,82	1,95
	- > 40 ans	1,59	1,73	1,47	1,65	1,66	1,63
Degré d'urgence (CCMU)	- 1	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	- 2	3,43	2,43	3,25	3,34	3,58	2,87†
	- 3 ou 4	79,4***	57,73**	73,2***	76,21***	75,58***	3,13
Lieu de résidence	- Saint-Laurent du Maroni		Ref				Ref
	- Autre ville Guyane		2,84†				1,27
	- Suriname		3,26				Ref
Maîtrise du français	- Pas du tout /Bcp difficultés			Ref			0,71
	- Sans / quelques difficultés			1,56			Ref
Suivi régulier par un médecin	- Oui				Ref		1,51
	- Non				1,23		Ref
Couverture maladie	- Droit commun ou AME					Ref	2,51
	- Aucune					2,05	56,41**
Statut migratoire	- Français ou étranger en situation régulière	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	- Etranger en situation irrégulière	2,83†	1,80	2,08	2,49	1,68	1,41

Comparaison des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires chez les enfants, en fonction du statut de leur parents.

Le même type d'analyse a été conduit chez les enfants. Deux groupes ont été comparés en fonction du statut des parents. Il a été pris en compte la nationalité et le statut du ou des parent(s) qui vive(nt) avec l'enfant (le père, la mère ou les deux). Ont donc été supprimés de ces analyses, les enfants élevés par leur grand-mère ou tante ou oncle, dont nous ne disposions pas du statut (soit quatre questionnaires supprimés). Deux groupes ont donc été définis : les enfants dont le(s) parent(s) sont en situation irrégulière (n=13), et le groupe des enfants dont au moins un des parents qui vit avec l'enfant est de nationalité française ou en situation régulière (n=91).

Le tableau 19 montre des différences entre ces deux groupes : en comparaison des enfants dont au moins un des parents qui élève l'enfant est en situation régulière ou français, les enfants dont le(s) parent(s) est (sont) en situation irrégulière sont plus souvent de sexe féminin (69,2% vs 40%), résident moins souvent à Saint-Laurent du Maroni (53,9% vs 87,9%), ont plus souvent des symptômes qui évoluent depuis plus d'une semaine (30,8% vs 5,8%), ont plus souvent un défaut de couverture maladie (53,9% vs 15,6%), consultent plus souvent pour des pathologies infectieuses (53,9% vs 29,7%). Enfin le taux d'hospitalisation est supérieur pour le groupe des enfants dont le(s) parent(s) est (sont) en situation irrégulière, bien que cette différence ne soit pas significative (ORbrut=2,57 [0,68-9,72], p=0,15)

Des analyses multivariées, similaires à celles réalisées pour l'échantillon des adultes ont été conduites. Elles portent sur 88 enfants (les questionnaires avec des valeurs manquantes pour les variables d'intérêt ont été supprimés, soit 21 questionnaires)

A âge et sexe égal, les enfants dont le(s) parent(s) est (sont) en situation irrégulière ont un risque d'hospitalisation supérieur aux enfants dont au moins un parent est en situation régulière ou de nationalité française (OR= 3,46 [0,79-15,1], p=0,010). Cette différence est principalement expliquée par le lieu de résidence puis par l'absence de couverture maladie.

Cette différence observée, à la limite de la significativité, laisse supposer que si l'étude avait plus de puissance, on observerait probablement une différence du taux d'hospitalisation entre les deux groupes. Ce résultat, bien que limité du fait des faibles effectifs et d'un nombre important de valeurs manquantes, interpelle sur l'état de santé et les prises en charge en amont de ces enfants.

Tableau 19 : Comparaison des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires entre les enfants dont le(s) parent(s) sont en situation irrégulière et les enfants dont au moins un parent est de nationalité française ou en situation régulière.

		Enfants dont au moins un parent français ou régulier		Enfant dont le(s) parent(s) sont en situation irrégulière		p
		N	%	N	%	
Sexe	- Garçon	54	60,0	4	30,8	0,05
	- Fille	36	40,0	9	69,2	
Age	- [0-2[33	36,7	5	38,5	0,8
	- [2-6[	21	23,3	4	30,8
	- [6-16[	36	40,0	4	30,8
Lieu de résidence	- Saint-Laurent du Maroni	80	87,9	7	53,9	<10⁻³
	- Autre ville Guyane	11	12,1	4	30,8	
	- Suriname	0	0	2	15,4	
Suivi régulier par médecin	- Oui	78	89,7	9	75,0	0,1
	- Non	9	10,3	3	25,0	
Durée d'évolution des symptômes	- Le jour même ou la veille	51	58,6	7	53,9	0,009
	- 2 à 7 jours	31	35,6	2	15,4	
	- > 1 semaine	5	5,8	4	30,8	
Nb de consultations antérieures	- Aucune	36	39,6	8	61,5	0,13
	- Une ou deux	55	60,4	5	38,5	
	- Trois ou plus					
Couverture maladie	- Droit commun ou AME	76	84,4	6	46,1	0,001
	- Aucune	14	15,6	7	53,9	
Degré d'urgence (CCMU)	- 1	24	27,9	1	8,3	0,3
	- 2	48	55,8	9	75,0	
	- 3 ou 4	14	16,3	2	16,7	
Motif médical de la consultation	- Pathologie infectieuse ⁸⁸	27	29,7	7	53,9	0,08
Issue	- Retour à domicile	72	83,7	8	66,7	0,15
	- Hospitalisation	14	16,3	4	33,3	

⁸⁸ Les autres motifs ne sont pas significativement différents entre les deux groupes et ne sont donc pas indiqués dans ce tableau

Tableau 20 : Modèles de régression logistique multivariés étudiant le lien entre le risque d'hospitalisation, le statut des enfants et les variables de recours aux soins, après ajustement sur l'âge et le sexe

		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5
Sexe	- Garçon	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	- Filles	0,73	1,0	0,77	0,63	0,93
Age	- [0-2 ans[	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	- [2-6 ans[	0,47	0,36	0,41	0,45	0,54
	- [6-16 ans[	0,89	0,56	0,84	0,77	1,04
Lieu de résidence	- Saint-Laurent du Maroni		Ref			
	- Autre ville Guyane ou Suriname		7,56**			
Suivi régulier par un médecin	- Oui			Ref		
	- Non			5,09*		
Couverture maladie	- Droit commun ou AME				Ref	
	- Aucune				3,84	
Degré d'urgence (CCMU)	- 1					Ref
	- 2					>10 ³ ***
	- 3 ou 4					>10 ³ ***
Statut des parents	- Français ou étranger en situation régulière	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	- Etranger en situation irrégulière	3,45†	1,22	2,58	2,08	2,51

E. Synthèse

Cette étude présente un certain nombre de forces : une méthode d'échantillonnage qui assure la représentativité de l'échantillon final, un taux de participation élevé, un recueil de données dans la langue des patients, la collaboration avec l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation pour le recueil du statut des patients (couverture maladie et lieu de naissance) et la collaboration des médecins du service pour le recueil des données médicales. La principale faiblesse est que les autres informations sont déclaratives, notamment les lieux de résidence et le statut de résidence sur le territoire.

Cette étude a montré que la part des patients qui déclarent résider au Suriname est faible : 4,5% des patients qui ont consulté aux urgences. On peut supposer la résidence au Suriname est sous déclarée, mais cela nous semble loin d'un « afflux » de patients traversant le Maroni à la recherche de soins à Saint-Laurent du Maroni. En outre, la comparaison de la population des adultes consultant aux urgences, à celle des habitants de plus de 18 ans résidant à Saint-Laurent du Maroni, ne va pas dans le sens d'un afflux de personnes en situation irrégulière mais montre au contraire, une proportion plus importante d'adultes de nationalité française qui consultent aux urgences.

Un quart des patients n'avait aucune couverture maladie (28,2% des adultes et 21,3% des enfants).

Le taux d'hospitalisation est plus de 3 fois supérieur chez les adultes en situation irrégulière par rapport aux personnes de nationalité française ou en situation régulière. Cette différence est liée, par ordre d'importance, au défaut de couverture maladie, à la moindre maîtrise du français, à une résidence hors Saint-Laurent du Maroni, à des niveaux de gravité plus élevés et enfin dans une moindre mesure à un suivi régulier chez un médecin moins fréquent.

Ainsi si l'on retrouve un nombre important de personnes en situation irrégulière dans les autres services du CHOG (dont nous n'avons pas évalué l'ampleur dans le cadre de cette étude), cela serait davantage lié à un état de « précarité sanitaire » pour ces patients, qu'à une affluence plus importante de ces patients aux urgences. Cette précarité sanitaire est liée d'une part à un état de santé plus mauvais (des niveaux de gravité plus élevés à l'arrivée aux urgences) et à des difficultés d'accès aux soins (moindre accès à une couverture maladie, barrière linguistique, moindre accès aux soins primaires et éloignement géographique de Saint-Laurent du Maroni). Le CHOG reste pour ces patients souvent le seul mode d'accès à des soins dans le bassin frontalier.

On retrouve des résultats similaires, chez les enfants dont les parents sont en situation irrégulière, qui, bien que limités par de faibles effectifs et un nombre important de valeurs manquantes, interpellent sur l'état de santé et les prises en charge en amont de ces enfants.

III. Enquête à la maternité du CHOG

A. Contexte

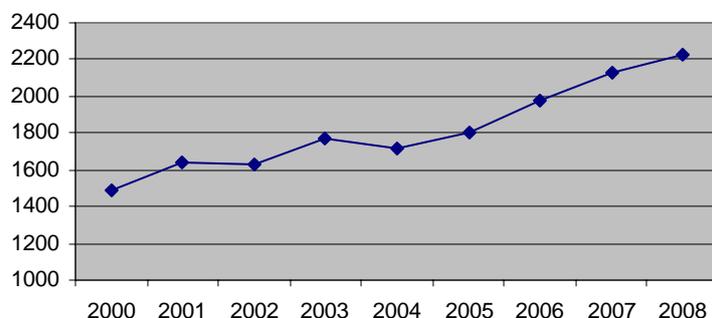
La pression démographique, résultante des flux migratoires et d'un taux de natalité élevé pose des difficultés dans le service de la maternité du CHOG. En 2008 plus de 2 200 naissances ont été enregistrées (+4,4% par rapport à 2007), et l'augmentation du nombre de naissances est constante (voir figure 21). Le SROS périnatalité 2006-2010 estimait déjà en 2005, qu'en 2010, le nombre d'accouchements annuel devait atteindre entre 2 100 et 2 400 accouchements par an.

En terme de capacité d'accueil, le nombre de lit est resté inchangé depuis 1995. Des travaux d'extension de la maternité, programmés depuis 2003, ont démarré... début 2009. Le service est perpétuellement débordé et il n'est pas rare de voir des femmes ayant accouché attendre dans le couloir qu'une chambre se libère.

Les soignants font état d'une proportion importante de grossesses non ou mal suivies et d'un taux de grossesses pathologiques exceptionnellement élevé⁸⁹. On observe par ailleurs en 2008 une augmentation du taux de mortalité périnatal, alors que ce taux était en diminution progressive depuis une vingtaine d'années (15,3‰ de mortalité périnatale globale⁹⁰ en 2008 contre 11,7‰ en 2007).

Enfin, les soignants observent depuis environ deux ans une augmentation du nombre de femmes venant de Paramaribo et de femmes (pour la plupart brésiliennes) en provenance des camps d'orpaillage illégal, à la recherche de soins périnataux.

Figure 21 : Evolution du nombre de naissances au CHOG depuis 2000



Selon Marie-Josée Jolivet, anthropologue, et Diane Vernon, anthropologue et médiatrice culturelle à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni : « On entend souvent dire que l'accès aux allocations familiales allouées aux parents d'un enfant né sur le territoire guyanais pousse beaucoup de femmes marronnes à traverser le Maroni pour venir accoucher à Saint-Laurent du Maroni. Sans vouloir nier l'attrait forcément exercé par cette possible manne auprès de gens dénués de ressources nécessaires à la vie dans un monde occidentalisé, cette situation est infiniment plus complexe que ne le laisse supposer ce genre de raccourci »⁹¹.

⁸⁹ Rapport d'activité 2008 du Service de Gynécologie-Obstétrique du CHOG

⁹⁰ >22SA ou >500g à 7 jours de vie, hors Interruption Médicale de Grossesse

⁹¹ Marie-Josée Jolivet et Diane Vernon, *Droits, polygamie et rapport de genre en Guyane française*, Cahiers d'Etudes Africaines, XLVII (3-4), 187-188, 2007, pp 733-752

B. Objectifs

L'objectif principal de l'enquête à la maternité du CHOG était de caractériser les patientes accouchant à la maternité (en regard de leur lieu de résidence, ancienneté de l'installation en Guyane pour les patientes nées à l'étranger, statut légal de résidence sur le territoire français et statut de couverture maladie).

L'objectif secondaire était de comprendre les raisons du recours à la maternité, en regard des enjeux sanitaires et sociaux, notamment pour les patientes résidant au Suriname.

Cette étude était constituée d'un volet qualitatif puis d'un volet quantitatif par questionnaire.

C. Méthodologie de l'enquête qualitative

L'enquête qualitative a été réalisée par le Dr Estelle Carde, accompagnée d'une interprète, du 12 au 19 janvier 2009 auprès de 22 femmes enceintes sous la forme d'entretiens semi-directifs.

Les entretiens étaient structurés en deux parties :

- a) Parcours biographique : itinéraire migratoire, histoire familiale, situation socio-économique
- b) Parcours de soins (de santé en général, pas uniquement par rapport à la maternité) :
 - au regard :
 - des soins biomédicaux : offerts dans le pays d'origine et offerts à Saint-Laurent
 - des soins « traditionnels »
 - en interrogeant :
 - les représentations : avantages, désavantages, connaissances, attentes, etc.
 - les pratiques : parcours de soins effectif, difficultés rencontrées

L'analyse s'est attachée à contextualiser la venue à la maternité de Saint-Laurent, au regard :

- des enjeux sociaux (itinéraire migratoire, histoire familiale, conditions actuelles de vie)
- des enjeux sanitaires (besoins que perçoit la patiente, attentes qu'elle formule à l'égard de ce service d'obstétrique)

L'analyse de cette enquête a fait l'objet d'un pré-rapport dont certains éléments sont ici repris afin d'illustrer les résultats de l'enquête quantitative.

D. Méthodologie de l'enquête quantitative

Schéma et période de l'étude quantitative :

L'enquête quantitative réalisée était une étude observationnelle transversale, anonyme, représentative conduite auprès d'un échantillon de femmes accouchant à la maternité du CHOG. Les patientes étaient interrogées en post partum. Toutes les femmes accouchant à la maternité du CHOG pendant la période d'étude étaient éligibles. La taille de l'échantillon avait été estimée entre 200 et 300 femmes.

Déroulement de l'enquête :

L'enquête de terrain a été réalisée par une enquêtrice polyglotte formée (qui a aussi réalisé l'interprétariat du volet qualitatif de l'étude). Elle parle couramment le français, bushinengué tongo, le néerlandais et l'anglais. Les entretiens en brésiliens ont été réalisés avec l'aide des aides soignants brésiliens. La durée de passation du questionnaire était d'environ 20 minutes.

Contenu du questionnaire :

Certaines informations ont été recueillies dans les dossiers médicaux (nombre de consultations prénatales et échographies, lieu de suivi ; poids et sexe de l'enfant à la naissance). D'autres renseignements ont été recueillis auprès des admissions de l'hôpital (statut de couverture maladie et démarches engagées en cas d'absence de couverture maladie).

Les questions recueillies auprès des patientes étaient les suivantes :

- caractéristiques démographiques : âge, situation familiale, nationalité, lieu de naissance ;
- caractéristiques sociales : langues parlées, niveau d'étude, profession et revenus ;
- histoire migratoire : lieux de résidence (principale, 2^{ème} voire 3^{ème} lieu de résidence, lieu de résidence principal pendant la grossesse, perspectives à court et moyen terme), statut de résidence en Guyane, ancienneté de l'immigration pour les migrantes ;
- représentation de la qualité des soins, de l'accueil des soignants et de la confiance envers les médecins de la maternité ;
- raisons du recours à la maternité évaluées à plusieurs reprises dans le questionnaire :
 - o au tout début : une question générale : « Pour quelles raisons êtes vous venue accoucher à Saint-Laurent du Maroni ? », avec plusieurs réponses possibles ;
 - o tout au long du questionnaire des questions spécifiques ont été posées relatives à : la qualité des soins, aux papiers et allocations familiales pour les femmes en situation irrégulière, la gratuité des soins pour les femmes sans sécurité sociale ;
- recours aux soins au Suriname et représentation de la qualité des soins au Suriname ;
- recours aux soins traditionnels ;

Accords et confidentialité :

Le Dr Carles, chef de service de la maternité a donné son accord pour que l'enquêtrice ait accès aux dossiers médicaux et au registre des naissances. Les patientes étaient informées des objectifs et de l'anonymat de l'enquête, leur consentement oral était ensuite recueilli.

E. Résultats de l'enquête quantitative

Ces résultats de l'enquête quantitative seront contextualisés par les analyses de l'enquête qualitative.

1. Taux de réponse

L'enquête par questionnaires a été réalisée du 3 février au 19 mars 2009. Sur cette période, 295 femmes ont accouché. Cinq femmes ont refusé de répondre à l'enquête et 26 femmes étaient dans l'impossibilité d'être interrogées (tableau 21), soit **un taux de participation à l'enquête de 90%**.

Tableau 21 : Participation des enquêtes à la maternité

	N	%
Questionnaires complets	264	89,5
Refus	5	1,7
- Trop fatiguée	1	
- Pas intéressée	1	
- Ne donne pas de raison	3	
Impossibilités d'enquête	26	8,8
- Problème de langue ⁹²	9	
- Problème médical	2	
- Patiente partie sans avoir été vu par l'enquêtrice	14	
Total	295	100

2. Description de l'échantillon

L'échantillon était composé de femmes dont l'âge moyen était de 26 ans. Les femmes de 20 ans ou moins représentaient une cinquième de l'échantillon (21,4%).

Plus de une femme sur trois est née en Guyane (37,8%), 5,3% en métropole ou aux Antilles, et plus de la moitié est née au Suriname (52,7%).

42,4% des femmes interrogées étaient célibataires et ne vivaient pas avec le père de leur enfant.

Niveau d'études

Le niveau d'études des femmes interrogées était globalement faible avec **un taux de non scolarisation de près de 20%**. Un tiers avait un niveau lycée et seulement 6,4% avaient fait des études supérieures.

Maîtrise du français

Moins de la moitié des femmes parlait français sans ou avec quelques difficultés dans la vie de tous les jours. Un quart des femmes ne parlait pas du tout le français.

⁹² Huit femmes brésiliennes et une femme chinoise n'ont pu être interrogées

La situation au regard de l'emploi

Parmi les femmes interrogées seulement 12,9% déclaraient travailler avant la grossesse et 1,5% déclaraient une activité complémentaire non déclarée ; 19,3% étaient scolarisées ; enfin deux femmes sur trois se déclaraient au foyer.

Le taux d'activité non déclaré est ici faible. Les entretiens semi-directifs ont montré que les femmes ont souvent des activités annexes : coiffure, garde d'enfants, activités commerciales (achat de produits au Suriname et vente en Guyane) et surtout agricoles (abattis) ; mais ces activités ne sont souvent pas considérées par ces femmes comme des activités professionnelles.

Tableau 22 : Description de l'échantillon (n=264)

	N	%
Age		
- ≤ 20 ans	56	21,2
- [21-25 ans]	84	31,8
- [26-30 ans]	62	23,5
- > 30 ans	62	23,5
Lieu de naissance		
- Guyane/Métropole/Antilles	106	40,2
- Suriname	139	52,7
- Brésil	7	2,7
- Autre	12	4,6
Statut matrimonial		
- Mariée/Fiancée/Pacsée	26	9,9
- En concubinage	126	47,7
- Célibataire/Séparée/Veuve	112	42,4
Niveau d'études		
- Jamais scolarisé	51	19,3
- Maternelle/Primaire	48	18,2
- Collège	76	28,8
- Lycée	72	27,3
- Etudes supérieures	17	6,4
Maîtrise du français		
- Sans difficultés / Avec quelques difficultés	115	44,1
- Avec beaucoup de difficultés / Pas du tout	146	55,9
Activité avant la grossesse		
- Activité déclarée	34	12,9
- Activité non déclarée	4	1,5
- Scolarisée	51	19,3
- Au foyer	175	66,3

3. Lieux de résidence et perspectives

Plus de la moitié des femmes interrogées ont déclaré habiter à Saint-Laurent du Maroni (54,9%) ; 5,7% dans l'agglomération saint laurentine ou à proximité ; 7,6% des femmes sur le littoral (la plupart dans l'ouest guyanais, une femme habitait à Cayenne) ; 18,2% dans des villages de la rive guyanaise du fleuve Maroni ; et enfin 3 femmes (1,1%) habitaient dans l'intérieur (Saül et Saut Sabbat).

Trente trois femmes (soit 12,5%) ont déclaré habiter au Suriname : sept à Albina, onze à Paramaribo, une à Moengo et quatorze sur la rive surinamaïse du fleuve Maroni.

Une 2ème adresse pour 17,4% des femmes interrogées

Près de une femme sur cinq a déclaré une 2^{ème} adresse. Il s'agissait surtout de femmes dont la résidence principale était au Suriname. Pour ces femmes, cette 2^{ème} adresse en Guyane était souvent la résidence où elles ont passé le plus de temps pendant leur grossesse.

Six femmes habitant en Guyane ont par ailleurs déclaré avoir une 2^{ème} adresse au Suriname.

Perspectives à court terme : résidence à la sortie de la maternité

La résidence à la sortie de la maternité coïncidait avec la résidence principale pour les femmes qui habitaient en Guyane. Pour les femmes qui habitaient au Suriname, la plupart a déclaré qu'elles retourneraient (27/33) au Suriname.

Ces résultats sont concordants avec les entretiens menés auprès des soignants chargés du suivi post natal des femmes.

Lieu de suivi de l'enfant (suivi médical)

En ce qui concerne le lieu de suivi médical de l'enfant, 98,4% des femmes souhaitaient faire suivre leur enfant en Guyane (77% à Saint-Laurent du Maroni et 21% dans une autre ville de Guyane). Parmi les femmes résidant au Suriname, seulement 4 souhaitaient faire suivre leur enfant au Suriname.

Perspectives à moyen terme (d'ici 1 an)

La majorité des femmes qui habitaient à Albina et Paramaribo ne comptaient pas s'installer en Guyane (15/19=79%). Sur le fleuve, la moitié des femmes surinamaïses souhaitaient à moyen terme revenir en Guyane.

Tableau 23 : Lieu de résidence principal, mobilités et perspectives

	Résidence principale	2 ^{ème} adresse				Résidence principale pendant la grossesse				Résidence à la sortie de la maternité			Lieu de suivi de l'enfant			A terme (1 an), souhait de rester en Guyane				
		SLM	Autre ville Guy	Suriname	Autre	Total	SLM	Autre ville Guy	Suriname	Autre	SLM	Autre ville Guy	Suriname	SLM	Autre ville Guy	Suriname	Rester en Guyane	Aller au Suriname	Autre	
	N (%)	N	N	N	N	N(%)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Résidence principale																				
Guyane	231 (87,5)	14	6	6	2	28 (12,1)	144	85	0	2	146	83	1	174	51	0	224	0	7	
- Saint Laurent du Maroni (SLM)	145 (54,9)	6	1	3	2	12	142	1	0	2	145	0	0	141	0	0	140	0	5 (métropole)	
- Alentour SLM*	15 (5,7)	1	2	1	0	4	0	15	0	0	0	15	0	11	3	0	15	0	0	
- Littoral**	20 (7,6)	1	1	0	0	2	1	19	0	0	1	19	0	7	12	0	20	0	0	
- Fleuve Maroni***	48 (18,2)	5	2	1	0	8	1	47	0	0	0	48	0	12	36	0	48	0	0	
- Intérieur	3 (1,1)	1	0	1	0	2	0	3	0	0	1	1	1	3	0	0	1	0	2 (Brésil)	
Suriname	33 (12,5)	15	3	0	0	18 (54,5)	9	2	22	0	4	2	27	24	4	4	11	22	0	
- Albina	7 (2,7)	2	0	0	0		1	0	6	0	0	0	7	6	0	0	1	6	0	
- Paramaribo/Moengo	12 (4,6)	8	2	0	0		4	1	7	0	3	1	8	8	1	3	3	9	0	
- Fleuve Maroni	14 (5,3)	5	1	0	0		4	1	9	0	1	1	12	10	3	1	7	7	0	
Total	264 (100)	29	9	6	2	46 (17,4)	153	87	22	2	150	85	28	198	55	4	235	22	7	

* Route de Cayenne, Route de Mana, Ile portale, Route de Javouhey, St Jean, Espérance, Route Paul Isnard

** Mana, Javouhey, Awala, Iracoubo, Cayenne

*** De Sparouine à Maripasoula

† Métropole (n=1), Pays Bas (n=1)

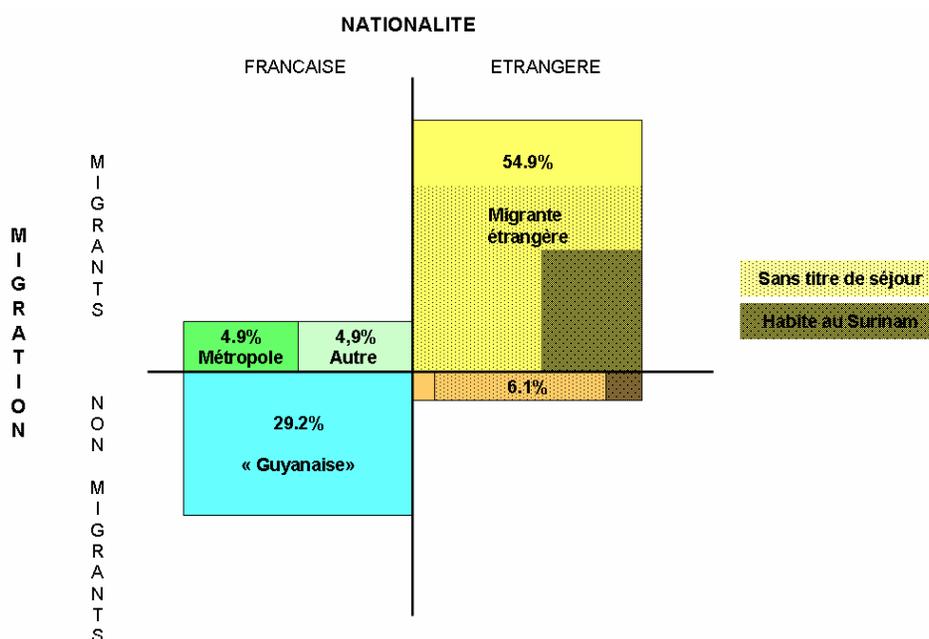
Lecture du tableau : verticalement pour la première colonne (résidence principale) puis horizontalement : exemple : parmi les femmes qui ont leur résidence principale à SLM(n=145), 12 ont une adresse secondaire (6 à SLM, 1 dans une ville en Guyane, 3 au Suriname et 2 autre). Toutes resteront à SLM à leur sortie de maternité, 141 feront suivre leur enfant à SLM et 140 resteront en Guyane à moyen terme (d'ici un an).

4. Trajectoire migratoire, nationalité

Une population étrangère en proportion importante avec des profils migratoires différents

Dans l'ensemble de l'échantillon, **39% des femmes interrogées étaient de nationalité française. Les personnes de nationalité étrangère étaient à 82% de nationalité surinamaïse.** Notons que **4,9% de femmes ont déclaré ne pas avoir de nationalité** (il s'agit de femmes nées en Guyane, sur le haut Maroni, qui n'auraient pas été déclarées à la naissance et qui ne peuvent justifier d'aucun document d'identité). Une femme de nationalité étrangère sur cinq était en situation régulière de séjour. **Au total, près de la moitié des femmes interrogées étaient sans papiers (48,5%).**

Figure 22 : Profil migratoire des femmes accouchant à la maternité



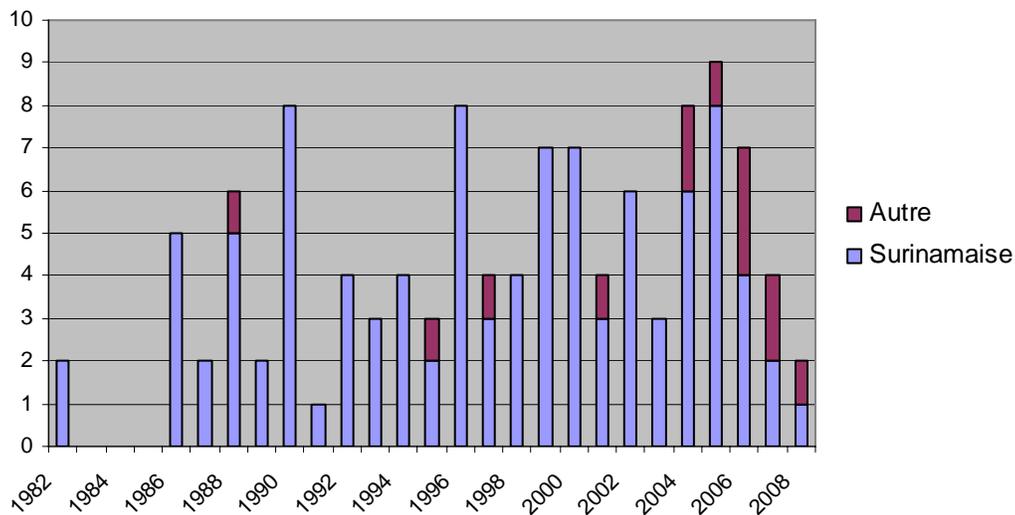
Ainsi, on distingue quatre sous-groupes de population :

- la population des femmes françaises non migrantes qui représente les « guyanaïses » (29,2%)
- la population des femmes françaises migrantes, nées en métropole ou aux Antilles (4,9%) ou d'origine étrangère ayant acquis la nationalité française (4,9%).
- la population des femmes de nationalité étrangère (54,9%) ;
- la population des femmes nées en Guyane et de nationalité surinamaïse (1,1%) et la population des femmes nées en Guyane déclarant ne pas avoir de nationalité (4,9%)

Une immigration ancienne pour les migrantes de nationalité étrangère installées en Guyane

Parmi la population des femmes migrantes de nationalité étrangère et résidant en Guyane (n=114), la distribution de l'ancienneté de l'immigration montre que **la moitié des femmes migrantes de nationalité étrangère est installée depuis plus de 10 ans en Guyane** (ancienneté médiane d'installation = 10,5 ans). Cette proportion est plus importante parmi les migrantes de nationalité surinamaïse, puisqu'elles sont 60% à déclarer résider en Guyane depuis au moins 10 ans, alors que la moitié des femmes nées dans un autre pays (7/14), résident en Guyane depuis moins de 5 ans ($p=0,003$)⁹³.

Figure 23 : Date d'installation en Guyane pour les migrantes de nationalité étrangère résidentes en Guyane, par nationalité



⁹³ La comparaison des durées de résidence entre les femmes de nationalité surinamaïse et les femmes d'une autre nationalité a été réalisée en utilisant la variable durée de résidence en 3 classes : <5 ans, [5-10[et ≥ 10 ans.

5. Comparaison des caractéristiques socio-démographiques en fonction du statut migratoire

Le tableau 24 présente une comparaison des caractéristiques sociales et démographiques selon la nationalité et le statut de résidence.

Cette comparaison montre que les femmes en situation irrégulière (qu'elles résident en Guyane ou au Suriname) ont des niveaux d'étude moins élevés, une moins bonne maîtrise du français, se déclarent plus souvent au foyer et – pour celles qui résident en Guyane – leur installation est plus récente que celles qui ont pu être régularisées.

Tableau 24 : Comparaison des caractéristiques sociales et démographiques selon la nationalité et le statut de résidence

	Femmes de nationalité française (n=104)		Femmes de nationalité étrangère en situation régulière (n=32)		Femmes en situation irrégulière (n=128)		P value
	N	%	N	%	N	%	
Age							
- Moyenne ± Ecart-type		24,9 ± 6,0		28,1 ± 7,3		26,4 ± 6,9	0,04
Statut matrimonial							
- Mariée/Fiancée/Pacsée/En concubinage	59	56,7	16	50	77	60,2	0,6
- Célibataire/Séparée/Veuve	45	43,3	16	50	51	39,8	
Niveau d'études							
- Jamais scolarisé	9	8,7	8	25	34	26,6	< 10⁻³
- Maternelle/Primaire	4	3,9	8	25	36	28,1	
- Collège	25	24,0	8	25	43	33,6	
- Lycée / Etudes supérieures	66	63,5	8	25	15	11,7	
Maîtrise du français							
- Sans ou avec quelques difficultés	87	84,5	14	43,8	14	11,1	< 10⁻³
- Beaucoup de difficultés / Pas du tout	16	15,5	18	56,3	112	88,9	
Activité avant la grossesse							
- Activité déclarée ou non déclarée	33	31,7	2	3,2	3	2,3	< 10⁻³
- Scolarisée	28	26,9	4	12,5	19	14,8	
- Au foyer	43	41,3	26	81,3	106	82,8	
Ancienneté de résidence en Guyane (pour les femmes habitant en Guyane, n=231)							
- Née en Guyane	77	74,0	0	0	13	13,5	< 10⁻³
- ≤ 10 ans	13	12,5	5	16,1	52	54,2	
- >10 ans	14	13,5	26	83,9	31	32,3	

6. Type de couverture maladie

Les analyses sur le type de couverture maladie portent sur les données recueillies auprès du service des admissions. Cinq dossiers de patientes n'ont pu être retrouvés.

Lors du séjour hospitalier, **57,6% des femmes avaient une couverture maladie dont les droits étaient à jour** : soit une couverture de base + CMUc (29,2%), soit une couverture de base + mutuelle (12,1%), soit une AME (13,3%), soit plus rarement une couverture de base seule (3,0%). Parmi les femmes n'ayant pas de couverture maladie lors de leur séjour hospitalier, 9,8% des femmes avaient une AME (ou plus rarement une couverture de droit commun) dont les droits n'étaient pas à jour, et **30,7% n'avaient jamais eu de couverture maladie**.

Tableau 25 : Type de couverture maladie et démarches entreprises par le service des admissions

	N	%
Couverture maladie le jour de l'accouchement (n=264)		
- Sécurité Sociale de base + complémentaire	117	44,3
- AME	35	13,3
- AME (ou CMU) périmée	26	9,8
- N'a jamais eu de couverture maladie	81	30,7
- Aucune information dans le fichier des admissions	5	1,9
Démarches réalisées en cas d'absence de couverture le jour de l'accouchement (n=107)		
- Renouvellement AME ou sécu droit commun	17	15,9
- 1 ^{ère} demande d'AME (dossier complet) ou sécu droit commun	32	29,9
- Pas de démarches	58	54,2

Les femmes n'ayant pas de couverture maladie ou dont les droits à une couverture maladie n'étaient pas à jour étaient en principe vues par un agent des admissions, chargé de s'informer de leur situation sociale et recueillir les pièces d'identité et justificatifs nécessaires à une éventuelle ouverture ou à un renouvellement de droits. Si les pièces ne pouvaient être réunies, une demande de soins urgents était formulée. En pratique, toutes les femmes n'étaient pas rencontrées (par faute de temps, et surtout lorsque les femmes accouchaient en fin de semaine, et plus rarement par non remontée d'informations du service de la maternité vers les admissions).

Au total parmi les femmes qui ne disposaient pas de couverture maladie, des démarches ont été réalisées dans près de la moitié des cas (45,8%) : un renouvellement d'une AME (ou plus rarement d'une couverture maladie de droit commun) pour 15,9% des femmes sans couverture maladie, une ouverture de droit (AME ou plus rarement une sécurité sociale de droit commun) pour 30% des femmes (qui a priori devrait être accepté). Aucune démarche susceptible d'aboutir n'a été engagée pour 54,2% de ces patientes (soit parce qu'elles n'y ont pas droit ou ne peuvent fournir les justificatifs exigés par la CGSS, soit parce qu'elles n'ont pas été rencontrées par l'agent des admissions).

Au total, près de un quart des patientes interrogées (23,9%) ne disposaient pas de couverture maladie le jour de l'accouchement et aucune démarche n'a été engagée lors de leur séjour hospitalier. Ces frais d'hospitalisation seront soit comptabilisés dans l'enveloppe budgétaire des soins urgents, soit constitueront une perte pour l'établissement.

Ces résultats peuvent être rapprochés des statistiques hospitalières (cependant les statistiques dont nous disposons concernent les activités de l'ensemble du service, pas seulement les activités d'obstétrique) : en 2007, le nombre de journées d'hospitalisation par débiteur pour le service de gynécologie obstétrique se répartissent ainsi : CGSS (38,8%), AME (23,1%), soins urgents (26,6%), non identifié (11,5%).

Une analyse des types de couverture maladie en fonction du lieu de résidence des femmes interrogées et de leur statut migratoire a été réalisée (figures 24 et 25). Cette comparaison montre que plus on s'éloigne de Saint-Laurent du Maroni et plus la proportion de femmes sans couverture maladie augmente. Sur le fleuve Maroni (rive guyanaise), une femme sur 2 n'a jamais eu de couverture maladie. Trois femmes résidentes au Suriname sur quatre, n'ont jamais eu de couverture maladie. A Saint-Laurent du Maroni, cette proportion est de une sur cinq.

Figure 24 : Répartition des types de couverture maladie, par lieu de résidence

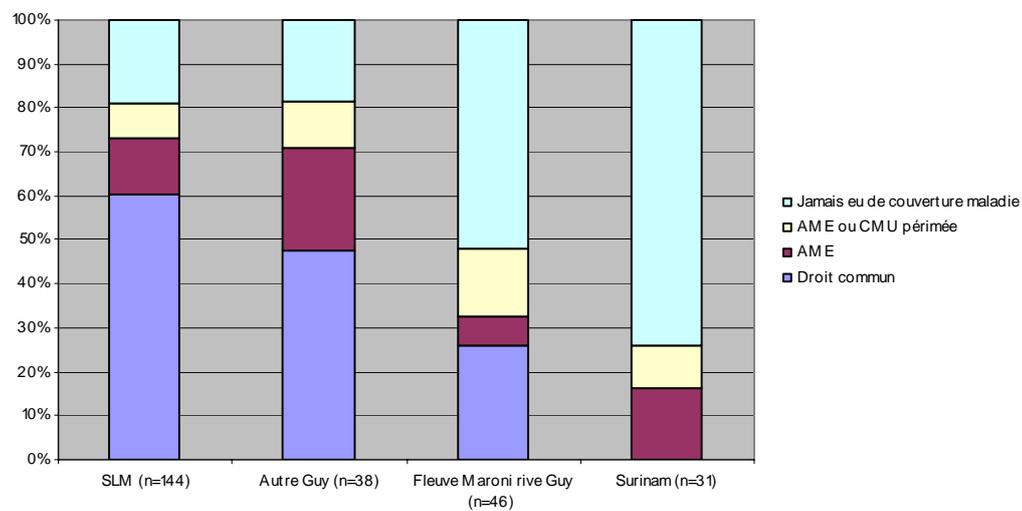
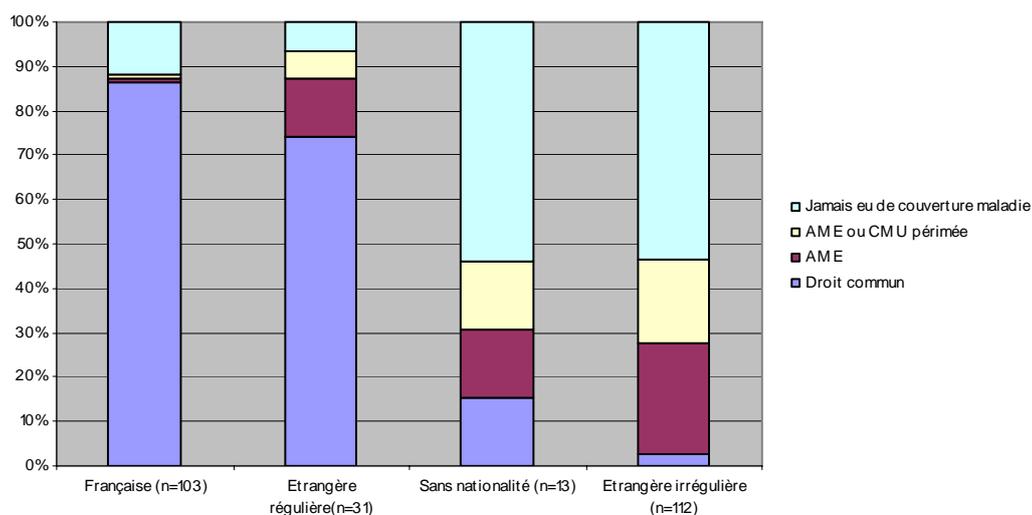


Figure 25 : Répartition des types de couverture maladie, par statut



D'autres facteurs associés au fait d'avoir une couverture maladie à jour lors de l'accouchement ont été étudiés et ces analyses montrent que le fait d'avoir une couverture maladie à jour est aussi liée à une résidence plus ancienne ($p < 10^{-3}$), à la maîtrise du français

($p < 10^{-3}$), au niveau d'étude ($p < 10^{-3}$), au fait d'avoir une activité ($p < 10^{-3}$), et d'avoir déjà accouché en Guyane ($p < 10^{-3}$).

Les entretiens de l'enquête qualitative ont montré que même si la compréhension fine de son fonctionnement semble loin d'être acquise, les femmes semblent relativement familiarisées avec la notion de couverture maladie : presque toutes en ont « entendu parler », ce qui peut être considéré comme un progrès par rapport à la situation décrite quelques années plus tôt à Saint-Laurent du Maroni. C'est d'ailleurs le plus souvent à l'occasion d'une grossesse ou d'un accouchement que les démarches ont été enclenchées la première fois. Cependant cette « familiarisation approximative » peut donner lieu à d'étonnantes confusions. Ainsi par exemple, le terme « CMU » s'est imposé, en nengué, pour qualifier toute « couverture maladie » (celle des assurés cotisants de l'Assurance maladie et celle des bénéficiaires de l'AME, outre celle des bénéficiaires de la CMU), alors même que ces distinctions (aide médicale /assurance maladie) existent dans le système social surinamien et sont désignés par des termes spécifiques.

7. Suivi de la grossesse

Le suivi prénatal, lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque, doit comprendre 7 consultations prénatales, un suivi régulier, une première consultation lors du 1er trimestre de la grossesse et 3 échographies (Recommandations HAS).

Nous avons défini comme un suivi insuffisant, un nombre de consultations prénatales inférieur à quatre⁹⁴. L'analyse sur l'ensemble de l'échantillon montre que **seulement 42,2% des femmes interrogées ont atteint le seuil de 7 consultations prénatales.**⁹⁵ **Près de une femme sur cinq (17,2%) avaient eu moins de 4 consultations prénatales.** Plus de la moitié des femmes ont eu moins de 3 échographies au cours de leur grossesse⁹⁶.

Tableau 26 : Suivi de la grossesse

	N	%
Nombre de consultations prénatales		
- Au moins 7	110	42,2
- 4 à 6	105	40,2
- Moins de 4	46	17,6
Nombre d'échographies		
- Moins de 3	138	52,5
- Au moins 3	125	47,5

L'analyse du nombre de consultations en fonction du lieu de résidence (figure 26), montre la même tendance que pour le statut de couverture maladie : les femmes résidant au Suriname ont le plus mauvais suivi (39,4% ont eu moins de 4 consultations), puis les femmes qui résident sur le fleuve (22,9%), puis les femmes qui résident dans une autre ville/village en Guyane (13,9%). A Saint Laurent du Maroni, près de 12% ont eu un suivi insuffisant. Ces différences sont globalement significatives ($p < 10^{-3}$).

⁹⁴ T. Cardoso, G. Carles, G. Patient, P. Clayette, G. Tescher, B. Carme. *Périnatalité en Guyane française. Évolution de 1992 à 1999*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32 : 345-355.

⁹⁵ Ce chiffre est en accord avec ceux de précédentes études en Guyane : 42% d'après une étude réalisée par l'Inserm en 1998 (Insee, *Les grossesses à suivre*. AntianeEco N°47, Décembre 2000) et 49,1% en 2003 d'après les données du SROS.

⁹⁶ Elles étaient 44% en Guyane en 1998

Le suivi de grossesse dépend aussi du statut de couverture maladie ($p < 10^{-3}$) : près de une femme sur trois n'ayant pas de couverture maladie à jour lors de son séjour hospitalier a eu moins de quatre consultations prénatales.

Enfin la dernière figure montre que les femmes en situation irrégulière ont là encore le plus mauvais suivi : une sur quatre (26,8%) a eu moins de quatre consultations prénatales.

Figure 26 : Nombre de consultations prénatales, en fonction du lieu de résidence

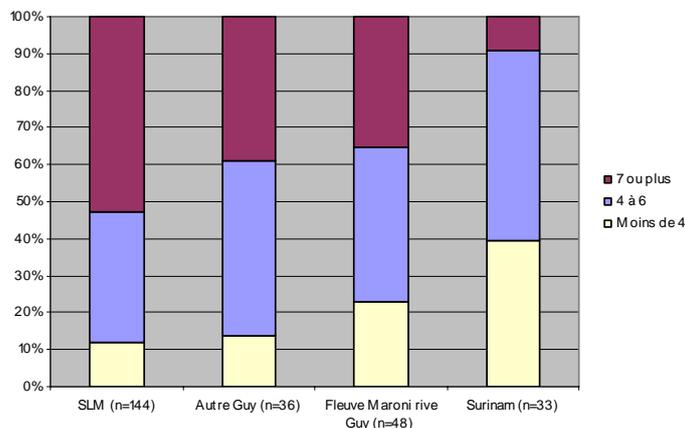


Figure 27 : Nombre de consultations prénatales, en fonction du statut de couverture maladie

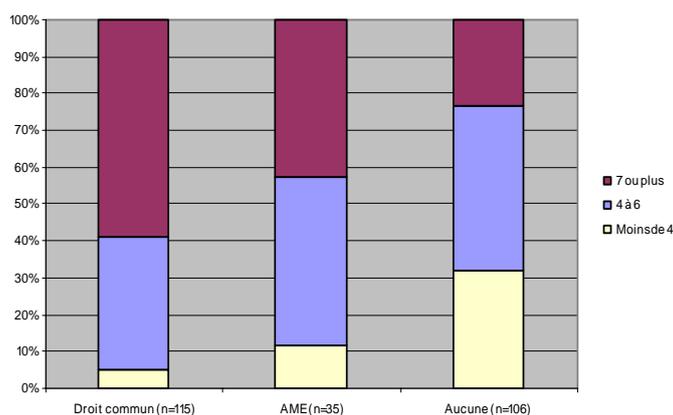
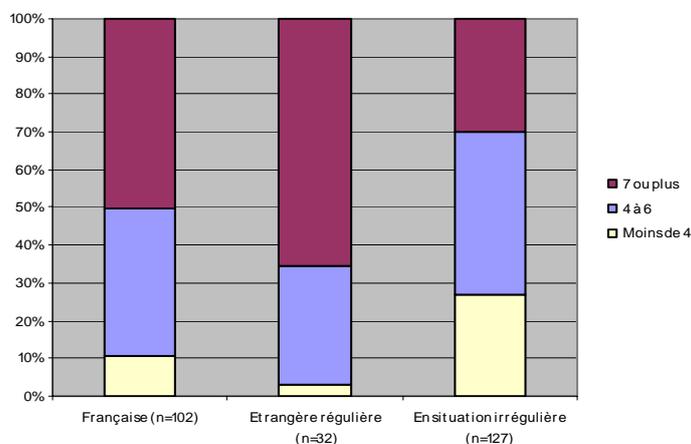


Figure 28 : Nombre de consultations prénatales, en fonction du statut de la femme



Des analyses multivariées par régression logistique ont été conduites pas à pas pour déterminer les facteurs associés à un risque de mauvais suivi de grossesse (défini par un nombre de consultations prénatales inférieur à quatre)⁹⁷. Nous avons retiré de ces analyses les femmes résidantes au Suriname, dans la mesure où ces femmes sont parfois suivies au Suriname et accouchent à Saint-Laurent du Maroni et dans ce cas elles sont considérées comme « non suivies » par le service de la maternité. Six questionnaires n'ont pas été pris en compte car ils contenaient des données manquantes sur les variables d'intérêt (soit 2,6% des questionnaires), les analyses portent donc sur 225 femmes.

Tableau 27 : Modèle de régression logistique multivariée analysant le risque d'un mauvais suivi de grossesse chez les femmes résidant en Guyane (n=225)

		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle final
Age	- Moins de 20 ans	Ref	Ref	Ref	Ref
	-]20-25 ans]	1,04	1,07	1,00	0,91
	-]25-30 ans]	0,83	0,83	0,86	0,69
	- > 30 ans	0,62	0,64	0,71	0,54
Statut de la femme	- Français ou étrangère régulière	Ref	Ref	Ref	Ref
	- En situation irrégulière	3,18**	2,92*	1,18	0,81
Résidence principale	- SLM		Ref	Ref	Ref
	- Autre ville/village		1,02	1,18	1,25
	- Fleuve (rive guyanaise)		1,41	1,05	0,83
Couverture maladie	- A jour (droit commun ou AME)			Ref	Ref
	- Aucune			5,42**	5,70**
Niveau d'études	- Lycée / Etudes supérieures				Ref
	- Collège				2,69
	- Maternelle/Primaire				2,42
	- Jamais scolarisé				3,85†

Le modèle final (tableau 27) montre que **après ajustement sur l'ensemble des variables, deux facteurs influent sur le risque d'un mauvais suivi de grossesse : l'absence de couverture maladie multiplie par presque 6 le risque de mauvais suivi (OR=5,70 [2-16,2]) et le fait de n'avoir jamais été scolarisé multiplie par près de 4 le risque de mauvais suivi** en comparaison des femmes ayant un niveau lycée ou supérieur (OR à la limite de la significativité : OR=3,85 [0,95-15,63], p=0,06). Les modèles intermédiaires 1, 2 et 3 montrent que la différence de suivi que l'on observait entre les femmes en situation irrégulière et les femmes françaises ou étrangères en situation régulière est liée au statut de couverture maladie. De même, le lieu de résidence (sur le fleuve Maroni) n'est pas non plus un facteur déterminant en soi, mais il semble que c'est parce qu'il y a plus de femmes en situation irrégulière et plus de femmes sans couverture maladie sur le fleuve que le suivi y est plus mauvais.

Ces résultats montrent que malgré la place de la PMI et des centres de santé dans l'offre de soins guyanaise, qui proposent un suivi prénatal gratuit à toutes les femmes quel soit leur statut, **l'accès à une couverture maladie est un élément déterminant du suivi de grossesse.**

⁹⁷ Les variables suivantes n'ont pas été conservées dans le modèle final car elles n'étaient pas ou plus significatives après ajustement : la maîtrise du français, le statut matrimonial, l'activité de la femme, la parité et l'ancienneté de la résidence en Guyane. L'âge a été forcé dans le modèle bien que non significatif.

Par ailleurs ces associations entre le suivi de grossesse et le niveau d'éducation nous rappelle que **l'alphabétisation des femmes joue aussi un rôle majeur.**

8. Perception de la qualité des soins à la maternité

Globalement les femmes ont une perception très bonne ou bonne de la qualité des soins et de l'accueil des soignants à Saint-Laurent du Maroni. 97,7% des femmes ont une totale confiance envers les médecins de la maternité.

Tableau 28 : Perception de la qualité des soins, de l'accueil et confiance envers les médecins (n=264)

	N	%
Perception de la qualité des soins à la maternité de Saint-Laurent du Maroni		
- Très bonne	224	84,9
- Bonne	35	13,3
- Moyenne	5	1,9
- Mauvaise	0	0
Accueil des soignants		
- Très bon	229	86,7
- Bon	33	12,5
- Moyen	2	0,8
- Mauvais	0	0
Confiance envers les médecins		
- Oui totalement	258	97,7
- Oui mais pas totalement	6	2,3
- Non pas vraiment/Non pas du tout	0	0

9. Raisons du recours à la maternité

Les raisons du recours à la maternité du CHOG ont été analysées en fonction du lieu de résidence principal des femmes. En effet, la réponse à cette question peut s'avérer différente en fonction du lieu où l'on réside.

Pour les femmes qui résident à Saint-Laurent du Maroni, les principales raisons évoquées sont le fait d'habiter à Saint-Laurent du Maroni et la proximité géographique. Pour les femmes qui habitent dans une autre ville de Guyane, la principale raison évoquée est la proximité géographique (citée par 82,6% des femmes). **Pour les femmes qui résident au Suriname, la qualité des soins est la raison la plus souvent citée (par 51,5% des femmes), puis la proximité géographique (45,5%).**

La question de la qualité de soins

A la question « Est-ce pour la qualité de soins et la confiance envers les médecins que vous êtes venues accoucher au CHOG ? », 78,8% des femmes résidentes au Suriname ont répondu « oui » ou « en partie », alors que ces taux sont plus faibles pour les femmes résidant à Saint-Laurent du Maroni (53,1%) ou dans une autre ville de Guyane (65,1%). Si l'on regarde les réponses par ville de résidence pour les femmes qui habitent au Suriname, toutes les femmes qui résident à Paramaribo ou à Moengo ont répondu que la qualité des soins a été une des

raisons pour accoucher au CHOG, ainsi que six des sept femmes qui résident à Albina et enfin huit des 14 femmes qui habitent sur la rive surinamaïse du fleuve Maroni.

Tableau 29 : Raisons de recours à la maternité du CHOG par lieu de résidence

	Résidence principale					
	Saint-Laurent (n=145)		Autre ville Guyane (n=86)		Suriname (n=33)	
	N	%	N	%	N	%
Raisons d'accoucher à Saint-Laurent du Maroni *						
- J'habite ici	138	95,2	20	23,3	3	9,1
- C'est la maternité la plus proche de là où j'habite	25	17,3	71	82,6	15	45,5
- Les soins sont de bonne qualité	4	2,8	15	17,4	17	51,5
- J'ai de la famille ici	5	3,5	4	4,7	4	12,1
- Le père de l'enfant habite ici	17	11,7	2	2,3	2	6,0
Est-ce pour la qualité des soins et la confiance envers les soignants que vous êtes venue accoucher à Saint-Laurent du Maroni?						
- Oui ou en partie	77	53,1	56	65,1	26	78,8
- Non	68	46,9	30	34,9	7	21,2
Les papiers français : une raison de venir accoucher à Saint-Laurent du Maroni?						
- Oui ou en partie	2	1,4	3	3,5	4	12,1
- Non	43	29,7	48	55,8	28	84,9
- Non concernée (nationalité française ou étrangère en situation régulière)	100	69,0	35	40,7	1	3,0
Les allocations familiales : une raison pour venir accoucher à Saint-Laurent du Maroni?						
- Oui ou en partie	0	0	1	1,1	1	3,0
- Non	27	18,6	39	45,4	28	84,9
- Non concernée (nationalité française ou étrangère en situation régulière ou perçoit déjà des allocations familiales)	118	81,4	46	53,5	4	12,1
Le fait de ne pas payer : une raison pour venir accoucher à Saint-Laurent du Maroni?						
- Oui ou en partie	0	0	0	0	0	0
- Non	36	25	35	41,7	26	81,3
- Non concernée (déclare avoir une sécurité sociale)	108	75	49	58,3	6	18,8

* Plusieurs réponses possibles à cette question

La question des papiers pour les femmes en situation irrégulière

Une première question a été posée aux femmes en situation irrégulière concernant la question des papiers. A la question « Pensez vous que d'avoir un enfant né en Guyane vous aidera à avoir des papiers français ? », la plupart des femmes n'avaient qu'une réponse évasive : 75,8% des femmes en situation irrégulière ont répondu « peut-être », 9,4% ont répondu « Oui », 13,3% ont répondu « Non ».

Concernant la motivation du recours à la maternité, neuf femmes parmi les femmes interrogées ont exprimé que l'éventualité de pouvoir avoir des papiers a été une des raisons pour venir accoucher à Saint-Laurent du Maroni, soit 7% des femmes en situation irrégulière. Quatre de ces femmes résident au Suriname.

On constate un décalage entre ces deux questions : **si la naissance d'un enfant en Guyane est perçue comme pouvant éventuellement faciliter une régularisation, il s'agit rarement d'un motif de recours à la maternité.**

La question des allocations familiales

De même, deux questions ont été posées aux femmes ne bénéficiant pas des allocations familiales. A la question « Pensez vous qu'en accouchant en Guyane vous pourrez bénéficier des allocations familiales », 74% des femmes en situation irrégulière ne bénéficiant pas des allocations familiales ont répondu « peut-être », 11,5% ont répondu « Oui », 13,5% ont répondu « Non ». L'analyse de ces réponses notamment en fonction du statut du conjoint (en distinguant donc celles qui potentiellement y avaient droit de celles qui ne pourraient en bénéficier), ne montraient pas de différence, ce qui indique que certaines pensent à tort qu'elles y auront droit et d'autres pensent à tort qu'elles n'y auront pas droit.

Seulement deux femmes ont déclaré que la possibilité de pouvoir bénéficier des allocations familiales a été une des raisons pour venir accoucher en Guyane.

La question de la gratuité des soins

Aucune femme n'a déclaré être venue accoucher à Saint-Laurent du Maroni parce qu'elle ne paierait pas son séjour hospitalier.

Les motifs de recours à la maternité des femmes interrogées lors des entretiens de l'enquête qualitative

Les femmes interrogées dans le cadre de l'enquête qualitative ont mis en avant, dans la justification de leur venue à la maternité de Saint-Laurent pour y accoucher, la qualité des soins offerts (même si la majorité d'entre elles estimaient que les soins étaient aussi bons au Suriname) et de l'accueil reçu (personnel gentil, moindre temps d'attente). Rares sont-elles à avoir évoqué des avantages sociaux liés à la naissance sur le territoire français (titre de séjour, allocations familiales, scolarisation de l'enfant en France), et c'est alors de façon évasive.

Les propos des femmes sur les avantages sociaux que la naissance en France d'un enfant était susceptible de procurer traduisaient un intérêt plutôt modéré. Les femmes semblaient peu renseignées et exprimaient rarement un point de vue tranché.

F. Synthèse

Cette étude présente un certain nombre de forces : un taux de participation élevé, un recueil de données dans la langue des patientes et la collaboration avec le service des admissions. Le caractère déclaratif des informations relevées constitue – à contrario – la principale faiblesse de cette enquête, notamment pour ce qui concerne les lieux de résidence ou le statut de résidence sur le territoire.

Par ailleurs, tous ces résultats doivent être interprétés avec précaution, au regard d'une conception de la résidence et de la migration difficile à appréhender, car inscrivant dans un espace frontalier et un mode de vie nomade, comme l'attestent la fréquence élevée des va-et-vient de part et d'autre du fleuve et la part importante des femmes qui déclarent plusieurs résidences (17,4% des femmes interrogées et 28,1% des femmes sans papiers). Ainsi que le remarque l'anthropologue Diane Vernon (entretien informel), il y a, à Saint-Laurent du Maroni, de la migration (de fréquents déplacements de part et d'autre du fleuve, ou le long du fleuve) mais pas d'immigration (on ne vient pas pour s'installer, tout séjour est temporaire, qu'il soit d'un côté comme de l'autre du fleuve).

Les analyses conduites à partir des caractéristiques des femmes ayant accouché à la maternité du CHOG soulignent la précarité des patientes qui ont recours à ce service : près de 20% n'ont jamais été scolarisées, plus de la moitié ne parle pas français ou avec beaucoup de difficultés, seulement 13% avaient un travail (déclaré) avant leur grossesse. Les profils migratoires montrent que **plus de 60% des femmes interrogées étaient de nationalité étrangère ou sans nationalité (4,9%)**. Enfin près de la moitié des femmes étaient sans papier (48,5%). Plus de 30% des femmes n'avaient jamais eu de couverture maladie et 10% avaient une couverture maladie dont les droits n'étaient pas à jour lors de leur séjour hospitalier. **Pour les femmes étrangères déclarant résider en Guyane, l'immigration est souvent ancienne** : plus de la moitié y sont installées depuis plus de 10 ans.

La part des patientes qui déclarent résider au Suriname est de 12,5%. Pour une part non négligeable de ces femmes, la rive française du fleuve leur est familière, via des liens sociaux (18/33 ont une 2^{ème} adresse en Guyane), le recours antérieur au CHOG (13/33 ont déjà accouché à Saint-Laurent du Maroni) et l'ouverture de droits à une couverture maladie (8/33 avaient ou avaient eu une AME).

Les motifs de recours à la maternité de Saint-Laurent du Maroni, cités par les femmes déclarant résider au Suriname sont la qualité des soins (51,5%), la proximité géographique (45,5%) et des raisons familiales (12,1%). Si des représentations d'avantages sociaux, tels que la possibilité de bénéficier des allocations familiales ou d'une régularisation, ont été exprimés, aussi bien par les femmes résidentes au Suriname que par des femmes en situation irrégulière déclarant habiter en Guyane, ces motifs de recours à la maternité sont peu fréquents.

La gratuité des soins n'a pas été déclarée comme un motif de venue à Saint-Laurent du Maroni.

Concernant les perspectives des femmes résidant au Suriname, la plupart (27/33) a déclaré qu'elles allaient retourner au Suriname à leur sortie de maternité, tout en continuant les va-et-vient pour le suivi médical de leur enfant en Guyane (29/33). A moyen terme (d'ici 1 an), la majorité des femmes qui habitent à Albina et Paramaribo ne compte pas s'installer en Guyane (15/19).

IV. Enquête auprès de femmes suivies à Albina

A. Contexte

Suite à la rencontre du médecin du centre de santé d'Albina et de son intérêt pour notre étude, il nous a semblé intéressant d'interroger les femmes enceintes suivies dans ce centre de santé. Nous avons sollicité l'accord de la Directrice de la RGD⁹⁸ (Services de Santé Régionaux) dont dépend le centre de santé d'Albina, qui elle-même nous a fait part de son intérêt pour les résultats de cette étude.

D'après les soignants du centre de santé d'Albina, parmi les patientes suivies en consultations prénatales à Albina, 19 femmes ont accouché à Albina en 2008, quatre à cinq femmes auraient accouché à Paramaribo et environ 15 à 20 femmes auraient accouché à Saint-Laurent du Maroni en 2008⁹⁹.

B. Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de ce volet était d'analyser les enjeux qui sous-tendent le choix du lieu d'accouchement des femmes suivies dans le centre de santé d'Albina.

L'objectif secondaire était d'analyser les perceptions des soins à Albina et éventuellement à Saint-Laurent du Maroni pour celles ayant eu au moins un recours à Saint-Laurent du Maroni.

C. Méthodologie :

Recrutement des femmes :

Deux demi-journées ont été consacrées aux entretiens. Ces entretiens se sont déroulés le jour de suivi des femmes enceintes. Toutes les femmes enceintes qui se présentaient à la consultation le jour de notre venue étaient directement informées par les infirmières de l'objet de notre étude et étaient interviewées soit avant soit après leur consultation médicale.

Méthodologie des entretiens

Des entretiens semi directifs ont été menés en face à face.

Une interprète, surinamienne, a participé à tous les entretiens.

Grille des entretiens :

Les entretiens étaient structurés en deux parties :

- a) Parcours biographique
 - itinéraire migratoire ;

⁹⁸ Regionale Gezondheidsdienst

⁹⁹ Seuls les accouchements ayant eu lieu à Albina sont enregistrés sur un registre. Les nombres de femmes ayant accouché à Saint-Laurent du Maroni ou Paramaribo (sur décision médicale ou par choix des femmes) étaient des estimations du médecin.

- histoire familiale ;
- situation socio-économique ;

b) Parcours de soins:

- suivi de la grossesse (actuel et antérieurs) : modalités (nombre de consultations et échographies), lieu, tarifs ;
- couverture maladie : type de couverture maladie, modalités pour l'obtenir ;
- représentations des soins à Albina et au Suriname en général ;
- lieu d'accouchement envisagé et raisons ;
- recours aux soins en Guyane ;

Mise en œuvre de l'étude :

Les entretiens ont été réalisés les 15 et 22 avril 2009.

Nous avons reçu un accueil très favorable de la part de l'équipe soignante et de la part des patientes.

Toutes les femmes enceintes qui se sont présentées ont accepté de participer. Seule une est partie avant de nous avoir rencontré (d'après les infirmières, cette femme habitait à Saint-Laurent du Maroni et ne consultait pas dans le cadre d'un suivi de grossesse).

Onze patientes ont été interviewées. Les entretiens duraient en moyenne 30 minutes. La langue de l'entretien était le néerlandais ou le bushinengué tongo.

Les entretiens n'ont pas été enregistrés.

D. Résultats

Caractéristiques socio-économiques et histoire migratoire des femmes interrogées

Les femmes interrogées étaient âgées de 17 à 34 ans. Elles habitaient pour la plupart depuis de nombreuses années à Albina. Une jeune femme était de passage, elle habitait à Paramaribo. Les origines ethniques des femmes interrogées étaient diverses (tableau 30).

Les niveaux d'éducation étaient globalement faibles (primaire ou collège), mais toutes avaient été scolarisées.

Une seule femme travaillait et deux jeunes femmes étaient encore scolarisées. Ces trois femmes étaient célibataires.

Les autres femmes (8/11) étaient mariées ou en concubinage et s'occupaient de leur foyer, alors que leurs conjoints travaillaient.

Globalement, les niveaux socio-économique des femmes interrogées étaient faibles, une seule femme avait un niveau socio-économique relativement plus élevé (son mari percevait environ 800€/mois). Cette femme nous a d'ailleurs fait remarquer que sa situation était bien supérieure à la moyenne.

Les revenus des autres foyers variaient de 300\$/mois (environ 80 €/mois) à 900\$/mois (environ 250 €/mois).

Tableau 30 : Description des caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes interrogées à Albina

N°	Age	Lieu de naissance	Niveau d'étude (lieu d'études)	Situation matrimoniale	Situation socio-économique	Origine ethnique	Nombre d'enfants et lieu de naissance
1	18	Paramaribo	Collège (Paramaribo)	En concubinage	Au foyer	Amérindienne	1 enfant (Saint-Laurent)
2	34	Albina	Collège (Albina)	Mariée	Au foyer	Hindous - Créole	3 enfants (2 à Paramaribo et un à Albina)
3	23	Albina	Collège (Moengo)	En concubinage	Au foyer	Amérindienne-Créole	1 enfant (Paramaribo)
4	38	Albina	Primaire (Albina)	En concubinage	Au foyer	Noire Marron	4 enfants (2 à Albina, 1 à Paramaribo, 1 décédé)
5	32	Pays Saramacca	Primaire (près de Paramaribo)	En concubinage	Au foyer	Amérindienne	4 enfants (3 à Paramaribo, 1 à Albina)
6	33	District de Paramaribo	Collège	Fiancée	Au foyer	Amérindienne	1 enfant (Albina)
7	17	Paramaribo	Lycée	Célibataire	Scolarisée à Paramaribo	Indienne	0
8	23	Malobi (1 jour de pirogue)	Collège	Mariée	Au foyer	Noire Marron	0
9	19	Paramaribo	Primaire	Mariée	Au foyer	Noire Marron	0
10	35	Albina	Collège	Célibataire	Femme de ménage	Noire Marron	4 enfants (4 à Albina)
11	18	Fleuve Maroni	Collège	Célibataire	Etudiante	Noire Marron	1 enfant (Albina)

Suivi de la grossesse :

Le terme des femmes interrogées variait de quatre mois à huit mois.

Le suivi de grossesse des femmes était plutôt médiocre :

- quatre femmes venaient tardivement (après le cinquième mois) pour leur première consultation,
- seulement trois femmes avaient réalisé au moins une échographie, et pour deux d'entre elles, dans le cadre d'une hospitalisation à Paramaribo.

Couverture Maladie :

Toutes les femmes interrogées avaient une couverture maladie qui leur assurait la gratuité des consultations, des hospitalisations, des échographies et de l'accouchement, que ce soit à Albina ou à Paramaribo (secteur public). Des différences avaient trait à une participation forfaitaire pour les médicaments.

Perception des soins à Albina :

Toutes les femmes avaient globalement une perception négative du centre de santé d'Albina : « Il n'y a rien ici », « ce n'est pas ce que cela doit être ; on reçoit des aides, pas des soins », « ça ne ressemble pas à un hôpital ».

En ce qui concerne leur perception des soins relatif au suivi de grossesse et à l'accouchement, là encore les avis convergeaient : les femmes interrogées déploraient un manque d'hygiène, l'absence de matériel (notamment d'échographies), l'absence de sages-femmes et l'absence de lits d'hospitalisation. Ainsi **la plupart (10/11) ne souhaitaient pas accoucher à Albina.**

En dépit de ces perceptions négatives, les femmes semblaient plutôt accorder leur confiance aux médecins. Seulement deux étaient critiques envers les soignants qui « prennent leur temps alors que les patients souffrent et ne font pas très bien leur travail » et des médecins qui « parfois ne font pas des consultations, mais donnent juste des médicaments ».

Lieu d'accouchement envisagé :

La majorité des femmes (6/11) envisageait d'accoucher à Paramaribo. Une femme pour raison médicale (sur décision du médecin), une parce que c'était plus proche (il s'agissait de la jeune femme de passage, qui habitait en fait à Paramaribo) et les autres pour la qualité des soins.

Une seule femme souhaitait accoucher à Albina. Elle avait déjà accouché deux fois à domicile et deux fois au centre de santé d'Albina.

Elle n'avait jamais envisagé d'accoucher à Saint-Laurent du Maroni. Par contre elle connaissait beaucoup de femmes d'Albina qui s'étaient rendues à Saint-Laurent du Maroni pour accoucher. Elle ne savait pas pourquoi, nous exprimant simplement que « c'est leur vie ». Cette femme avait vécu à Saint-Laurent du Maroni pendant trois ou quatre ans, lors de la guerre au Suriname et elle parlait un peu français. Malgré cela elle déclarait ne pas être

intéressée à accoucher à Saint-Laurent du Maroni, formulant « être surinamaïse » et vouloir « des enfants surinamaïses »¹⁰⁰.

Quatre femmes ont discuté l'éventualité d'accoucher à Saint-Laurent du Maroni:

Une femme a accouché à Saint-Laurent du Maroni pour sa première grossesse. Elle avait été adressée par le médecin référent du centre de santé d'Albina quelques jours avant l'accouchement, car celui-ci ne voulait pas prendre le risque de la faire accoucher à Albina, ni l'adresser à Paramaribo (en raison du mauvais état de la route). Elle est donc allée d'elle-même à Saint-Laurent du Maroni où elle a pu avoir une échographie et accoucher au CHOG. Elle est restée quatre jours à l'hôpital et est rentrée à Albina. Ensuite cette femme a dû faire de nombreuses démarches pour que son enfant soit reconnu au Suriname : tout d'abord des démarches à la mairie de Saint-Laurent du Maroni puis à Albina. Elle souhaitait en effet que son enfant ait la nationalité surinamaïse, qu'il soit suivi et scolarisé à Albina. Elle ne pensait pas aux papiers français. Lors de l'entretien elle ne savait pas où elle souhaitait accoucher. **A Saint-Laurent du Maroni elle savait qu'elle serait bien prise en charge, cependant elle souhaitait éviter toutes ces démarches administratives qu'elle avait du faire pour son premier enfant.**

Une autre femme nous a expliqué au cours de l'entretien qu'elle envisageait d'accoucher à Saint-Laurent du Maroni. Les raisons qu'elle a évoqué en premier lieu étaient la **qualité des soins** (on lui aurait dit que c'était aussi bien que Paramaribo), **l'accueil envers les patients et leur famille** (un de ses frères avait été hospitalisé à Saint-Laurent du Maroni, il avait été selon elle bien soigné, et la famille bien accueillie ; contrairement à Paramaribo, où « il faut remplir des papiers et la famille ne peut venir à plusieurs dans les chambres ») et la **proximité géographique**. Elle avait par ailleurs entendu dire qu'on pouvait avoir **des papiers et des aides en Guyane**, et elle souhaitait savoir si c'était vrai. Après l'avoir informé de la législation, notre discours s'est avéré différent de ce qu'elle avait pu entendre à ce sujet. Elle reconnaissait par ailleurs ne connaître personne qui avait pu avoir des papiers ou des aides après avoir accouché à Saint-Laurent du Maroni. Elle nous expliquait ensuite qu'elle voulait que son enfant soit scolarisé à Saint-Laurent du Maroni afin d'avoir des papiers français parce qu'elle pensait que « **c'est mieux pour son avenir** ». Un cousin de son mari aurait pu alors s'occuper de l'enfant. Elle-même envisageait alors de s'installer chez ce cousin, mais elle ne savait pas¹⁰¹.

Une autre femme devait accoucher à Paramaribo sur les conseils du médecin. Idéalement elle aurait souhaité accoucher à Saint-Laurent du Maroni car « **c'est plus près** », mais comme elle n'avait ni papiers, ni sécurité sociale française, elle ne savait pas. Elle s'était renseignée auprès de quelqu'un qui lui avait expliqué que pour accoucher à Saint-Laurent du Maroni, il fallait être suivie dès le 2^{ème} mois de grossesse. Elle ne savait donc pas comment faire pour

100 L'entretien avec cette femme était bref, car c'est celle qui travaillait et elle était pressée. Mais il semblait qu'elle ne se souciait ni de la qualité des soins, ni de son suivi de grossesse, d'ailleurs elle n'avait pas fait d'échographie et ne projetait pas d'en faire.

¹⁰¹ Il y avait dans son discours tout d'abord une réticence à parler, puisque au début de l'entretien elle expliquait qu'elle souhaitait accoucher à Albina. Puis elle répondait aux questions. Cette jeune femme était en recherche active d'informations mais dans une incertitude plutôt angoissante.

aller là bas. Pour elle, si les femmes accouchent à Saint-Laurent du Maroni, c'est pour la **qualité des soins**. Pour les papiers français, elle ne savait pas, elle n'avait pas entendu parler des papiers. Elle n'était pas en demande d'information à ce sujet.

Une autre jeune femme souhaitait accoucher à Saint-Laurent du Maroni parce qu'« à Albina il n'y a rien ». Son souci était qu'elle n'avait personne pour l'y emmener. Presque toutes les femmes d'Albina qu'elle connaissait, allaient accoucher à Saint-Laurent du Maroni. Pour elle c'était pour la **qualité des soins** car « c'est mieux que Albina ». Pour les papiers ? Elle ne savait pas. Elle-même préférerait rester surinamaïse car elle se déclarait fière d'être surinamaïse. Mais elle pensait que cela serait mieux que son enfant naisse en Guyane : « **c'est mieux pour son avenir** ». Elle souhaiterait qu'il soit suivi à Saint-Laurent du Maroni (pour les vaccinations) et qu'il aille à l'école à Saint-Laurent du Maroni, car s'il naît en Guyane, il n'aura pas de papiers surinamaïses.

E. Synthèse de l'enquête dans le centre de santé d'Albina

Cette étude a tout d'abord montré la faisabilité d'une enquête à Albina. En effet les soignants étaient très intéressés par notre démarche et tout a fait disposés à collaborer.

Ensuite cette étude a montré l'intérêt et le souhait, des soignants et des patientes, d'une amélioration de l'offre sanitaire à Albina.

L'échantillon des femmes interrogées ne peut être considéré comme représentatif des femmes résidentes à Albina, dans la mesure où, d'après les soignants, une grande partie se faisait suivre directement à Saint-Laurent du Maroni.

Cependant la diversité ethnique de cet échantillon et la variété des discours qui ont été entendus nous permettent de dégager quelques pistes de réflexion.

L'élément central de la discussion sur le lieu d'accouchement envisagé était la qualité des soins. Les conditions d'accouchement à Albina étant perçues par les femmes très négativement de façon quasi unanime, le lieu d'accouchement est donc envisagé ailleurs. Soit les femmes sont avisées par le médecin d'impératifs médicaux nécessitant d'accoucher à Paramaribo, soit les femmes souhaitent d'elles même accoucher à Paramaribo (la qualité des soins étant jugée meilleure qu'à Albina), soit le choix est déterminé par d'autres facteurs. La qualité des soins étant jugée équivalente entre Saint-Laurent du Maroni et Paramaribo, le plus souvent sur des « on dit », et la question du coût des soins n'étant pas un enjeu dans la mesure où l'ensemble des femmes interrogées avaient une couverture maladie assurant une prise en charge financière de leurs soins prénataux et obstétricaux, les éléments qui déterminent alors le choix du lieu d'accouchement (entre Paramaribo et Saint-Laurent du Maroni) étaient la proximité géographique, et la question du devenir de l'enfant.

La question de la proximité géographique se pose d'autant plus que la route reliant Albina à Paramaribo est en très mauvais état et que le voyage est évidemment contre-indiqué aux femmes en début de travail. Cela exige donc une certaine organisation en prévision de l'accouchement, et donc probablement d'avoir un « pied à terre » à Paramaribo. C'est donc souvent le lieu où elles se trouveront lors du début du travail qui déterminera leur lieu d'accouchement.

Deux femmes ont évoqué le fait que l'accouchement à Saint-Laurent du Maroni permettrait à leur enfant d'avoir « un meilleur avenir » sans trop pouvoir préciser ce pressentiment. Parmi

elles, une était en recherche d'informations pour pouvoir obtenir des « aides » françaises et projetait dans un avenir à moyen terme de laisser son enfant à la charge d'un cousin à Saint-Laurent du Maroni afin qu'il y soit scolarisé. Dans le discours de cette femme, l'incertitude était patente.

La plupart des femmes était soit non informée, soit non intéressée par ces « aides et papiers » que l'on pourrait soit disant obtenir en accouchant en Guyane.

Pour trois femmes d'autres propos ont été exprimés justifiant soit le non choix d'un accouchement à Saint-Laurent du Maroni: la « fierté d'être surinamaïse et d'avoir des enfants surinamaïses »; soit les embarras que le choix d'accoucher à Saint-Laurent du Maroni impliquerait : être une charge financière pour l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni pour l'une et devoir réitérer des démarches administratives fastidieuses pour une autre, afin que son enfant éventuellement né en Guyane soit reconnu au Suriname.

V. Migrations pendulaires et recours aux soins au Suriname

A. Migrations pendulaires

Les migrations pendulaires (fréquence et motifs) ont été abordées lors de l'enquête en population générale à Saint-Laurent du Maroni et lors de l'enquête qualitative à la maternité de Saint-Laurent du Maroni. Les liens avec le Suriname font partie intégrante de la vie des habitants de l'estuaire comme le montre le tableau suivant :

Tableau 31 : Migrations pendulaires des habitants de Saint-Laurent du Maroni (fréquence et motifs)

	Enquête en population générale (> 18 ans) résidant à Saint-Laurent %
Fréquence de traversée du Maroni au cours de l'année passée	
- De tous les jours à plusieurs fois par mois	10,2
- Une fois par mois	13,5
- Plusieurs fois par an	33,8
- Une fois par an	15,3
- N'est pas allé au Suriname l'année passée	27,3
Raisons de traversée vers le Suriname	
<i>Plusieurs réponses possibles</i>	
- Travail, raisons économique, job	3,3
- Faire des courses	54,1
- Se ballader, loisirs, tourisme	51,1
- Famille	30,3
- Soins/Santé	1,5

Parmi les habitants de Saint-Laurent du Maroni de plus de 18 ans, près de 73% sont allés au Suriname au moins une fois au cours de l'année passée. Un tiers a déclaré s'y rendre plusieurs fois par an, 15% une fois par an et près de 24% ont déclaré s'y rendre au moins une fois par mois.

Les principales raisons évoquées étaient : faire des courses (54,1%), se balader, le tourisme et les loisirs (51,1%), et des raisons familiales (30,3%). Peu de personnes ont déclaré s'y rendre pour raison économique (3,3%).

L'enquête qualitative à la maternité de Saint-Laurent du Maroni retrouve une mobilité importante des femmes, avec de fréquents allers-retours de part et d'autres du fleuve, et/ou le long de ce fleuve. Elle suggère en particulier l'importance de la scolarisation comme facteur de mobilité. Les va-et-vient pour aller rendre visite à la famille (ailleurs en Guyane ou de l'autre côté du fleuve) sont en effet souvent rythmés par les vacances scolaires, et la scolarisation peut elle-même déterminer la mobilité : plusieurs femmes ont raconté avoir été scolarisées ou scolariser actuellement leurs enfants au Suriname, alors qu'elles vivaient ou

vivent actuellement en Guyane parce que l'établissement scolaire le plus proche du lieu de résidence guyanais se trouve au Suriname. C'est enfin souvent à l'occasion de la scolarisation au lycée ou au collège (en l'absence de lycée ou de collège dans la région où elles étaient scolarisées au primaire) que les femmes racontent avoir vécu quelques temps à Paramaribo. Ces femmes, issues de la région du fleuve, rurale et habitée en grande majorité par des Noirs Marrons, apparaissent ainsi relativement familières de la capitale cosmopolite qu'est Paramaribo. Cette familiarité se retrouvera sur la question des accouchements, puisque quasiment toutes les femmes qui ont accouché au Suriname ont accouché à Paramaribo. Cayenne se distingue ainsi de Paramaribo en ce qu'elle ne fait pas partie de leurs itinéraires migratoires.

B. Recours aux soins au Suriname

Le recours aux soins au Suriname a été abordé dans les trois enquêtes (enquête en population générale à Saint-Laurent du Maroni, enquêtes à la maternité et aux urgences du CHOG) et lors des entretiens auprès des soignants du centre de santé d'Albina. Ces résultats sont présentés sur le tableau suivant. Pour les enquêtes à la maternité et aux urgences, ne sont présentés les résultats que pour les patients ayant déclaré résider en Guyane. A titre comparatif, la fréquence de recours au Suriname pour ceux qui y réside est aussi présentée dans le texte. Les motifs du recours aux soins au Suriname ont été plus approfondis lors de l'enquête à la maternité.

Tableau 32 : Recours aux soins au Surinam, recueilli à travers les 3 enquêtes

	Enquête en population générale (> 18 ans) résidant à Saint-Laurent	Enquête maternité : femmes résidant en Guyane (n=231)	Enquête urgences : adultes (>16 ans) résidant en Guyane (n=166)
Proportion des personnes ayant eu au moins un recours aux soins au Surinam au cours de l'année passée	6,4%	12,1%	11,5%
Part des patients ayant une couverture maladie au Surinam	0,5%	3,9%	2,4%
Lieu des soins parmi la population ayant eu au moins un recours aux soins au Surinam:			
- Paramaribo	75,2%	46,4%	79%
- Albina	24,8%	32,1%	5,3%
- Moengo	0	3,6%	15,8%
- Autre	0	17,9%	0

1. Le recours aux soins au Suriname des habitants de Saint-Laurent du Maroni (enquête en population générale)

Près de un habitant de plus de 18 ans sur dix à Saint-Laurent du Maroni a déclaré avoir déjà eu recours à des soins au Suriname, et 6,6% ont eu au moins un recours au cours de l'année passée. Pour les trois quarts, il s'agissait de soins à Paramaribo et pour une personne sur quatre il s'agissait de soins à Albina.

Les raisons évoquées pour recourir aux soins au Suriname étaient :

- des raisons financières ou le fait de ne pas avoir de couverture maladie en Guyane
- une raison « fortuite » (la personne se trouvait au Suriname lors d'un besoin de soins)

- l'attente en consultation qui est jugée moindre à Albina
- le recours à des soins spécialisés : des soins dentaires ou plus rarement ophtalmologiques

2. Le recours aux soins au Suriname des patients ayant consulté le service des urgences (enquête aux urgences)

Parmi les patients adultes s'étant présentés aux urgences et ayant déclaré résider en Guyane, 11,5% ont déclaré avoir eu au moins un recours aux soins au Suriname au cours de l'année passée. Pour la plupart des adultes, ces recours avaient eu lieu à Paramaribo. Quatre adultes avaient aussi une couverture maladie surinamaïse (soit 2,4%).

Parmi les enfants résidant en Guyane, la proportion de ceux ayant déjà eu recours à un médecin au Suriname au cours de l'année passée était plus faible (3,7%).

Parmi les patients qui ont déclaré résider au Suriname (n=13), sept ont eu au moins un recours à un médecin au Suriname au cours de l'année passée et quatre avaient une couverture maladie surinamaïse.

3. Le recours aux soins au Suriname des patientes ayant accouché à la maternité du CHOG (enquête à la maternité)

Fréquence et motifs

Parmi les femmes qui ont déclaré résider au Suriname, 12% ont eu au moins un recours au cours de l'année passée à des soins au Suriname. Pour la moitié, il s'agissait d'un recours à Paramaribo, et une sur trois a déclaré au moins un recours à Albina. La part des patientes résidant en Guyane et bénéficiant d'une couverture maladie au Suriname était de 3,9%.

Les raisons évoquées pour recourir aux soins au Suriname étaient :

- Des raisons fortuites (elles étaient au Suriname lors d'un besoin de soins) (n=12), ou la personne interrogée habitait alors au Suriname (n=3)
- L'attente en consultation en Guyane (n=2)
- Des raisons financières et/ou l'absence de couverture maladie (n=2)

Les motifs médicaux évoqués étaient : la fièvre (n=10), le paludisme (n=3), une prise de sang (n=5), des douleurs abdominales (n=3), le recours à un dentiste (n=2), une hospitalisation (n=1).

Parmi les 33 femmes qui ont déclaré résider au Suriname, près de la moitié ont eu au moins un recours au cours de l'année passée à des soins au Suriname. Pour deux tiers, il s'agissait d'un recours à Paramaribo, et une sur trois a déclaré au moins un recours à Albina. Cinq ont déclaré bénéficier d'une couverture maladie au Suriname.

Perception de la qualité des soins au Suriname, de l'accueil et confiance envers les médecins

Des questions relatives à la qualité des soins et à la confiance envers les soignants ont été posées à toutes les femmes ayant eu au moins un recours à des soins au Suriname (n=111). Globalement, la perception des soins au Suriname est plutôt bonne. Notons quand même que lorsque la qualité des soins est perçue « très bonne » en Guyane par près de 85% des femmes

interrogées, elle est perçue comme « bonne » au Suriname, par 90% des femmes (ayant eu au moins un recours au Suriname). De même, si les femmes font « totalement confiance » aux médecins à Saint-Laurent du Maroni dans près de 98% des cas, elles ne font « totalement confiance » aux médecins surinamais que dans 54% des cas.

La question d'une possibilité d'accoucher à Albina si la maternité était reconstruite a été posée à l'ensemble des femmes qui ont déclaré avoir eu au moins un recours à un médecin au Suriname. Seulement cinq femmes (sur 111) ont déclaré qu'elles envisageraient alors d'y accoucher. Parmi ces cinq femmes, deux habitent à Albina, une à Paramaribo, une sur le fleuve (Grand Santi) et une sur la route de Javouhey.

Tableau 33 : Représentation des soins au Suriname pour les femmes ayant consulté au moins une fois (n=110)

	N	%
Perception de la qualité des soins au Suriname		
- Très bonne	8	7,2
- Bonne	99	89,2
- Moyenne	4	3,6
- Mauvaise	0	0
Accueil des soignants		
- Très bon	6	5,4
- Bon	99	89,2
- Moyen	6	5,4
- Mauvais	0	0
Confiance envers les médecins		
- Oui totalement	60	54,1
- Oui mais pas totalement	50	45,1
- Non pas vraiment/Non pas du tout	1	0,9
« Si la maternité d'Albina était rénovée iriez vous accoucher là bas ? »		
- Oui*	4	3,6
- Peut être*	1	0,9
- Non	106	95,5
Total	111	100

Comparaison de l'offre de soins surinamaïse à la guyanaïse : les résultats de l'enquête qualitative

Ces questions ont été abordées plus largement lors des entretiens. Les analyses ont montré les raisons de recourir à une offre plutôt qu'à une autre se répartissent en trois catégories :

1) La perception d'une qualité meilleure de l'offre de soins dans un pays plutôt que dans l'autre

L'offre de soins est perçue par certaines femmes comme de qualité équivalente, et par d'autres comme meilleure en Guyane. Dans ce dernier cas, est attribué à l'offre guyanaïse un supplément de sécurité et de confort.

2) La situation personnelle de la femme

Plusieurs femmes ont expliqué que leur recours était lié au lieu où elles se trouvaient lors d'un besoin de soins, lieu qui n'est pas forcément le lieu de résidence.

Pour certaines femmes, importe aussi « l’ancrage » sur une rive plutôt qu’une autre, ancrage qui croit avec l’ancienneté de résidence.

3) L’intérêt social de la naissance d’un enfant sur le territoire (que nous avons déjà détaillé précédemment, pages 96-97)

4. Le recours aux soins à Albina (enquête à Albina)

Selon les soignants du centre de santé d’Albina, il n’est pas rare que des patients traversent le fleuve pour bénéficier d’une consultation à Albina. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces recours : tout d’abord l’attente en consultation est jugée moindre à Albina (ces patients viennent surtout le week-end, lorsque l’offre de soins à Saint-Laurent du Maroni est plus limitée), parfois il s’agit de patient qui viennent pour que le médecin leur explique une ordonnance qui aura été prescrite en Guyane. Enfin le coût des soins ne semble par toujours un enjeu (pour certains soignants les soins seraient moins coûteux à Albina, mais il arrive aussi que des patients qui bénéficient d’une couverture maladie en Guyane se rendent à Albina et doivent alors payer les soins).

Ces enquêtes ont permis de dégager des indicateurs chiffrés et pistes de réflexion qui mériteraient d’être approfondis en vue de développer une coopération transfrontalière en matière de santé. Par ailleurs, les problématiques du recours aux soins le long du fleuve Maroni et des liens entre les soins traditionnels et les soins biomédicaux n’ont été que partiellement abordés et mériteraient aussi un éclairage spécifique.

Synthèse et conclusion

Dans le cadre d'un partenariat entre l'Agence Française du Développement et l'équipe de recherche DS3 (Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins) de l'UMRS 707 (Inserm – Université Pierre et Marie Curie), l'objectif principal de cette recherche était de mesurer le poids de la santé dans l'ensemble des déterminants des migrations vers la Guyane.

Une enquête transversale a été conduite auprès d'un échantillon aléatoire et représentatif des habitants de plus de 18 ans des villes de Cayenne et de Saint-Laurent du Maroni. Cette enquête a montré que seulement 3,1% [0,5%-5,7%] de la population des immigrés ont migré ou se sont installés en Guyane pour une raison de santé. Les raisons de migration déclarées sont majoritairement économiques à Cayenne (46,3%) et familiales à Saint Laurent du Maroni (56,1%). Ce résultat vient s'ajouter à ceux de l'enquête précédente réalisée à Mayotte, où 11% des immigrés ont migré ou se sont installés pour raison de santé. En Europe, une enquête récente réalisée dans 11 pays par l'Observatoire européen de l'accès aux soins en collaboration avec l'équipe de recherche DS3 montre que 6% des sans papiers consultant les centres de soins gratuits ont déclaré avoir migré pour des raisons de santé. Ces résultats vont à l'encontre d'un effet « d'appel d'air » de la migration pour soins mis en avant dans certains discours politiques.

Cette enquête a par ailleurs mis en évidence l'existence d'inégalités de santé en fonction du statut migratoire. Nos résultats montrent que les personnes immigrées, qu'elles soient étrangères ou naturalisées, en situation régulière ou irrégulière, ont un plus mauvais état de santé que les personnes nées sur le territoire français. Les résultats diffèrent cependant en fonction de l'indicateur de santé choisi (santé perçue, déclaration d'une maladie chronique ou de limitation fonctionnelle) et en fonction des ajustements effectués. Les différences observées peuvent être dues, au moins en partie, à des situations sociales et économiques plus défavorisées et à un isolement social plus important chez les immigrés. Nos résultats montrent cependant que les plus vulnérables en matière de santé sont les étrangers en situation irrégulière et installés en Guyane depuis plus de 10 ans : ils déclarent notamment un état de santé plus mauvais que les français de naissance indépendamment de conditions socio-économiques et d'un isolement social plus défavorables. Ces résultats suggèrent un effet délétère à long terme sur la santé de l'absence de statut juridique.

Le second volet de cette recherche s'est intéressé à la problématique des migrations pour soins à Saint-Laurent du Maroni, commune qui doit faire face à de nombreux défis au regard de son évolution démographique, des particularismes de l'espace frontalier du bassin du Maroni et des populations qui le composent.

Les objectifs de ces enquêtes étaient d'une part, de caractériser les patients qui ont recours aux deux services ayant la plus forte activité du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (la maternité et les urgences), notamment d'estimer la proportion de patients résidant au Suriname ; et, d'autre part, de comprendre les raisons et les motivations du recours à ces services.

L'enquête dans le service des urgences du CHOG, réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 286 consultants a montré que la part des patients qui déclaraient résider au Suriname est faible (4,5% des patients). Cette enquête n'a pas mis en évidence une affluence particulière de patients en situation irrégulière dans ce service. En revanche, le taux d'hospitalisation des adultes en situation irrégulière est plus de 3 fois supérieur à celui des personnes de nationalité française ou de nationalité étrangère en situation régulière. Les analyses mettent en lumière un

état de « précarité sanitaire » pour ces patients, liée d'une part à des niveaux de gravité plus élevés à l'arrivée aux urgences, mais aussi à des difficultés d'accès aux soins. Une tendance similaire est observée pour les enfants dont les parents sont en situation irrégulière, et ces résultats interpellent sur l'état de santé et les prises en charge en amont de ces enfants.

L'enquête à la maternité du CHOG était composée d'un volet qualitatif (entretiens semi directifs réalisés auprès de 22 femmes d'origine surinamaïse) et d'un volet quantitatif (enquête auprès d'un échantillon consécutif de 264 femmes ayant accouché à la maternité). La part des patientes qui déclaraient résider au Suriname est de 12,5%. Les motifs de recours à la maternité de Saint-Laurent du Maroni cités par les femmes déclarant résider au Suriname sont, par ordre décroissant : la qualité des soins, la proximité géographique et des raisons familiales. Si la recherche ou l'anticipation d'avantages sociaux - tels que la possibilité de bénéficier des allocations familiales ou d'une régularisation - ont été exprimés, aussi bien par les femmes résidentes au Suriname que par des femmes en situation irrégulière déclarant habiter en Guyane, ces motifs de recours à la maternité restent peu fréquents.

Afin de compléter ce volet sur les accouchements, quelques entretiens ont été réalisés dans le centre de santé d'Albina, auprès de onze femmes suivies dans le cadre de consultations prénatales. Ces entretiens ont montré que la plupart des femmes n'envisageaient pas d'accoucher à Albina. Les déterminants du lieu d'accouchement (Paramaribo ou Saint-Laurent du Maroni) évoquées par ces femmes sont la qualité des soins, la proximité géographique et plus rarement l'espoir d'acquérir des avantages sociaux en Guyane. Cette enquête a par ailleurs mis en évidence le souhait, à la fois des patientes et des soignants d'une amélioration de l'offre sanitaire à Albina.

Ces différentes enquêtes à Saint-Laurent du Maroni et à Albina ont montré que le recours aux soins s'inscrit dans la logique des mobilités transfrontalières : les populations recourent à des soins de part et d'autre du fleuve. Les déterminants de ces recours sont multiples et complexes, liés tant à l'offre de soins (infrastructures sanitaires, qualité et sécurité des soins réelle et perçue, accès à une couverture maladie, coût des soins, attente en consultation) qu'à des facteurs individuels multiples (statut administratif et juridique, situation financière, parcours de soins, liens familiaux, confiance envers les soignants, proximité culturelle et linguistique avec les professionnels de santé). Enfin, le lieu du soin est souvent déterminé tout simplement par l'endroit où la personne se trouve lorsqu'elle en a besoin au gré des migrations pendulaires familiales, économiques ou liées à la vie quotidienne.

ANNEXES

Annexe 1 : Lexique des termes utilisés relatifs aux profils migratoires des individus

Migrant :

Personne née hors du territoire de la Guyane.

Etranger :

Personne ayant déclaré une nationalité autre que la nationalité française le jour de l'enquête.

Immigré :

Personne née étrangère à l'étranger. En France, la qualité d'immigré est permanente : un individu devenu français par acquisition continue d'appartenir à la population immigrée. C'est le pays de naissance et non la nationalité qui définit la qualité d'immigré.

Immigré naturalisé :

Immigré ayant acquis la nationalité française.

Migrant/Immigré récent :

Migrant/Immigré installé en Guyane depuis moins de 10 ans (après 1999)

Migrant/Immigré ancien :

Migrant/Immigré installé en Guyane depuis plus de 10 ans (en 1999 ou avant)

Etranger en situation régulière :

Etranger en possession d'un titre ou d'une autorisation de séjour en règle

Etranger en situation irrégulière ou « sans papier » :

Etranger présent sur le territoire national, dépourvu de titre ou autorisation de séjour en règle.

Apatride :

Personne ayant déclaré ne pas avoir de nationalité (dans notre enquête ces personnes sont nées sur le Haut Maroni, et n'ont pas été déclarées à la naissance)

Annexe 2 : Contenu du questionnaire de l'enquête en population générale

Questionnaire ménage

Les informations suivantes ont été collectées auprès du « chef de famille » :

- type de logement (matériaux principaux, nombre de pièces), accès à l'eau ;
- statut d'occupation du logement ;
- ressources financière du ménage ;
- nombre de personnes constituant le ménage et caractéristiques: âge, sexe, lien avec la personne de référence du ménage, lieu de naissance.

Questionnaire individuel

Les données recueillies dans le questionnaire individuel (individu de plus de 18 ans tiré au sort) portaient sur :

- Les caractéristiques sociodémographiques :
 - Age, sexe, position au sein du ménage
 - Formation : langues parlées, niveau d'étude
 - Couple et famille : situation familiale et nombre d'enfants
 - Situation et expérience professionnelle : profession, secteur d'activité, activités annexes, statut d'emploi
 - Relations sociales: soutien social
- Les caractéristiques migratoires :
 - Lieu de naissance de la personne interrogée et de ses parents, nationalité, statut de résidence pour les étrangers
 - Date d'installation, motifs d'immigration et d'installation en Guyane pour les migrants
- Les caractéristiques sanitaires :
 - Santé perçue, déclaration de maladies chroniques, limitations fonctionnelles
 - Nombre de recours à un médecin au cours de l'année passée, difficultés de recours aux soins, épisodes de renoncement aux soins et motifs
 - Statut de couverture maladie
- Les migrations pendulaires à Saint-Laurent du Maroni:
 - Fréquence de la traversée du Maroni au cours de l'année passée
 - Recours aux soins au Suriname : fréquence, lieu et motifs

Annexe 3 : Organisation et gestion de l'étude en population générale à Cayenne et Saint Laurent du Maroni

Calendrier

Mai 2008 : Mission exploratoire

- Contacts avec les partenaires et interlocuteurs locaux : présentation de l'étude et de ses objectifs.

Décembre 2008 à Mars 2009: Mise en place de l'enquête en population générale

- Préparation de la méthodologie et du plan de sondage, test du questionnaire, recrutement des enquêteurs.
- En parallèle : mise en place et coordination des enquêtes au CHOG

Mars et Avril 2009 : Enquête de terrain

- Formation des enquêteurs. Enquête de terrain du 14 mars au 30 avril 2009.

Mai 2009 : Saisie des données

Juin-Septembre 2009 : Analyses et restitution

- Constitution et nettoyage de la base de données, redressement, calage, analyses statistiques, rapport final.

Comité de pilotage

Le comité de pilotage était l'instance décisionnelle pour tout ce qui avait trait à l'organisation méthodologique de l'enquête et à la production scientifique. Compte tenu de l'éloignement géographique de nombreux experts, le comité de pilotage était relativement restreint. Il s'est réuni par conférence téléphonique principalement, en moyenne toutes les 4 semaines pour évaluer l'état d'avancement de l'enquête et solutionner les obstacles éventuels.

Gestion de l'étude

L'équipe de coordination a réalisé la rédaction du protocole et celle du cahier des charges des aspects réglementaires, établit la procédure de l'échantillonnage, assuré la gestion des bases de données et procédé aux analyses statistiques.

Un contrat de prestation de services a été établi avec l'Institut d'études QUALISTAT, basé en Guadeloupe pour la gestion de la logistique, la coordination de l'enquête sur Cayenne et la saisie des questionnaires.

La coordination de l'enquête à Saint-Laurent du Maroni, la formation des enquêteurs et la supervision de l'étude dans les 2 villes étaient assurés par le coordinateur de l'INSERM appuyé par l'Atelier Santé Ville (ASV) de Saint-Laurent du Maroni.

Recrutement et formation des enquêteurs

La recherche de candidats a été effectuée par différents réseaux (Qualistat, INSEE, ASV...). Le recrutement des enquêteurs a tenu compte en priorité de la diversité de la population guyanaise. Nous avons ainsi constitué un panel diversifié d'une quinzaine d'enquêteurs en terme de sexe, de langues parlées et d'origine.

Plusieurs sessions de formation ont été organisées à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni. La première formation sur Cayenne était supervisée par l'Inserm. Les sessions de formations étaient réparties sur 2 jours.

Un livret de formation a été remis aux enquêteurs lors de la formation afin de leur expliquer le but et les enjeux de l'étude et de leur présenter le questionnaire avec une version commentée de celui-ci. La formation débutait par un premier jour de travail dédié à la présentation de l'étude et à la traduction à l'oral du questionnaire afin de bien s'accorder sur le sens des questions.

En parallèle, les enquêteurs ont reçu une formation sur les différents aspects de l'enquête :

- Présentation : lettre d'information, insister sur la confidentialité des données, l'absence de lien avec l'employeur, les autorités de police ou l'administration en général,
- Conduite d'entretien : neutralité bienveillante, relation d'échange et de confiance
- Utilisation des cartes d'îlots, sélection des logements et des individus
- Remplissage des questionnaires et des feuilles de route

Nous avons accordé une part importante à la présentation de l'enquête et à la mise en confiance des personnes enquêtées, du fait notamment de la position critique des immigrés en situation irrégulière.

Une deuxième journée était consacrée au test du comptage des logements et du questionnaire en population générale (dans des îlots non enquêtés), suivi d'un débriefing.

La formation à Cayenne était assurée par le coordinateur et deux superviseurs de la société Qualstat, assisté de l'Inserm. A Saint-Laurent du Maroni, la formation était réalisée par le coordinateur de l'Inserm, dans les locaux du CCAS (Centre Communal d'Action Sociale).

Information et communication

L'information concernant l'étude a été diffusée auprès de la population et des autorités municipales par les médias (radio).

Contrôle qualité

Les données, une fois recueillies sur papier par les enquêteurs, étaient remises au coordinateur de chaque ville (à J3 puis en moyenne une fois par semaine), qui en vérifiait la qualité (l'ensemble des questionnaires a été relu). Le travail des enquêteurs était résumé et contrôlé à l'aide des fiches « suivi îlot ». D'éventuelles demandes de compléments étaient formulées aux enquêteurs. La qualité des données a donc été vérifiée au fur et à mesure du recueil.

Des vérifications sur le terrain ont par ailleurs été effectuées par les coordinateurs et pour chaque enquêteur.

Le coordinateur de l'Inserm était en lien permanent avec le coordinateur de Cayenne : un rendez vous tous les 10 jours en moyenne était organisé à Cayenne, et une feuille de suivi de l'enquête à Cayenne était envoyée toutes les semaines.

Aspects éthiques et réglementaires

L'enquête était strictement anonyme.

L'enquêteur expliquait au chef de famille les objectifs de l'étude. Une lettre d'information lui était remise. L'enquêteur recueillait ensuite oralement le consentement à participer auprès du chef de famille.

Les documents papiers nécessaires à la réalisation de l'enquête (notamment les feuilles de route des enquêteurs comprenant les adresses des logements à enquêtés recensés par l'enquêteur) ont été détruit à l'issue de la phase de recueil des données sur le terrain.

L'ensemble des données était saisi, analysé et archivé sur support informatique de façon strictement anonyme.

Annexe 4 : Qu'est ce qu'une régression logistique ?

La régression logistique est une technique statistique qui permet d'estimer l'importance de plusieurs facteurs en même temps sur le risque de survenue d'un évènement. Dans l'exemple de l'étude de la santé perçue, l'évènement étudié est le fait de percevoir son état de santé général « moyen, mauvais ou très mauvais », par comparaison avec le fait de percevoir son état de santé général « bon ou très bon ». Les facteurs pris en compte simultanément sont : le sexe, l'âge, le profil migratoire, le niveau socio-économique...

Que signifient les termes OR et IC 95% ?

Dans le cadre de cette méthode statistique, un « odds ratio » ou « rapport de côtes » est calculé pour chaque variable explicative : il estime la probabilité (c'est-à-dire la « chance » ou le « risque ») de survenue de l'évènement quand on présente cette caractéristique, toutes les autres caractéristiques étant égales par ailleurs. Il s'agit seulement d'une estimation ; c'est pour cela qu'un « intervalle de confiance » (IC 95%) est également calculé : si notre analyse est juste, la vraie valeur de ce risque a 95% de chances de se situer dans cet intervalle.

Comment interpréter les résultats ?

Pour interpréter un OR, il faut le comparer à la valeur 1. Un OR plus grand que 1 indique une augmentation de la probabilité de survenue de l'évènement, tandis qu'un OR de moins de 1 indique une diminution de cette probabilité. Lorsque l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur 1, alors on peut conclure à une augmentation ($OR > 1$) ou une diminution ($OR < 1$) statistiquement significative de la probabilité de survenue de l'évènement.

Annexe 5 : Typologie des vagues migratoires à Cayenne

Les dates de migration des immigrés résidant à Cayenne ont été regroupées en 3 vagues : [1950-1986], [1987-1996], [1997-2009], et des comparaisons ont été réalisées par lieu de naissance et raison de migration.

Figure 29 : Lieu de naissance des immigrés résidant à Cayenne, par période de migration

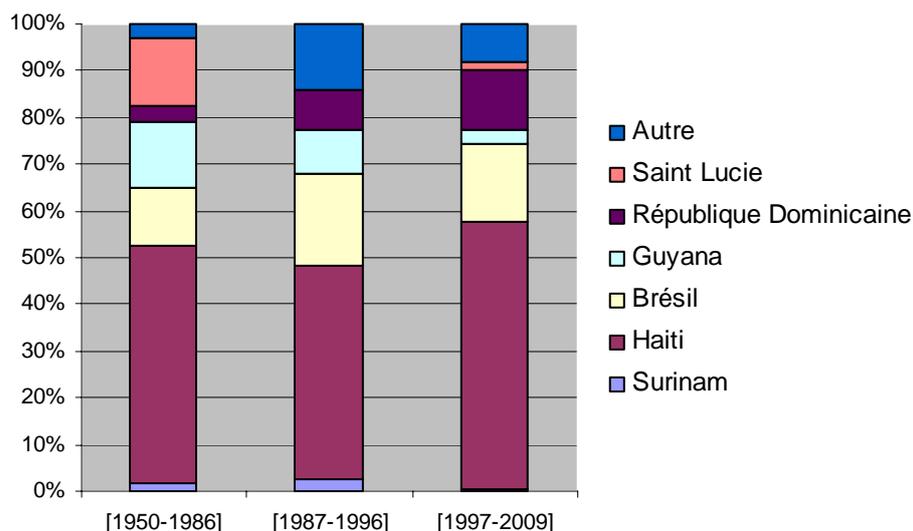
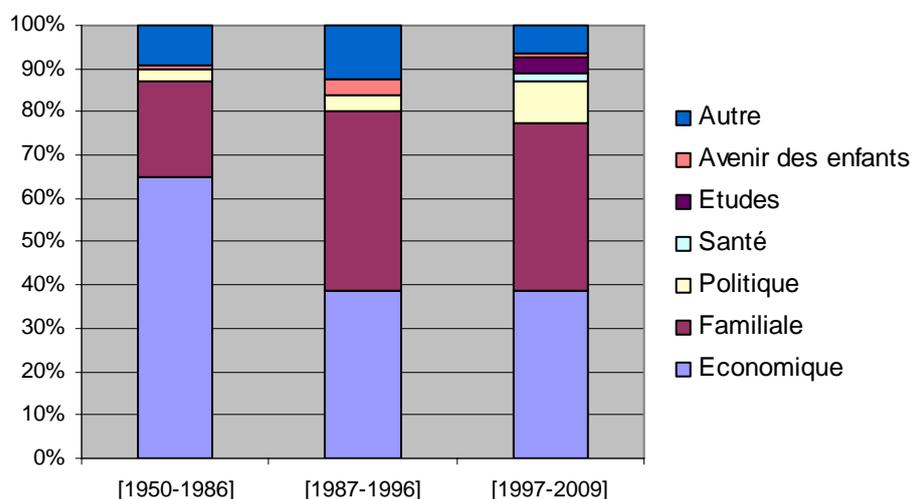


Figure 30 : Raisons de migration des immigrés résidant à Cayenne, par période de migration



Ces analyses montrent que les migrations avant 1986 (1ère vague) correspondent à une immigration majoritairement haïtienne (50,9% des immigrés pendant cette période), et les raisons invoquées sont principalement économiques (64,8%). La 2ème vague d'immigration (fin des années 80 et début des années 90) correspond à une immigration haïtienne (45,5% des immigrés pendant cette période) et brésilienne (19,9%), et les raisons de migration évoquées sont majoritairement familiales (41,7%). Enfin les migrations récentes sont encore

majoritairement haïtienne (56,9%) et pour des raisons à la fois familiales (38,5%) et économiques (38,7%).

On remarque par ailleurs une part plus importante d'immigrés originaire de la République Dominicaine (12,8%) sur la 3ème période, parmi l'ensemble des immigrés sur cette période, en comparaison des deux autres périodes.

Ces analyses sur les deux premières vagues de migrations sont en accord avec les analyses des recensements de 1999 et antérieurs, bien que l'on puisse s'étonner du faible taux de déclaration de migrations pour raison politique lors de la première vague d'immigration haïtienne. Les données du recensement INSEE de 2006 ne sont pas disponibles dans le détail pour la ville de Cayenne, cependant il semble que notre échantillon ait surreprésenté les immigrés récents d'origine haïtienne au détriment des immigrés récents d'origine brésilienne. En effet, l'analyse des changements de résidence entre 2001 et 2006 au recensement de 2006, montre que plus de la moitié des nouveaux arrivants (qui résidaient à l'étranger en 2001) étaient originaires du Brésil¹⁰².

¹⁰² INSEE. Recensement de la population de 2006. La Guyane : une région jeune et attractive. Premiers résultats N°47, 2009.

Annexe 6 : Classification CCMU (Enquête aux urgences du CHOG)

La classification clinique des malades aux urgences (CCMU), est une codification évaluant l'état du patient aux urgences, son niveau de gravité clinique ainsi que son pronostic médical. Cette évaluation est déterminée à la fin de l'interrogatoire et de l'examen clinique par le médecin des urgences. Elle comprend 5 degrés d'urgence :

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manoeuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation.