UNIVERSITE PARIS XI

FACULTE DE MEDECINE PARIS-SUD

ANNEE 2006

N° attribué par la bibliothèque

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE PARIS XI

Spécialité : Santé Publique, option sociologie

présentée et soutenue publiquement

par

Estelle CARDE

le 12 septembre 2006

Titre

LES DISCRIMINATIONS SELON L'ORIGINE DANS L'ACCES AUX SOINS

Etude en France métropolitaine et en Guyane française

Directeur de thèse : M. Didier FASSIN

JURY

Mme Janine Pierret, *Présidente*

M. François Bourdillon

M. Didier Fassin

M. Antoine Lazarus

M. Pierre Lombrail

C'est un voyage dont le sel est venu, entretien après entretien, de tous ceux qui m'ont laissée pénétrer leur quotidien. L'application de la « grammaire Sécu » aux figures multiples de « l'usager », le bureau de l'assistante sociale, centre de gravité d'une consultation précarité, le défilé des malades dans un dispensaire niché en pleine forêt guyanaise, autant de scènes que tous ces professionnels ont pris le temps de me raconter de l'intérieur. Qu'ils en soient ici sincèrement remerciés.

Un long voyage au cours duquel la barque prend l'eau, la carte semble truquée et le compas bloqué … mais une certitude surnage : la direction est la bonne. Celle de Didier Fassin m'a souvent surprise, jamais déçue, l'un expliquant probablement l'autre. Des conseils parfois pris d'abord pour des points de suspension, qui s'étirent peu à peu au fil des saisons, pour finalement dessiner en pointillés une silhouette que j'étais loin d'imaginer au départ. C'est probablement, c'est évidemment cela, une direction de thèse.

On peut finir par se lasser, à scruter l'horizon. Heureusement on était plusieurs. La complicité partagée avec les autres doctorants du CRESP et de l'école doctorale m'a offert des repères et un soutien essentiels. Mais il se passe bien autre chose qu'une thèse, pendant une thèse, et ces amitiés-là sont riches de tout cela.

Il y a aussi ceux qui, arrivés à bon port, n'ont pas oublié les affres de la traversée et ont volontiers éclairé ma lanterne quand je leur ai fait signe … Je pense en particulier à Corinne Lanzarini et François Buton pour leurs remarques constructives et venues à point nommé.

L'étape en terre sud-américaine nécessitait de réajuster les repères. François Bissuel et Diane Vernon, l'un en me laissant le temps de cheminer à ma convenance, l'autre en m'emmenant sur son terrain, m'ont témoigné une confiance très précieuse dont je les remercie encore.

Mon travail doit beaucoup à celui de militants regroupés au sein de l'observatoire du droit à la santé des étrangers. Ils ont clairement choisi leur camp et le patrouillent inlassablement. Aucune circulaire « tendancieuse », aucun écart au droit ne semble échapper à leur vigilance. Ils ont ainsi contribué à baliser mon propre terrain, m'y précédant pour y déposer des clignotants comme à mon intention. D'ailleurs la pertinence de leur approche m'a plus d'une fois conduite à m'interroger sur ce qui pouvait caractériser en propre ma position de chercheuse … remise en question salutaire que je les remercie de m'avoir empêchée d'éluder.

L'inspiration venue lors de mon DEA avec Jean Benoist ne m'a pas quittée, comme soufflée discrètement depuis des « espaces invisibles » traversés sans le savoir.

Enfin - c'est d'ailleurs étonnant comme ils sont toujours cités en dernier - il y a ceux qui ont été embarqués sans qu'on leur demande leur avis (j'aurais d'ailleurs été bien en mal de leur dire à quoi s'attendre). Mais comment fait-on pour écrire une thèse sans une équipe pour écoper les jours de houle, repeindre le pont de toutes les couleurs quand la mer est désespérément plate et venir tout chambouler quand on croyait la partie gagnée ? Merci à Patrick, Pablo et Mateo pour avoir tenu jusqu'à la prochaine escale …

Cette thèse a bénéficié de financements de la Direction de la Population et des Migrations et de la MiRe/DREES.
J'ai par ailleurs été accueillie en tant qu'interne en santé publique au CISIH de Saint Laurent du Maroni, ainsi qu' au CRESP à Bobigny à deux reprises, pour des stages au cours desquels j'ai pu me consacrer à ma thèse dans des conditions optimales.

Sommaire

1 INTRODUCTION 9

2 PROBLÉMATIQUE 11

2.1 Qualifier un traitement de discriminatoire 11

2.2 Nommer l'origine en République française 28

2.3 La discrimination selon l'origine, un traitement de « l'autre » 51

2.4 La discrimination dans le champ des inégalités sociales de santé 63

2.5 Conclusion 104

3 MÉTHODES 107

3.1 Recueil des données 107

3.2 Analyse 111

3.3 Une enquête qualitative 113

3.4 Présentation des résultats 116

4 LA PLACE DE « L'AUTRE » AU SEIN DU SYSTEME DE PROTECTION CONTRE LE RISQUE MALADIE : L'ASSISTE, L'ETRANGER 119

4.1 Assistance et assurance 120

4.2 Protection des étrangers 130

4.3 Conclusion 160

5 LES PROCESSUS 165

5.1 La délégitimation 168

5.2 La différenciation 184

5.3 Les discriminations systémiques 201

5.4 Quand les processus se mêlent les uns aux autres 214

5.5 Mise en contexte « macrosocial » 241

5.6 Conclusion 259

6 UNE ILLUSTRATION : LA GUYANE 263

6.1 La Guyane : « concentré d'altérité » 265

6.2 L'enquête 293

6.3 La délégitimation 300

6.4 La différenciation 347

6.5 Les discriminations systémiques 381

6.6 Quand les processus se mêlent les uns aux autres 392

6.7 Mise en contexte « microsocial » 400

6.8 Conclusion 419

7 CONCLUSION 423

8 RÉFÉRENCES 433

8.1 Discriminations et accès aux soins 433

8.2 Guyane 462

8.3 Rapports d'activité, communiqués de presse, dépêches 470

9 SIGLES ET ABREVIATIONS 477

10 ANNEXES 479

10.1 Recueil des données 481

10.2 Le dispositif de protection sociale contre le risque maladie : les réglementations 491

10.3 Les demandes de jugements déclaratifs de naissance en Guyane 497

10.4 « L'inadaptation » du système socio-sanitaire importé de métropole au public noir marron 521

11 TABLE DES MATIÈRES DÉTAILLÉE 533

RESUMES ET MOTS CLE……..540

1 Introduction

Les inégalités sociales de santé sont des disparités dans l'état de santé ou dans l'accès aux soins constatées entre des groupes humains socialement hiérarchisés. Elles sont appréhendées, le plus souvent, au moyen des techniques quantitatives et des concepts théoriques de l'épidémiologie. Ces études, dites d'« épidémiologie sociale », s'attachent à mettre en évidence le rôle de déterminants sociaux tels que les revenus ou le niveau d'éducation dans la production de ces inégalités. Lorsqu'il est fait appel aux sciences sociales, c'est pour, dans un second temps, mettre à jour les mécanismes d'action des déterminants ainsi repérés : par quels processus influent-ils sur l'état de santé ou sur l'accès aux soins des groupes d'individus ; comment, par exemple, est-ce que « le social passe sous la peau » pour déterminer des prévalences différenciées dans les états morbides.
Nous nous intéressons ici à un type particulier d'inégalités sociales de santé : celles qui résultent de discriminations selon l'origine.
C'est à partir de concepts sociologiques et au moyen d'une technique d'enquête qualitative que nous tâcherons de mettre en évidence un processus - la production d'inégalités sociales de santé par discrimination selon l'origine -, mais aussi d'en préciser les déterminants, de façon complémentaire donc aux travaux quantitatifs basés sur un raisonnement probabiliste. Précisons par ailleurs que notre étude se limite à l'accès aux soins, laissant donc de côté l'état de santé.

Mais avant d'aller plus loin dans la présentation de cet objet d'étude, une remarque d'ordre épistémologique s'impose. L'usage d'une terminologie apparentée à l'épidémiologie (« les déterminants ») au sein d'un questionnement résolument inscrit dans le champ des sciences sociales peut surprendre. C'est qu'il nous a semblé préférable d'introduire notre étude avec les termes le plus souvent utilisés en santé publique pour appréhender les inégalités sociales. Ces termes sont ceux, on l'a dit, de l'épidémiologie. L'entrée dans le vif du sujet nous conduira cependant rapidement à abandonner cette terminologie. L'association de certaines variables au processus étudié va en effet s'avérer intimement liée à un contexte social. Or ce dernier est suffisamment complexe pour que le terme « déterminant » risque non seulement

d'induire des erreurs de compréhension du problème mais aussi de porter préjudice aux groupes sociaux victimes de discriminations. Arrêtons-nous sur ces deux écueils.

Certes, l'expression de « déterminant social » utilisée dans la recherche sur les inégalités sociales de santé, plutôt que celle de « facteur de risque » d'usage plus classique en épidémiologie, suggère moins un déterminisme qu'un enchaînement complexe (Goldberg et al., 2002). Il paraît pourtant délicat de la conserver dans une recherche portant sur les discriminations selon l'origine, tant est complexe, précisément, l'association d'une variable (une couleur de peau, une nationalité, etc.) à un traitement discriminatoire. Disons simplement ici – nous y reviendrons – que toute association statistique entre ces variables (les déterminants) et ce processus (la discrimination) est étroitement liée à un contexte social particulier, lui-même caractérisé par de multiples composantes (politiques, économiques, géographiques, culturelles, etc.). A l'image d'une causalité linéaire, il faut substituer celle d'un enchevêtrement d'actions et de rétroactions.

Par ailleurs, nous nous proposons ici de mettre en évidence la façon dont des discriminations sont produites par la perception et la gestion *sociales* des caractéristiques individuelles des victimes. Il serait regrettable que le lecteur retienne de cette étude le repérage de ces caractéristiques *individuelles* plutôt que le processus social (relations particulières incorporées dans des rapports sociaux plus larges) au sein duquel elles prennent naissance et sont mises en oeuvre. En effet, désigner des groupes d'individus par des traits se référant à leur origine, c'est risquer de ne plus les appréhender qu'à travers cette origine puis de les traiter différemment au nom de cette dernière. La démonstration serait alors susceptible de renforcer le processus étudié.

Pour ces raisons, plutôt que de « déterminants », il sera plus simplement question de « caractéristiques » ou, pour déjà donner quelques clés d'interprétation, de « stigmates », tels que les a définis Goffman (1975), c'est-à-dire d'attributs socialement discrédités qui suscitent des attitudes discriminatoires envers les individus qui en sont porteurs.

Ces remarques introductives étant faites, précisons maintenant notre problématique. Nous situerons ensuite le droit des étrangers au sein du système de protection sociale français. Puis la présentation de l'analyse de nos données de terrain se répartira sur deux parties : une typologie des mécanismes discriminatoires dans l'accès aux soins, puis une illustration de cette typologie à travers une enquête réalisée en outre-mer.

2 Problématique

Quatre modes d'entrée vont nous permettre de cerner notre problématique.
C'est d'abord la définition juridique de la discrimination, à laquelle on se référera lors de l'analyse de nos données empiriques pour qualifier ou non un traitement de discriminatoire.
Ce sont ensuite les débats scientifiques et politiques suscités par la catégorisation des groupes selon leur origine quand elle a pour objectifs l'étude des discriminations dont ces groupes peuvent faire l'objet et la mise en place d'actions de lutte contre ces discriminations.
Puis quelques éléments issus des travaux portant sur le racisme et les relations interethniques nous permettront de conceptualiser notre objet d'étude dans le champ sociologique et ce faisant d'expliciter notre méthodologie.
Enfin nous insérerons notre réflexion dans le champ des inégalités sociales en santé publique.

2.1 Qualifier un traitement de discriminatoire

2.1.1 Un traitement différentiel illégitime

2.1.1.1 Définition factuelle

C'est à partir d'une approche non pas épidémiologique ni sociologique mais juridique qu'a pris corps la définition de la discrimination – selon l'origine ou selon tout autre critère - aujourd'hui quotidiennement utilisée en langue française. Reprenons-en les bases, telles que les a posées Danielle Lochak dans un article fondateur (Lochak, 1987).

Au sens étymologique de distinction entre deux objets, l'usage associe aujourd'hui au mot discrimination une connotation négative : c'est une séparation qui hiérarchise, en *traitant plus mal* l'une des deux parties, et non plus seulement en les distinguant.

Cette différence de traitement peut être le fait de normes générales et impersonnelles. Par exemple, les étrangers en situation régulière sur le territoire français peuvent prétendre sous certaines conditions à la Couverture Médicale Universelle (CMU), alors que ceux en situation irrégulière ne le peuvent en aucun cas. Cette différence de traitement peut aussi découler du comportement ponctuel d'une autorité publique ou d'une personne privée à l'égard d'individus. C'est le cas du Dr M., gynécologue, qui a décidé de ne pas examiner celles de ses patientes qui portent un voile islamique.

Mais pour parler de discrimination, il ne suffit pas qu'il y ait différenciation et hiérarchisation, il faut aussi une *illégitimité*. Or à quoi reconnaît-on qu'une différence de traitement est illégitime ?

Evaluer un traitement différentiel à l'aune du principe d'égalité devrait apporter un premier élément de réponse à la question de sa légitimité. Las, l'affaire peut s'avérer plus compliquée qu'il n'y paraît.

D'abord, définir la discrimination comme la violation du principe d'égalité ne permet pas d'évaluer la légitimité d'une loi (la loi CMU par exemple). Les limites de ce principe sont en effet devenues trop imprécises. En France comme dans les autres pays développés, depuis la seconde guerre mondiale, l'Etat Providence a été amené à intervenir pour compenser les inégalités de fait, concrètes, et rendre opératoire le principe d'égalité. Cette intervention passe par un émiettement de la législation, avec la multiplication des catégories et la diversification des règles, pour qu'elle suive au mieux les contours de la réalité sociale : il ne s'agit plus de traiter tout le monde de la même façon (égalité juridique, formelle, par une règle générale), mais de traiter différemment les membres de groupes concrets et différents les uns des autres. Mais alors, comment repérer au sein de cette myriade de groupes et de sous-groupes ceux qui justifient d'une mesure spéciale et ceux qui, légitimement, n'en justifient pas ? Est-il légitime par exemple de distinguer au sein des étrangers résidant en France ceux dont le séjour est régulier et ceux dont le séjour ne l'est pas, ou bien ceux qui résident depuis plus ou moins de trois mois, pour leur accorder des couvertures maladie différenciées ?

Ensuite, dans le cadre des actes individuels (et non plus des lois), l'application du principe d'égalité est limitée par la marge de manœuvre dont disposent toute administration et tout particulier. « La volonté de faire respecter jusqu'au bout le principe d'égalité vient ici buter sur le pouvoir discrétionnaire de l'administration, sur la liberté contractuelle de l'employeur ou du vendeur. La liberté contre l'égalité, en somme. » (Lochak, 1987, p. 780) Le

Dr M., gynécologue, n'est pas légalement tenu d'examiner Mme Z., en dehors des situations d'urgence et à condition qu'il l'adresse à un autre médecin. Il n'est d'ailleurs pas non plus tenu de donner les raisons de son refus (en l'occurrence, le port du voile[1]).

S'il ne suffit donc pas de se référer au principe d'égalité formelle pour distinguer les différences de traitement illégitimes des légitimes, comment qualifier un traitement différentiel de discriminatoire ? Lochak propose une analyse en trois temps, calée sur ce qu'elle appelle la *structure élémentaire* de la discrimination :

- Quels sont les personnes ou les groupes qui font l'objet d'une différence de traitement, et au nom de quel *critère* de distinction ? Certains critères ne sont jamais légitimes, comme l'apparence physique, le patronyme ou « l'appartenance ou la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion » : c'est un *a priori* éthique, un jugement de valeur, une illégitimité de principe, qui permet de qualifier immédiatement un traitement différentiel de discriminatoire et de le condamner. D'autres critères ne sont illégitimes que dans certains domaines. Par exemple, le sexe peut être pris en compte pour distinguer des situations différentes en matière d'accès aux soins (comme l'accès à la pilule contraceptive), mais il ne peut pas l'être en matière électorale.
- Dans quel *domaine* cette différence de traitement intervient-elle ? Les différences de traitement sont toujours illégitimes dans certains domaines (c'est le cas des droits fondamentaux inhérents à la personne humaine : accès à une médecine d'urgence, droit à ne pas être réduit en esclavage, etc.). Dans d'autres domaines en revanche, elles ne le sont que si certains critères de distinction leur sont appliqués (on a dit qu'en matière électorale, le sexe n'est pas un critère de distinction légitime ; mais d'autres critères peuvent l'être, comme la nationalité par exemple).
- La différence de traitement est-elle *justifiée*, en adéquation avec le but poursuivi ? Le droit prévoit par exemple des conditions favorables aux femmes désireuses d'entrer dans la fonction publique si elles sont mères de trois enfants ou plus : cette distinction est justifiée car en adéquation avec son objectif de promotion de la natalité.

[1] Si cependant ce motif était explicitement donné par le Dr M., ce traitement différentiel serait alors qualifié de discriminatoire et condamnable en tant que tel, puisque ainsi que nous allons le voir un peu plus loin, la religion est un critère de différenciation prohibé en toute circonstance.

Reprenons. Un traitement discriminatoire est un traitement différentiel, le plus souvent entendu dans un sens défavorable[2], et illégitime. Cette illégitimité s'évalue au regard du critère de distinction, de son domaine d'application et de sa justification. Une distinction est discriminatoire si par exemple elle met en jeu certains critères, notamment ceux relatifs à l'origine tels que la couleur de peau et la « race réelle ou supposée »[3]. Elle est alors constitutive d'un délit caractérisé.

Nous ne pouvons malheureusement pas nous en tenir là pour analyser nos données empiriques. Nous verrons en effet que dans la majorité des cas qui nous seront donnés à étudier, le critère mis en œuvre ne se réfère pas explicitement à l'origine. Le critère sera plutôt, par exemple, l'irrégularité du séjour sur le territoire. L'illégitimité de la distinction, si illégitimité il y a, est alors moins flagrante ; la différence de traitement peut même ne pas être explicitement interdite, bien que condamnable. Pour la repérer, il nous faut alors examiner les deux autres points retenus par Lochak, à savoir le domaine de la distinction et l'adéquation au regard du but poursuivi.

Pour mieux comprendre ces deux points, arrêtons-nous sur le raisonnement que tiennent les juges du Conseil Constitutionnel, du Conseil d'Etat et de la Cour Européenne, lorsqu'il est leur est demandé d'évaluer la légitimité de lois qui prévoient des traitements différentiels.

Ce raisonnement est le suivant. Une distinction n'est qualifiée de légitime que dans deux circonstances : s'il y a soit différence de situation, soit nécessité d'intérêt général, pourvu que dans l'un et l'autre cas la différence de traitement soit en rapport avec l'objet de la loi qui l'établit. En d'autres termes, le droit est nécessairement discriminant (il établit des catégories), mais il n'est discriminatoire que si les situations distinguées ne sont pas différentes au regard de la loi en cause ou si cette distinction n'est pas dans l'intérêt général.

Un arrêt du Conseil d'Etat en date du 30 juin 1989 illustre ce raisonnement. Le conseil municipal de Paris avait créé une prestation facultative, l'allocation de congé parental d'éducation. Le Conseil d'Etat a été saisi pour statuer sur la légitimité de la condition de nationalité française d'au moins un des deux parents, requise pour bénéficier de l'allocation. Le Conseil a considéré qu'elle n'était pas légitime puisqu'au regard de l'objet de la prestation, il n'y avait ni différence de situation (la nationalité n'a pas d'influence sur les charges

[2] Il peut aussi être favorable, du moins de l'avis de son auteur, nous en reparlerons plus loin à propos des discriminations (ou actions) dites positives.

[3] Si en France ces critères sur l'origine sont illégitimes dans l'absolu, ce n'est pas, par définition, le cas dans les pays où existent des dispositifs de discriminations positives basés sur ces mêmes critères.

occasionnées par les enfants), ni nécessité d'ordre général (rejetant donc l'argument invoqué par le Conseil de Paris, à savoir le déséquilibre démographique de la cité et la perte de « ses valeurs traditionnelles », par insuffisance des familles nombreuses françaises). (Lévis, 1990)

2.1.1.2 Exemple de l'accès aux soins des étrangers

Le droit peut être considéré comme plus égalitaire – entre étrangers et Français - en matière d'accès aux soins qu'il ne l'est dans d'autres domaines, tel que l'emploi par exemple[4]. (Haut Conseil à l'Intégration, 1998) L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière a cependant été progressivement restreint par la loi, ces dernières années. Arrêtons-nous sur l'exemple de la loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, promulguée le 24 août 1993, dite aussi deuxième « loi Pasqua ». La décision du Conseil Constitutionnel, saisi[5] pour statuer sur la légitimité de cette loi, illustre le raisonnement que l'on a présenté ci-dessus, à propos de l'examen de la légitimité d'une loi quand elle instaure un traitement différentiel entre étrangers et Français.

Cette loi impose une condition de régularité du séjour pour l'affiliation à la Sécurité sociale des étrangers exerçant en France une activité salariée ou assimilée[6]. La question posée au Conseil Constitutionnel était la suivante : étrangers et Français constituent-ils des catégories de personnes différentes légitimant des traitements différenciés à leur égard ? Dans sa réponse, datée des 12 et 13 août 1993[7], le Conseil Constitutionnel considère que les étrangers jouissent d'un statut constitutionnel dès lors qu'ils résident sur le territoire de la République,

[4] Par exemple, plus de sept millions d'emplois sont légalement fermés aux étrangers en situation régulière, alors que ces derniers partagent avec les Français les mêmes conditions d'accès aux soins, du moins telles que réglementairement prévues.

[5] par le GISTI, groupe d'information et de soutien des immigrés.

[6] Et en matière d'aide sociale, le nouvel article 186 du Code de la famille et de l'aide sociale, issu de cette même loi, conditionne l'obtention de l'aide médicale à domicile à la présence d'au moins l'un des deux éléments suivants (en sus des conditions de ressources et de résidence stable en France) : la régularité du séjour (attestée par un titre de séjour figurant sur une liste fixée par décret) et une durée de résidence en France supérieure à trois ans.
La régularité du séjour était déjà légalement requise pour le bénéfice de certaines prestations de la Sécurité sociale, telles que les prestations familiales dès 1946.

[7] 13 août 1993 - Décision n° 93-325 DC, *Journal officiel du 18 août 1993*, p. 11722

que ce soit en situation régulière ou non … mais que ce statut diffère quelque peu de celui des Français.

Ainsi par exemple les étrangers, parce qu'ils sont dotés d'un statut constitutionnel, ne peuvent se voir refusés l'accès aux libertés et aux droits fondamentaux (des soins vitaux, une vie familiale normale, la liberté d'aller et venir, etc.). Cependant, sous réserve que la différence de traitement soit en rapport avec l'objet de la loi, un traitement différentiel à leur égard[8] est autorisé dans deux circonstances :

- La différence de situation au regard de la loi

Etrangers et Français sont dans des situations différentes : les étrangers ne disposent pas du droit général et absolu d'accès et de séjour sur le territoire national, alors que les Français ne peuvent jamais se le voir refusés ; de la même façon, les étrangers ne sont pas dans la même situation selon que leur séjour est régulier ou non[9]. La loi peut donc traiter différemment les uns et les autres sans qu'il y ait rupture du principe d'égalité, tant que sont respectés les droits fondamentaux. Elle peut par exemple définir des règles d'entrée et de séjour des étrangers en France. Ou encore, et cet élément structure aujourd'hui l'accès des étrangers à une couverture maladie, la loi peut leur imposer une condition de séjour stable et régulier pour l'accès aux régimes obligatoires de la Sécurité sociale[10] (nb : « stable » renvoie à l'installation en France[11], « régulier » renvoie à la détention d'un titre de séjour).

- L'intérêt général

Par exemple, la seconde « loi Pasqua » n'a pas remis en cause le droit de se marier (droit fondamental) mais elle a introduit dans le code civil la possibilité pour le maire d'interdire le mariage en cas de suspicion de « mariage blanc » (contracté dans le but de régulariser la situation au regard du séjour d'un des futurs époux).

---

[8] Par « traitement différentiel », on n'entend pas uniquement des restrictions du droit commun. Les étrangers bénéficient également de droits qui leur sont spécifiques, comme le droit d'asile.

[9] Notons cependant que le droit international (par exemple la convention n°118 de l'OIT), à l'opposé du droit français, prévoit l'égalité de traitement en matière de protection sociale pour les personnes résidant habituellement sur le territoire, mais sans faire référence à la régularité du séjour. (Ferré, 2001)

[10] Précisons que le législateur, s'il est tenu de traiter de façon égale des situations égales, ne l'est jamais de traiter différemment des situations différentes. En l'occurrence, il peut accorder une prestation des régimes obligatoires de la Sécurité sociale même en cas de résidence irrégulière en France : c'est le cas pour les accidents du travail et les maladies professionnelles d'étrangers en situation irrégulières, ainsi que pour les étrangers détenus.

[11] Un arrêt du Conseil d'Etat daté du 8 janvier 1981 précise que la stabilité de la résidence réfère plus à la volonté manifestée de s'établir qu'au temps passé en France. La condition de stabilité est alors satisfaite dès que l'étranger se trouve effectivement sur le territoire national et y demeure « dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité ». Ce n'est donc pas le cas par exemple des touristes ni des étrangers venus en France dans l'objectif de s'y faire soigner (Julien-Laferrière, 1997).

De la même façon, pour freiner l'appel d'air migratoire censé être induit par une protection sociale trop généreuse, la loi peut interdire l'accès des étrangers en situation irrégulière aux régimes obligatoires de la Sécurité sociale. Cependant, le droit à être soigné ayant une valeur quasi-constitutionnelle, ces étrangers peuvent encore bénéficier de l'Aide sociale.

Cette loi et la décision qu'elle a suscitée sont l'une comme l'autre d'une importance majeure au regard de notre objet d'étude.
La première donne un cadre réglementaire à une grande partie des traitements différentiels dans l'accès aux soins qu'il nous sera donnés d'étudier, en ce qu'ils se fondent sur cette restriction légale de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière.
La seconde met en tension deux enjeux, la protection de l'intérêt général et celle des droits fondamentaux. C'est au point d'équilibre entre les poids respectifs de chacun de ces deux enjeux que le juge situe la frontière entre les traitements différentiels qui peuvent être « légitimement » réservés aux étrangers en situation irrégulière et ceux qui ne le peuvent pas.
La présentation de l'évolution de la législation relative à l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, en seconde partie de notre travail, révélera la fluctuation qui caractérise dans une certaine mesure ce point d'équilibre. Une part importante de notre analyse consistera donc à mettre en évidence la relation triangulaire et pluridirectionnelle entre la loi, les politiques et les pratiques de terrain, relation susceptible de déplacer ce point d'équilibre.

Ce jeu n'est certes pas spécifique à la question du traitement des étrangers. Malgré la cohérence du raisonnement suivi par les juges du Conseil Constitutionnel, du Conseil d'Etat et de la Cour Européenne pour qualifier de discriminatoire un traitement différentiel, seuls les cas mettant en cause un critère prohibé en toute circonstance, tel que « l'appartenance à une race réelle ou supposée », apparaissent véritablement « évidents » à trancher. Dans tous les autres cas, le principe de non discrimination est soumis au relatif, au contingent, au cas par cas … pourrait-il d'ailleurs « en être autrement, à partir du moment où l'on a quitté le terrain sûr, mais impraticable, de l'égalité juridique abstraite, assimilée à la règle uniforme pour tous ? » (Lochak, 1987, p. 785)[12].

[12] Ainsi, deux juridictions peuvent rendre des avis divergents sur une même différence de traitement. Par exemple, la différence de tarification pour aller de l'Ile de Ré au continent (plus élevée pour les non résidents car les Iliens font ce trajet beaucoup plus souvent) : le Conseil constitutionnel et le Conseil d'Etat ont donné des avis divergents.

2.1.2 Différents types de discriminations

Dépassons la difficulté qu'il peut y avoir à qualifier de discriminatoire un traitement différentiel, pour nous intéresser maintenant aux différentes dimensions de la discrimination. La discrimination n'est en effet pas toujours négative ni directe.

Les notions de « discrimination positive » et de « discrimination indirecte » ont été importées dans le droit français à partir du droit communautaire Si le premier fait avant tout référence au principe d'égalité[13], le second (ainsi que le droit états-uniens) insiste davantage sur le principe de non discrimination - même si c'est pour mieux rendre opératoire le principe d'égalité[14]. L'évolution du premier, ces dernières années, sous l'influence du second[15], est d'ailleurs manifeste avec la loi du 16 novembre 2001 (suivie de la loi du 17 janvier 2002) relative à la lutte contre les discriminations, qui adapte une directive européenne de juin 2000. Précisons que ces avancées législatives et la jurisprudence qui s'y réfère « profitent » à la lutte contre toutes les discriminations, quel que soit leur critère (l'origine, mais aussi le sexe, l'appartenance syndicale, l'orientation sexuelle, etc.), même si la plupart des exemples que nous allons citer pour les illustrer auront trait à l'origine.

[13] Le principe d'égalité est affirmé dans la Déclaration des Droits de l'homme de 1789, le Préambule de la Constitution de 1946 et la Constitution de 1958. Il est aujourd'hui le motif d'inconstitutionnalité le plus souvent invoqué.

[14] Cette insistance sur la non discrimination, présente dès les premiers textes communautaires, avait à l'origine plus pour objectif la libre circulation des biens, des capitaux et des personnes (il s'agissait de construire un marché) que le respect des droits de l'Homme.
Par la suite, pour faire accepter le projet de lutte contre les discriminations par tous les Etats-membres à partir de 1997 (avec l'adoption de l'article 13 du traité d'Amsterdam), il a fallu d'une part faire valoir que le racisme, avec la discrimination des immigrés, est un frein au marché, et d'autre part insérer ce projet dans la continuité des engagements déjà pris sur la lutte contre l'exclusion sociale et la promotion de l'égalité des sexes. (Guiraudon, 2004)

[15] L'apparition des termes dans le vocabulaire témoigne également de ce décalage chronologique. Alors que le principe d'égalité est affirmé dès 1789, le mot « discrimination » n'apparaît dans la langue française qu'en 1870, et il est alors non péjoratif (distinction). Il faut attendre 1950 pour qu'apparaisse l'adjectif « discriminatoire » (péjoratif), et la fin des années 90 pour que le mot discrimination soit couramment utilisé dans l'action publique. En langue anglaise, le mot « discrimination » est beaucoup plus ancien, avec d'emblée une connotation péjorative (« discrimination against »).

2.1.2.1 Discriminations négatives / positives

On a dit plus haut que pour mieux les corriger, le législateur peut être amené à prendre acte des inégalités de fait, en différenciant des catégories de personnes et en leur appliquant des traitements différents, dès lors qu'ils sont justifiés par une différence de situation au regard de la loi ou par un objectif d'intérêt général. On parle alors de « conception équitable de l'égalité », ou d'« égalité des chances ». Ainsi en est-il des discriminations positives (dites aussi « actions positives » ou « traitements préférentiels »), dont l'objectif est de remédier au désavantage de certains groupes dans l'accès à des ressources, lorsque ces inégalités résultent de discriminations négatives passées et présentes.

Un exemple classique est celui des zones d'éducation prioritaires (ZEP) : l'attribution des moyens dans tous les établissements scolaires au *prorata* de leurs effectifs (égalité formelle) ne pouvait empêcher la chute relative du niveau scolaire dans les établissements situés dans les quartiers économiquement défavorisés. La loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989, prenant acte de ces inégalités de fait, alloue à ces établissements des moyens supplémentaires.

Des dispositifs de discrimination positive selon l'origine ont été mis en place dans certains pays. Leur contenu varie sensiblement.

Aux Etats-Unis, l'*affirmative action* « désigne l'ensemble des mesures qui octroient aux membres de groupes ayant été soumis dans le passé à un régime juridique discriminatoire un *traitement préférentiel* dans la répartition de certaines ressources, génératrices de gratifications matérielles et symboliques. En règle générale, les groupes en question sont les Noirs, les « Hispaniques », les descendants des populations autochtones (*Native Americans*), les Asiatiques et les femmes. Les trois domaines d'application du dispositif sont l'emploi, l'attribution de marchés publics et l'admission dans les universités. Dans tous les cas, l'objectif est de remédier à la sous-représentation statistique des membres de ces groupes dans la population de référence. » (Sabbagh, 2004, p. 85)

Dans ce cadre, des étudiants peuvent par exemple être admis à s'inscrire dans une université alors qu'ils sont moins qualifiés que d'autres qui sont recalés, parce qu'ils font partie des catégories ethno-raciales protégées, de façon à respecter des quotas ethniques et raciaux au sein de l'ensemble des étudiants admis. Ce mécanisme n'est pas inconnu en France (on peut citer par exemple les quotas de salariés handicapés théoriquement imposés dans les entreprises), mais il n'est pas appliqué aux catégories de l'origine.

En Grande-Bretagne, les *positive actions* sont des dispositifs qui, quand ils sont fondés sur l'origine, consistent simplement à encourager les universités ou les entreprises à vérifier qu'elles ne font pas de discriminations selon l'origine (en comparant la composition selon leur origine de leurs effectifs, avec celles des candidats qualifiés dans la population générale), voire en proposant des mesures (formation supplémentaire, etc.) pour obtenir un meilleur équilibre. Mais il n'y a pas exigence de respect de quota.

En France, les traitements différentiels selon des critères relatifs à l'origine des personne sont, on l'a dit ci-dessus, systématiquement qualifiés de discriminatoires et prohibés en tant que tels. Cette qualification s'applique à toutes les discriminations selon l'origine, aux négatives mais aussi, donc, aux positives. Il serait de toutes façons techniquement impossible de mettre en place, par voie législative, des dispositifs de discrimination positive selon des catégories ethno-raciales puisque le droit français ne reconnaît pas ces catégories : la République française considère en effet les individus sans tenir compte de leurs communautés d'origine. Même les critères de nationalité sont rarement utilisés.
Des critères socio-économiques ou territoriaux sont alors parfois censés se substituer aux critères relatifs à l'origine.
Reprenons l'exemple du dispositif des ZEP. Fondé sur des critères socio-économiques, il est supposé bénéficier tout particulièrement aux enfants issus de l'immigration, sur représentés dans les établissements concernés puisque l'origine immigrée est un facteur de risque d'appartenance aux classes socio-économiques défavorisées et donc de résidence dans les quartiers concernés (ségrégation urbaine). Les mesures prises dans le cadre de la politique de la ville sont elles aussi fondées sur des critères résidentiels, construits comme équivalents de données socio-économiques, et pour partie destinées implicitement aux populations issues de l'immigration concentrées dans les périmètres concernés. Il en est de même pour les politiques de lutte contre l'exclusion, fondées sur des critères socio-économiques.

Si l'illégitimité est au cœur de la définition de la discrimination négative, peut-on pour autant caractériser les discriminations positives par leur légitimité, étant donné que leur objectif est de contrecarrer les effets des discriminations négatives ? On a évoqué les difficultés que suscite l'évaluation de l'illégitimité des discriminations négatives. Mais la légitimité des discriminations positives peut elle aussi poser question.

D'abord, substituer un critère (l'origine) par un autre (le socio-économique) risque de fausser la réflexion autour du problème initial (le désavantage lié à l'origine). Ainsi, la mise en place de ZEP - censées aider les enfants de parents immigrés en traitant mieux les enfants vivant dans des quartiers économiquement défavorisés - laisse penser que les inégalités scolaires qui affectent les enfants d'immigrés ne sont liées qu'à des facteurs économiques. Or d'autres facteurs sont en cause, qui sont directement liés à l'origine immigrée.
Ensuite, en désignant et en différenciant un public particulier, les discriminations positives ne risquent-elles pas d'exclure ceux que leurs auteurs voudraient précisément intégrer ? Les ZEP, stigmatisées par leur appellation, sont évitées tant par les populations voisines que par les enseignants, ce qui redouble leur isolement et concentre leurs difficultés.
Il y a bien d'autres exemples de cette « bipolarité » des discriminations (les positives se transformant en négatives). Nous aurons l'occasion d'en donner plusieurs à propos de l'accès aux soins.

2.1.2.2 Discriminations directes / indirectes

Le droit français considérait jusqu'à récemment que toute discrimination était intentionnelle, selon une conception de type pénal. Le grand apport du droit international, du droit nord-américain et du droit communautaire, traduit dans la loi du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations, est une conception civile de la discrimination, c'est à dire une définition objective, pratique : un traitement est discriminatoire s'il a pour *effet* de porter atteinte à l'égalité de traitement, quels que soient l'*intention* et le but de l'auteur.
C'est cette approche qu'adopte notre étude : l'analyse y est rarement posée en termes d'intentionnalité, pour des raisons tant méthodologiques (difficulté à discerner l'intentionnalité au sein du matériau empirique) que de champ d'étude (se limiter aux traitements intentionnels le restreindrait considérablement). C'est bien le résultat concret en termes d'accès aux soins qui nous intéresse, dès qu'il est différent pour des groupes qualifiés de différents au regard de leur origine.

La question de l'intentionnalité réapparaît cependant à travers la dichotomie « discriminations directes / indirectes ».

Si la discrimination *directe* procède explicitement d'une distinction fondée sur un critère expressément prohibé par la loi (ou du moins illégitime), tel que la race ou l'origine ethnique, la discrimination *indirecte* est une mesure apparemment neutre (par rapport à ces critères), mais dont l'effet est le même que celui d'une discrimination directe : elle affecte une proportion significativement plus élevée de personnes caractérisées par l'un de ces critères[16]. La discrimination indirecte s'objective par ses conséquences alors que la directe est un acte qui relève de la motivation individuelle d'un auteur clairement identifié.

L'analyse des sciences sociales fait apparaître que la discrimination indirecte peut résulter d'un enchaînement de processus sociaux qui relèvent de logiques structurelles traversant l'ensemble de la société et de ses institutions ; elle peut alors être qualifiée de systémique.

Pour autant, toute mesure susceptible de produire un effet défavorable de façon disproportionnée auprès des personnes d'un groupe donné n'est pas constitutive d'une discrimination indirecte : si son objectif est légitime (c'est à dire indépendant de ces critères) et si elle est proportionnée à cet objectif (c'est à dire si les moyens pour l'atteindre sont appropriés et nécessaires), il n'y a pas discrimination.

Prenons l'exemple d'un employeur qui n'accorde des avantages qu'à ses travailleurs à temps plein. Si les femmes sont sur représentées parmi les employés à temps partiel, peut-on parler d'une discrimination indirecte à l'égard des femmes ? Pour répondre à cette question, il faut examiner la légitimité de l'objectif poursuivi par l'employeur et se demander si les moyens pour l'attendre sont appropriés et nécessaires. (Lanquetin et al., 2000)

C'est la question de l'égalité de fait qui est à nouveau posée. Il s'agit de mettre à l'épreuve de leur déroulement effectif, dans un environnement concret, des règles et des procédures apparemment neutres, pour évaluer leur propension à affecter différenciellement les différents groupes (Simon et al., 2004). Pour identifier une discrimination indirecte, on mesure donc *a posteriori* et on compare les effets de la mesure en cause sur des groupes de personnes comparables en tous points (classe socio-économique, âge, etc.) sauf au regard du critère de la discrimination suspectée (le sexe ou la nationalité par exemple).

Mais la mise en œuvre de cette approche quantitative pour appréhender les discriminations au regard de l'origine est en France considérablement freinée par l'absence de statistiques ethno-

[16] On peut rapprocher des discriminations indirectes les « discriminations fortuites » que Mann (1998) identifie dans certaines actions de santé publique, telles que les activités de communication qui postulent que toutes les populations seront atteintes de façon égale par un message exprimé dans le langage dominant et diffusé à la télévision, ou les analyses qui n'incluent pas les problèmes de santé qui ne touchent que certains groupes (la drépanocytose par exemple).

raciales. Pour mettre en évidence une discrimination indirecte, il faudrait en effet évaluer la situation respective des différents groupes ethno-raciaux au regard de la pratique contestée. A défaut, les statistiques basées sur des critères « supposés associés » aux critères ethno-raciaux tels que la nationalité ou la possession d'un titre de séjour sont parfois mobilisés.

2.1.3 L'écart à la loi … et/ou au consensus social

La discrimination est un traitement différentiel illégitime. Cette illégitimité, on l'a évaluée jusqu'à présent à l'aune de normes légales. La discrimination est alors, telle que définie ci-dessus du point de vue du droit, une illégalité : c'est un traitement différentiel qui enfreint la loi.
On a vu ci-dessus comment le juge peut évaluer la légitimité de la loi elle-même lorsqu'elle instaure un traitement différentiel, afin de qualifier cette loi de discriminatoire ou non.

Mais cette illégitimité peut aussi être évaluée à l'aune de normes relatives à des usages sociaux. La discrimination est alors un traitement perçu comme inacceptable, injuste, qu'il soit ou non légal. Cette notion de justice conservera d'ailleurs tout son sens quand on inscrira les discriminations en santé dans le cadre des inégalités sociales de santé. Aïach définit en effet ces dernières comme des injustices liées à la restriction de l'accès à un bien valorisé (Aïach et al., 1987).
Or le consensus social ne se laisse pas aisément saisir.

Il est d'abord susceptible d'évoluer. Les différences de traitement entre individus selon leur couleur de peau et prescrites par le Code Noir dans les colonies antillaises et guyanaise, inconcevables dans la société d'aujourd'hui, étaient socialement acceptées à cette époque. On peut supposer que la transposition dans le droit français des directives européennes relatives à la lutte contre les discriminations jouera progressivement sur l'appréhension de la notion de la discrimination dans la société française. C'est déjà le cas, semble-t-il des différences à raison du sexe (en termes de salaires par exemple), dont la légitimité est remise en cause de plus en plus fermement.
Quand des distinctions réglementaires autrefois justifiées par l'intérêt général et acceptées socialement ne le sont plus aujourd'hui, on parle parfois de « discriminations légales ». C'est par exemple le cas des sept millions d'emplois réglementairement fermés aux étrangers, en

particulier extra européens, comme ceux des médecins à diplôme extra-communautaire[17]. L'inadéquation entre le critère juridique et la norme sociale se traduit ici concrètement sur le terrain de l'emploi, puisque ces médecins, bien qu'interdits d'exercice en France, sont recrutés massivement par les hôpitaux depuis les années 90 pour faire face à la baisse de la démographie médicale. Ils y seraient 7000 en 2006 selon le Ministère de la santé et des solidarités[18], occupant dans certaines spécialités plus de 50% des postes pourvus (les urgentistes par exemple). Mais leur exercice reste illégal, même après des années d'activité (ils ne peuvent pas s'inscrire à l'ordre des médecins). Ils sont alors payés 30 à 50% moins que leurs collègues et n'ont aucune perspective de carrière (ils n'ont pas la possibilité d'être praticiens hospitaliers ni de s'installer dans le privé ou en libéral). Une requête a été déposée[19] en décembre 2005 auprès de la HALDE[20] pour demander la régularisation de leur situation au regard de la loi.

Ensuite, les débats soulevés par certaines questions attestent d'une absence, précisément, de consensus. On a déjà mentionné l'évolution de la position du point d'équilibre entre protection de l'intérêt général et respect des droits fondamentaux, position située par le juriste, à propos de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière restreint par la deuxième « loi Pasqua » en 1993 puis par les réformes ultérieures. Cette évolution de la loi, qui traduit des objectifs politiques de fermeture des frontières, fait l'objet d'âpres débats entre différentes mouvances de la société. De nombreuses associations d'aide aux étrangers, anti racistes, ou d'accès aux soins ont critiqué ces textes, considérant qu'ils violent le principe d'égalité de traitement et qu'il n'est pas légitime d'appliquer un critère relatif au droit au séjour (en l'occurrence la détention d'un titre de séjour) au domaine de la protection sociale, c'est-à-dire que des différences de situation au regard du droit au séjour ne peuvent pas légitimer un traitement différent dans l'accès à la protection sociale. Mais chaque fois que la question lui a été posée, le Conseil Constitutionnel a rappelé que la différence des situations (celle des étrangers en situation irrégulière et celle des autres résidents) et l'intérêt

[17] L'accès plus difficile à certaines professions en fonction de la nationalité est d'ailleurs en contradiction avec la directive européenne du 27 novembre 2000 interdisant toute discrimination dans l'emploi, ainsi que l'a souligné un rapport de la Commission européenne publié en 2004. La fermeture de certains emplois aux étrangers extracommunautaires n'est donc pas conforme au droit européen.

[18] Dont 4000 en formation et ayant « vocation à rentrer dans leur pays ». (communiqué du Ministère daté du 19/01/06)

[19] Par l'Intersyndicale nationale des praticiens à diplôme hors Union européenne (Inpadhue)

[20] Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité. Cf. plus loin.

général (la maîtrise de l'immigration et l'effet d'appel d'air que provoquerait une protection sociale trop généreuse pour les sans papiers) légitimaient ces différences de traitement, tant que les droits fondamentaux restaient respectés (« les soins urgents » de tous les résidents restent en effet pris en charge, y compris ceux des étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent plus prétendre à l'aide médicale depuis 2003). Quelle est la position, dans ces conditions, qui reflète au mieux le « consensus social » : celle des associations qui contestaient les réformes ou celle du législateur ?[21]

Reprenons maintenant plus précisément notre démarche d'enquête, au vu des premiers éléments définitionnels présentés jusqu'à présent.

2.1.4 Application de ces présupposés théoriques à l'analyse de terrain

Cette première approche, juridique, de la discrimination nous a permis de définir celle-ci comme un traitement différentiel et illégitime, qu'il s'objective à un niveau individuel (discrimination directe) ou collectif (discrimination indirecte). C'est donc au prisme de ces deux caractéristiques (la différence et l'illégitimité) que nous analyserons nos données.

Notre étude va porter sur *tout traitement différentiel* dans l'accès aux soins, en quantité comme en qualité, sans donc se limiter aux seuls refus de soins notoires. En effet, de même qu'un « parti pris idéologique » (Aïach, 2000) présente volontiers les inégalités sociales de santé en termes d'exclusion et de précarité, laissant hors champ la majorité de la population pour ne s'intéresser qu'à ses marges, la dénonciation et l'analyse du racisme réduisent souvent celui-ci au racisme intentionnel, « flagrant », laissant de côté l'essentiel du racisme « ordinaire », c'est à dire les discriminations banalisées inscrites dans les réalités économiques et sociales, auxquelles réfère la notion d'« *everyday racism* » (Essed, 1991). Nous nous intéressons donc aux refus de soins, mais aussi, même s'ils sont moins volontiers qualifiés de discriminations, aux accès aux soins effectifs, mais différentiellement

[21] Les protestations suscitées par la suppression de l'octroi des prestations familiales aux étrangers en situation régulière mais dont les enfants ne sont pas entrés régulièrement sur le territoire, participent du même débat : des associations (MRAP, LDH, etc.) ainsi que la défenseure des enfants considèrent que l'introduction du critère de régularité de l'entrée sur le territoire des enfants constitue une mesure discriminatoire à l'égard de parents étrangers qui assument les mêmes responsabilités éducatives que les français. (loi de financement de la sécurité sociale pour 2006)

(« simples » retards aux soins, formes « spécifiques » de soins, « réflexions », traitements « de faveur », etc.), en un mot inégalitaires, qu'ils soient intentionnels ou produits par des logiques structurelles. Dans un second temps de l'analyse, nous qualifions ces traitements différentiels de discriminations négatives (obstacles aux soins) ou positives (facilitateurs). On a déjà suggéré l'ambiguïté de ces dernières, avec notamment certains effets contre-productifs des dispositifs mis en place.

Le deuxième élément de définition est *l'illégitimité,* il nous a retenue plus longuement. On a en effet pu remarquer la complexité du raisonnement juridique suivi pour qualifier une distinction de discriminatoire ou non. Ce raisonnement doit tenir compte du critère de la distinction (mais comment reconnaître l'origine derrière un critère administratif tel que la régularité du séjour de l'étranger par exemple ?), de son domaine d'application, de son but, de l'intérêt général, de la différence de situation … On a noté l'issue aléatoire de cette évaluation (deux juges peuvent donner des avis divergents) et ses limites (quand il faut opposer l'égalité des uns à la liberté des autres). Surtout, il est apparu que cette complexité croît encore si l'on quitte le terrain du droit pour aborder celui de la sociologie. L'accès aux soins des étrangers illustre cette complexité croissante. Or cette question de l'illégitimité associée au traitement différentiel éventuellement appliqué aux étrangers est au cœur de notre analyse : quel traitement différentiel peut être légitimement appliqué et à quels « étrangers » ?
Présentant en première partie de nos résultats la législation relative à l'accès aux soins des étrangers, on reviendra sur la façon dont cet accès est soumis aux fluctuations du point d'équilibre entre deux types d'objectifs : protection de l'intérêt général et respect des droits sociaux. La définition de ces objectifs et l'attribution de leurs poids respectifs font l'objet de débats qui voient en effet s'affronter diverses représentations de l'étranger.
Cette présentation des lois définissant l'accès aux soins des étrangers et de leur contexte d'élaboration donnera des clés de lecture pour notre réflexion sur les pratiques de particuliers ou d'administrations, lesquelles constituent l'essentiel de notre analyse. Dans les deux parties suivantes, on abordera ainsi les pratiques professionnelles différentielles. Leur légitimité sera évaluée au regard de deux normes : la loi et l'usage en cours localement.

La loi d'abord : les références au droit de l'Aide sociale et à celui de la Sécurité sociale émailleront notre analyse et les écarts entre la pratique et la loi pourront être éventuellement qualifiés de discriminatoires.

Ensuite, nous serons attentive à ce que l'usager ou le patient est « légitimement » « en droit d'attendre », au regard d'un contexte et non plus d'une législation. Ce qui donnera le là,

ce ne sera plus la loi mais le traitement communément administré à l'ensemble des patients d'un professionnel, des usagers d'une institution ou du public d'un département : ton des professionnels, délais d'attente, etc. à comparer avec les habitudes, les résultats, les contraintes, etc., locaux. L'écart permettant de parler d'inégalité est mesuré par rapport au soin qu'aurait reçu ou à la couverture maladie à laquelle aurait accédé un autre sujet présentant les mêmes caractéristiques cliniques ou administratives, accueilli au sein de la même institution ou par le même professionnel.

On voit finalement que notre objet d'étude déborde largement la question de l'illégalité telle que strictement définie par le droit, même si c'est le point de vue juridique qui en a guidé notre première approche. C'est plutôt à l'appréhension de la différence telle qu'elle est socialement perçue et légitimement traitée que nous nous intéressons. Mais avant d'affiner cet objet en nous penchant plus avant sur ce processus social de perception et de traitement de la différence, arrêtons-nous sur l'« appellation » de la différence quand elle est une différence d'origine : de quoi parle-t-on et surtout comment en parle-t-on ?

2.2 Nommer l'origine en République française

2.2.1 Les catégories de l'origine

On vient d'envisager la difficulté à évaluer la légitimité d'un traitement différentiel défavorable (afin de le qualifier ou non de discrimination négative) ou supposé favorable (et alors censé réduire les inégalités engendrées par des discriminations négatives). On va voir maintenant combien la légitimité des catégories ethno-raciales, destinées à objectiver les discriminations quand elles sont fondées sur l'origine, voire à en prendre la mesure, suscite elle aussi bien des questions.

2.2.1.1 Le droit communautaire et le « tabou républicain »

On a dit que le principe de non discrimination, avec les notions associées de discrimination positive et de discrimination indirecte, a été introduit dans le droit français sous la pression des directives communautaires[22].

L'impact de l'Union Européenne est également perceptible via le Programme d'action communautaire de lutte contre les discriminations pour la période 2001/2006[23], qui requiert des évaluations d'impact au moyen de statistiques ventilées selon des critères tels que le sexe, la race ou l'ethnie. Le *mainstreaming* est une étude de l'impact potentiel d'une politique au regard de ces critères et le *monitoring*, réalisé pendant la mise en œuvre de cette politique, permet de s'assurer que les effets potentiellement discriminatoires repérés avec le *maintstreaming* sont maîtrisés[24]. Enfin, pour favoriser une approche cohérente du problème

[22] Directive n°2000/43/CE relative à la « mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique », dite « directive race ». Elle prévoit la protection contre les discriminations directes et indirectes (en matière d'emploi, de sécurité sociale, de soins de santé, etc.) et permet les discriminations positives.
Directive n°2000/78/CE « portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail ».
Ces deux directives sont fondées sur l'article 13 du traité d'Amsterdam ratifié en 1997.

[23] Il n'est certes qu'incitatif (*soft law*).

[24] *Monitoring* réfère à une observation en temps réel pour pouvoir agir (comme le *monitoring* pour les bruits du cœur fœtaux).

des discriminations, par comparaison de données homogènes, un observatoire européen des phénomènes racistes a été créé (*european monitoring center*).

Or l'objectivation de discriminations indirectes, puis le cas échéant la mise en place de dispositifs de discrimination positive, impliquent de pouvoir évaluer quantitativement - et donc de commencer par les repérer - des groupes identifiés par leurs caractéristiques ethniques et/ou raciales, de sexe, d'appartenance syndicale, etc. C'est en effet le préalable indispensable à toute mise en évidence d'inégalités de fait parmi ces différents groupes : il faut disposer de données chiffrées sur la distribution par exemple ethnique ou raciale de la population accédant à l'emploi, aux logements ou aux soins, pour pouvoir ensuite comparer la situation des diverses sous-populations ethniques ou raciales au regard de ces indicateurs. Mais si dans le droit interne français une réglementation prévoit désormais la tenue de statistiques selon le sexe et le handicap, des résistances s'opposent encore à celles de catégorisations ethniques et raciales.

L'Etat républicain ne reconnaît en effet pas les appartenances de race ou de communauté ethnique, c'est le principe du « color blindness », qui assure « l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion » (article 1er de la Constitution de 1958). Même quand la loi française utilise le terme de « race », c'est en faisant preuve de réticences à en valider le contenu (sa mention dans l'article sus-cité de la Constitution fait d'ailleurs débat puisqu'elle semble postuler l'existence des races : or comment interdire les traitements discriminatoires fondés sur un critère, sans nommer ce critère ?[25]). Le critère de la race est d'ailleurs généralement inclus au sein d'une liste énumérative de critères également condamnés (religion, nationalité, etc.), ce qui évite au juge d'avoir à incriminer l'un d'eux en particulier.

Le recueil et l'exploitation des données raciales ou ethniques (origine, religion, langue, phénotype, etc.) sont par suite soumis à une surveillance et à des exigences particulières par la

[25] Cf. la revue *Mots*, n° 33, décembre 1992, consacré à une réflexion sur la pertinence du mot « race » dans la Constitution française.

CNIL[26], par souci tant d'insérer les étrangers au droit commun que de respecter les libertés individuelles (Simon et al., 2004) … mais la ligne de conduite s'avère difficile à tenir[27].

La « directive race » de juin 2000 prévoit la protection contre les discriminations directes et indirectes et permet l'instauration de dispositifs de discriminations positives. Lors de son adoption, la France s'est donc, « logiquement », opposée aux deux points suivants : la mention du terme « race » et l'utilisation de statistiques comme moyen privilégié pour faire la preuve de discriminations indirectes[28].

Ensuite, la transposition de cette directive dans les droits internes des Etats-membres a exigé de nombreuses adaptations de ces droits car des quinze membres que comptait alors l'Union, seule la Grande-Bretagne (et dans une moindre mesure les Pays Bas) fondait sa politique de gestion des minorités immigrées sur la lutte contre les discriminations. En France, la loi du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations (qui transpose la « directive race ») manifeste encore la difficulté du législateur à adapter la demande communautaire de faire de la variable raciale une variable « comme une autre » (Calvès, 2002)[29], et même si elle

[26] Commission nationale de l'informatique et des libertés. Chargée d'assurer le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 (modifiée par la loi du 6 août 2004 sur la protection à l'égard des traitements de données à caractère personnel, qui transpose une directive européenne de 1995), elle intervient sur la définition du contenu des fichiers statistiques et sur les conditions d'utilisation des données.

[27] La loi Informatique et Libertés qualifie les origines raciales et ethniques de données « sensibles » (leur recueil requiert l'accord exprès de l'intéressé). Aussi la CNIL s'oppose-t-elle le plus souvent à l'utilisation de statistiques ventilées selon la nationalité et le pays de naissance car elle considère que ce sont des marqueurs de l'origine raciale ou ethnique. Elle a pourtant estimé que l'origine ethnique peut figurer dans les questionnaires de recensement distribués dans les Territoires d'Outre Mer (TOM), au nom de « l'intérêt public ». Ce dernier impliquerait en effet de définir des politiques sociales et économiques qui tiennent compte des caractéristiques socio-démographiques propres à ces territoires. (Lochak, 1992). Autre exemple, en 2001 elle a autorisé le recueil de la nationalité et du pays de naissance lors du dépôt des demandes de logement auprès des organismes HLM (pour permettre aux organismes d'assurer la « mixité sociale » dans l'habitat, et alors que la nationalité n'est pas un critère légal d'attribution, de logement tant que le séjour est régulier) … mais l'a interdit dans le cadre des enquêtes d'occupation du parc social (ce qui empêche de mettre en évidence les éventuelles inégalités de peuplement, c'est-à-dire d'identifier et de lutter contre les discriminations en la matière). (Simon, 2003)

[28] Elle a ainsi obtenu que soient ajoutés deux « considérants » :

- « L'Union européenne rejette toutes théories tendant à déterminer l'existence de races humaines distinctes. L'emploi du mot « race » dans la présente directive n'implique nullement l'acceptation de telles théories. »
- « L'appréciation des faits qui permettent de présumer l'existence d'une discrimination directe ou indirecte appartient à l'instance judiciaire nationale (…) qui peut prévoir, en particulier, que la discrimination indirecte peut être établie par tous moyens, y compris sur la base de données statistiques. »

(directive 2000/43/CE, cité par Guiraudon, 2004)

[29] Pour Calvès, il y a, dans cette loi,

- rejet : des dispositions sur la discrimination positive
- contournement : le « harcèlement racial » de la directive devient un « harcèlement moral » dans la loi

reprend bien l'aménagement de la charge de la preuve et introduit la notion de discrimination indirecte dans le Code du Travail, elle ne prévoit ni n'autorise le recueil de statistiques adéquates pour que le juge puisse se prononcer sur son existence[30].

2.2.1.2 Les enjeux politiques d'une question scientifique

La notion de discrimination indirecte représente une avancée considérable dans la compréhension des inégalités dont souffrent des groupes en raison de leur origine car elle les aborde indépendamment de toute entrée par l'idéologie (et l'intention) raciste. Mais cette avancée conceptuelle peine à se traduire dans la reconnaissance de ces inégalités de fait et dans la lutte à engager contre elles puisque la République ignore les données chiffrées ethniques ou raciales indispensables à leur mise en évidence.

La question des catégories statistiques ethno-raciales, avant d'être pointée sous la pression du droit communautaire avec les directives de 2000, est déjà posée, en France, dans des termes politiques et scientifiques depuis la fin des années 90. Elle porte initialement sur les catégories nécessaires à l'étude de l'intégration des immigrés (appréhendée à travers la « disparition » de leurs spécificités). Par la suite, à celle de l'intégration des immigrés, s'ajoute la question des discriminations subies par une partie de la population, française ou étrangère, en raison de

---

- mise à distance : l'expression « l'appartenance ou la non-appartenance, vraie ou supposée » permet de prendre de la distance par rapport à la notion de race telle qu'elle peut être perçue par l'auteur de la discrimination. Deux critères sont ajoutés par rapport à la directive : le patronyme et l'apparence physique. Ils pourront être mobilisés à la place du critère de race au cours d'un procès.

[30] Et ça ne semble pas être à l'ordre du jour. Dans son « Troisième rapport sur la France », la Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI, 2005), regrette que les autorités françaises n'aient pas développé de « statistiques sur la base ethnique pour rassembler des données précises concernant à la fois la discrimination raciale et les indicateurs sociaux relatifs à certaines parties de la population », et recommande le recueil des données ventilées en fonction de catégories telles que « la religion, la langue, la nationalité et l'origine ethnique ou nationale », par auto identification volontaire. Or en annexe du rapport, le Gouvernement français répond : « L'établissement de données statistiques sur une base ethnique de la population française n'est pas concevable au regard des principes d'indivisibilité de la nation et d'égalité de tous les citoyens devant la loi qui fonde le modèle républicain français. (…) La collecte de données statistiques sur la base de l'identité ethnique qui suppose une conception de la citoyenneté distinguant les individus en fonction de leur appartenance à tel ou tel groupe ethnique n'est donc pas transposable à la France. »
Et en février 2006, lors du débat au Sénat autour du projet de loi pour l'égalité des chances, le gouvernement a refusé un amendement qui aurait permis la création d'un outil statistique ethno-racial.
La Commission européenne a adressé en avril 2006 une mise en demeure au gouvernement français afin qu'il mette la législation hexagonale en conformité avec la directive « race », notamment en donnant une définition précise de la discrimination raciale indirecte et de la notion de harcèlement racial et en interdisant clairement l'incitation à commettre un acte de discrimination raciale.

préjugés associés à ses origines raciales et ethniques supposées : quelles catégories élaborer pour étudier ces discriminations et pour définir des politique promouvant l'égalité de tous (quelle que soit l'origine qui est attribuée à chacun) ?

Arrêtons-nous successivement sur les trois séries de critères qui se révèlent alors insuffisants à l'étude des difficultés d'intégration des immigrés, ensuite requalifiées en discriminations selon l'origine : la nationalité, l'antécédent d'immigration (décliné selon sa profondeur générationnelle) et les critères socio-économiques et territoriaux.

Les années 90 ont vu l'émergence d'une conscience critique de ce que la nationalité française ne protège pas des discriminations selon l'origine : il ne suffit pas d'être français pour en être épargné. Le besoin s'est alors fait sentir de recueillir des données sur les deuxièmes et troisièmes générations, ces « nouveaux Français » que la différenciation statistique classique étrangers / Français ne peut pas repérer.

L'*étranger* n'a pas la nationalité française.
L'*immigré* n'est pas né en France et est venu s'y fixer (on ne parle en général que des nés étrangers), il peut être français ou non.
La personne « *d'origine étrangère* », « immigrée de 2ème génération » ou encore « issue de l'immigration » est née en France d'un parent immigré (ou d'un grand parent, pour les « 3ème générations »).
(Julien-Laferrière, 2000)

Lors du recensement de 1999, on dénombrait, parmi les personnes vivant en France métropolitaine :
- 3,3 millions d'étrangers (dont 16% nés en France), soit 5,6% de la population totale
- 4,3 millions d'immigrés (nés étrangers à l'étranger) (dont 36% de français), soit 7,4% de la population totale. Parmi ces immigrés, 1,7 millions sont nés en Afrique et 543 000 en Asie, soit au total 2,2 millions de personne pour la plupart « visiblement » étrangères.
(Observatoire des inégalités, 2004)

Une enfant né en France de parents étrangers obtient dès sa naissance la nationalité française à condition que l'un de ses parents soit aussi né en France (double droit du sol). Si les parents sont nés à l'étranger, l'enfant obtient automatiquement la nationalité française à sa majorité s'il vit encore en France et s'il y a eu sa résidence habituelle pendant cinq ans depuis l'âge de 11 ans (droit du sol). L'intéressé peut aussi réclamer la nationalité française dès l'âge de 16 ans. Ses parents peuvent la demander pour lui, avec son consentement, lorsqu'il atteint l'âge de 13 ans. Un paradoxe est que ces individus, qui pendant les 13 à 18 premières années de leur vie étaient étrangers et comptabilisés comme tels (dans les statistiques scolaires par exemple), sont alors désormais comptabilisés comme des Français de naissance.
L'enfant né d'au moins un parent français obtient automatiquement la nationalité française à sa naissance, quel que soit son lieu de naissance (droit du sang).

Encadré 1 : Etrangers, immigrés et droit de la nationalité

Michèle Tribalat a proposé, dès 1989, l'usage de la catégorie « immigré », qui combine lieu et nationalité de naissance : un « immigré » est une personne née étrangère à l'étranger et qui vit en France, qu'elle ait ou non acquis la nationalité française. Cette catégorie statistique a été reprise par le Haut Conseil à l'Intégration et par l'Insee[31], s'ajoutant à celle d'« étranger », à partir des années 90. Et certains démographes voudraient aujourd'hui aller plus loin en introduisant de nouvelles catégories qui désignent les enfants nés en France de parents immigrés (les « deuxièmes générations »), estimant que la prise en compte uniquement de la génération des primo-immigrés est insuffisante pour apprécier les processus d'intégration et de discrimination.

Mais la mise en place d'un simple indicateur de « profondeur générationnelle » ne suffit pas pour saisir ces derniers, notamment parce que à « profondeur générationnelle » équivalente, les personnes d'origine européenne ne sont pas exposées au même risque de discrimination que celles d'origine africaine par exemple. En effet, « autre chose » est en jeu, qui relève de la perception que l'on a d'autrui, qui se fonde sur des indices tels que l'apparence physique, l'accent, le patronyme, et qui s'inscrit dans un rapport de domination historiquement constitué (l'expression « immigré extra-communautaure » charrie par exemple les attributs associés aux populations issues des anciennes colonies, voire aux descendants des victimes des traites et de l'esclavage). Symétriquement, la nationalité française est un piètre indicateur pour repérer les personnes originaires des DOM[32] (elles ne sont pas « extra communautaires » et pourtant sont perçues comme telles).

Enfin, autres indicateurs qui s'avèrent insuffisants à l'objectivation des discriminations selon l'origine et à la lutte contre elles, ce sont les critères économiques et territoriaux sur lesquels se fonde l'action publique française pour pallier les inégalités de fait. On a déjà remarqué par exemple que parmi les élèves des établissements scolaires situés en ZEP, les enfants d'immigrés sont susceptibles de connaître des difficultés qui leur sont spécifiques, c'est à dire qui ne sont pas en rapport uniquement avec les critères socio-économiques qui caractérisent les ZEP.

Faut-il alors recourir à d'autres catégories de l'origine ?

[31] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

[32] Départements d'Outre Mer

Des catégories de l'origine officiellement récusées en France sont en fait utilisées quotidiennement, les acteurs sociaux ayant spontanément tendance à classer, « bricoler » des catégories (« Arabes, « Beurs », « Noirs », « Africains » etc.). Ce phénomène est observé dans les secteurs régis par des logiques de concurrence et d'exploitation (entreprises et marché privé du logement) mais aussi dans les services publics justement chargés de mettre en oeuvre les préceptes de l'intégration républicaine. Des catégories de l'origine peuvent ainsi être construites et manipulées dans les pratiques routinières des institutions publiques (école, logements sociaux, police, guichets …), et les publics peuvent être gérés en fonction de leur origine, éventuellement d'ailleurs avec le souci de précisément éviter les discriminations[33]. La question n'est alors plus de savoir si l'on doit ou non recourir à ces catégories, puisque le recours est effectif, mais si on doit officialiser ce recours par des textes de lois et des dispositifs des politiques publiques.

La construction et l'usage de variables ethno-raciales font ainsi l'objet de débats politiques[34] et scientifiques : faut-il introduire dans les outils d'observation statistique des catégories de l'origine affranchies des critères juridiques de la nationalité, pour mieux décrire les populations « d'origine immigrée »[35] ?

[33] Simon (2003) présente par exemple l'utilisation de critères de l'origine par les bailleurs sociaux (organismes HLM). Ceux-ci doivent répondre à l'injonction qui leur est faite (via les lois sur la ville) d'assurer la « mixité sociale » dans les quartiers. La concentration des immigrés (mais aussi de leurs descendants) apparaissant incompatible avec cette dernière, leur dispersion volontariste devient un objectif revendiqué : les bailleurs leur attribuent avec parcimonie les logements pour ne pas être accusés de les concentrer dans des ghettos ; un logement peut être refusé si le « quota » d'immigrés est atteint ... « La préservation ou la restauration de la mixité sociale (ou ethnique) devient alors la justification inattaquable du refus d'attribution aux demandeurs immigrés ou supposés tels (…). » (p. 85) « La volonté d'éviter les regroupements résidentiels d'immigrés oblige en effet à considérer l'origine des candidats comme l'un des critères d'attribution, au mépris des critères réglementaires. Des pratiques discriminatoires sont alors mises en œuvre au nom … de la lutte contre l'exclusion dans le logement social. » (p. 88) Les associations d'insertion par le logement constatent ainsi « qu'à situation sociale (précaire) égale, les ménages « immigrés » ont une moins grande probabilité d'obtenir un logement qu'un autre ménage. » (p. 79)

[34] Cf. par exemple les polémiques suscitées par le ministre de l'Intérieur Nicolas Sarkozy lorsqu'il a pris en compte, en 2004, la religion musulmane pour la nomination d'un préfet ou s'est déclaré favorable, en février 2006, à la mention de l'origine ethnique des délinquants dans les statistiques de la police.
Notons en outre que la question des catégories statistiques et de la dimension socialement construite de la réalité qu'elles donnent à voir n'est pas spécifique à l'origine. D'autres catégories, également sensibles car utilisées pour évaluer l'action publique, peuvent susciter d'âpres débats scientifiques et politiques. Par exemple, comment évaluer le nombre de personnes en situation de pauvreté ?

[35] Les guillemets font référence à la « figure sociale » de la population immigrée (Simon, 2003), c'est-à-dire aux immigrés mais également aux individus « supposés immigrés » en raison de leur apparence physique ou de leur patronyme par exemple, quelle que soit leur origine réelle. Ce sont en fait les populations que l'Union européenne désigne par les expressions de « communautés issues de l'immigration » et de « minorités nationales ». Ce sont finalement ces guillemets qui marquent l'écart entre la question de l'intégration des immigrés et celle des discriminations à l'égard des minorités, et qui expliquent l'inadéquation pour traiter des dernières, des catégories de nationalité et de profondeur générationnelle d'immigration.

L'enquête MGIS (Mobilité Géographique et Insertion Sociale) menée par Michèle Tribalat en 1992-95[36], qui porte sur les populations immigrées et leurs enfants, s'appuie sur des « catégories ethniques » et une catégorie « français de souche » construites à partir soit du pays de naissance des individus et de leurs parents soit de la langue maternelle. La critique de cette méthode par certains chercheurs a déclenché la virulente « controverse des démographes» de l'Ined[37] et plus largement a ouvert le débat sur la pertinence d'une évolution des catégories de l'origine dans l'appareil statistique français[38].

Pour certains, la mise en place d'un dispositif politique de lutte contre les discriminations nécessite une mesure fiable de ces discriminations, à même de décrire l'ethnicisation et la racialisation des rapports sociaux (c'est-à-dire la description des populations par des labels ethniques et raciaux[39]), ce que ne permet pas la nationalité : pour étudier le processus symbolique de désignation, il faut bien en nommer le produit. Ainsi, seules les catégories ethno-raciales permettraient-elles de distinguer les inégalités selon l'origine des autres inégalités sociales.

D'autres chercheurs, tout en reconnaissant l'existence de discriminations fondées sur l'origine, rétorquent que les usages politiques et sociaux des catégories ethnicisantes et racialisantes risquent d'alimenter le racisme, en stigmatisant les groupes ainsi repérés, en objectivant et en réifiant des identifications qui se caractérisent au contraire par leur évolutivité au gré des interactions sociales. Cette définition de groupes défavorisés sur des critères univoques (la race, l'ethnicité) risque d'aggraver les frontières ethniques ou raciales et de favoriser la fragmentation sociale en contribuant à la « communautarisation ». Si la même logique de minorisation est utilisée à la fois par le racisme et par les mesures destinées à en compenser les effets, comment les minorisés pourront-ils redevenir universels ? (de Rudder et

---

[36]Deux ouvrages présentent les résultats de cette recherche : « Faire France » (1995) et « De l'immigration à l'assimilation. Enquête sur les populations d'origine étrangère » (1996), publiés à la Découverte.

[37] Institut national des études démographiques.

[38] Parmi les tenants de ces catégories, cf. par exemple Tribalat, Simon (1998, 2000, 2003) et Simon ; Stavo-Debauge (2004). Parmi leurs détracteurs, cf. par exemple Lebras, Blum (1998), Spire (1999), Tripier (1999).

[39] Cette caractérisation d'une personne par son appartenance réelle ou supposée soit à une race, soit à une ethnie (groupe censé partager une même origine géographique, une même histoire, une même religion, etc.), c'est-à-dire comme le membre d'une même « communauté », s'accompagne du rejet de cette personne de la communauté du locuteur, par « assignation à la différence ».

al., 2000) Plutôt alors que de risquer d'aggraver la stigmatisation des victimes (« Désigner un groupe à aider, c'est désigner un groupe « à problèmes » », Noiriel, 2001), ne faudrait-il pas plutôt s'interroger sur les procédés de construction de la « différence » et des critères de rejet des « autres », et notamment sur la façon dont ils sont conditionnés socialement ? Mieux indiquées que les études statistiques, les études qualitatives, à même d'expliciter les processus discriminatoires et leurs motivations (grâce au recueil de discours et à l'observation *in situ* qui permettent de reconstituer le contexte et les enjeux en confrontant les points de vue des différents acteurs) auraient toute leur place, avec construction progressive de catégories pertinentes uniquement au regard du contexte précis de l'étude[40]. (De Rudder et al., 2000)

Mais, répliquent les premiers, comment la construction de groupes *ad hoc*, pour les fins d'une étude précise, pourrait-elle mettre à jour la part systémique des discriminations et en autoriser la veille (le *monitoring*) sur le long terme ? Simon (2003) cite ainsi la Grande-Bretagne, où après quinze années passées à « faire des exemples », un appareil de veille statistique des discriminations selon l'origine basé sur le recensement a dû être mis en place. De nombreux chercheurs s'accordent par ailleurs pour constater que la stigmatisation peut se développer en l'absence de catégories de l'origine aussi bien qu'en leur présence, via une équivalence de sens, avec ethnicisation des catégories territoriales ou socio-économiques (par exemple, l'expression « jeunes des quartiers sensibles » pour « jeunes issus de l'immigration »). Enfin, les tenants de ces catégories voient leurs positions légitimées par les normes européennes, puisque l'impulsion communautaire va dans leur sens, avec les directives et le programme d'action de 2000 dont l'application nécessite un *monitoring* ethnique et racial. Mais on a vu que le législateur français s'est pour l'instant saisi de ces directives pour réformer le traitement juridictionnel des discriminations tout en contournant la question des catégories.

2.2.1.3 Ailleurs, des politiques fondées sur des identités

La situation française peut être opposée à celle de pays comme les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, le Canada, l'Inde ou encore l'Afrique du Sud, dont la philosophie politique de la

[40] De la même façon, pour le traitement juridictionnel des discriminations, des groupes pourraient être établis sur une base raciale ou ethnique (couleur de peau, consonance étrangère du nom, etc.) pour les besoins d'un contentieux déterminé et uniquement le temps de celui-ci. (Ferré, 2001)

différence est toute autre, accordant par suite une importance majeure à la statistique sur les catégories de l'origine dans la reconnaissance des discriminations.

Alors en effet qu'en France les différences identitaires ne peuvent pas être reconnues publiquement, l'égalité étant théoriquement assurée par l'universalisme et la laïcité, aux Etats-Unis l'idéal universaliste est mis au service d'une « nation mosaïque » où la « politique des minorités » repose sur le respect des différences. (Dewitte, 2003) Des mesures de discriminations positives (*affirmative action*) à l'embauche et dans l'éducation y ont ainsi été mises en place dès 1964, protégeant une puis progressivement quatre catégories ethno-raciales[41]. A partir de 1977, les données des recensements de la population reprennent ces quatre catégories, avec une cinquième (les Blancs), afin de mesurer les progrès accomplis en termes d'intégration et d'égalité. (Oboler, 2003) Le terme de « race » n'est ainsi plus censé désigner, dans le contexte américain de la fin du 20ème siècle, « des traits collectifs présumés essentiels, immuables et profondément déterminants », permettant de classer les êtres humains en ensembles hiérarchisés ; il est au contraire désormais utilisé pour caractériser les groupes qui ont été dans le passé victimes de discriminations officielles fondées sur ce racisme, aujourd'hui discrédité mais dont les effets demeurent perceptibles : la délégitimation de la race dans le cadre d'une conception biologisante de la vie sociale n'a pas conduit à une déracialisation de l'action publique[42]. (Sabbagh, 2004)

De la même façon, alors qu'en France le traitement des discriminations peine à s'émanciper du paradigme de l'intégration des immigrés et de la citoyenneté, il est abordé en Grande-Bretagne du point de vue des relations raciales et du multiculturalisme. (Body-Gendrot, 2003) Les catégories du recensement britannique distinguent ainsi depuis 1991 des groupes ethniques et raciaux[43], de façon à permettre la mesure de ces discriminations.

Au Canada, les nomenclatures font état de « minorités visibles ».

Toutes ces catégories ethniques et/ou raciales sont généralement établies à partir de critères indirects (nationalité, lieu de naissance, lieu de naissance des parents, langue parlée ou maternelle, religion, couleur de peau, etc.) et/ou par auto-déclaration. Les métis (issus de l'union entre un membre du groupe majoritaire et un membre du groupe minoritaire) sont le

[41] Trois dites « raciales » (Asiatique ou originaire des Iles du Pacifique/Noir ou Afro-Américain/autochtone d'Amérique (c'est-à-dire des Etats-Unis) ou d'Alaska) et une dite « ethnique » (Hispanique ou Latino)

[42] On peut faire un parallèle avec l'Inde, dont la Constitution de 1949 réserve des emplois aux *dalits*, les ex-intouchables, tout en proclamant l'abolition de l'« intouchabilité ».

[43] Les items sont la race (Blancs, Noirs), l'origine nationale (Blangadais, Pakistanais), le pays de naissance, etc. (Vourc'h et al., 2002)

plus souvent classés selon la « ligne de couleur », c'est-à-dire rattachés au groupe minoritaire. La difficulté la plus importante reste cependant toujours la transcription, au sein de ces catégories, de la perception qu'ont les autres de l'origine des individus … or c'est justement cette hétéro-identification (à partir du patronyme, du langage, de la posture corporelle, etc.) qui est au cœur du processus discriminatoire. (Simon, 2002, 2003)

La mobilisation de ces critères de l'origine, dans les statistiques et les dispositifs de discriminations positives, peut cependant faire l'objet des critiques que l'on a présentées en France. Ainsi, aux Etats-Unis, certains chercheurs observent-ils que l'établissement des catégories ethno-raciales pour le recensement a renforcé la différenciation des groupes racialisés à travers ces catégories. (Oboler, 2003). En outre les Blancs, désavantagés par les dispositifs *d'affirmative action* basés sur des critères raciaux, reprochent à ces derniers d'être anti-méritocratiques et en ont réclamé le démantèlement, partiellement effectif à partir des années 90[44]. Des critères apparemment neutres au regard de la race - et donc mieux acceptés par la société américaine - ont alors été conçus afin de jouer le rôle d'équivalents fonctionnels des critères raciaux auparavant utilisés. Ces « nouveaux » critères sont par exemple destinés à distinguer les Noirs des Blancs afin de favoriser l'admission des premiers à l'université, mais ils sont de nature socio-économiques et territoriaux (alors que la mise en place dans les années soixante-dix des dispositifs sur critères raciaux s'était justement accompagnée de l'abandon concomitant de politiques de réduction des inégalités territoriales). Après avoir pu être présentées comme leur symétrique, les politiques américaines tendent ainsi à se rapprocher des françaises, par l'adoption de semblables « stratégies de substitution » des critères de l'origine[45]. (Sabbagh, 2002 ; 2004)

[44] L'*affirmative action* a par ailleurs, pendant les années 80, été progressivement remplacée par le concept de « diversité », dont le champ d'application est très large, dépassant largement les critères d'origine et dessinant une nouvelle définition de l'inégalité, qui occulte l'impact spécifique des différences d'origine. (Collins, 2003, à propos de la gestion des ressources humaines du secteur privé).

[45] Et vice-versa : Weil (2004) propose d'instaurer en France l'un de ces nouveaux dispositifs américains, l'admission des 5% meilleurs élèves de chaque lycée dans les établissements de l'enseignement supérieur dont l'entrée est sélective. C'est aussi le principe adopté par l'Institut de Science Politiques de Paris depuis 2001, associé à des critères territoriaux (conventions avec des lycées situés en ZEP), qui permet d'admettre 132 élèves dont les deux tiers ont au moins un parent né hors de France, selon la direction de l'Institut.

2.2.2 La lutte contre les discriminations selon l'origine

Les catégories de l'origine sont indispensables tant à la mise en place de discriminations positives (censées remédier aux discriminations négatives, mais faisant peser sur les groupes ainsi identifiés par leurs origines et leurs désavantages le risque de les stigmatiser) qu'à l'objectivation des discriminations indirectes (dont la mise en évidence repose sur des statistiques ventilées selon ces catégories). Les débats suscités par l'élaboration de ces catégories se situent ainsi finalement au cœur de la lutte contre les discriminations selon l'origine.

2.2.2.1 Le traitement juridictionnel des discriminations

On a dit que l'égalité entre les hommes est un principe constitutionnel (Constitution française de 1958, mais ce principe était déjà posé dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 et dans le Préambule de la Constitution de 1946). Par ailleurs, la loi du 1er juillet 1972 interdit explicitement le racisme et le nouveau Code pénal entré en application en 1994 prévoit la répression des discriminations fondées sur l'origine. Cependant les condamnations pour ce motif jusqu'en 2001 ne pouvaient relever que du droit pénal, ce qui, en contraignant la victime à faire la preuve de la discrimination, freinait considérablement l'application de la loi.

Les deux directives européennes sus citées de 2000 conduisent au vote de plusieurs réformes dans le droit français qui visent à faciliter ce traitement juridictionnel des discriminations. Ces réformes concernent l'ensemble des critères de discriminations listés par la loi : la race ou l'origine ethnique, le handicap, la religion ou la croyance, l'âge, l'orientation sexuelle ; d'autres critères tels que le sexe, l'état de santé ou l'appartenance syndicale sont en outre prohibés dans des domaines d'application particuliers.

- La loi du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations introduit dans le champ des relations de travail trois « nouveautés » issues du droit communautaire : possibilité de poursuite sur le terrain civil (et non plus uniquement pénal), introduction de la notion de discrimination indirecte (il n'y a plus à prouver l'intentionnalité) et aménagement de la charge de la preuve de la discrimination (le juge peut désormais

exiger que le défendeur fasse la preuve qu'il n'y a pas eu discrimination, la victime n'établissant que des faits qui permettent de présumer la discrimination).

- La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 prévoit la sanction des discriminations indirectes et autorise le renversement de la charge de la preuve dans le cas des discriminations pour les locations de logements.
- Pour le harcèlement moral au travail, la preuve est partagée entre victimes et auteurs par la loi de janvier 2003.
- En juin 2002, la Chambre criminelle de la Cour de cassation a admis que la preuve des discriminations directes soit établie par les tests de situation (*testing*), lesquels visent à constater des différences de traitement fondées sur des critères prohibés (le sexe ou le phénotype par exemple) lors de l'accès à un emploi, un logement ou encore une boîte de nuit (comparaison par exemple des réponses faites par des employeurs à des personnes se différenciant uniquement par leur couleur de peau, se présentant aux mêmes offres d'emploi).

Enfin la loi Lellouche du 3 février 2003 augmente les peines punissant les infractions à caractère raciste, antisémite ou xénophobe et la loi Perben II aggrave les sanctions relatives aux discriminations. Mais les discriminations restent aujourd'hui, malgré ces avancées législatives, rarement sanctionnées : une vingtaine de cas portés annuellement devant les tribunaux en 2001 et 2002, et seules quelques condamnations[46]. (Kretzschmar et al., 2004) Ce constat global est à moduler en fonction du critère discriminatoire. Ainsi par exemple, les discriminations fondées sur l'appartenance syndicale sont-elles davantage traitées juridiquement que celles liées à l'origine. Pour ces dernières en effet, se pose en outre à la victime la difficulté que pour porter plainte, elle doit invoquer son origine (raciale ou ethnique), qui on l'a dit n'est pas reconnue par la République. La reconnaissance par le droit de la notion de discrimination indirecte et de méthodes telles que le *testing* accuse ainsi la carence sus-décrite de catégories de l'origine dans les statistiques françaises, tant pour la compréhension sociologique et l'efficacité politique (comme vu ci-dessus) que pour la pratique juridique. (Simon et al., 2004)

[46] Fassin (2002) observe à cet égard que la facilité accrue (grâce aux réformes juridiques mais aussi à la mise en place de dispositifs publics sur lesquels on va revenir) du dépôt de plainte pour discrimination permet la reconnaissance de « sujets de droit » (qui portent plainte – au sens juridique - pour demander réparation) qui sont surtout, simultanément, des « sujets de souffrance » (qui émettent une plainte – au sens affectif - pour légitimer cette demande de réparation) puisque les discriminations, une fois dénoncées, restent le plus souvent non sanctionnées. Cet excès de la souffrance sur le droit construit de fait un « espace victimaire sans justice rendue ».

Présentons les principaux écueils constatés dans le traitement juridictionnel des comportements discriminatoires en France, quel qu'en soit le critère.

C'est d'abord la difficulté à prouver que la distinction est fondée sur le critère prohibé, et/ou à établir le caractère illégitime de la distinction[47].

Ensuite, la multiplicité des formes que peuvent prendre les entorses au principe d'égalité semble dépasser la capacité de réglementation et de contrôle, l'accroissement des contrôles étant freiné par la limitation des libertés qu'ils induisent. L'information insuffisante sur les recours possibles contre les discriminations, le défaut de sensibilisation et de formation des professionnels directement concernés par le traitement juridictionnel des discriminations (agents des forces de l'ordre censés transmettre les plaintes, magistrats, inspecteurs du travail) (Lanquetin et al., 2000 ; ECRI, 2005) ainsi que la stigmatisation des personnes qui portent plainte constituent également des entraves à l'application de la loi.

Enfin, le droit appréhende les discriminations comme autant de « cas » à traiter, procédant par une approche individualiste (un auteur / une victime dotée de certaines caractéristiques, et non des groupes) et centrée sur le résultat de la discrimination, réduisant les discriminations à un phénomène interindividuel et occultant les processus sociaux qui la produisent (des rapports de domination historiquement avec assignation à la différence) ou la favorisent (par exemple, le degré de xénophobie dans une société est influencé par la conjoncture économique). Restent alors non identifiés des éléments comme la responsabilité des institutions publiques ou les parts respectives des différentes discriminations conjointement à l'œuvre (par exemple économiques et sexistes). Cette carence est particulièrement manifeste dans le cas des discriminations indirectes puisque l'identification de celles-ci nécessite une analyse collective et l'objectivation de logiques structurelles, systémiques. Enfin, ce traitement casuistique interdit la mise en œuvre de politiques de prévention ciblées sur des populations.

Notre travail se propose ainsi d'éclairer ce point aveugle des procédures judiciaires, à savoir les contextes sociaux qui favorisent l'éclosion des discriminations. Le chapitre qui suit (« la

[47] « Lorsqu'un comportement estimé discriminatoire donne lieu à une action en justice devant le juge pénal ou le juge civil, l'essentiel du débat tourne autour de deux questions : la preuve, et le motif légitime. » (Lochak, 1987, p. 788). On a vu ci-dessus la difficulté à examiner la question de la légitimité. Or bien que la charge de la preuve ait depuis été aménagée, la remarque de Lochak reste d'actualité. Lochak continue ainsi : « Apporter la preuve qu'une exclusion a eu effectivement pour fondement le sexe, la race, les opinions politiques, etc. de l'intéressé, et non d'autres considérations sans rapport avec eux, s'avère en pratique très délicat et représente la principale pierre d'achoppement des actions engagées en matière de discrimination. »

discrimination selon l'origine, un traitement de « l'autre » ») sera l'occasion de développer cette notion de contexte.

On a déjà opposé à propos de l'usage des variables de l'origine la France aux pays anglo-saxons. Cette opposition est également manifeste dans le traitement juridique des discriminations selon l'origine. Ainsi en Grande-Bretagne, dès 1965, est adopté le *Race Relations Act*, une législation antiraciste qui interdit ces discriminations dans les lieux publics et réprime l'incitation à la haine raciale ; cette législation est étendue en 1968 à la discrimination dans les domaines de l'emploi et du logement et en 1976 est introduite la notion de discrimination indirecte, soit 25 ans plus tôt qu'en France. (Mogniss, 2003) Les discriminations n'y sont en outre pas traitées par la voie pénale. Ainsi, le nombre de plaintes et de condamnations effectives des actes discriminatoires est-il bien supérieur en Grande-Bretagne qu'en France[48].

2.2.2.2 Les politiques publiques de lutte contre les discriminations

Les débats sur les catégories de l'origine, développés pendant les années 90 à la suite de la publication des résultats de l'enquête MGIS, ont été relancés par les directives communautaires de 2000. C'est cependant au niveau du traitement juridictionnel des discriminations que la dynamique impulsée par l'Europe s'est le plus clairement manifestée.

Troisième domaine relatif à la question du traitement des discriminations et de ses catégories, après celui des statistiques et celui du droit, voyons maintenant celui des politiques publiques. Précédant et accompagnant l'évolution juridique sus-décrite, le gouvernement français, depuis la fin des années 90, affiche la volonté de lutter contre les discriminations selon l'origine. Cette ambition implique de repenser deux champs d'action publique, plus anciens.

[48] Selon Bleich (2003), seuls vingt-six verdicts de culpabilité ont été prononcés en France en trois ans, de 1997 à 1999, pour des actes de discrimination liés à la race, l'appartenance ethnique ou l'origine nationale. En Grande-Bretagne, de juin 1994 à mai 1995, soixante-douze victimes de discrimination à l'embauche ont obtenu gain de cause devant les tribunaux et trois cent vingt cinq hors audience.

Le premier est la politique d'intégration des immigrés. Une partie des questions jusqu'à présent abordées sous l'angle de l'intégration vont l'être désormais sous celui des discriminations.

Le modèle d'intégration « à la française », construit dans les années quatre-vingt et défini par le Haut Conseil à l'Intégration (HCI)[49] dans son rapport de 1991 (« Pour un modèle français d'intégration »), est conforme à la logique républicaine de l'égalité selon laquelle, à l'opposé de la logique des minorités qui prévaut dans les pays anglo-saxons, les individus sont égaux devant la loi, quelles que soient leur origine, leur race et leur religion : « la conception de l'intégration doit obéir à une logique d'égalité et non à une logique des minorités ». Le législateur fait rarement des étrangers une catégorie particulière, pour éviter de les stigmatiser ; les politiques publiques et les dispositifs ne les considèrent généralement pas comme une population spécifique (les actions sont plutôt ciblées, par exemple, sur les publics économiquement défavorisés), ils sont d'ailleurs supposés ne pas avoir besoin de politique spécifique - présupposé qui est à la fois justification et conséquence de leur invisibilité au sein des politiques. Et même quand des inégalités sociales entre Français et étrangers sont attestées statistiquement, elles sont relativisées au nom d'effets de structure : ce serait parce que ces populations n'ont pas la même structure par qualification, diplôme, âge et sexe, que pour des raisons socio-économiques qui ne leur sont pas spécifiques, elles sont plus souvent au chômage, ont des revenus plus faibles, etc. Et quand enfin il s'avère que ces différences persistent après ajustement sur les variables socio-économiques, des explications « spécifiques » telles que des différences culturelles sont avancées, qui finalement mettent implicitement la responsabilité de ces inégalités sur le compte des immigrés eux-mêmes et de leurs descendants (soupçonnés de ne pas faire « ce qu'il faut » pour s'insérer) plutôt que sur celui de la société dite d'accueil. Pour ce qui est des descendants, français, des étrangers, ils sont encore moins repérables (ni dans les statistiques, ni dans les politiques), d'où l'invisibilité plus grande encore des désavantages qu'ils sont susceptibles de connaître.

Mais à la fin des années 90, les descendants des étrangers acceptent de moins en moins les traitements discriminatoires dont ils font l'objet en raison de leur patronyme ou de leur couleur de peau par exemple, traitements qui expliquent la persistance de leur position plus souvent désavantagée au sein de la société française et qui ne peut plus être interprétée

[49] Le HCI est une instance de réflexion et de propositions qui, à la demande du Premier ministre ou du comité interministériel, donne son avis sur l'ensemble des questions relatives à l'intégration des résidents étrangers ou d'origine étrangère.

comme résultant de « difficultés d'intégration », pour ces Français nés en France ; ils réclament une action des pouvoirs publics contre ce qui est désormais officiellement qualifié de discrimination[50].

Pour Fassin (2002), c'est le rapport au Premier ministre du HCI intitulé « La lutte contre les discriminations : faire respecter les principes d'égalité », paru en 1998, qui marque l'irruption de la notion de discrimination selon l'origine dans le discours des institutions officielles. Cette irruption traduit une double rupture. D'abord, l'imputation causale est inversée : si les étrangers sont en position défavorisée, ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas fait ce qu'il fallait pour s'intégrer, mais parce que la société les traite de façon discriminatoire, ce qui signe l'échec du modèle d'intégration. Ensuite, il est reconnu que le critère de la nationalité n'est pas pertinent pour traiter de ces discriminations et la mise en cause du caractère racial de ces discriminations est implicite : des « Français de couleur » peuvent en être victimes, qu'ils soient d'outre-mer ou d'origine étrangère non européenne. Des Français d'origine étrangère vont pouvoir pour la première fois faire l'objet d'interventions publiques spécifiques, à savoir des politiques de lutte contre les discriminations.

Le second champ d'action publique dépassé par l'émergence d'une action publique destinée à lutter contre les discriminations est celui de la lutte contre le racisme. On s'intéresse en effet désormais aux conséquences concrètes, en termes d'inégalités, de ce qui jusqu'à présent était surtout étudié en terme d'idéologie raciste, c'est-à-dire d'une idéologie fondée sur la hiérarchisation naturelle ou culturelle des groupes humains. Ainsi, des syndicats (CFDT, CGT[51]), qui tendaient jusqu'alors plutôt à s'opposer à la reconnaissance des

[50] Ceux qui se perçoivent de la façon la plus aigue comme victimes de discriminations sont :

- les jeunes immigrés de moins de 40 ans, venus enfants (socialisés en France, ils ont intériorisé les principes fondamentaux de la République, ne se considèrent pas comme immigrés et tolèrent plus difficilement des traitements inégaux),
- les immigrés de nationalité française (pourtant protégés de la discrimination légale par leur statut juridique ; peut-être plus exigeants que les étrangers car ont accompli l'acte suprême d'allégeance)
- et les jeunes nés en France de parents immigrés : à la fois français (le plus souvent) et socialisés en France (Simon, 2000)

Parallèlement, ces dernières années, des militants, des historiens et des personnalités politiques se sont mobilisés en faveur de la reconnaissance publique des conséquences tragiques passées et présentes des traites et de l'esclavage (cf. par exemple la loi Taubira du 21 mai 2001 qui déclare la traite négrière outre-atlantique et l'esclavage crimes contre l'humanité) et de la colonisation (cf. par exemple l'appel de janvier 2005 « Nous sommes les indigènes de la République ! » et le front de contestation soulevé par l'article 4 de la loi du 23 février 2005 demandant aux programmes scolaires d'enseigner, « en particulier », « le rôle positif » de la présence française outre-mer, notamment en Afrique du Nord). Ces mouvements accompagnent le refus croissant des formes contemporaines de traitements discriminatoires à l'égard de ceux qui sont perçus comme des descendants d'immigrés et surtout d'esclaves et de colonisés.

[51] Confédération Française Démocratique du Travail et Confédération Générale du Travail.

discriminations au travail, et surtout des associations, issues du secteur anti raciste (SOS racisme, le MRAP[52], la LICRA[53], etc.) ou non (le GISTI, Act'up, etc.), se mobilisent de façon croissante contre les discriminations. SOS Racisme par exemple mène depuis la fin des années 90 des campagnes de *testing* pour mettre en évidence des discriminations lors de l'accès en boîtes de nuit, au logement et à l'embauche.

La notion de discrimination selon l'origine s'installe donc dans le paysage des politiques publiques à la fin des années 90, même s'il se trouve encore de nombreux acteurs pour s'inquiéter des réactions communautaristes qui pourraient s'ensuivre. Des organismes publics spécifiquement dévolus à l'étude des discriminations sont créés (GELD[54]) ou leur activité est recentrée sur ces questions (ADRI, FASILD, CNCDH, HCI, DPM[55]). Des dispositifs sont mis en place pour recueillir les plaintes et faciliter leur traitement juridictionnel (CODAC, 114[56]), tandis que les acteurs qui sont en position de conduire une affaire au tribunal sont sensibilisés sur l'importance de ce faire (victimes elles-mêmes, agents de police, inspecteurs du travail, syndicalistes, magistrats des parquets). En 2004, pour améliorer un dispositif qui tarde à faire ses preuves, les CODAC sont rebaptisées COPEC et le GELD fait place à la HALDE[57], autorité administrative indépendante créée par loi du 30 décembre 2004 - soit près de trente

[52] Mouvement contre le Racisme et pour l'Amitié entre les Peuples.

[53] Ligue Internationale Contre le Racisme et l'Antisémitisme.

[54] Le GED, Groupe d'Etude des Discriminations, est créé en 1999. Il devient rapidement le GELD, Groupe d'Etude et de Lutte contre les Discriminations. Il a pour mission de s'intéresser à toutes les discriminations, quel que soit leur critère (l'origine, mais aussi le sexe, l'appartenance syndicale, etc.).

[55] L'ADRI est l'Agence pour le Développement des Relations Interculturelles. Le FASILD est le Fond d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations (anciennement FAS, Fonds d'Action Sociale) : outre l'aide à l'intégration des immigrés, il a donc pour mission désormais de lutter contre les discriminations selon l'origine à l'encontre de tous les résidents. La CNCDH est la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. On a déjà mentionné le HCI, Haut Conseil à l'Intégration. La DPM est la Direction de la Population et des Migrations.

[56] Les CODAC, créées en 1999, sont les Commissions Départementales d'Accès à la Citoyenneté. Gérées par les préfectures, elles ont pour mission d'orienter vers un traitement juridictionnel les témoignages, notamment ceux recueillis au 114, et d'organiser des mesures collectives de prévention des discriminations. Le 114, mis en place l'année suivante, est un numéro vert, service d'accueil téléphonique gratuit et anonyme pour les victimes et les témoins de discriminations selon l'origine.

[57] Les COPEC sont les Commissions pour la Promotion de l'Egalité des Chances et la Citoyenneté. Outre leur mission de promotion de la citoyenneté et de la lutte contre le racisme et l'antisémitisme, elles doivent définir des actions de prévention contre les discriminations directes ou indirectes. La HALDE est la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité.

ans après la CRE (Commission for Racial Equality) britannique[58]. La création de la HALDE est la dernière étape de la transposition au niveau français des directives européennes sur l'égalité. Trois missions lui sont imparties : traitement des réclamations individuelles (en aidant les victimes qui le désirent à engager une procédure ; elle peut pour cela saisir la justice, dispose de moyens d'investigation et de contrainte que n'avait pas le GELD[59]), promotion de l'égalité (en particulier, elle doit remettre un rapport chaque année au président de la République, dans lequel elle peut recommander des modifications législatives ou réglementaires) et conduite de travaux de recherche.
Depuis 2002, sont engagées des démarches plus préventives de mobilisation territoriale des partenaires (collectivités, administrations, monde associatif, acteurs économiques ; le domaine de l'emploi et du travail est le plus ciblé). Dans le cadre de la politique de la ville, sont expérimentés des plans locaux de lutte contre les discriminations. L'objectif est d'agir sur les représentations et sur les processus (discriminations systémiques), par une action d'ensemble que la HALDE est censée fédérer.

Les « émeutes urbaines » du début des années 80 et la Marche pour l'égalité de 1983 avaient initié une critique de fond sur le modèle de citoyenneté « républicain », marquant l'irruption dans l'espace politique français des « deuxièmes générations ». Plus de 20 ans plus tard, la « crise des banlieues » de novembre 2005 relance le débat public sur l'origine discriminatoire des difficultés socio-économiques auxquelles est confrontée une partie de la population parce qu'elle est perçue comme d'origine immigrée. Le gouvernement annonce à cette occasion que l'année 2006 sera celle de la promotion de l'égalité des chances. La loi pour l'égalité des chances votée le 31 mars 2006 crée ainsi une Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances[60], renforce les pouvoirs de la HALDE[61], légalise la pratique du *testing*,

[58] La CRE, créée en 1976, a un rôle d'expertise et de promotion de « bonnes relations raciales » et jouit d'un pouvoir de contrôle et de médiation par la conciliation ou, à défaut, par des poursuites judiciaires. Son importance est majeure dans la prévention et la condamnation des discriminations fondées sur l'origine en Grande-Bretagne.

[59] D'autres pays européens, outre la Grande-Bretagne, précurseur en la matière, ont également doté leurs instances de ces pouvoirs. Aux Pays-Bas, la Commission pour l'égalité de traitement et en Belgique, le Centre pour l'égalité des chances peuvent même trancher eux-mêmes les litiges tenant aux discriminations fondées sur la race, la nationalité, l'âge ou l'orientation sexuelle.

[60] Celle-ci est destinée à se substituer au FASILD et a pour missions, parmi d'autres, l'intégration des populations immigrées et issues de l'immigration et la lutte contre les discriminations.

pose le principe de l'anonymat du *curriculum vitae* pour les procédures de recrutement dans certaines entreprises et charge les maisons de l'emploi de sensibiliser les employeurs aux discriminations à l'embauche et dans l'emploi.

Mais certains observateurs regrettent l'insuffisance des moyens humains mis en œuvre. (Kretzschmar et al., 2004) Par ailleurs, l'évolution « généraliste » des dispositifs (COPEC et HALDE traitent de toutes les discriminations[62], quel qu'en soit le critère pourvu qu'il est prohibé), qui va dans le sens des directives européennes, occulte la spécificité des discriminations relatives à l'origine[63].
Surtout, malgré cet affichage politique, persistent des schèmes de pensée plus anciens au sein des nouveaux dispositifs mis en place.

Les termes utilisés par les pouvoirs publics tendent en effet encore à assimiler les discriminations selon l'origine à des difficultés socio-économiques. Les mêmes problèmes peuvent par exemple être alternativement qualifiés de spécifiques aux jeunes « issus de l'immigration » puis de « handicaps sociaux ». En mars 2000, quand le gouvernement affiche son intérêt pour la lutte contre les discriminations lors des « Assises nationales de la citoyenneté », les ministres présents mentionnent pour la première fois explicitement, comme critères des discriminations, la couleur de peau, le patronyme ou l'origine : ce sont donc bien les discriminations raciales et ethnique qui sont visées. Pourtant le terme de « discriminations » reste sans épithète, dans l'intitulé officiel de l'événement, et les mesures

---

[61] Elle peut désormais notamment proposer à l'auteur d'une discrimination une transaction (consistant dans le versement d'une amende transactionnelle et s'il y a lieu dans l'indemnisation des victimes) et constater par procès-verbal les délits de discrimination.

[62] Le champ des COPEC et de la HALDE est celui des discriminations directes ou systémiques fondées sur tout critère prohibé, notamment le sexe, l'âge, le handicap, l'orientation sexuelle, l'appartenance vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion.

[63] Occultation qui est également perceptible dans le dispositif de l'enquête Histoire de vie qui, grâce à son module *Relations avec les autres*, est censée permettre « d'appréhender les attitudes ou traitements négatifs auxquels les individus ont été confrontés en raison de certaines caractéristiques qui leur sont attribuées. » (Algava et al., 2004 ; Beque, 2005). Or la question « est-il arrivé qu'on se moque de vous, que l'on vous mette à l'écart, que l'on vous traite de façon injuste ou que l'on vous refuse un droit à cause … » est suivie d'une énumération de 17 motifs non hiérarchisés. Les motifs amenant une réponse positive le plus souvent cités sont l'apparence physique (poids, taille, look), la façon de parler et la situation professionnelle ou le niveau d'instruction. Les motifs qui suggèrent explicitement des discriminations selon l'origine (motifs : la couleur peau, la région ou le pays d'origine, le nom et le prénom, la façon de parler, la langue maternelle étrangère) se trouvent ainsi « dilués » : les personnes immigrées ou issues de l'immigration se disent aussi souvent victimes que les malades (39%) et un peu plus souvent que les personnes non immigrées (30%) et les handicapées (33%). Le premier rapport annuel de la HALDE, remis le 2 mai 2006, indique pourtant que sur 2000 plaintes reçues, le critère discriminatoire le plus souvent en cause est celui de l'origine (40% des cas).

annoncées sont en fait destinées aux « jeunes des quartiers » (pour leur réserver des emplois-jeunes) et aux « jeunes en difficulté » (programme TRACE).

Même quand le public visé est bien la population issue de l'immigration, le passage d'un paradigme sociétal à un autre (mettre les « problèmes d'intégration » sur le compte des immigrés eux-mêmes / sur celui des discriminations sécrétées par la société d'accueil) n'est que partiel, procédant plutôt d'un va et vient, d'une superposition des deux cadres d'interprétation[64]. (Noël, 2003) Or l'évocation de « problèmes des jeunes issus de l'immigration », inscrit dans le registre de la promotion de l'intégration, tient à distance celui de la lutte contre les discriminations puisque ce faisant on évite de mentionner l'origine ethnique et raciale via les critères d'hétéro-identification (patronyme, couleur de peau) qui constituent, plus que l'antécédent migratoire des parents, les véritables leviers du processus discriminatoire. La responsabilité des difficultés que connaissent les populations d'origine immigrée peut alors toujours être suspecte d'être de leur fait[65]. Cet « entre-deux », entre le paradigme de l'intégration et celui des discriminations, caractérise d'ailleurs également l'état de la réflexion sur les catégories statistiques, puisque la « controverse des démographes » n'a pas abouti à une modification radicale des catégories utilisées en France : seules sont encore utilisées les catégories relatives au modèle de l'intégration (« étranger », « immigrés), alors qu'on été soulignées leurs insuffisances pour objectiver les discriminations selon l'origine. (Simon et al., 2004)

L'action publique censée rétablir le principe d'égalité républicaine en concrétisant l'égalité des chances semble en fait limitée par des enjeux institutionnels (ne pas mettre en cause les institutions publiques responsables des discrimination systémiques[66]), politiques (faut-il s'engager dans un combat que l'opinion publique ne juge pas prioritaire ?) et sociétaux : il lui faut à la fois dévoiler les atteintes à la cohésion sociale, sans toutefois renforcer les oppositions identitaires (voire favoriser le renversement du stigmate en « identité

[64] Par exemple, la généralisation du contrat d'accueil et d'intégration, qu'il est prévu de rendre obligatoire pour tous les nouveaux arrivants à partir de 2007 et qui inclut l'exigence d'une connaissance suffisante de la langue française, illustre la place importante accordée au paradigme de « l'intégration ».

[65] Ainsi, si le Premier Ministre à annoncé, lors de la « crise dans les banlieues » de novembre 2005, des mesures destinées à promouvoir « l'égalité des chances » (accompagnement à l'emploi, à l'éducation, rénovation urbaine, renforcement des pouvoirs de contrainte de la HALDE), le Ministre de l'Intérieur a encouragé les préfets à expulser les « émeutiers » étrangers même en situation régulière (au nom d'une « menace grave pour l'ordre public ») et certains commentaires ont présenté les évènements comme liés à une revendication islamiste et/ou à la polygamie.

[66] Ainsi, chaque institution refuse qu'on la mette en cause. Par exemple, les plaintes concernant les pratiques policières et judiciaires déposées dans les CODAC aboutissaient trop souvent à une fin de non recevoir.

flamboyante », avec repli communautaire et religieux[67], ou socialisation dans la délinquance), ni laisser d'autres populations précarisées, mais non issues de l'immigration, avoir l'impression d'être « abandonnées » par les pouvoirs publics.

2.2.3 Catégories de l'origine et « réceptivité sociale » à la question des discriminations

Quelles conclusions peut-on tirer de la résistance variable qu'oppose le « tabou républicain » de l'origine, selon les fronts sur lesquels il est attaqué ?

Sur le front juridique, il semble imperturbable. Le droit interne français a en effet adopté les directives communautaires en en intégrant les avancées conceptuelles (discrimination indirectes, procédures civiles, aménagement de la preuve) sans évoluer par rapport à la question de l'origine ethno-raciale (elle reste une donnée sensible qui ne peut pas être recueillie en routine). Le bénéfice attendu de l'apport des notions de discriminations indirectes et positives reste du coup hors de portée en matière de discrimination selon l'origine.

Du point de vue de la recherche scientifique, les réflexions suscitées par la question des catégories de l'origine, si elles n'ont abouti qu'à des changements discrets (recueil plus systématique du pays et de la nationalité de naissance), ont été l'occasion de poser clairement le problème de l'inadéquation des catégories de nationalité, d'immigration et des catégories socio-économiques et territoriales pour saisir le phénomène de discrimination selon l'origine. Cette inadéquation suggère « qu'autre chose » est en jeu, que l'inscription d'attributs identitaires dans des rapports sociaux de domination historiquement constitués ne coïncide pas précisément avec les critères sus-dits. Mais ce constat de l'inadéquation des catégories recueillies aujourd'hui, assez largement répandu, débouche sur une série de positions quant à l'utilité d'élaborer de nouvelles catégories, qui divergent, elles, notablement. Faut-il poursuivre la mise en cause du tabou républicain en proposant de nouvelles catégories, car l'important est de ne plus occulter le phénomène discriminatoire, ou bien faut-il considérer ce tabou comme un moindre mal au regard du risque d'exacerber les rapports sociaux

[67] par exemple le fondamentalisme religieux chez les jeunes musulmans nés en France de parents non fondamentalistes eux-mêmes, qui se développe en réaction au rejet dont ils se sentent victimes (surtout quand ils sont rejetés justement au nom de leur appartenance religieuse) et qui redouble encore ce rejet. C'est « l'islam des nouvelles générations » (Farhad Khosrokhavar).

ethnnicisants et racialisants que l'on entend justement mettre à jour avec l'identification des discriminations ? Si aucune réponse tranchée ne semble possible, du moins les débats ont-ils bien posé les enjeux sociaux de la (re)production des discriminations selon l'origine.

Enfin, sur le front de l'action publique, la position des pouvoirs publics semble partagée entre ces deux positions. Ainsi en témoignent d'une part la distinction hésitante entre la question de la discrimination selon l'origine et celle de l'intégration des immigrés et des inégalités socio-économiques et territoriales et d'autre part l'insertion de la discrimination selon l'origine au sein d'un « chapeau » plus large incluant des dispositifs de lutte contre toutes les discrimination fondées sur un critère prohibé.

Se pencher sur la question de l'origine en tant que catégorie, qu'elle soit statistique, juridique ou d'action publique, nous a permis de recueillir des indices sur ce « consensus social » que l'on a dit de saisie difficile. La question des catégories dépasse en effet celle de leur efficacité à objectiver le phénomène discriminatoire, elle est également indicatrice de la forme donnée au monde social et partant des traitements applicables à ses différentes parties. Si par exemple la catégorie d'immigrés amène à réfléchir en termes d'intégration, les catégories ethno-raciales posent la question des discriminations selon l'origine.

Le chapitre suivant s'intéresse au rapport interindividuel au cours duquel est perçue une différence d'origine justifiant de l'application d'un traitement différentiel. On a souligné combien l'identification du contexte dans lequel s'insère cette interaction est rendue difficile par l'absence de statistiques ethno-raciales. Voyons maintenant comment les travaux sociologiques sur le racisme et les relations interethniques peuvent en aider la compréhension.

2.3 La discrimination selon l'origine, un traitement de « l'autre »

Une étude des discriminations selon l'origine dans le domaine de la santé pourrait procéder par comparaison d'un indicateur de santé ou de soin chez des groupes différenciés selon leur origine, identifiée selon une ou plusieurs variable(s). Si notre étude ne procède pas de cette façon, c'est parce que, outre la rareté des données d'origine dans la recherche française, nous avons préféré ne pas définir préalablement à notre étude les groupes dont nous comparons l'accès aux soins. Nous allons bien définir des groupes, mais cette définition se fera au vu des données du terrain, en se laissant guider par elles. C'est en effet la mise en évidence du processus discriminatoire qui nous permettra dans le même temps d'identifier les groupes victimes de discriminations. Ce chapitre a pour objectif d'expliciter ce point et la méthodologie d'enquête qui en découle.

2.3.1 Le processus discriminatoire

Nous avons présenté les raisonnements qui permettent de qualifier, du point de vue du droit, un traitement différentiel de discriminatoire, quel que soit le critère sur lequel il se fonde. Mais si le droit offre un « référentiel universel » aux acteurs en lutte contre les discriminations, toutes les discriminations, l'analyse sociologique redonne la spécificité socio-historique des logiques dont relève chacune d'entre elles. (Fassin, 2002)

Précisons donc maintenant le processus social susceptible de générer celle de ces discriminations qui se fonde sur l'origine. Autonome vis-à-vis du droit mais non sans convergences avec lui, c'est sur le terrain de la sociologie des relations interethniques et du racisme que cette conceptualisation nous emmène.

2.3.1.1 La perception d'une différence radicale

Le processus discriminatoire, d'un point de vue sociologique, comprend une première étape, la perception d'une différence.

Nous avons introduit notre réflexion juridique par un texte fondateur, celui de Danielle Lochak. C'est sur un texte également incontournable que nous étayons notre approche sociologique. Dans *L'idéologie raciste* (1972), Colette Guillaumin a mis à jour les ressorts du rapport de pouvoir au sein duquel un individu appartenant à un groupe dominé se voit attribué une identité par un individu appartenant au groupe dominant, tandis qu'à l'inverse, ce dernier s'auto attribue sa propre identité. Cette hétéro-désignation qui fait du premier (le dominé) un « autre », perçu par *ego* (le dominant) comme tributaire d'une altérité indépassable et immuable, procède d'un « acte perceptif raciste ». L'adjectif « raciste », sous la plume de Guillaumin, qualifie un mode de perception de « l'autre » sans qu'il y ait nécessairement adhésion à l'idéologie à laquelle réfère communément le terme de « racisme », au sens de hiérarchisation consciente des groupes humains en fonction de leurs caractéristiques biologiques et/ou culturelles. Ainsi la phase princeps de la perception raciste selon Guillaumin n'est-elle pas une idéologie, mais la perception d'une différence. Dans un second temps, cette différence perçue est symbolisée par un trait censé caractériser cet « autre ».

C'est cette perception de la différence que nous nous sommes attachée à recueillir sur notre terrain d'étude. Notre matériau empirique consiste en des entretiens et des observations réalisés auprès de professionnels intervenant, plus ou moins directement, dans l'accès aux soins (soignants, sociaux, administratifs). Nous avons repéré la façon dont ces professionnels catégorisent leurs publics en demande d'un accès aux soins, et vis-à-vis desquels ils sont donc en position de pouvoir : quels sous-groupes distinguent-ils au sein de cette population, et en fonction de quels critères (biologiques, culturels, administratifs, économiques, etc.). Pour ce faire, nous les avons amenés à évoquer les difficultés qu'ils perçoivent chez ces publics : distinguent-ils des groupes caractérisés par des difficultés spécifiques d'accès aux soins ? Simultanément, nous étions attentive à la nature des traits censés caractériser ces différents groupes.

Selon Guillaumin, l'expression d'« acte perceptif raciste » renvoie à la perception d'une différence essentielle car constitutive de l'individu concerné. Cette différence perçue est de nature biologique, même si aujourd'hui, en raison d'une censure collective, c'est sous des traits extérieurs non biologiques qu'elle est le plus souvent évoquée[68].

[68] Pour Guillaumin, la différence perçue est secondairement symbolisée par un trait, de nature biologique ou bien social, qui est supposé refléter, de façon visible et externalisée, une altérité qui est, elle, pensée constitutive, interne et biologique. Par exemple, une religion (trait social) peut aussi bien qu'une couleur de peau (trait

Les catégorisations de l'altérité que nous avons pu repérer sur notre terrain ne font en effet le plus souvent pas explicitement allusion à des données biologiques telles que la couleur de peau ou les gênes, mais bien plutôt, par exemple, à « la culture », l'origine géographique, la situation au regard du droit au séjour ou encore au bénéfice de l'aide sociale. La question de l'origine est omniprésente (les « autres » sont le plus souvent des étrangers ou des « minorités nationales »), et même si elles ne se réfèrent pas à la biologie, ces qualifications évoquent bien une altérité radicale : « la culture » endosse le contenu de la race dans la logique du racisme culturaliste, différentialiste et excluant que l'on distingue classiquement du racisme biologique, universaliste et infériorisant ; l'origine géographique renvoie aux racines ; la déviance sociale telle que l'absence de titre de séjour se réfère explicitement à la non intégration , mais parfois aussi, implicitement, à la non « intégrabilité » ; enfin c'est à propos des « pauvres » (bénéficiaires de la charité puis de l'aide sociale) qu'ont été appliquées les premières catégorisations raciales du 19ème siècle, pour expliquer leur opposition et leur non intégration à la société des « riches ».

Là en revanche où nous prenons nos distances vis-à-vis des travaux de Guillaumin, c'est lorsqu'il s'agit d'interpréter ces qualifications de « l'autre » en supposant (en « suspectant ») une signification biologique sous-jacente. Le plus souvent en effet, rien ne nous y autorise. C'est pourquoi il ne nous semblerait pas fondé de considérer que les acteurs interrogés appréhendent sur un mode biologique l'altérité qu'ils décrivent alors qu'ils ne l'expriment pas ainsi[69], du moins pas explicitement[70].

---

physique) refléter une caractéristique biologique intrinsèque de l'individu. Le biologique, invisible, est en effet censé dicter le culturel, qui est, lui, extériorisé.
Si le terme « race » est apparu au 15ème siècle, ce n'est qu'à partir du 19ème que l'altérité qu'il désigne est perçue comme étant de nature biologique. A l'époque, les races sont classées et hiérarchisées. On sait la délégitimation qu'a connue, au siècle suivant, la notion de race biologique, tant du point de vue de sa validité scientifique (sciences physiques et sociales) que de celui de ses effets concrets (nazisme). Aussi, aujourd'hui, connaissances partagées de tous et censure verbale collective conduisent le choix des marqueurs de l'altérité à se porter, dans les discours « usuels », sur des supports non biologiques (on caractérise « l'autre » par sa religion par exemple plutôt que par sa couleur de peau). La notion d'« ethnie » est l'un de ces supports non biologiques couramment sollicité de nos jours. Pour autant n'a pas disparu la croyance intime selon laquelle l'altérité fondamentale que traduisent ces marqueurs est, elle, d'ordre biologique. Ainsi, en dépit de la connaissance (la notion de race est infondée scientifiquement) et de la censure verbale (taire des catégorisations au nom desquelles ont été conduits des génocides), perdure « l'acte perceptif raciste » tel qu'il a été modelé par plus d'un siècle de darwinisme social et autres théories sociologiques basées sur le modèle des sciences physiques. (Guillaumin, 1972)

[69] En référence à l'opposition classique entre sociologie du dévoilement (Bourdieu) et sociologie pragmatique (Boltanski), c'est du côté de la seconde que nous nous situons.

[70] Certes, selon Guillaumin (1972), si les connaissances invalidant la notion de race et la censure sont conscientes, l'acte perceptif raciste, lui, peut relever de l'inconscient, « s'échappant » ponctuellement par les voies habituelles de ce dernier (lapsus, etc.) pour émerger à la conscience, même s'il peut aussi s'exprimer plus

Par suite, la distinction théorique entre racialisation et ethnicisation s'avère délicate. Ces termes correspondent tous deux à une perception de l'autre qui en fait un sujet radicalement différent du soi, le premier inscrivant cette altérité dans l'ordre du naturel et donc de l'immuable, le second instrumentalisant la culture pour en faire l'étendard de cette altérité[71]. Or nous venons de le dire, il nous est le plus souvent impossible de savoir si l'altérité exprimée dans les discours que nous avons recueillis relève du naturel plutôt que du culturel. Aussi, puisque le matériau recueilli sur le terrain ne permet pas d'affiner plus cette interprétation, nous qualifions le traitement différentiel qui se fonde sur cette altérisation simplement de « discrimination selon l'origine », sans pouvoir affirmer que l'origine est pensée relever d'une filiation héréditaire (« discrimination racialisante ») ou plutôt d'une transmission culturelle (« discrimination ethnicisante »).

Par ailleurs, l'usage dans notre texte du terme d'« origine » ne présuppose pas l'existence d'une différence d'origine, il fait référence à la différence telle qu'elle est perçue et construite par des acteurs sociaux et à la catégorisation qui en découle. De la même façon, l'usage dans notre texte des termes « race », « ethnie » et des adjectifs dérivés ne présuppose pas l'existence de différences de race ou d'ethnie en tant que caractéristiques objectives, il se réfère aux catégories mobilisées par les acteurs, au vécu subjectif sur lequel, précisément, porte notre travail. Nous avons préféré cependant ne pas les mettre entre guillemets afin de ne pas alourdir excessivement le texte.

---

explicitement et plus consciemment à la faveur de contextes politiques particuliers. En d'autres termes, l'absence d'argument biologique dans les discours que nous avons recueillis ne contredit pas nécessairement l'hypothèse d'une perception inconsciente d'une altérité de nature biologique.
Ceci dit, même si cette éventualité reste donc possible, il nous semble délicat de la systématiser. Quand un professionnel fait d'un patient un « autre » au nom de sa culture ou de son séjour irrégulier, il est possible que cette altérité soit, inconsciemment, perçue comme biologique, même si ce n'est pas ce qui ressort du discours explicite … mais il est possible aussi qu'elle ne le soit pas : nous préférons donc ne pas trancher en la matière.

[71] De Rudder et al (2000) définissent comme suit ces deux termes. La racialisation et l'ethnicisation procèdent par l'attribution de traits ascriptifs (*ascription*), c'est à dire fondés sur la naissance, l'origine, la généalogie, sur ce qui précède l'individu et sur lequel il n'a guère de pouvoir, par opposition aux statuts acquis par les individus en fonction de ce qu'ils accomplissent, réalisent au cours de leur existence (*achievement*). Ces processus s'inscrivent dans des rapports sociaux de pouvoir au sein desquels le racisé est subordonné au racisant et l'ethnicisé à l'ethnicisant, définissant une situation minoritaire (sans rapport avec les importances quantitatives relatives des groupes) : le majoritaire majore sa position (statut, pouvoir ...) en minorant celle d'*alter*.
Mais la racisation franchit un seuil qualitatif, par rapport à l'ethnicisation : l'imputation raciale absolutise la différenciation, l'inscrivant dans un règne extérieur à la volonté humaine, extérieur à l'ordre contingent du social et de l'historique, celui de la nature ; la catégorie « race » est immuable et définitive, le registre de la culture (instrumentalisé par l'ethnicisation) lui est intégralement subordonné. Alors que dans l'ethnicisation, les traits culturels peuvent se modifier, une assimilation au groupe dominant étant possible, la race de la racialisation est indélébile.

Notons d'ailleurs que nous abstenir de trancher entre discriminations ethnicisantes et racialisantes nous épargne dans le même temps la choix de la terminologie pour les qualifier : s'agit-il de discriminations « ethnistes ou « ethniques », et surtout, pour les secondes, sont-elles « racistes » ou « raciales » ?

Certains chercheurs optent pour l'adjectif « raciste », faisant valoir que toute racialisation est raciste, même en cas d'absence d'intentionnalité discriminatoire (on parle par exemple de « racisme institutionnel »). On a dit d'ailleurs que Guillaumin (1972) ne réserve pas l'emploi de l'adjectif « raciste » aux seules perceptions ou actions explicitement sous-tendues par une l'idéologie raciste au sens communément admis d'idéologie consciemment élaborée justifiant la mise en œuvre de pratiques d'infériorisation et d'exclusion. Poiret (1999), comme Vour'ch et al. (2002), considèrent ainsi que ce qui importe au sociologue, c'est, plus que les catégories utilisées, leur mode de construction comme processus de mise à distance et leur utilisation comme moyen d'orienter et de justifier des pratiques concrètes. C'est pourquoi ils parlent de catégories ethnistes et racistes (qui renvoient à un processus opéré par le discriminant) plutôt qu'ethniques et « raciales » (qui désignent un état, celui du discriminé), rappelant ainsi qu'il n'y a pas préexistence de groupes ethniques et raciaux, donc altérité, puis préjugé, puis racisme, mais que c'est d'abord le racisme, comme forme de rapport social, qui crée la race, en amalgamant traits physiques ou généalogiques et traits sociaux, culturels et psychologiques. Enfin, les chercheurs qui préfèrent ce terme de « raciste » prennent garde d'insister sur l'importance de dissocier la qualification scientifique de la condamnation morale généralement associée à ce terme.

Ceux à l'inverse qui préfèrent le terme de « racial » à celui de « raciste » rétorquent que l'adjectif « raciste » peut malgré ces précautions porter à confusion (étant communément associé à l'intentionnalité et suscitant la condamnation morale) et remarquent combien paradoxale pourrait en être l'utilisation systématique. Par exemple, les discriminations positives sur l'origine (pour par exemple favoriser l'accès des Noirs à certaines ressources, comme en Afrique du Sud ou aux Etats-Unis) sont nécessairement basées sur une racialisation (pour distinguer les Noirs des Blancs), mais non hiérarchisante : on serait bien en mal de les qualifier de « racistes ».

Enfin, remarquons que n'ayant rencontré quasiment que des professionnels et non des usagers du système de soins, c'est à partir du point de vue des auteurs ou des témoins des traitements discriminatoires - leurs catégories de l'altérité et leur lecture du processus discriminatoire - que nous construisons notre analyse. Il n'est donc pas tenu compte du point de vue des

victimes (ou seulement à partir de ce qu'en savent ou croient en savoir et en disent les professionnels). Que la victime perçoive ou non le traitement comme discriminatoire n'importe donc pas sur la qualification des traitements que nous retenons comme discriminatoires. Notre démarche se différencie ainsi d'une part de la procédure judiciaire - selon laquelle c'est à partir de la plainte de la victime qu'est examinée l'éventualité d'une discrimination - et d'autre part de nombre d'analyses sociologiques qui prennent en compte (voire s'y intéressent exclusivement) le point de vue des victimes.

Notons d'ores et déjà deux limites liées à ce choix méthodologique. D'abord, on ne pourra pas prendre connaissance des discriminations non connues et donc pas rapportées par les acteurs professionnels (par exemple, l'éviction du recours à tel professionnel soignant « réputé raciste »). Ensuite, on sera moins à même de saisir la construction des catégorisations dans sa dynamique, étant donné que les catégorisations opérées par les dominants sont influencées par les réactions qu'elles suscitent du côté des catégorisés, les catégorisations se construisant dans l'interactivité (intériorisation des phénomènes de rejet, revendication de la différence, etc.).

2.3.1.2 De la perception de l'altérité à l'acte discriminatoire

C'est sur cette perception de « l'autre » que se fondent les traitements discriminatoires. Pour Guillaumin, l'acte perceptif et l'acte discriminatoire sont les chaînons d'un même processus. Le « je constate » de Gobineau est de même nature que le « j'exécute » d'Hitler. La perception raciste est en phase directe avec son pendant discriminatoire.

Ainsi, après avoir amené les professionnels interrogés à évoquer les différents groupes qu'ils distinguent au sein de leurs publics selon leurs difficultés respectives d'accès aux soins, nous leur avons demandé s'ils appliquent des traitements différentiels à ces groupes. Il s'agissait de faire correspondre des traitements différentiels à des catégorisations de l'altérité, de repérer le pendant discriminatoire, « agi », de cette « perception raciste » (au sens où l'entend Guillaumin) : s'exprimant sur les difficultés « particulières » de « certains » groupes de requérants, les professionnels associaient la spécificité des difficultés à la spécificité des groupes ; ils justifiaient ainsi, ensuite, la spécificité de leurs actes professionnels appliqués à ces groupes qualifiés de différents. C'est donc bien un continuum idéel qui mène à la discrimination : c'est la qualification de « l'autre » qui justifie le traitement différentiel qu'on lui applique.

On a évoqué plus haut une première difficulté d'interprétation : ne pouvant le plus souvent pas distinguer les discriminations ethnicisantes des racialisantes, on qualifiera les discriminations analysées simplement de discriminations selon l'origine. Mais une seconde difficulté surgit bientôt, en aval de la catégorisation.

Quand un professionnel de l'accès aux soins évoque des traits censés témoigner de l'altérité fondamentale d'un groupe, notre analyse tente de repérer une concordance, une association entre cette perception, cette qualification, et un acte discriminatoire aux répercussions concrètes en termes d'accès aux soins. Mais la saisie de cet enchaînement et sa séparation analytique d'avec d'autres processus vecteurs d'inégalités d'accès aux soins peuvent s'avérer moins simples qu'il n'y parait, tant les discriminations de natures différentes peuvent se croiser, multiplier leurs effets, ou même ne se révéler qu'à la lumière les unes des autres. En particulier les critères socio-économiques (classe, statut) peuvent se mêler aux ethniques (coutumes, pratiques, croyances) et aux raciaux (nature, hérédité, atavisme) simultanément mobilisés pour qualifier « l'autre » et justifier à son encontre des traitements différentiels[72]. La discrimination repose souvent plus sur un faisceau informe d'*a priori* que sur une orientation idéologique clairement formulée à l'encontre d'une population précise. L'attribut « jeune de cité » par exemple fonctionne comme un stigmate qui fait converger un ensemble de facteurs (un âge, une couleur de peau, un territoire, un niveau de formation, etc.). Le « jeune de cité » sera-il alors discriminé dans son accès au logement ou à l'emploi pour sa couleur de peau, pour sa classe sociale, pour son âge ou encore pour son adresse ? Il le sera peut-être moins s'il est français et si sa peau est claire, mais comment isoler la part spécifiquement liée à l'origine, dans la discrimination dont un autre, étranger et/ou de couleur, fera l'objet ? Même si on peut repérer les attributs « accent » ou « tenue vestimentaire » sur lesquels se fondent les discriminations, l'interrogation reste entière puisque chacun de ces attributs reflète à la fois un quartier, un pays d'origine, une classe sociale. Discriminations territoriales, ethno-raciales et sociales sont ainsi mêlées de façon inextricable, tant dans leurs conséquences que dans leur production (la concentration de populations perçues comme immigrées et donc illégitimes en tant que telles contribue à disqualifier les territoires qu'elles occupent ; les discriminations dont elles font l'objet dans l'accès à l'emploi participent de leur surreprésentation dans des classes sociales défavorisées, etc.).

[72] Un parallèle peut être fait avec l'approche juridique, ainsi que le suggère la remarque de Lochak (1987, p. 788) sus-citée : « Apporter la preuve qu'une exclusion a eu effectivement pour fondement le sexe, la race, les opinions politiques, etc. de l'intéressé, et non d'autres considérations sans rapport avec eux, s'avère en pratique très délicat et représente la principale pierre d'achoppement des actions engagées en matière de discrimination. »

On vient de présenter le processus au cours duquel un professionnel identifie un usager par son altérité, puis, au nom de cette dernière, le traite de façon différentielle. L'auteur de la catégorisation et celui de la discrimination sont donc une seule et même personne. Nous avons cependant présenté plus haut la notion de discrimination indirecte, telle qu'elle a été introduite dans le droit français par une directive européenne. D'un « point de vue sociologique », la discrimination indirecte peut être interprétée comme suit : il s'agit d'un traitement différentiel réalisé par un acteur selon des critères explicitement indépendants de l'origine ; mais parmi les victimes de ce traitement se trouvent en proportion élevée des personnes qui ont fait l'objet d'une catégorisation au nom de leur origine, en amont de ce traitement différentiel. Par exemple, la sur représentation des étrangers parmi les populations en précarité sociale peut être expliquée au moins en partie par les catégorisations délégitimantes, au nom de leur origine, dont ils font l'objet lors de leur parcours éducatif ou de leur recherche d'emploi. En tant que « précaires », ils relèvent alors de dispositifs d'accès aux soins spécifiques tels que l'aide médicale ou la CMU. Or c'est en tant que bénéficiaires de ces couvertures maladie – et non en tant qu'étrangers - qu'ils sont susceptibles de subir certains traitements différentiels défavorables. S'ils sont surreprésentés parmi les victimes de ces traitements, c'est parce qu'ils ont fait l'objet de catégorisations péjoratives en raison de leur origine, mais les auteurs de ces catégories ne sont pas les auteurs des traitements discriminatoires lors de l'accès aux soins, les seconds intervenant en aval des premiers.

Repérer des discriminations indirectes implique donc de la part du chercheur de commencer par définir les groupes susceptibles d'en être victimes, alors que pour les discriminations directes, c'est l'analyse du processus discriminatoire qui permet de définir les groupes victimes. Les groupes auprès desquels nous chercherons dans nos données de terrain à mettre en évidence des discriminations indirectes sont les personnes étrangères, immigrées et/ou françaises d'origine étrangère.

2.3.2 L'importance du contexte

Notre analyse s'articule ainsi sur les deux temps de la discrimination selon l'origine telle que peut l'appréhender le sociologue : la perception de la différence, via les catégorisations par les professionnels de leurs publics en demande d'accès aux soins ; puis l'acte discriminatoire lui-même, c'est à dire le traitement différentiel fondé sur les catégorisations sus-dites.

Selon le « paradigme épidémiologique », pour démontrer l'existence d'inégalités d'accès aux soins relevant de discriminations selon l'origine, il faudrait comparer l'accès aux soins (défini selon des variables quantifiables : taux de couverture maladie, fréquence des consultations médicales, moyenne de consommation pharmaceutique, etc.) de deux groupes appariés selon un certain nombre de variables (âge, profession, revenus, etc.) et distingués selon leur exposition au risque de telles discriminations (par exemple selon leur couleur de la peau). En cas d'écart constaté entre les deux groupes au regard de l'indicateur de santé, serait calculée la probabilité que cet écart ne soit pas du au seul hasard mais à la couleur de peau. Or les travaux sociologiques brièvement présentés ci-dessus nous enseignent que le processus de discrimination sur l'origine ne peut pas s'expliquer par l'identification uniquement des caractéristiques individuelles des victimes.

Comment en effet catégoriser les individus en fonction d'un critère de l'origine ? Pour la couleur de peau par exemple, même si son intensité peut être convertible en termes biologiques quantifiables, toute catégorisation reste impossible, à moins de trancher arbitrairement dans une continuité infinie de « niveaux de couleur ». Or comment passer de la variable d'origine (le « niveau de couleur ») au risque de discrimination ? Les attributs mobilisés dans les rapports sociaux discriminatoires ne peuvent en effet jouer cette fonction discriminante de « reflets de l'altérité » que dans le cadre d'un rapport social précis. Les catégories relatives à l'altérité sont des constructions sociales, comme le sont celles de classe, de sexe et d'âge mais contrairement à ces dernières, elles ne reposent pas sur un substrat aisément objectivable, elles ne peuvent donc être saisies que dans l'interaction sociale. Pour De Rudder et al. (2000), il n'y a pas d'abord des groupes (qualifiés d'ethniques et de raciaux), puis mise en relation, c'est cette relation qui est première, c'est elle qui produit et modélise l'altérité (l'ethnicité et la race)[73]. Ainsi, pour la couleur de la peau, même si elle a un

[73] Ces auteurs qualifient de « procès d'altérisation » la production de différences constitutives d'altérité collective. Ces différences sont sélectionnées (parmi les innombrables différences qui existent entre individus et groupes), travesties, voire inventées pour être insérées dans des relations d'inégalité. Il n'y a pas d'abord un ou des « autres » que l'on traitera de telle ou telle manière ; c'est directement au sein des relations que se fabriquent contrastivement altérité et différences ; *Alter/Ego* et Eux/Nous sont ainsi des productions historiques et sociales. C'est au sein des relations dites « interethniques » que sont définis les groupes qualifiés d'ethniques. Ces auteurs se réfèrent en particulier à la définition des frontières ethniques telle que Barth les a conceptualisées (Frederick Barth, « Les groupes ethniques et leurs frontières », in *Théories de l'ethnicité*, Philippe Poutignat et Jocelyne Streiff-Feinart, PUF, Paris, 1995 (1ère ed en 1969, en introduction d'un ouvrage collectif : *Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture difference*)).

fondement biologique, son appréciation est sociale[74]. Et pour bien des discriminations sur l'origine, le préjugé repose sur un indice entièrement social (discrimination sur un vêtement, sur un accent, etc.).

Nous préférons donc ne pas définir au préalable des groupes « exposés » et « non exposés » au risque de discriminations sur l'origine, mais plutôt mettre en évidence des catégories d'altérité établies par les professionnels au sein de leurs publics, puis des traitements spécifiques dont font l'objet certains des groupes ainsi caractérisés. L'interaction particulière au cours de laquelle des critères sont sélectionnés pour fonder des catégories de l'altérité ne peut pas être comprise en dehors de son contexte social plus large (historique, économique, d'immigration, législatif, etc.), lequel « favorise » la sélection de tels traits plutôt que d'autres. Notre approche se différencie ainsi de celle présentée comme relevant du modèle épidémiologique en ce qu'elle tient compte des significations différentes d'une même qualité pour des personnes distinctes et dans des contextes variés, s'intéressant aux processus qui articulent différentes variables entre elles (des attributs censés refléter l'origine et l'exposition au risque de discrimination) plus qu'à la probabilité mathématique de leur association[75]. La prise en compte du contexte est également cruciale pour l'interprétation des traitements appliqués au nom de cette perception d'une différence : les qualifier eux-mêmes de différents implique évidemment de connaître le contenu des traitements appliqués au « tout-venant ».

[74] Une analogie peut être faite avec le processus de discrimination sexiste : là aussi, la gestion sociale d'une donnée biologique (le sexe, comme la couleur de peau), variable dans le temps et dans l'espace, se traduit par des inégalités de santé également variables : l'espérance de vie, dans les pays industrialisés, est plus élevée chez les femmes, mais la situation inverse prévalait aux siècles précédents et est encore d'actualité dans un certain nombre de pays en voie de développement. La variabilité de ces écarts de mortalité entre les sexes suggère ainsi une interaction des facteurs génétiques, environnementaux et sociaux.

[75] Fassin oppose comme suit les démarches épidémiologique et sociologique.
Dans la première, le monde social est représenté comme une collection d'individus liés entre eux par des chaînes statistiques et interchangeables pour une qualité considérée. Par exemple, tous les ouvriers sont identiques, différenciés uniquement par des variables – mesurables - qui leur sont affectées, telles que des faits sociaux (montant des revenus, nombre de contacts …). Sont ainsi constitués des groupes homogènes sans qu'il ne soit tenu compte des significations différentes d'une même qualité pour des personnes distinctes ni des contextes variés.
Les sciences sociales, elles, appréhendent les processus par lesquels le social s'inscrit dans les corps, examinant la plausibilité que les faits observés soient liés entre eux par des enchaînements et des mécanismes (et non plus, comme en épidémiologie, la probabilité mathématique que les relations constatées entre les faits sociaux et les faits de santé ne soient pas dues au seul hasard). Le monde social est représenté comme un espace de relations dans lequel s'inscrivent des expériences individuelles, les qualités affectées aux individus étant à la fois construites (un attribut donné ne prend sens qu'en fonction de la signification sociale qui lui est attribuée), dynamiques (la position occupée se situe dans une trajectoire) et contextualisées (par exemple, une catégorie professionnelle ne correspond pas à la même réalité aujourd'hui qu'il y a trente ans). (Fassin, 2000)

2.3.3 Une enquête structurée autour de ces concepts sociologiques

Les travaux sociologiques cités dans ce chapitre éclairent le processus discriminatoire quand il est fondé sur l'origine : c'est le traitement différentiel appliqué à un individu situé en position de domination et chez lequel est perçue une différence radicale.
Notre recherche se cale sur cette approche : plutôt que définir préalablement à l'enquête des groupes d'usagers du système de soins, puis de comparer leurs accès aux soins respectifs, l'analyse porte sur la perception d'une différence d'origine par des professionnels de l'accès aux soins et sur les traitements différentiels qu'ils appliquent éventuellement à certains des groupes ainsi repérés comme différents. Les groupes d'usagers caractérisés par des inégalités ne sont donc repérés qu'au cours de l'analyse des données de terrain, et non préalablement à leur recueil.

On a noté trois limites opposables à ce choix méthodologique.

La première limite tient à la « différence perçue » que nous avons recueillie dans nos entretiens. Elle est exprimée à travers des catégories relatives au culturel, à l'origine géographique, à l'action publique (l'aide sociale) ou au droit au séjour. Il est possible, selon Guillaumin (1972), qu'elle soit de nature biologique, même si les acteurs ne l'expriment pas ainsi et même s'ils ne le perçoivent pas eux-mêmes consciemment. Nous préférons cependant ne pas trancher en ce sens, d'où l'expression que nous avons adoptée pour qualifier les discriminations que nous identifions dans nos données de terrain, de « discriminations selon l'origine », sans préciser si elles relèvent d'une ethnicisation (différence perçue sur le mode du « culturel » ou plus largement du « social ») ou d'une racialisation (mode biologique).

Quant à la différence de traitement, il peut être difficile de la mettre en rapport avec la différence d'origine perçue. Diverses caractérisations (selon l'origine perçue, mais également selon le sexe, le niveau socio-économique, etc.) peuvent en effet se conjuguer pour justifier d'un traitement différentiel.

Enfin, n'interroger que des professionnels, c'est-à-dire des auteurs ou des témoins des traitements discriminatoires, et non des victimes, réduit le champ des faits portés à notre connaissance.
Cette méthode doit être modifiée pour l'analyse des discriminations indirectes : ces discriminations s'articulent elles aussi sur la perception d'une différence radicale chez les victimes, mais cette perception n'est pas le fait des auteurs du traitement différentiel. A l'inverse, nous définissons alors des groupes préalablement à l'enquête (on a choisi de

s'intéresser aux personnes d'origine étrangère, françaises ou non), et l'analyse s'attache à repérer des traitements susceptibles de défavoriser préférentiellement ces groupes alors même qu'ils n'ont pas été repérés selon leur origine par les professionnels de l'accès aux soins.

Les travaux sociologiques insistent par ailleurs sur l'importance du contexte au sein duquel se déroulent ces deux phases : la perception d'une différence, par un individu chez un autre individu, est éminemment dépendante d'un mode de cognition socialement élaboré ; le traitement appliqué ne peut être qualifié de différent qu'au regard d'usages locaux et du traitement appliqué aux individus non « perçus comme différents ».
Ce contexte, au sein duquel se joue cette interaction singulière, doit être appréhendé au niveau macro social (données historiques, politiques, démographiques, etc.) et micro-social (les autres facettes de la relation qui unit les deux individus concernés : professionnelles, économiques, de genre, etc.). Une partie de ce niveau macro social fera l'objet de la première partie de nos résultats, traitant du contexte politique et législatif dont est issue la définition réglementaire de l'accès aux soins des usagers précaires et/ou étrangers. La deuxième partie mettra tout particulièrement en évidence les enjeux professionnels articulés à ce contexte politique. La troisième partie enfin sera étayée sur une analyse plus fine du contexte, tant macro que micro social.

2.4 La discrimination dans le champ des inégalités sociales de santé

Chacun des trois chapitres précédents a été l'occasion d'aborder la discrimination selon un point de vue différent.

Le droit offre un cadre d'analyse de la discrimination, définie comme un traitement différentiel fondé sur un critère prohibé (quel qu'il soit) et objectivé par ses conséquences.

Pour celles des discriminations qui se fondent sur l'origine, leur mesure statistique et l'action publique de lutte contre elles ont partie liée avec la « philosophie politique de l'autre » républicaine. Celle-ci rend difficile leur distinction d'avec tant les difficultés d'ordre socio-économiques communes à l'ensemble de la population que les problèmes d'intégration propres aux populations immigrées.

Les travaux de la sociologie du racisme et des relations interethniques mettent à jour en revanche leurs ressorts, à savoir l'assignation à la différence.

Passons maintenant du cas singulier (tel qu'il est appréhendé par l'analyse juridique ou mis en jeu dans l'interaction sociale) à la société. Avec ce changement d'échelle, la discrimination, ou plutôt le phénomène discriminatoire, apparaît comme un processus, parmi d'autres, producteur d'inégalités sociales.
Simultanément, focalisons le regard sur un domaine particulier, à savoir la santé, de ce processus discriminatoire dont on a déjà précisé le critère, celui de l'origine. C'est donc du point de vue des inégalités sociales de santé que nous allons maintenant envisager la discrimination selon l'origine.

Rappelons la définition des inégalités sociales de santé. Ce ne sont pas seulement des disparités d'état de santé ou d'accès aux soins constatées chez des groupes humains socialement différenciés. Pour Aïach et al. (1987, 2004), deux conditions doivent en effet être satisfaites pour que ces disparités puissent être qualifiées d'inégalités sociales, s'agissant d'ailleurs de santé ou d'un tout autre objet : cet objet doit être socialement valorisé (la vie, la santé, des soins efficaces et au moindre coût, etc.) et l'écart doit concerner des groupes sociaux hiérarchisés dans une position de dominant/ dominé (les classes sociales, les

catégories socioprofessionnelles, les groupes différenciés en fonction du revenu, de la richesse, de l'instruction, du sexe, de l'origine, etc.)[76].

Nous pouvons donc qualifier d'inégalités sociales dans l'accès aux soins les conséquences des discriminations sur l'origine qui consistent à limiter l'accès aux soins (en réduisant leur qualité ou leur quantité ou en augmentant leur coût), quand elles s'inscrivent dans des interactions sociales entre un groupe de dominés (usagers) et un groupe de dominants (les professionnels). Ces derniers sont en effet en capacité de répondre ou non aux besoins des usagers et de leur attribuer des traits censés les caractériser d'un point de vue identitaire, pour finalement générer des disparités dans l'accès aux soins entre différents groupes de ces usagers, selon l'origine qui leur attribuée.

Cette qualification appelle deux remarques préliminaires.

D'abord, les inégalités de santé résultant de traitement discriminatoires paraissent d'emblée « doublement » marquées du sceau de l'illégitimité. D'une part en effet, si certaines inégalités sociales peuvent sembler légitimes (il est par exemple admis que l'accès à l'emploi ou le montant du salaire soient différenciés selon le niveau de qualification), ce n'est guère le cas de celles qui s'inscrivent dans le champ de la santé. Il semble *a priori* moralement inacceptable d'instaurer par exemple des critères autres que médicaux pour l'accès aux soins. D'autre part, celles de ces inégalités qui résultent de discriminations endossent l'illégitimité qui caractérise, par définition, ces dernières.

Ensuite, il n'est plus question ici d'une « victime » (approche juridique) ni d'un « autre » (approche sociologique), mais d'un « usager » du système de soins, au sens de malade, patient, client ou citoyen en relation avec un professionnel à l'occasion d'une demande de soins (ou d'accès aux soins). D'une part en effet sa relation avec le professionnel est régulée par le droit et d'autre part le financement de l'offre de soins, assuré par la Sécurité sociale, est contrôlé par l'Etat, ce qui fait de celle-ci un « quasi-service public ». (Cresson et al., 2000)

Avant de nous intéresser aux conséquences du processus discriminatoire en santé, envisageons la construction sociale dont il fait l'objet.

[76] Précisons que les inégalités ne sont pas toujours favorables aux dominants. Ainsi par exemple, la surmortalité, toutes causes confondues, est inférieure pour les femmes que pour les hommes ; l'incidence du cancer colo-rectal est supérieure dans les CSP (catégories socio-professionnelles) les plus élevées ; celle du sein l'est également chez les femmes des CSP élevées ; la mortalité liée au SIDA, dans les années 80, était supérieure chez les hommes de CSP élevées.

2.4.1 Analyse comparée de la construction sociale de deux objets scientifiques : l'inégalité sociale de santé et la discrimination selon l'origine

Présentons quelques éléments de l'émergence dans l'espace scientifique, juridique et politique de la notion d'inégalité sociale de santé, puis de celle de la discrimination sur l'origine.

Si les inégalités sociales de santé sont probablement aussi anciennes que la vie en société, leur existence n'est connue que depuis le début du 19ème siècle. (Bourdelais, 2000) D'abord suscitée par le développement des statistiques sociales et les travaux des hygiénistes tels que Villermé, l'attention portée aux conditions d'existence et aux pratiques sociales s'est ensuite estompée avec l'avènement des découvertes pasteuriennes (selon la théorie de l'étiologie spécifique, chaque maladie est due à un microbe) puis le développement de la médecine clinique devenue hospitalo-universitaire. (Adam et Herzlich, 1994 ; Pierret, 1984) L'approche individualiste de la santé a en outre été favorisée, depuis la fin du 19ème, par la représentation du corps médical français comme seul compétent dans le domaine de la santé et par le développement de l'exercice en cabinet libéral comme principale forme de pratique (relation d'individu à individu, indépendance professionnelle des médecins réticents à toute forme de contrainte collective par des lois de santé, etc.). (Druhle, 2000)

Il faut attendre 1955 pour que les inégalités sociales de santé soient régulièrement mesurées[77]. Mais le découpage institutionnel et disciplinaire entre le monde de la recherche sur la santé (Inserm[78]) et celui de la production de données chiffrées (Insee) ne favorise pas la recherche sur les inégalités sociales de santé. Et la création en 1945 de la Sécurité sociale, qui a pu laisser croire, dans un contexte de croissance économique, que l'intégration de la population dans un système universel de protection sociale résoudrait des inégalités de santé appréhendées essentiellement en termes d'accès aux soins, freine elle aussi l'émergence d'une demande sociale et politique en ce sens. (Fassin et al., 2000)

Ce n'est donc que dans les années 80 que les inégalités sociales de santé constituent enfin, progressivement, un enjeu de santé publique. Plusieurs facteurs « déclenchants » ont participé à cette mise sur agenda. Citons la visibilité nouvelle de la pauvreté et de ses conséquences sanitaires dans les années 70 et 80, la publication en 1982 d'un éloquent rapport britannique

[77] Mesure de la mortalité selon le diplôme, la profession, l'âge et le sexe, par l'Insee.

[78] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

sur la question[79] ou encore l'organisation de groupes de recherche européens sur le thème des inégalités sociales de santé dans les années 80[80]. Les études se sont multipliées dans les années 1990 et 2000[81]- certes moins en France que dans d'autres pays d'Europe - et des politiques destinées à réduire ces inégalités de santé ont été engagées.

L'inscription de la lutte contre les inégalités sociales de santé parmi les objectifs des politiques publiques précède en France de quelques années celle de la lutte contre les discriminations selon l'origine. Ces dernières ne constituent pourtant probablement pas un phénomène plus nouveau que celui des inégalités sociales de santé[82]. Mais l'élaboration à partir de la fin des années 90 de politiques de lutte contre les discriminations et non plus uniquement contre les inégalités sociales n'a pu se faire qu'à la faveur de la triple configuration, juridique, scientifique et politique, que l'on a décrite précédemment : d'un point de vue juridique, le droit communautaire donne une définition aux discriminations et en propose un mode d'analyse ; simultanément se développe une réflexion scientifique sur les catégories destinées à désigner les groupes victimes d'inégalités liées à leurs origines supposées ; enfin, dans le champ politique, le modèle français d'intégration des étrangers « à la française », fidèle à la logique républicaine de l'égalité, est remis en cause car il occulte les inégalités dont est victime une partie de la population parce qu'elle est perçue comme d'origine immigrée.

Cette remise en cause est relayée par des mouvements militants et des recherches scientifiques. Associations et syndicats ne se mobilisent désormais plus uniquement sur le terrain des idées (le racisme et l'antisémitisme), ils investissent également celui du droit : identifier des discriminations pour qu'elles soient sanctionnées. Se multiplient parallèlement des études en sciences humaines et sociales qui portent non plus sur l'idéologie raciste (la

[79] « Inequalities in health : the Black report », Townsend P, Davidson N, Harmondsworth : Penguin, 1982

[80] Organisés à l'initiative en particulier de la Fondation européenne pour la science et de l'OMS Europe.

[81] C'est notamment, en France, le programme de recherche lancé par l'Inserm à partir de 1997, qui a abouti à la publication de deux ouvrages : « Les inégalités sociales de santé » (Leclerc A. et al. (dir), Paris, La Découverte/Inserm, 2000) et « Précarisation, risques et santé » (Joubert, M. et al. (eds), 2001), Coll questions en santé publique, Paris, Editions de l'Iserm), le dernier traitant cependant plus des effets de la précarisation sociale sur la santé que des inégalités de santé proprement dites.

[82] D'ailleurs, Bourdelais (2000, « L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne ») et Fassin (2002, « L'invention française de la discrimination ») utilisent tous deux le terme d' « invention », l'un à propos des inégalités sociales de santé, l'autre des discriminations sur l'origine, pour évoquer la construction de ces concepts comme objets d'études scientifiques et objets de débats publics, en soulignant dans les deux cas combien cette construction sociale est plus récente que la réalité des phénomènes envisagés.

« représentation sociale qui transcrit les rapports sociaux en terme de race » (Wieviorka, 1998)) (cf. Memmi, Sartre, etc.), mais sur les conséquences concrètes, en termes d'inégalités, du « racisme à l'œuvre », celui qui s'exerce quotidiennement, avec ou sans référence à une idéologie expressément raciste : il peut y avoir discrimination sans intention raciste et vice versa, le préjugé raciste ne conduit pas forcément à l'acte discriminatoire. De Rudder et al. qualifient ce nouvel objet d'étude l'« inégalité raciste », la discrimination constituant le chaînon manquant entre ce qui jusqu'à présent était appréhendé du point de vue soit de l'idéologie raciste (mais pas de ses conséquences concrètes sur l'accès aux ressources), soit de l'inégalité (mais pas du rôle du racisme dans sa formation[83]). (De Rudder et al., 2000)
La discrimination selon l'origine peut être étudiée d'un point de vue général (Wieviorka) ou l'être à travers son ancrage dans un champ particulier, mettant en évidence alors des récurrences quel que soit le champ : le travail et l'emploi (Bataille, Noël, Poiret, de Rudder, Tripier, Vour'ch) surtout, mais aussi le logement (Toubon, Simon), l'école (Payet, Van Zanten, Charlot), ou encore la police et la justice. (Tournier et Robert)

Le soin reste relativement peu abordé par ces enquêtes[84], comme si la forte légitimité sociale du corps souffrant et le droit constitutionnel de chacun à accéder aux soins urgents le protégeaient des discriminations (quel qu'en soit le critère d'ailleurs). L'enquête MGIS menée en 1992 classait l'hôpital en dernière position des lieux perçus comme discriminatoires, loin derrière l'école, le logement social, et surtout la justice et la police. (Simon, 2000) Et quand des inégalités sociales de santé selon l'origine (par rapport aux nationaux, étrangers, immigrés, « minorités ») sont mises en évidence, elles font souvent l'objet d'interprétations de type socio-économiques, ce qui élude leur spécificité au sein du registre des inégalités sociales de santé. Et quand enfin celle-ci est reconnue, c'est l'illégitimité de ces inégalités qui fait débat, et donc la qualification en discriminations de ces traitements différentiels fondés sur l'origine. On peut interpréter de cette façon l'accueil « réservé » qui a été fait à un rapport de recherche[85] portant sur les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins, par

[83] Par exemple, les données attestant d'inégalités sociales dans un large éventail de domaines (revenus, emploi etc.) qui sont rassemblées dans l'ouvrage de Bihr et Pfefferkorn (1999) ne sont jamais ventilées en fonction de l'origine ni même de la nationalité.

[84] Signalons cependant que deux appels d'offre portant sur les discriminations selon l'origine en santé ont été lancés, l'un en 2000 par la DPM, sur l'accès aux soins (qui a donné lieu à un rapport (Fassin ; Carde et al, 2001)) et l'autre en 2005 par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques).

[85] Sus cité (Fassin ; Carde et al., 2001), à l'élaboration duquel nous avons participé au début de notre travail de thèse.

l'institution publique qui l'avait suscité (la DPM). Celle-ci a considéré en effet, notamment, que les traitements différentiels présentés dans ce rapport, dès lors qu'ils concernaient des étrangers en situation irrégulière, ne pouvaient pas être qualifiés de discriminatoires. On reviendra longuement sur l'illégitimité associée à cette population et à la légitimité associée, symétriquement, aux traitements différentiels qui lui sont réservés. Remarquons simplement ici que cette affaire illustre un point que l'on a déjà évoqué plus haut, à savoir la difficulté des institutions publiques à reconnaître l'existence de discriminations selon l'origine … même quand elles affichent leur intérêt pour ces dernières, et surtout quand elles sont plus ou moins mises en cause dans cette reconnaissance. On avait donné l'exemple de la faible réactivité des CODAC aux témoignages de discriminations opérées par les services de la police. De la même façon, la responsabilité d'institutions publiques et/ou de leurs agents pouvait être pointée dans ce rapport. L'exemple de dernier suggère enfin que la difficile reconnaissance des discriminations par les institutions publiques affecte le champ de la recherche lui-même, puisque la définition-même des objets de cette dernière dépendait ici de la commande publique.

Finalement, la construction sociale de chacune de ces deux notions, les inégalités sociales de santé et les discriminations selon l'origine, a révélé la faillibilité d'un modèle d'intégration.
La « nouvelle pauvreté », à partir des années 70, et ses conséquences sanitaires, notamment en termes de difficultés à accéder aux soins, a suscité des interrogations quant à l'efficacité de la protection sociale mise en place après-guerre et qui visait justement à assurer l'universalité de l'accès aux soins. La prise de conscience des limites de ce système a contribué au renouveau de l'intérêt scientifique et politique pour les inégalités sociales de la santé.
De son côté, la reconnaissance de discriminations selon l'origine met en cause le modèle républicain de l'intégration citoyenne à la société française. Il a fallu attendre les années 90 et le refus des descendants français d'immigrés de se voir traités différentiellement en raison de leurs origines pour que soit progressivement reconnue l'existence de discriminations selon l'origine au sein de la société républicaine française.

Par ailleurs, l'analyse comparée de ces deux constructions sociales fait apparaître des résistances communes à la mise en question d'un autre schème d'interprétation jusque-là

considéré comme « allant de soi », à savoir la primauté de la responsabilité individuelle sur les facteurs sociaux.

Parmi l'ensemble des inégalités sociales, celles qui s'expriment dans le domaine de la santé sont les moins débattues car elles sont volontiers perçues comme partie prenante d'un ordre naturel. (Aïach et al., 1987 ; 2004) Confortée ces dernières décennies par la mise en évidence de facteurs biologiques prédisposant à des processus morbides, l'idéologie du « don naturel » selon laquelle la santé tiendrait à des qualités innées (comme pour la beauté ou l'intelligence), insiste sur la responsabilité première, individuelle, en occultant l'impact des conditions sociales.

C'est encore cette responsabilité individuelle qui est accusée quand sont identifiés des comportements dits « à risque » pour la santé. Pour les hygiénistes du 19ème siècle, s'instituant « professeurs de morale », facteurs sociaux (la misère) et comportements (le vice) sont « les deux faces d'une même réalité », celle des classes laborieuses. (Pierret, 1984) Mais c'est surtout après l'interlude de la théorie pastorienne sur l'étiologie spécifique (les maladies sont causées par l'agression imprévisible de microbes) que la responsabilité comportementale individuelle revient à l'ordre du jour. Dans les années 70, les médecins, reconnaissant leurs difficultés à guérir des « maladies de civilisation » multicausales, recommandent aux individus d'adopter des comportements rationnels à même de contrer l'influence pathogène de leur environnement. La responsabilité comportementale individuelle est aujourd'hui encore très présente tant dans la recherche sur les inégalités sociales de santé - sans qu'il soit toujours fait cas de la répartition socialement inégale des comportements incriminés[86] – que dans l'action publique destinée à les réduire[87] (Druhle, 2000 ; Fassin, 2002 ; Mann, 1998).

[86] Cette répartition socialement différenciée est d'ailleurs mal prise en compte par l'analyse épidémiologique puisque celle-ci procède par « mise à plat » des facteurs de risque, en ajustant un grand nombre de variables les unes sur les autres pour éliminer les facteurs de confusion. Ces ajustements masquent les enchaînements de causalité, notamment entre facteurs sociaux, biologiques et comportementaux. (Lang, 2000, Lang ; Ribet, 2000 ; Brixi ; Lang, 2000) Par exemple, si l'état de santé de deux groupes de personnes est comparé, les unes issues d'une classe sociale favorisée, les autres d'une classe défavorisée, mais toutes caractérisées par une même consommation tabagique, de façon à mettre en évidence le rôle de la classe sociale sur les différences de morbidité, cet ajustement sur la consommation tabagique empêche de tenir compte des éventuelles différences de consommation tabagique moyenne entre les deux classes sociales.

[87] En dépit des données attestant de l'influence par des facteurs sociaux des comportements déterminant l'état de santé (alcoolisme, tabagisme, prise de drogue, absence d'exercice physique, mauvais choix diététiques, comportements sexuels à risque, etc.) les programmes de santé publique élaborés pour traiter les problèmes de santé associés à ces comportements reposent sur le postulat que les individus en ont un contrôle complet. Par exemple on informe les individus des risques liés à ces comportements ou on distribue des préservatifs, mais on ne s'attaque pas directement aux facteurs sociaux pourtant mis en évidence. Ce paradoxe n'est certes pas que français. (Mann, 1998)

L'identification de facteurs génétiques censés expliquer ces comportements individuels (cf. la sociobiologie) vient encore consolider l'assise de cette conviction, en occultant toute réflexion sur la façon dont la société transforme ces « prédispositions » biologique ou génétiques en inégalités de santé[88] voire, en amont, influence leur répartition socialement stratifiée (notamment via les conditions de grossesse).
Au total, admettre l'existence d'inégalités sociales de santé, c'est comprendre que la santé ne tient pas qu'à des qualités innées d'ordre biologique et / ou à des comportements individuels dits « à risque », c'est reconnaître l'impact de la structure sociale sur la santé. Celle-ci influence en effet non seulement la transformation des dispositions biologiques ou des comportements en des processus morbides, mais aussi, en amont, la répartition socialement stratifiée de ces comportements.

Or cette occultation du conditionnement social derrière une mise en accusation de l'individu n'est pas sans rappeler la perception sociale de la discrimination selon l'origine, traitement social s'il en est, mais dont la victime, dès lors qu'elle s'en plaint, prend le risque de se voir suspectée d'une responsabilité première (comme si elle « méritait » le traitement différentiel dont elle fait l'objet). La difficulté à percevoir les inégalités de santé comme étant d'abord l'expression d'inégalités sociales peut ainsi procéder de la même imposition d'une altérité fondamentale que celle à l'œuvre dans la racialisation ou l'ethnicisation. On peut alors faire l'hypothèse que celles des inégalités sociales de santé qui relèvent de discriminations selon l'origine seront particulièrement mal perçues comme telles, la naturalisation de la différence de santé (par occultation de son origine sociale) rejoignant la naturalisation de la différence identitaire (par acte perceptif racialisant), et posant une chape de plomb sur toute interprétation d'ordre social de ce phénomène.

Il peut être ainsi reproché à certains chercheurs en épidémiologie, notamment anglo-saxons, d'interpréter un peu rapidement par un déterminisme biologique les écarts constatés dans l'état de santé de populations qualifiées de raciales, tels que des différences dans le poids de naissance moyen ou la fréquence de l'hypertension. Le risque est en effet d'attribuer ces écarts à des caractéristiques génétiques sans suffisamment tenir compte des variables sociales

[88] Evans (1996) met en garde contre le piège qui consiste à opposer hypothèses génétiques et hypothèses environnementales, inné et acquis. Les modes d'expression des prédispositions génétiques, lesquelles sont fondées sur des réseaux ou des agrégats de gênes interactifs, sont en effet influencés de façon complexe par l'environnement de l'individu. Si le patrimoine génétique est donné à la naissance, son impact dépend donc de l'environnement social, lequel inclut notamment la position socio-économique.

susceptibles d'intervenir comme facteurs de confusion en étant inégalement réparties entre ces différentes populations raciales. Et en particulier, le rôle d'éventuelles discriminations sur l'origine peut alors être occulté. Le fondement même de ces raisonnements peut en outre être interrogé car il présuppose que le critère à partir duquel sont constitués les groupes d'études dits raciaux (la couleur de peau par exemple) est lié à un matériel génétique codant des caractéristiques aussi diverses que le poids de naissance ou la tension artérielle, alors que la notion même de « race » a depuis longtemps été invalidée d'un point de vue génétique[89].

Muntaner et al. (2001) rapprochent ces interprétations en terme de déterminisme biologique et d'appartenance raciale, qu'ils considèrent prégnantes dans la majeure partie du milieu nord-américain de la recherche en épidémiologie, de la thèse du livre « The Bell Curve : Intelligence and Class Structure in American Life » (Herrnstein ; Murray, 1994), « best seller scientifique » qui a suscité aux Etats-Unis une controverse publique au niveau national. (Fassin, Eric, 1997) Selon ses auteurs, l'intelligence serait une capacité cognitive qui se mesure objectivement (tests de QI), transmise par voie héréditaire dans des proportions variables selon les races et associée aux « pathologies sociales » (pauvreté, échec scolaire, chômage, divorce, naissances illégitimes, criminalité, etc.). Selon leurs capacités héréditairement transmises, les races se positionneraient ainsi au sein d'un ordre social inaltérable puisque fondé en nature. Toute politique publique sociale visant à remédier aux inégalités sociales dont sont victimes en particulier les Noirs dans la société américaine serait donc vouée à l'échec.

Pour Muntaner et al., même si la plupart des épidémiologistes désapprouvent explicitement cette thèse, leur raisonnement se situe sur un même continuum, les auteurs de « The Bell Curve » ne faisant que mener jusqu'au bout un raisonnement qui leur est commun : considérer que les minorités ethniques et raciales sont héréditairement plus susceptibles d'avoir une hypertension artérielle ou un petit poids de naissance semble certes plus acceptable que de leur attribuer de faibles performances cognitives, mais il s'agit bien finalement du même type de raisonnement par déterminisme biologique.

[89] Les populations dites « raciales » (distinguées à partir de critères phénotypiques tels que la couleur de peau) se distinguent très peu sur le plan génétique : les distributions des différents gènes ne correspondent pas aux différentes populations qualifiées de « races ». Par exemple, la fréquence du groupe sanguin B augmente de l'Ouest vers l'Est de l'Europe et de l'Asie alors que la mélanine épidermique diminue de l'Equateur vers le Nord. 85% de la variation génétique humaine se trouve ainsi à l'intérieur des populations qualifiées de « races » plutôt qu'entre elles Les populations ne sont donc ni phéno ni génotypiquement homogènes. (Muntaner et al, 2001)

Il faut en fait distinguer, selon Krieger (2003), les « expressions biologiques des relations de race » des « expressions racialisées de la biologie ».

Les « expressions biologiques des relations de race » (*biological expressions of race relations*) témoignent de la façon dont l'exposition physique et psycho sociale au racisme affecte les caractéristiques biologiques individuelles, cette « incorporation » (*embodiement)* étant à l'origine de disparités raciales et ethniques en santé.

Les « expressions racialisées de la biologie » (*racialized expressions of biology*) sont des traits biologiques choisis arbitrairement et censés constituer des marqueurs de distinctions raciales innées.

Krieger donne l'exemple de la couleur de peau. Quelle que soit l'exposition au racisme, l'association de la couleur de peau à certains problèmes biologiques est bien réelle, comme le risque des peaux claires de développer un mélanome malin en cas de fortes expositions au soleil. Mais lorsque l'utilisation de produits pour éclaircir la peau, liée à l'idéologie selon laquelle le plus clair est le mieux, a des effets néfastes pour la peau, on peut parler d'« expression biologique des relations de race ». Et par ailleurs, la couleur de la peau est aussi une « expression racialisée de la biologie » si, en l'absence de preuve, elle est considérée comme le marqueur d'autres traits génétiques.

2.4.2 Les catégories de l'origine dans la recherche sur les inégalités sociales de santé

L'opposition que l'on a présentée entre les « philosophies politiques de l'autre », en France et dans les pays anglo-saxons, se retrouve sur le terrain de la santé publique.

2.4.2.1 L'ambiguïté républicaine

On a signalé plus haut que la variable de l'origine le plus souvent recueillie dans les fichiers administratifs ou de la recherche en France est la nationalité (français de naissance / français par acquisition / étranger par nationalité ou originaire ou non de l'Union européenne), la naturalisation constituant le stade ultime de l'intégration des étrangers dans le modèle français d'intégration. Depuis 1990, le pays et la nationalité de naissance des immigrés sont

régulièrement collectés par les administrations[90], mais ils ne font guère encore l'objet d'analyses et de publications. (Simon, 2003) Enfin, l'ancienneté de l'immigration n'est pas recueillie en routine.

Ces variables figurent moins souvent encore dans les études de santé publique que dans celles portant sur l'éducation, le logement ou l'emploi[91]. Dans les études non statistiques mais abordant la santé des populations d'origine étrangère, les glissements entre les termes d'étrangers et d'immigrés sont courants.

Fassin rapporte trois types d'arguments avancés par les chercheurs pour justifier de la rareté de l'utilisation de ces variables en santé publique.

Deux d'entre eux sont communs aux autres champs de recherche, on les a déjà évoqués. L'un est scientifique : ces variables n'apporteraient rien de plus que les socio-économiques, les disparités qui affectent les personnes immigrées ou issues de l'immigration n'étant que des reflets de leurs positions socio-économiques qui agissent comme facteurs de confusion. L'autre se fonde sur la conception anti-différencialiste républicaine que l'on a présentée plus haut : des statistiques ventilées selon certaines caractéristiques individuelles pourraient nuire à la liberté et remettre en cause la citoyenneté et la commune appartenance à l'espace national.

Le troisième argument tient dans les enjeux spécifiques de stigmatisation liés à la maladie et à la contagion : la révélation de disparités selon des variables d'origine pourrait d'un côté attiser la xénophobie (à l'égard des étrangers « qui importent les maladies » ou « dont les soins coûtent cher »[92]), d'un autre susciter des réactions communautaristes.

Par ailleurs, la moindre utilisation des variables d'origine en santé publique que dans d'autres domaines traduit également probablement, même si ce n'est pas énoncé explicitement par les acteurs sociaux, la prééminence de la santé dans l'ordre social des légitimités, la révélation d'inégalités s'avérant plus douloureuse en santé qu'ailleurs. (Fassin, 1998, 1999, 2000, 2001)

[90] Elles le sont, lors des recensements, depuis 1881, même si ne sont apparues dans les tableaux publiés qu'à partir de 1990.

[91] Le rapport du Haut Conseil à l'Intégration (1998) traitant des discriminations fait par exemple état de données chiffrées dans ces trois domaines (comparant Français et étrangers) mais pour la santé s'en tient au constat de l'égalité des droits dans l'accès aux soins.

[92] C'est pour éviter ce type de stigmatisation que nous était justifié, quand nous avons débuté notre enquête en 2001, le refus de la CNAM de divulguer des données chiffrées sur l'AME (dont quasiment tous les bénéficiaires sont étrangers), qu'il s'agisse du nombre de bénéficiaires ou du montant des soins remboursés. Et aujourd'hui encore, elle ne publie aucune statistique ventilée selon la nationalité pour la CMU.

L'absence de programmes de santé ciblant les étrangers et les immigrés est justifiée par les mêmes arguments que ceux avancés pour justifier la non production de connaissances les concernant, notamment le risque d'attiser la xénophobie. Il serait de toutes façons difficile d'envisager des programmes de santé publique orientés vers des populations pour lesquelles on ne dispose pas de données épidémiologiques.

Les inégalités de santé dont peuvent souffrir étrangers et immigrés (et a *fortiori* des personnes françaises d'origine étrangère) font donc rarement l'objet d'études cherchant à les mettre en évidence et à en expliquer les mécanismes (surexposition aux facteurs « classiques » d'inégalités sociales, vulnérabilité à des facteurs spécifiques)[93], pas plus que de programmes de santé visant à les réduire, sinon via des politiques ciblant les populations marginalisées d'un point de vue économique, ou à travers les programmes subventionnés par le FASILD[94].

Mais les catégories officiellement récusées peuvent être mobilisées par les acteurs sociaux. Le risque est alors qu'elles le soient sans distance critique. L'attribution d'une importance excessive au critère de l'origine peut en effet induire des risques symétriques à leur absence de prise en compte.

D'abord, la prise en compte des facteurs socio-économiques dans l'explication des disparités de santé et d'accès aux soins est d'autant minimisée. Par exemple, la surreprésentation des enfants de parents africains parmi les victimes du saturnisme a pendant les années 80 fait l'objet d'interprétations culturelles, au détriment des interprétations socio-économiques (habitat insalubre). (Naudé, 2000)[95]

---

[93] De la même façon, parmi les personnes infectées par le VIH, les femmes (risque de grossesse) et les enfants ont longtemps été exclus (pour les protéger) des programmes de recherche, ce qui a considérablement restreint les connaissances sur l'adaptation des thérapeutiques à leur égard.

[94] En 1958 est créé le FAS (Fonds d'action sociale), établissement public administratif placé sous la tutelle des ministères des Affaires sociales et du Budget, chargé d'améliorer la protection sociale et les conditions de vie des immigrés (uniquement des travailleurs algériens à sa création). Aujourd'hui rebaptisé en FASILD (intégration et lutte contre les discriminations), ses actions peuvent promouvoir la santé soit à travers l'insertion des migrants (logement, alphabétisation, formation, etc.), soit plus directement par la diffusion d'informations sur le système de soins, l'interprétariat dans les structures sanitaires, la formation des professionnels à l'anthropologie culturelle ou la formation de femmes-relais à l'interface entre familles et structures. On peut mentionner également l'ANAEM (Agence Nationale d'Accueil des Etrangers et des Migrations) qui organise le contrôle sanitaire des étrangers autorisés à séjourner en France.

[95] Fassin (2000) donne l'exemple de l'image d'un « sida africain », construite sur des faits supposés culturels (sexualité hyperbolique, polygamie, refus du préservatif, interprétations sorcières, recours aux traitements traditionnels, défaut d'observance des traitements médicamenteux…) censés expliquer ce qui correspondrait à des particularités des Africains (ils consultent tard, n'acceptent pas les rendez-vous réguliers, leurs croyances font obstacle aux programmes de prévention …). Cette lecture est culturaliste car elle substantialise la culture et en fait une interprétation en dernière instance. Elle est d'ailleurs doublement

Ensuite, proposer une approche diagnostique et une offre de soins censées correspondre à une origine culturelle particulière revient à postuler que les caractéristiques cliniques d'un malade pourraient être prédites à partir du système symbolique de croyances collectives qu'il partage avec son groupe social, comme si la différence perçue à un niveau anthropologique (les représentations de la maladie) avait un corollaire clinique, comme si tous les individus auxquels sont attribués une même « origine culturelle » présentaient des caractéristiques cliniques et des besoins de soins communs. (Rechtman, 2000) Et réciproquement, cela présuppose que deux individus auxquels sont assignés deux origines différentes ne pourraient pas relever de méthodes diagnostiques communes ni bénéficier des mêmes soins. L'offre du soin « tout venant » n'est alors plus proposée à certains immigrés, au nom de leurs origines, comme cela peut l'être reproché à certaines approches de l'ethno-psychiatrie. (Fassin, 1999, 2000) Cette construction nosographique est finalement le produit des catégories de perception et d'analyse qui président à l'image qu'on se fait des immigrés et au traitement qu'on leur réserve ; elle n'est en ce sens qu'une variante, plus élaborée et plus autorisée puisqu'elle procède de l'autorité médicale, du discours commun sur les immigrés et la condition d'immigré. (Sayad, 1999)

Enfin, la mobilisation de catégories de l'origine dans un contexte d'occultation officielle de celles-ci peut s'avérer néfaste. Par exemple, même lorsqu'il n'est pas explicitement reconnu que les cas de saturnisme s'observent quasiment toujours au sein de familles africaines, pour ne pas stigmatiser ces dernières, l'origine réapparaît à l'étape suivante, c'est-à-dire le relogement des familles concernées. Les bailleurs sociaux, soucieux d'assurer une « mixité raciale » dans les logements et les quartiers, opposent en effet des quotas d'immigrés aux familles désireuses de se reloger. (Naudé, 2000) La stigmatisation d'une origine peut même se développer là où elle est justement censée être évitée. C'est le cas par exemple du traitement des données relatives à l'épidémie du VIH en France. Par souci de ne pas les présenter comme des vecteurs de l'épidémie en révélant les taux élevés de prévalence qui les caractérisent, les premières données concernant les étrangers n'ont été publiées qu'en 1999. Ont ainsi été tus pendant près de vingt ans leur sur exposition au risque

---

contredite par les faits. Non seulement les Africains se comportent-ils de façon cohérente, rationnelle, peu différente de Français placés dans des situations identiques, mais en plus quand des particularités sont repérées dans leurs comportements, elles peuvent être expliquées par les conditions sociales, économiques, politiques, juridiques et non par des facteurs culturels. Par exemple, un retard de consultation chez un Africain peut s'expliquer, bien plus que par des facteurs culturels, par son statut irrégulier au regard de son séjour en France et/ou sa situation économiquement précaire. La condition sociale d'immigré, précarisée de façon croissante par les politiques d'immigration, constitue en effet bien souvent un déterminant majeur des comportements face à la maladie.

de contamination et leur retard à l'accès aux soins. Or parallèlement, la désignation des seuls Africains et Caraïbéens comme groupes à risque (les autres catégories de contamination identifiées étant des catégories non pas d'origine mais de comportement) non seulement relevait du bricolage puisqu'elle était « assignée » par les médecins, selon la couleur de peau de leurs patients (Gilloire, 2000), mais en plus a-t-elle conduit à une stigmatisation de ces derniers, puisque la mise en avant de leur origine ne s'accompagnait pas d'une explicitation des conditions sociales qui associent cette origine à un risque plus élevé de transmission. (Fassin, 1999)

Au total, l'absence de données sur les étrangers et les immigrés, sans les protéger de la stigmatisation, interdit de les repérer comme une population à risque pour des raisons non pas d'origine mais sociales, et donc de mettre en place des actions prenant en compte ces risques accrus. Etrangers et immigrés sont ainsi pris dans l'ambiguïté des politiques publiques qui d'un côté mettent en avant des arguments universalistes, en occultant les inégalités sociales dont ils sont victimes, et d'un autre promeuvent des modalités particulières du traitement de leurs problèmes, en naturalisant leur culture. (Fassin, 2002)

L'infection par le VIH a catalysé un certain nombre de changements majeurs dans la prise en charge des patients (prise en charge globale, réflexion sur la notion d'observance, etc.). Elle a ainsi initié une évolution dans la prise en compte des données d'origine, puisque après la publication en 1999 de chiffres attestant de leur sur-représentation au sein de l'épidémie et de leur retard plus fréquent au dépistage et aux soins (Savignoni et al.), des études portant sur les conditions d'accès à la prévention et aux soins des étrangers ont été engagées et les programmes d'actions nationales VIH, depuis 2001, présentent des axes destinés aux populations étrangères/migrantes. Ainsi, une campagne publicitaire généraliste sur le dépistage de l'INPES[96] a fait pour la première fois en décembre 2002 l'objet d'une déclinaison en direction des migrants originaires d'Afrique. Ces politiques se heurtent cependant à des problèmes récurrents : comment adresser un message unique à un groupe aussi hétérogène que celui des étrangers[97], comment les cibler sans les stigmatiser (Stanojevich, 2004), etc.

[96] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

[97] Par exemple, selon deux études menées en 2002 sur les freins au dépistage chez les primo-migrants par Sida Info Service, la mise en scène de personnages d'origine africaine dans des campagnes de prévention est contre productive pour les personnes originaires d'Europe de l'Est ou d'Asie.

2.4.2.2 Ailleurs, des approches ethnicisantes et racialisantes qui suscitent là aussi des débats

On a dit que les variables d'origine sont utilisées de façon beaucoup plus banale dans d'autres pays, en particulier anglo-saxons, par les démographes, les épidémiologistes, ou encore les sociologues. Les *ethnic studies* en Grande-Bretagne distinguent ainsi les « autochtones » des groupes originaires de l'ancien Commonwealth et/ou des minorités d'origine irlandaise, et les *racial studies* aux Etats-Unis différencient les Noirs (africains-américains), les immigrés latino-américains et asiatiques, les autochtones d'Amérique et les Blancs. Elles mettent en évidence des disparités d'état de santé ou d'accès aux soins entre ces groupes qualifiés de raciaux ou d'ethniques. L'utilisation de ces variables d'origine y reste pourtant débattue.

Elles peuvent suggérer des pistes étiologiques, permettre la mise en évidence de facteurs de confusion[98] ou encore démontrer l'interaction des facteurs génétiques et environnementaux (études portant sur des migrants qui adoptent en quelques générations le profil épidémiologique du pays d'accueil (Kliewer, 1992)). Les tenants de l'utilisation de ces catégories font valoir en outre que seules ces recherches peuvent permettre de mettre en évidence les inégalités de santé ou d'accès aux soins dont sont victimes certains groupes : parce qu'ils sont surexposés à des facteurs classiques d'inégalités (socio-économiques) mais aussi en raison de leur exposition à des facteurs qui leur sont spécifiques, tels que les discriminations selon l'origine, y compris celles générées par les déséquilibres ethno-raciaux dans le recrutement des professionnels de la santé (Curtis, 1990 ; Lassalle, 1997), et que seules ces études peuvent identifier. (Krieger, 2003 ; Chaturvedi, 2001)
L'usage de ces catégories peut alors se poursuivre dans l'action publique, via des politiques destinées à réduire les disparités ainsi mises en évidence. Aux USA, les plans de santé, *managed health plans*, sont des *affirmative actions* qui visent à atténuer les effets des discriminations dont s'avèrent victimes notamment certains des groupes ethniques ou raciaux

---

[98] Un exemple de piste étiologique est la comparaison des taux de morts subites chez les enfants, moindres en Afrique et en Amérique du Sud qu'en Occident, qui a permis de mettre en évidence le risque accru en cas de couchage sur le ventre et de recommander de coucher les enfants occidentaux sur le dos comme ils le sont en Afrique et Amérique du Sud.
Un exemple de mise en évidence de facteurs de confusion est celui-ci : le régime élevé en fibres et en vitamine C, l'exercice physique et l'absence de tabagisme et d'obésité sont souvent associés à des taux faibles de cancers. A l'opposé, ils sont souvent absents dans les populations présentant des taux élevés de cancers, mais comment savoir le(s)quel(s) de ce(s) facteur(s) est(sont) protecteur(s) des cancers ? Différents groupes ethniques peuvent ne pas présenter les mêmes associations, on peut alors démêler les effets des uns et des autres. Chaturvedi (2001)

ainsi étudiés (Cognet 2002). Au Royaume-Uni, ce sont les pouvoirs publics en collaboration étroite avec les associations (et non simplement des associations, comme en France via les subventions du FASILD) qui organisent des actions publiques visant spécifiquement les groupes ethniques minoritaires. Initiées dès 1977[99], elles sont destinées à prendre en compte des spécificités en terme de langue et culture comme de pathologie (femmes-relais, interprétariat, composition ethniquement équilibrée des conseils d'administration des instances de santé, services de santé accueillant spécifiquement telle ou telle minorité (*ethnic health units*), etc.). (Thayer, 1994) Il s'agit ainsi d'adapter les services à des populations spécifiques, en « assumant » le multi-culturalisme de la société, là où les politiques françaises tendent plutôt à permettre l'accès de tous aux même services, tout en laissant libre cours à des « dérives culturalistes » en contradiction avec le républicanisme affiché. Bollini (1992), menant une étude comparative auprès de sept pays (Etats-Unis, Canada, Suisse, Italie, Grande-Bretagne, Suède et France), constate ainsi que dans les trois pays (Grande Bretagne, Suède et Canada) qui ont adopté des politiques de santé spécifique pour les immigrés et ont des systèmes de protection sociale assurant une couverture totale de la population, l'accès aux soins des immigrés est bien meilleur : pas de problèmes administratifs ni économiques, pas besoin d'offre alternative de soins, attention portée aux adaptations socio-culturelles (interprètes, services réservés aux minorités ethnique) et disponibilité des informations sur la santé des immigrés.

Mais les études reposant sur des variables d'origine font aussi l'objet de critiques, formulées au sein même de la communauté épidémiologique anglo-saxonne. Arrêtons-nous sur les principales d'entre elles, qui reprennent d'ailleurs la plupart des arguments entendus dans les débats français.

Certains auteurs regrettent que l'utilisation de ces variables manque de cohérence. Par exemple, aux USA, la race est notée depuis 1961 sur les certificats de décès, mais le lieu de naissance (sauf pour certains pays) ne l'est pas, d'où l'impossibilité de distinguer la population immigrée de la population non immigrée. Au Royaume-Uni au contraire, l'« appartenance ethnique » n'est pas notée en routine, alors que l'est le pays de naissance. De nombreux « Blancs » nés dans les anciennes colonies sont alors comptabilisés à tort comme

[99] Avec la campagne « Asians in Britain », formation sur les populations asiatiques destinée aux professionnels.

appartenant à des « minorités ethniques », tandis que les « minoritaires » nés sur place ne le sont pas[100]. En Australie, les données de santé sont recueillies de façon routinière selon des variables d'origine (pays de naissance, langue parlée à la maison), mais les résultats concernant les immigrés sont rarement publiés en raison de leur sensibilité politique. Au Québec, si l'origine ethnique est recueillie dans le recensement, elle ne l'est pas ailleurs (en particulier pas dans le fichier québécois des hospitalisations) ou l'est de façon imprécise (seule la langue d'usage est recueillie dans le fichier d'état civil des décès), ce qui empêche la production de statistiques fiables sur la prévalence et l'incidence des maladies. (Karmi, 1994 ; Kliewer, 1992 ; Lassalle, 1997 ; Massé, 1995) Toutes ces critiques portent ainsi sur l'utilisation (pas assez systématique) des catégories de l'origine plus que sur leur contenu.

Mais la critique essentielle porte sur le contenu même des variables d'origine et donc de la pertinence de leur utilisation, en raison de l'imprécision qui les caractérise : comment traiter l'ethnicité ou la race comme les autres expositions en épidémiologie (tabagisme ou cholestérolémie par exemple) alors qu'elles incluent toute une série d'expositions, à la fois biologiques, environnementales et socio-culturelles (y compris les discriminations selon l'origine), qui interagissent et dont les parts respectives sont difficiles à quantifier ? Ne délimitent-elles pas des groupes qu'on ne peut caractériser, justement, que par leurs frontières (selon la définition qu'en donne Barth) ? Ce constat est vrai de l'ethnicité, de plus en plus utilisée, comme de la race, censée renvoyer à une variation biologique (le plus souvent entendue comme génétique). Pour preuve d'ailleurs de cette faiblesse de la valeur « biologique » associée à la race, les termes « race » et « ethnicité » sont souvent utilisés de façon interchangeable dans les études, dont les catégories associent volontiers la couleur de peau, la langue et le continent d'origine[101].

[100] Selon le *Labour Force Survey*, une étude relevant l'ethnicité telle qu'elle est déclarée par les sujets eux-mêmes, 20 à 50%, selon les groupes, des individus se déclarant comme appartenant à un groupe ethnique minoritaire en 1982-1984 étaient nés en Grande-Bretagne. (Curtis, 1990) Le recensement inclut cependant depuis 1991 une question sur l'ethnicité.

[101] On a vu que les catégories du recensement aux Etats-Unis identifient à la fois ce qui est qualifié d'origine ethnique (hispanique ou latino) et ce qui est qualifié de race (Noir, Blanc, Asiatique, Autochtone). Par exemple, Kington et Smith (1997) distinguent au sein de leur population d'étude trois catégories de race : les « Afro-Américain non hispaniques », les « Hispaniques de toute race » (dont 60% sont Mexicains américains) et les « Blancs ou autres » (dont 97% de « Blancs »). Ou encore, Phillips et al. (2000) comparent les obstacles à l'accès aux soins rencontrés par des « Hispaniques », des « Afro-Américains », des « Américains asiatiques » et des « Blancs non hispaniques ».

Les chercheurs, compte tenu de l'imprécision de ces catégories ethno-raciales, utilisent généralement ces dernières comme *proxies* de risques au niveau de groupes[102]. Mais les biais sont importants puisque de nombreux facteurs de confusion sont distribués différemment dans les groupes ainsi qualifiés. Par exemple le groupe des « Asiatiques » à Londres rassemble des personnes ayant des pratiques culturelles et de santé très diverses : ce sont à la fois des Bangladeshi, en général pauvres, fumeurs et carnivores et des Sikhs du Punjab, plutôt riches, non fumeurs et végétariens.

Or cette imprécision du contenu des catégories ethno-raciales fait courir à certains des groupes ainsi qualifiés, quand sont retrouvés chez eux des taux élevés de maladie, le risque d'être suspectés de « mauvaises » pratiques de santé. A cette stigmatisation peut s'ajouter la réification des groupes, quand les catégories ethno-raciales sont utilisées pour prédire l'état de santé des individus, sans prise en compte des déterminants sociaux qui agissent comme facteurs de confusion entre ces catégories et les indicateurs de santé.

La caractérisation de populations d'étude par leur race ou leur ethnicité, comme s'il s'agissait de traits biologiques ou comportementaux individuels, peut également empêcher la mise en évidence du mode d'action (*the causal pathway*) du processus morbide, c'est-à-dire les processus sociaux véritablement à l'œuvre dans les disparités observées entre les groupes ainsi catégorisés. Les variables d'origine ne sont en effet que des « médiatrices » du risque, exprimant avant tout un processus de relation sociale (en l'occurrence, le racisme, au sens large du terme) qui n'est pas mesurable au niveau individuel. C'est pourquoi il semble plus opportun de s'intéresser aux processus sociaux (le racisme, les mécanismes producteurs d'inégalité économique, l'asymétrie de pouvoir, etc.) plutôt qu'à ces variables individuelles.

Notons que cette remarque est aussi valable pour les variables socio-économiques, quand leur rôle est étudié dans la production d'inégalités sociales de santé. Le constat selon lequel

[102] La notion de « proxy » (terme nord-américain) est difficilement traduisible en Français. On peut donner un exemple de l'utilisation de la notion de « race » comme d'un « proxy », c'est à dire lorsqu'elle est mobilisée non pas parce que lui est donné un contenu objectif, réifié, mais parce qu'elle est perçue comme une façon « commode » de rassembler divers critères sociaux (emploi, revenus, nombre d'enfants, etc.).
Si aux Etats-Unis un chauffeur se fait héler simultanément par deux hommes, chacun d'un côté de la route, l'un noir, l'autre blanc, il prend beaucoup plus souvent le blanc, et ce même si le chauffeur est lui-même noir : on ne peut donc pas l'accuser de racisme. La raison en est qu'il associe à la couleur de peau noire des conditions socio-économiques difficiles, d'où un comportement plus souvent violent : il estime donc avoir plus de risques de se faire agresser par un client noir. Mais s'il s'agit de deux femmes, l'une noire, l'autre blanche, le chauffeur prendra beaucoup plus souvent la seconde. Pourtant, les femmes sont très rarement violentes et elles payent leurs trajets. Mais le chauffeur sait que la femme noire l'emmènera probablement dans un quartier noir, donc plus pauvre, où il aura plus de risque de se faire agresser, de devoir prendre, pour la course de retour, un homme noir, donc probablement plus violent qu'un blanc, etc. Au total, la race sert ici, pour le chauffeur, de proxy : il ne lui accorde pas un contenu biologique, mais il l'associe à un ensemble de conditions socio-économiques pour en faire finalement un critère opératoire dans les processus discriminatoires directs et indirects.

l'ajustement sur les facteurs de risque « classiques » d'inégalités sociales de santé ne modifie qu'à peine les différences sociales de santé s'applique en effet aux groupes caractérisés aussi bien par une variable socio-économique que par une variable d'origine. Par exemple, les comportements à risque comme le tabagisme sont souvent plus fréquents en bas de la hiérarchie sociale qu'en haut, et la mortalité y est supérieure. Mais celle-ci reste plus élevée dans ces classes socio-économiques défavorisées même après ajustement sur ces comportements à risque. Or on peut faire la même remarque à propos de la race. Par exemple, Kington et Smith (1997) observent une répartition différente des facteurs de risque pour certaines maladies entre leurs différentes catégories raciales. Mais l'ajustement sur ces facteurs de risque ne fait pas disparaître les écarts de prévalence entre ces catégories raciales.
Il faut donc différencier les facteurs expliquant la survenue de cas individuels d'une part, des facteurs expliquant la distribution des cas dans les populations d'autre part. Les facteurs de risque classiquement établis au niveau individuel expliquent, au sens statistique du terme, beaucoup la santé des individus mais peu celle des populations. Les inégalités sociales de santé sont donc moins expliquées par la distribution inéquitable des facteurs de risque individuels au sein des groupes raciaux et socio-économiques que par les déterminants sociaux de la santé. Par exemple, les caractéristiques de la zone géographique de résidence (chômage, transports, habitat, etc.) ne font pas que refléter des caractéristiques individuelles, elles ont un impact propre sur la santé. L'association de la variable « statut socio-économique » ou « race » à des indicateurs de santé exprime, plus que l'effet d'une position individuelle prise comme une mesure abstraite, le rôle de la hiérarchisation sociale elle-même (de la position d'une personne relativement aux autres).

2.4.3 Les discriminations selon l'origine en santé

Alors qu'elles y sont plus importantes, les inégalités sociales de santé constituent un thème de recherche moins développé en France que dans d'autres pays industrialisés, en particulier anglo-saxons et scandinaves. Ces recherches étudient généralement le rôle des catégories professionnelles, des revenus, des niveaux d'éducation, des catégories d'action publique[103] ou

[103] Ce sont les catégories définies par la puissance publique et les dispositifs assistanciels et légaux, telles que les mineurs, les personnes âgées, les retraités, les allocataires du RMI, les bénéficiaires de la CMU, les handicapés (percevant l'AAH (allocation adulte handicapé)), etc. (Haut Comité de la santé publique, 2002)

encore de variables géographiques. Celles s'intéressant aux disparités selon le sexe sont plus récentes, il a fallu pour les mettre en œuvre s'émanciper des interprétations strictement socio-économiques, c'est-à-dire envisager que les disparités de genre ne se réduisent pas à des disparités socio-économiques. (Simon, 2002) Celles prenant en compte des variables d'origine (nationalité, lieu de naissance) sont encore plus rares, surtout si elles portent explicitement sur les discriminations selon l'origine. Remarquons d'ailleurs que dans les pays anglo-saxons, si les études en santé comparant des populations racialement ou ethniquement définies sont nombreuses, comme on l'a dit plus haut, beaucoup plus rares et pour la plupart très récentes sont les études portant précisément sur les effets qu'ont sur la santé les discriminations selon l'origine, même si l'existence de ces dernières est connue depuis longtemps (elles ont été évoquées par exemple dès les années 1850 aux Etats-Unis à propos des écarts de santé entre Noirs ou Indiens et Blancs). (Krieger, 2003)

2.4.3.1 Les données suggérant l'existence d'inégalités sociales de santé selon l'origine

Deux constats justifient pourtant de l'intérêt de mettre en œuvre des recherches portant sur cette question.

D'abord, on l'a dit, des discriminations sur l'origine ont été mises en évidence dans d'autres domaines que celui de la santé, tels que le travail et l'emploi, le logement ou l'enseignement. Ces travaux invitent à poser la question de l'existence de ces discriminations dans le domaine de la santé.

Ensuite, des données quantitatives existent, mettant en évidence des disparités de santé entre des groupes différenciés par des critères *susceptibles* de servir de support à la discrimination sur l'origine (catégories ethno-raciales, nationalité, pays de naissance, religion, etc.).
En France, on a dit que les données publiées en la matière concernent surtout les étrangers et dans une moindre mesure les immigrés. Ces données de santé sont disparates, parfois contradictoires. Elles sont en outre rares et incomplètes. On peut en effet s'interroger sur leur représentativité : l'immigration illégale est pour partie invisible, les retours au pays d'étrangers en situation régulière sont mal comptabilisés, les familles ne savent pas toujours si leurs enfants nés en France sont français ou non (et donc ne savent pas déclarer leur nationalité) et les enquêtes officielles couvrent très mal voire excluent la population étrangère

vivant en foyers et en baraquements de chantier, or ces populations sont celles dont l'état de santé est le plus à risque d'être dégradé. Enfin, l'ancienneté de résidence en France, généralement considérée comme un facteur déterminant l'état de santé, n'est pas recueillie en routine[104].

Ces données suggèrent cependant l'existence de certaines inégalités d'état de santé par rapport aux Français et aux personnes nées en France.

Par exemple, en 1990, les décès d'étrangers représentent 4% des décès survenus en France alors que la part des étrangers dans la population est de 6,4%. Mais cette sous mortalité générale ne concerne que certaines nationalités (les Maghrébins par exemple) et pas d'autres (les Espagnols, Italiens et Portugais). Surtout, il n'y a sous-mortalité qu'à partir de 35 ans pour les femmes et de 45 ans pour les hommes. Deux raisons sont données à la sur mortalité des étrangers avant ces âges : le taux élevé de décès par accidents chez les hommes plus jeunes ; le fait que la sélection des candidats à l'immigration a surtout joué pour les étrangers les plus âgés aujourd'hui, lesquels en outre peuvent retourner au pays en cas de mauvaise santé. (Insee, 1994) La mortalité infantile est en outre supérieure, attribuée pour partie à une moindre surveillance prénatale.

Au-delà d'une globale sous-morbidité (mise sur le compte de la sélection à l'immigration et du retour au pays des migrants âgés), certaines maladies (tuberculose, infection par le VIH, grossesses pathologiques, carie dentaire, saturnisme infantile, maladies professionnelles) et les accidents du travail sont plus fréquents chez les étrangers, en rapport avec des conditions de vie plus défavorables.

Enfin, les étrangers sont sur représentés parmi les patients des centres de soins gratuits, or ces patients ont plus souvent un état sanitaire dégradé.

[104] Un exemple souvent cité pour illustrer le moindre accès des étrangers aux soins, y compris à la prévention, est celui du SIDA (la nationalité figure sur les fiches de déclaration obligatoire du SIDA). Les statistiques de l'Institut de veille sanitaire (Lot et al, 2004 ; Savignoni et al, 1999) démontrent par exemple la proportion croissante d'étrangers, depuis le milieu des années 90, parmi l'ensemble des nouveaux cas recensés chaque année. Les étrangers sont par ailleurs caractérisés par un recours tardif au dépistage et aux traitements antirétroviraux.

Il nous semble cependant qu'en l'absence de données sur l'ancienneté du séjour en France des étrangers, et étant donné que la prévalence du SIDA est plus élevée dans les pays dont sont ressortissants les étrangers qui, en France, sont plus souvent malades (Afrique sub saharienne en particulier), il est difficile d'évaluer précisément le défaut de prévention à leur égard (puisqu'on ne connaît pas la proportion de ces étrangers qui arrivent en France déjà malades) ni leur retard aux soins (évalué par rapport au stade de la maladie) quand on ne sait pas à quel stade sont arrivés en France ceux des étrangers qui étaient alors déjà contaminés.

Dans le domaine de l'accès aux soins, les étrangers sont caractérisés par une moindre consommation médicale. En 1996, les étrangers ont une consommation médicale inférieure de 29% à celle des Français (20% après redressement par âge et sexe). Cette moindre consommation médicale résulte d'une dépense de soins de ville particulièrement basse, inférieure de 42% à celle des Français (36% après redressement par âge et sexe), en particulier pour les spécialistes, d'une consommation d'hospitalisation à peu près de même niveau (Mizrahi et al., 2000) et d'un moindre recours aux mesures de prévention. Des données récentes attestent également d'une moindre consommation médicale des immigrés. (Insee, 2005) Enfin les étrangers sont surreprésentés dans les consultations humanitaires, par difficultés d'accès aux soins dans le droit commun. Un premier élément d'explication (mais qui reste lui-même à expliquer) pour cette consommation moindre et cet accès tardif est leur moindre couverture contre le risque maladie. Par exemple, en 1998, les étrangers étaient 42% à ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire, contre 15% des Français (Mizrahi et al., 2000) (38% des immigrés contre 13% des non immigrés (Insee, 2005)).

2.4.3.2 Diverses interprétations données à ces inégalités sociales de santé selon l'origine

4 types d'explications sont avancés, outre les raisons démographiques présentées ci-dessus.

1. On a d'abord démontré la surreprésentation des étrangers et des immigrés dans les populations caractérisées par des facteurs socioéconomiques « classiques » d'inégalités sociales d'état de santé ou d'accès aux soins, tels que le chômage, la pauvreté, la faible qualification, les logements insalubres et exigus, ou encore les postes de travail dangereux.

Ce constat a cependant vu sa valeur explicative amoindrie lorsque a été mise en évidence la persistance d'une large part des inégalités après ajustement sur ces facteurs socio-économiques[105] (c'est par exemple le cas de l'écart entre immigrés et non immigrés, à sexe, âge et revenus comparables, pour le port de lunettes (Insee, 2005)).

[105] Le cas de la mortalité infantile est particulièrement explicite. C'est l'un des rares indicateurs qui ait connu une diminution, ces dernières années, des inégalités entre classes sociales. Les différences sociales de la mortalité infantile s'observent ainsi désormais moins entre classes sociales qu'entre nationalités (française/étrangère) des parents. (Dinh, 1998)

2. Certaines études ont par ailleurs tenté de repérer les déterminants des inégalités qui affectent étrangers et immigrés parmi des caractéristiques prétendument « objectives » propres à ces derniers. On peut distinguer 3 types de ces caractéristiques.

C'est d'abord la migration. La « santé des migrants » est déclinée, classiquement, en pathologies d'importation (que le migrant emporte avec lui en entrant en France : infectieuses, hémoglobinopathies, etc.), pathologies d'acquisition (liées aux nouvelles conditions de vie : infectieuses, digestives, cardio-vasculaires, professionnelles et accidents du travail, saturnisme infantile, etc.) et pathologies d'adaptation (troubles psychiques liés à la difficulté de s'intégrer dans une société étrangère, etc.) (cf. par exemple Blisko, 1994).

Des prédispositions génétiques ont également été pointées, c'est ce à quoi on a déjà fait référence avec l'expression de « déterminisme biologique ». Certaines pathologies ont ainsi une base génétique attestée, comme la drépanocytose. Pour d'autres, l'existence d'un facteur génétique est suspectée lorsque le facteur social ne semble pas pouvoir expliquer à lui seul les disparités observées. Par exemple Col (1989) s'interroge sur l'influence respective des « facteurs d'environnement »[106] (carences nutritionnelles, port de charges lourdes) et de « la race » sur les particularités de la forme du pelvis des femmes d'Afrique noire (ce bassin, rétréci, serait responsable d'une dynamique spécifique du travail, trop souvent interprétée à tort par les obstétriciens français comme une indication de césarienne), ou compare le poids des nouveaux-nés de « race caucasienne » à celui des « enfants noirs », en questionnant les parts respectives du « facteur racial » et de l'environnement à l'origine du plus petit poids des seconds.

Plus fréquentes sont les études attribuant à la « culture » des étrangers et des migrants la fréquence ou la spécificité de certaines pathologies (cf. par exemple, Wanner et al., 1995), notamment psychiatriques ou en rapport avec la maternité et la périnatalité[107]. Par exemple, un taux élevé de complications obstétricales peut être attribué au mauvais suivi des grossesses (chez la seconde épouse africaine d'un homme polygame, donc dépourvue de droits sociaux) ou à l'absence de repos prénatal (chez la femme antillaise qui vit seule sa grossesse : c'est la « culture matrifocale ») (Hureaux-Rendu et al., 1984) ; la plus grande fréquence des épisiotomies et déchirures périnéales à l'accouchement représente le « coût obstétrical de

[106] Les guillemets encadrent les expressions de l'auteur.

[107] On peut faire un parallèle avec des raisonnements tenus à propos des inégalités sociales de santé selon les classes sociales. Luc Boltanski, en 1971, avait déjà émis l'hypothèse que des inégalités sociales de mortalité pouvaient refléter des pratiques corporelles socialement différenciées, notamment dans la réponse aux symptômes et le recours aux soins (les usages sociaux du corps).

l'excision rituelle » (Col, 1989). Des caractéristiques culturelles sont également censées expliquer certaines attitudes face à l'offre de soins, telles que le refus des césariennes (attribué à diverses dimensions de la « culture africaine » : fatalisme religieux, deuil facile de l'enfant, statut social de la femme rapporté au nombre de ses maternités, etc.), des réticences aux prescriptions (habitudes diététiques et traitement de l'obésité, interruption des prises alimentaires en journée chez des diabétiques en période de ramadan), etc. (Debroise, 1992)

Le risque, dans ces trois approches « objectivantes », est d'isoler un secteur de la médecine spécifique aux étrangers et/ou aux migrants, de les isoler comme un groupe à risque de santé et de les enfermer dans leurs prétendues particularités, en « naturalisant » ou en « culturalisant » ces dites différences. On a déjà évoqué plus haut la naturalisation, qui inscrit la différence dans une vérité biologique ultime des êtres (gênes déterminant le risque de maladie, le coefficient intellectuel, etc.). On a également évoqué la culturalisation, à propos de la surdétermination par la variable culturelle de l'interprétation des données cliniques, quand la culture est essentialisée (figée, non évolutive), devient une réalité en soi, indépendante des autres réalités sociales et susceptible d'être décrite séparément d'elles.

Au total, la naturalisation comme la culturalisation participent d'une double occultation : celle de l'inégalité (occulte les déterminations socio-économiques, ethniques, sexuelles) et celle de l'universalité des conditions (prive les dominés de leur droit à un universel au prétexte de leur différence et place la responsabilité du côté des victimes et non du système inégalitaire). (Fassin, 1999, 2000)

3. Plutôt que d'interpréter les caractéristiques sanitaires des étrangers et des immigrés par des données socio-économiques affectant tout un chacun quelle que soit son origine, ou bien par des données qui leur seraient « propres », une troisième approche consiste à examiner l'impact sanitaire des politiques d'immigration. (cf. par exemple, Roy, 1986)

Depuis l'arrêt officiel de l'immigration de travail et avec le regroupement familial, la population immigrée vieillit et se féminise (on comptabilise donc plus de grossesses), son installation en France est moins récente (les taux de maladies infectieuses et parasitaires tropicales diminuent), les conditions de vie difficiles ont des répercussions sanitaires (tuberculose, troubles digestifs), de même que celles de travail (accidents de travail, dermatoses professionnelles). Naît une deuxième génération en butte aux difficultés de l'intégration (toxicomanie, etc.). Au total, l'arrêt de l'immigration de travail a donc provoqué une sorte de transition épidémiologique permettant aux migrants de commencer à se fondre

dans le paysage épidémiologique français. Mais simultanément, le durcissement des politiques de fermeture des frontières se traduit par une augmentation du nombre d'étrangers en situation irrégulière, lesquels ont des conditions de vie pénibles (pas d'accès au travail déclaré, stress permanent lié au risque d'arrestation, etc.) et un suivi médical difficile, d'où la réapparition de pathologies très évoluées. Les politiques d'immigration toujours plus répressives, au-delà de leurs conséquences strictement matérielles, privent les étrangers de leur « citoyenneté juridique », d'une existence légale et sociale et engendrent un sentiment d'inexistence au monde, vidant l'existence de son sens, à l'origine d'une souffrance indicible dont les répercussions somatiques et psychologiques sont multiples. (Fassin, 1997)

4. Enfin, quatrième approche, certaines études se sont penchées sur les représentations que nourrissent les acteurs sociaux de la société d'accueil à l'égard des étrangers et des immigrés, testant l'hypothèse selon laquelle ces représentations seraient à l'origine de processus inégalitaires spécifiques.

Des discriminations sur l'origine interviendraient ainsi dans les écarts d'états de santé et d'accès aux soins en surexposant les étrangers et les immigrés aux facteurs de risque socio-économiques « classiques » d'inégalités sociales de santé (chômage, défaut de qualification, etc.), ce dont rendaient compte les premières études citées[108] : ils seraient victimes de ces discriminations lors de leur accès à l'emploi, au logement ou à l'éducation par exemple, ces discriminations se renforçant mutuellement (par exemple, la ségrégation urbaine dans des quartiers défavorisés limite les chances de suivre une formation qualifiante) agissant ensuite indirectement au niveau de la santé (par exemple la surreprésentation des étrangers africains dans les logements insalubres en fait une population exposée au saturnisme infantile (Naudé, 2000) … voire aux décès par incendies (Diani et al., 2005, en référence aux incendies parisiens en 2005)). Aux Etats-Unis, la surexposition de certains groupes ethno-raciaux à des conditions dangereuses pour la santé, qu'elles relèvent par exemple du travail (atteintes respiratoires des Amérindiens travaillant dans des mines) ou de l'habitat (saturnisme chez les enfants afro-américains) relève de ce qui est qualifié d'*environmental racism*, et suscite des mouvements sociaux de protestation. (Northridge et al., 1997)

Etrangers et immigrés seraient en outre victimes de discriminations directes lors de leur accès aux soins, mais ces discriminations dans l'accès aux soins ne sont probablement responsables

[108] On peut aussi se demander à l'inverse si les différences de mortalité observées entre classes socio-économiques ne sont pas liées pour partie à la plus grande proportion de personnes issues de l'immigration dans les moins favorisées. (Fassin, 1999)

que pour une faible part des inégalités de l'état de santé constatées en défaveur des étrangers et des immigrés. (Fassin, 1998 ; Guralnik ; Leveille, 1997) La part relativement peu importante des inégalités d'accès aux soins dans la genèse des inégalités d'état de santé est en effet régulièrement démontrée, on va y revenir.

Ces différentes approches ne sont pas « étanches » les unes aux autres : le constat de la sur exposition des étrangers aux facteurs socio-économiques fait dans la première approche est repris et interprété par la quatrième (surexposition mise en rapport avec des discriminations) ; les représentations des acteurs dominants (qui sous-tendent les processus discriminatoires analysés dans la quatrième approche) sont intimement liées aux politiques d'immigration qui font l'objet de la troisième ; les « facteurs spécifiques » étudiés dans la deuxième peuvent étayer certaines représentations analysées dans la quatrième (*a priori* péjoratifs à l'égard de modes de vie différents), etc.
Ce travail de thèse entend cependant suivre préférentiellement la dernière orientation méthodologique, c'est à dire étudier les conséquences qu'a sur l'accès aux soins ce processus de caractérisation de l'étranger ou de l'immigré par les acteurs de la société d'accueil, plutôt par exemple que raisonner à partir de caractéristiques préalablement définies et qui leur seraient propres. La question est donc de savoir comment procèdent ces discriminations sur l'origine, si les étrangers et les immigrés en sont les seules victimes, s'ils sont tous exposés aux même risques de discriminations (selon leur nationalité, leur statut au regard du droit au séjour, etc.) et si leurs descendants, français, peuvent l'être également.

Enfin, on peut relever d'ores et déjà la prégnance du facteur « précarité » au sein de l'ensemble de ces approches : sur représentation des étrangers et des immigrés dans la population exposée à la précarité associée à des inégalités sociales de santé (première approche), action synergique des facteurs précarité et des facteurs dits « propres » aux étrangers et immigrés pour engendrer des inégalités de santé (mère célibataires et « matrifocalité », etc.), précarité induite par les politiques d'immigration, et enfin renforcement des discriminations socio-économiques par celles liées à l'origine[109].

[109] L'analyse de nos données de terrain sera l'occasion de revenir plus en détails sur ces croisements entre discriminations selon l'origine et discrimination socio-économique, dans la production d'inégalités sociales en santé. L'intrication des relations et des inégalités de classe et d'origine a été d'ailleurs soulignée dans la littérature, à propos des immigrés mais aussi des minorités. Cooper (2001) donne l'exemple de la mortalité cardio-vasculaire aux Etats-Unis. Elle est d'autant plus élevée que la ville de résidence est de grande taille et que les inégalités de revenus y sont importantes. On peut voir là l'impact de facteurs socio-économiques sur les taux

Cette précarité plus importante des étrangers et des immigrés peut être expliquée par d'une part des processus communs à l'ensemble de la population (faible qualification, etc.) et d'autre part des mécanismes qui leur sont spécifiques : liés à leur situation d'exilés (l'envoi d'une partie des revenus au pays d'origine par exemple) et à leur situation « d'allochtones » au sein de la société d'accueil : discriminations dans l'accès aux ressources, légales (les sans papiers et les demandeurs d'asile n'ont pas droit au travail et ne peuvent pas prétendre à la plupart des prestations sociales ; un tiers des emplois sont fermés aux étrangers extra-communautaires, etc.) ou non. Ces dernières sont susceptibles d'affecter également des Français présumés d'origine étrangère pour leur apparence ou leur patronyme (racisme à l'embauche, etc.).

Ensuite, ces difficultés socio-économiques peuvent voir leurs conséquence sanitaires exacerbées par des situations elles aussi plus fréquentes chez les étrangers. L'isolement social lié à l'exil verra par exemple ses conséquences sanitaires démultipliées en cas de précarité (hébergements précaires, prostitution, etc.).

2.4.4 Les inégalités sociales dans l'accès aux soins

L'étude des inégalités sociales de santé peut porter sur les écarts dans la survenue des problèmes de santé, dans leur prise en charge (sanitaire et sociale) ou encore dans leurs conséquences (médicales, sociales et économiques). Le deuxième de ces trois points nous semble soulever en matière de discriminations selon l'origine un intérêt tout particulier.

2.4.4.1 Relativiser l'importance de l'accès aux soins sur les inégalités sociales de l'état de santé

C'est en effet sur ce deuxième point au détriment notamment du premier, que porte plus volontiers le débat public français sur les inégalités sociales de santé. Outre qu'elle exprime une préoccupation depuis les années 70 pour la maîtrise des dépenses de santé (Aïach et al., 1987), la focalisation sur les différences de consommation médicale parmi différents groupes

---

de mortalité cardio-vasculaire. Mais il ne faut pas oublier que des critères d'origine interviennent aux Etats-Unis dans la ségrégation résidentielle et donc indirectement sur ces variations de risque de mortalité cardiovasculaire.

sociaux traduit l'idée plus ancienne que la santé dépend surtout des soins médicaux, et par conséquent que les inégalités d'état de santé pourraient être réduites par une action sur les inégalités d'accès aux soins.

Cette confiance envers les soins médicaux a présidé à l'instauration au début du 20ème siècle des premiers dispositifs de protection sociale, sous l'impulsion de deux mouvements. C'est d'abord celui des hygiénistes du 19ème siècle, qui révèlent l'existence d'inégalités sociales de santé et demandent que l'Etat intervienne sur ces fléaux sociaux que sont la maladie ou la vieillesse. Ce sont ensuite les progrès de la médecine scientifique au début du 20ème siècle, qui laissent penser que la médecine peut apporter des réponses à tout problème de santé ou presque. Or ces progrès s'accompagnent d'un accroissement considérable du coût des services médicaux, amenant l'Etat, dont l'action était jusque-là cantonnée au domaine de l'hygiène publique, à intervenir dans l'organisation des soins pour en assurer l'accès à tous[110]. L'instauration de la Sécurité sociale en 1945 affiche ainsi comme objectifs, via l'accès généralisé aux soins, non seulement l'amélioration générale de la santé de la population mais aussi la disparition des inégalités de santé. (Contandriopoulos et al., 2000 ; Druhle, 2000) Les trente premières années de la Sécurité sociale seront celles du « triomphalisme médical » (Béraud, 2000) - développement des connaissances scientifiques et des progrès thérapeutiques, complexification de la technologie, multiplication des structures d'hospitalisation et des emplois dans les professions de la santé – tandis qu'est étendue la couverture médicale de la population.

Mais depuis les années 70 et alors que la prospérité économique de l'après-guerre a cédé le pas à la crise, la croissance des dépenses de santé engendrées par les progrès médicaux et la solvabilisation des moins nantis « pose problème »[111].

[110] Cf. notamment les travaux de Foucault (1976, « Histoire de la sexualité, La volonté de savoir », Paris : Gallimard) sur la légitimité que trouve l'Etat moderne du XXème siècle, non plus dans le pouvoir de vie et de mort sur ses sujets, mais dans sa capacité à protéger et promouvoir la vie, ainsi que ceux d'Ewald, selon lequel l'Etat moderne doit garantir le droit à une vie en bonne santé : « c'est la tâche de la société que de s'instituer comme remède au mal qui menace naturellement la vie. » (« le bio-pouvoir », Magazine littéraire, 1985, n°218, pp. 42-43).

[111] Ces deux phases successives sont communes à la plupart des pays industrialisés hors du bloc socialiste. La première est celle de la croissance des dépenses de santé, la prospérité économique des années 1950-1974 autorisant le développement de l'offre de soins et des taux de couverture médicale dans un contexte de confiance dans le système de soins pour améliorer l'état de santé. La seconde est celle de la crise économique et de la tentative de rationaliser les coûts des soins, quand à la recherche de l'équité (expansion de l'appareil de soins) s'ajoute celle de l'efficience (en faire plus pour un même volume de ressources). (Poullier, 2000 ; Marmor et al., 1996)

Certes, depuis la mise en place de la Sécurité sociale, la fréquence du recours aux soins a considérablement augmenté dans toutes les classes sociales et les inégalités sociales d'accès aux soins ont diminué. Une comparaison internationale montre d'ailleurs que les inégalités d'accès aux soins sont les plus grandes dans les pays où le système d'assurance est privé (USA, Australie, Nouvelle Zélande). (Paterson et al., 2002)

Aussi, en France comme dans les autres pays à couverture universelle (ou prétendant l'être), les inégalités qui persistent sont surtout d'ordre qualitatif : à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale, la consommation augmente pour les soins hospitaliers et de médecine générale et diminue pour la médecine de spécialité et la chirurgie dentaire ; il y a en outre moins de soins préventifs et le recours aux soins est plus tardif dans l'évolution de la morbidité.

On peut citer ici quelques explications données à ces inégalités d'accès aux soins.

Il y a bien sûr les obstacles financiers : renoncement aux soins favorisé par l'absence de couverture complémentaire ; inégalités de densité médicale (une faible densité augmente le coût des soins, par le biais d'un coût de transport ou par le biais du coût du temps d'attente par exemple). Des « facteurs socio-culturels » sont également évoqués, tels que la méconnaissance ou l'incompréhension de l'intérêt de l'ouverture des droits à une couverture maladie même gratuite (telle que la CMU), le « seuil » élevé de reconnaissance de la morbidité puis de passage de la morbidité ressentie au recours aux soins. De leur côté, les médecins adapteraient leurs prescriptions en fonction de l'appartenance socio-culturelle qu'ils attribuent à leurs patients. Par exemple, ils évoqueraient moins les questions de prévention avec leurs patients de classes défavorisées et leur prescriraient des médicaments moins chers même s'il y a une prise en charge à 100%. (Daniel et al., 2000) Des disparités dans la durée des consultations et le type de traitement prescrits ont ainsi été mises en évidence entre groupes de patients selon leur classe socio-économique, et, en particulier aux Etats-Unis, selon leur appartenance ethno-raciale[112]. Ces disparités pourraient être liées à un comportement « opportuniste » du professionnel, si le mode de rémunération n'est pas

[112] Aux Etats-Unis, l'analyse du contenu et du ton de la communication, réalisée grâce à un enregistrement audio des consultations, a révélé que si le patient est de la même race que le médecin (et présente les mêmes caractéristiques en terme d'âge, sexe et éducation), la consultation dure plus longtemps (un peu plus de deux minutes de plus), le patient y participe plus et la qualifie par la suite de plus satisfaisante et amicale (Cooper et al., 2003). Les différences raciales entre médecin et patient peuvent ainsi expliquer des taux inférieurs de satisfaction sur la qualité des soins, mais pas cependant les différences d'utilisation des soins observées entre groupe raciaux (Saha et al., 2003).
Les disparités raciales dans les traitements prescrits font aux Etats-Unis l'objet d'une abondante littérature (exemple : Epstein et al. ; 2001).

identique pour toutes les catégories de population ; à « l'ajustement » de l'« effort » du professionnel (de diagnostic ou de prescription) au degré d'exigence de son patient (avec une plus faible pression exercée par les catégories sociales les plus basses) ; à la « distance sociale » entre lui et son patient (d'où des inégalités dans la qualité de communication et de l'information dont dispose le médecin pour soigner), etc. (Couffinhal et al., 2005)

Mais outre la persistance des inégalités qualitatives dans l'accès aux soins, il est surtout apparu que l'amélioration globale de l'accès aux soins n'a pas permis la disparition des inégalités de santé, lesquelles s'accroissent même depuis les années 80. Se multiplient simultanément des études, réalisées dans divers pays occidentaux, dont les résultats confirment la faiblesse du lien entre la réduction des inégalités d'accès aux soins et celle des inégalités dans l'état de santé, qui persistent dans tous ces mêmes pays[113]. Le constat d'une persistance des inégalités de santé dans un contexte d'accroissement des dépenses de santé a été fait par exemple en Grande-Bretagne (malgré l'instauration d'un service national de santé (NHS) après-guerre, cf. le rapport Black sus-cité) et au Canada (malgré l'instauration d'une couverture universelle depuis les années 70, cf. Veugelers et al., 2003).
Au total, si l'existence ou l'absence de soins peuvent être décisives pour la santé des individus, elles ne permettent pas d'expliquer les différences d'état de santé au sein des populations. (Evans et al., 1996)

A partir des années 90, des travaux mettent en évidence l'importance de « l'environnement social » parmi les déterminants de santé, livrant ainsi des éléments d'explication à l'impact limité des politiques d'accès aux soins sur les inégalités sociales d'état de santé. Il apparaît en effet que ces dernières découlent avant tout de la diversité des positions au sein de la structure sociale, ces positions étant associées à des facteurs de risque de maladies spécifiques mais aussi à la résistance non spécifique à l'apparition des maladies, via notamment la réaction biologique au stress. Mais une « position » ne se caractérise pas uniquement par le statut socio-économique. L'importance d'autres variables individuelles a été mise en évidence, telles que l'insertion dans des réseaux sociaux et le support social que les individus peuvent

[113] Ivan Illitch en 1975, dans une critique radicale de la médicalisation, considère même que la médecine occidentale, au lieu de réduire les inégalités sociales de santé, donne à l'homme usé les moyens de « continuer à se faire exploiter ». (« Némésis médicale », Ed Seuil) De façon plus mesurée, certains auteurs suggèrent que la mobilisation d'importantes ressources pour le système de soins peut desservir l'action sur les inégalités sociales de santé, en privant de moyens des actions extérieures au système de soins mais potentiellement favorables à la santé (par exemple en augmentant le montant des prestations sociales, en agissant au niveau de l'environnement, etc.). (Evans et al.)

en attendre, l'estime de soi, le statut marital, le stress au travail, les expériences de la petite enfance et les événements de la vie *in utero*, ou encore l'exposition à des situations d'atteinte à la dignité telles que les discriminations sexuelles (genre, orientations), selon l'origine, la présence d'un handicap ou l'âge (enfants, personnes âgées), autant de facteurs qui joueraient de façon cumulée tout au long de la vie. Des facteurs plus environnementaux ont aussi été repérés, à l'échelle par exemple de la zone de résidence (les revenus moyens, le niveau d'éducation, le taux de violences et de crimes, les équipements collectifs, l'accessibilité aux soins médicaux, etc.) ou de la nation (la richesse nationale, l'inégalité de distribution des revenus, le taux de chômage, etc.). Enfin, la hiérarchie sociale elle-même jouerait un rôle sur la santé. On a déjà évoqué les études dites écologiques qui intègrent les facteurs en cause à ces trois niveaux d'environnement.

Les inégalités sociales d'état de santé résulteraient ainsi d'un ensemble d'inégalités économiques, sociales et culturelles, dont l'effet cumulatif négatif est d'autant plus marqué que la catégorie sociale est défavorisée et vice versa, les groupes sociaux se répartissant de façon assez régulière selon leur position dans la hiérarchie sociale. Ces inégalités économiques, sociales et culturelles seraient elles-mêmes générées par les structures et le mode de fonctionnement économique et social de la société, tels qu'ils caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique. (Aïach et al., 2004 ; Surault, 2004)

Dans ces conditions, quelle marge d'action peut-on reconnaître au système de soins lui-même ? Dans les pays industrialisés, seul environ un cinquième de l'état de santé d'une population dépendrait de son système médical, le reste relevant de facteurs proprement sociaux. Ainsi, à côté des inégalités sociales d'état de santé qui restent hors du champ d'action du système de soins, et de celles qui seraient évitables mais qui sont à respecter car résultant du libre choix des individus, il reste celles que le système de soins peut atténuer. Or les soins, même si le recours est moins fréquent et leur qualité inférieure pour les individus appartenant aux classes les plus défavorisées[114], ont un impact le plus fort quand ils bénéficient à ces derniers (pour les plus favorisés, les soins ont moins d'impact car les individus disposent également de ressources sociales et environnementales).

[114] Et ces classes défavorisées en ont également le plus besoin. La disponibilité des soins varie en fait en sens inverse aux besoins des populations, c'est l'« inverse care law » (Tudor Hart, 1971).

Mais le système de soins peut ne pas jouer son rôle d'atténuation, il peut même aggraver les inégalités de santé, c'est-à-dire que des différences d'accès aux soins effectifs peuvent renforcer des inégalités d'état de santé existantes. Quand le système de santé n'a pas pu éviter, en raison de ses dysfonctionnements, les conséquences qu'ont sur la santé les inégalités sociales générées en amont de son intervention, qu'il n'a pas pu « limiter les dégâts », on parle de « achievable benefits not achieved ». (Lombrail, 2000) Par exemple, en France, la mortalité par SIDA est la plus élevée dans les CSP basses[115], or les écarts de mortalité se sont accrus depuis la mise sur le marché de traitements efficaces, parce que l'accès aux traitements et l'observance sont moindres dans les CSP basses. De la même façon, les écarts de mortalité par insuffisance coronarienne, en défaveur des CSP basses pour lesquelles l'incidence est la plus élevée, sont encore accrus en raison d'un accès plus tardif aux traitements dans ces CSP.
Enfin, même si la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins ne fera pas disparaître les inégalités sociales d'état de santé, elle n'en reste pas moins un objectif à poursuivre au nom de l'égalité des moyens ainsi que de la satisfaction des droits sociaux et de la dignité des personnes (Fassin, 2002), l'exclusion de fait d'un système de soins performant, dans un pays riche, démocratique et médicalisé constituant un « «paradoxe scandaleux » (Joint-Lambert, 2001) [116].

Au total, les politiques à mettre en oeuvre pour réduire ces inégalités de santé devraient donc s'attacher à améliorer l'accès aux soins médicaux des plus pauvres mais surtout à réduire les inégalités économiques et sociales, en amont du système sanitaire, dans tous les domaines (revenus, conditions de travail, éducation, conditions de vie dans l'enfance, logement), en coordonnant les actions des différents ministères et services publics. (Fassin et al., 2000) Dans les deux cas il s'agit de solidarité, mais les premières relèvent de logiques assistancielles et les secondes de « justice sociale ». (De Koninck et al., 2004) L'assurance maladie supporte ainsi une partie des conséquences des inégalités sociales d'état de santé sans véritablement lutter contre elles. (Murard, 2001) Plus exactement, elle n'est qu'une parmi l'ensemble de mesures prises par l'Etat-Providence pour réduire les disparités de santé, via la redistribution des ressources et la réduction de la pauvreté.

[115] après l'avoir été, au début de l'épidémie, dans les CSP élevées.

[116] L'OMS en 1991 qualifie « l'accès insuffisant aux services de santé essentiels et autres services publics fondamentaux » - l'un des sept grands facteurs à l'origine des inégalités de santé - d'évitable et d'injuste. (Chambaretaud, 2000)

Enfin, pour réduire celles des inégalités sociales d'état de santé qui résultent plus précisément de discriminations selon l'origine, il faudrait donc lutter contre les discriminations opérées dans l'accès à l'éducation, l'emploi, le logement, etc., plus que dans celles opérées lors de l'accès aux soins.

2.4.4.2 Un champ d'action publique qui reste pourtant prioritaire

Si donc l'offre de soins et son accessibilité peuvent être décisives pour la santé des individus, elles expliquent les différences d'état de santé des populations, c'est à dire les inégalités sociales d'état de santé, bien moins que ne le font les conditions de vie et la structure sociale[117]. Pourtant, et alors que les inégalités sociales de santé entre classes sociales y sont particulièrement marquées (en terme de mortalité, de morbidité et de survie[118]), les mesures politiques envisagées depuis ces vingt dernières années en France pour réduire les inégalités de santé portent moins sur ces facteurs sociaux que sur l'accès aux services de santé[119]. Ce sont plus des politiques de promotion de l'accès aux soins que des politiques de promotion de la santé. Cet objectif est en outre resserré sur les soins curatifs plus que sur les comportements individuels dits à risque pour la santé. Surtout, il s'adresse quasi exclusivement aux populations en situation de précarité, comme s'il s'agissait moins de réduire les inégalités sociales de santé que de lutter contre les freins qu'oppose la pauvreté à l'accès aux soins, dans le cadre plus général de la lutte contre les exclusions. Au total, les inégalités sociales de santé sont envisagées d'abord comme un problème d'accès aux soins lié à la précarité.

Ainsi, l'un des quatre objectifs fixés par le Haut Comité à la santé publique en 1994 était la réduction des inégalités sociales de santé. Pour l'atteindre, deux objectifs intermédiaires

[117]On a dit qu'il en est de même des facteurs de risque classiquement établis au niveau individuel, qu'ils soient socio-économiques ou relatifs à l'origine, qui expliquent, au sens statistique du terme, beaucoup la santé des individus mais peu celle des populations.

.

[118] La France, classée première par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour la performance globale de son système de soins, se situe en dernière position, au sein des pays d'Europe de l'Ouest, pour l'importance des inégalités sociales des hommes devant la mort. Sur la période 1982-1996, un cadre de 35 ans a par exemple encore en moyenne 44,5 ans à vivre, contre seulement 38 ans pour un ouvrier. (Mesrine, 1999) Pendant les années 80, chez les hommes âgés de 45 à 59 ans, le taux de mortalité des ouvriers peu ou pas qualifiés est 2,5 fois supérieur à celui des cadres, patrons et professions libérales. (Kunst, 2000)

[119] Les inégalités socio-économiques auraient d'ailleurs atteint en France en 2004 leur plus haut niveau depuis 20 ans (selon l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale).

étaient définis : assurer des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire et favoriser leur réinsertion sociale d'une part, améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées d'autre part[120]. En 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions pose la question du droit à la santé essentiellement sous l'angle de l'accès aux soins ; elle prévoit des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) et l'instauration d'une couverture maladie universelle en 1999[121]. La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique fait apparaître pour la première fois la réduction des inégalités de santé comme objectif politique en tant que tel, mais les actions préconisées ciblent, pour les plus explicites d'entre elles, là encore l'accès aux soins des plus précaires (les autres sont destinées à augmenter leur espérance de vie). Les politiques censées lutter contre les inégalités sociales de santé s'attachent donc d'abord, de façon générale, à permettre aux plus précaires d'accéder aux soins.

Or le dispositif CMU offre un bon exemple de cette difficulté à apprécier les effets, sur les inégalités sociales de santé, des politiques de réduction des inégalités d'accès aux soins. Ainsi, les bénéficiaires de la CMU complémentaire déclarent avoir réduit le nombre de renoncements aux soins pour raisons financières, par rapport à « l'avant-CMU », quand ils n'avaient pas de couverture complémentaire[122]. Aujourd'hui, à état de santé comparable, leur consommation moyenne est peu différente de celle de l'ensemble de la population couverte par une complémentaire, même s'il y a encore quelques différences de structure des soins. (Grignon et al., 2003) Mais on ne dispose pas de données sur l'évolution de leur état de santé, on ne sait donc pas si la réduction des inégalités sociales de consommation de soins a été

[120] Le Haut Comité de la Santé Publique dans son rapport « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » en 1998 remarque cependant le rôle limité de l'accès aux soins et si en 2002, il souligne encore la nécessité d'intégrer les questions de précarité et d'exclusion à celle des inégalités de santé, c'est sans réduire entièrement les secondes aux premières.

[121] La loi CMU constitue le « volet santé » de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions dont l'article 67 précise que « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. » Elle a été votée pour mettre un terme à « l'inadmissible injustice de l'inégalité devant la prévention et les soins, le niveau de revenu ne devant plus introduire de discrimination dans le domaine de la santé » (in « projet de loi relatif à la couverture maladie universelle », Joan, *Doc. Parl.*, n° 1419, p. 4).

[122] La loi CMU a ainsi permis de réduire fortement les différences sociales de consommation de soins et de limiter les renoncements aux soins pour raisons financières. En 2000, parmi les bénéficiaires de la CMU complémentaire, ceux qui auparavant bénéficiaient de l'aide médicale totale n'ont que faiblement modifié leurs comportements, alors que les nouveaux entrants dans le dispositif (qui jusqu'alors n'avaient pas de couverture complémentaire) ont significativement augmenté leur consommation de médicaments et leur recours aux spécialistes. (Grignon et al., 2003)

efficace sur les inégalités sociales de santé. Le seul élément notable est que, fin 2000, ils déclaraient, plus fréquemment que les non bénéficiaires, que leur état de santé s'était amélioré au cours de l'année, toute chose égale par ailleurs. (Jusot et al., 2005)

Or non seulement les inégalités sociales de santé ne peuvent donc pas être intégralement expliquées par des difficultés d'accès aux soins, mais en plus elles ne sont pas uniquement liées à la précarité, ne se limitant pas en une opposition pauvres-non pauvres ou manuels-non manuels. Elles se développent en effet selon un gradient social de santé, le risque de décès se réduisant tout au long de la hiérarchie sociale. C'est ce que suggérait déjà la « Whitehall Study » dans les années 1970-80, avec le suivi pendant près de 20 ans de plus de 10 000 fonctionnaires britanniques, qui a mis en évidence un gradient de mortalité selon les niveaux hiérarchiques alors qu'aucun de ces fonctionnaires n'était en grande pauvreté. « On ne peut donc pas expliquer les relations entre statut socio-économique et santé comme on le fait souvent en interprétant la moins bonne santé des pauvres comme le résultat de conditions matérielles insuffisantes (mauvaise alimentation, logements inadéquats, violence, pollution, promiscuité, contagion …). » (p. 17, Evans, 1996) C'est plutôt la situation hiérarchique qui exerce une influence sur la santé de tous, et pas uniquement celle des fonctionnaires situés au bas de la hiérarchie.

L'attention portée à la précarité[123] (la « nouvelle pauvreté » dans les années 80, l'«exclusion » dans les années 90) occulte ainsi les inégalités sociales qui traversent la société de part en part, en opposant inclus et exclus, et en favorisant une lecture de la société selon un axe horizontal (dedans et dehors) plutôt que vertical (hiérarchique). Ce qui se passe « aux marges » est pourtant révélateur des changements qui affectent la société et l'économie dans son ensemble et ne devrait donc pas être étudié « à part » du reste. (Castel, 1999) Ainsi, pour étudier les inégalités sociales de santé et mettre à jour de déterminants sociaux de santé, il faut en fait étudier non seulement les différentes couches de la société mais également des domaines autres que celui la santé. Pour interpréter les inégalités (qu'elles soient en santé ou autre) et les mécanismes qui les sous-tendent, il faut en effet mobiliser un savoir global sur la société. (Fassin, 2000)

[123] Cette insistance sur l'exclusion n'est certes pas l'apanage de la santé publique, on la retrouve dans des domaines tels que le logement ou l'école par exemple. Ceci dit, les travaux sur la santé sont les pionniers en matière d'études de la précarité et de l'exclusion, ce qui peut s'expliquer par le statut particulier qui lui est accordé dans notre société et sa prééminence dans « l'ordre social des légitimités ». (Fassin, 2001) Les travaux qualitatifs en santé publique portent, plus souvent encore que les quantitatifs, sur la pauvreté et ses effets sur la santé, plutôt que sur les inégalités sociales de santé.

Au total, un glissement s'est produit, un droit aux soins plus qu'un droit à la santé a été affirmé puis progressivement érigé en principe supérieur. C'est sur ce droit aux soins « universel », affiché avec tant d'insistance scientifique, politique et réglementaire, repris comme un leitmotiv par les acteurs sociaux interrogés (nous avons pu recueillir de nombreuses affirmations telles que « on soigne tout le monde » et « on ne laisserait jamais mourir quelqu'un à la porte de l'hôpital »), qu'il nous a semblé judicieux de porter notre attention. En effet, que pourrait signifier dans ces conditions la mise en évidence de restrictions à l'accès aux soins illégales ou sinon au moins illégitimes (on a vu que l'illégitimité est au cœur de la définition de la discrimination) ?

D'abord, elle rappellerait que l'accès aux soins tel qu'il est prévu (réglementairement, déontologiquement, etc.) n'est pas l'accès effectif, qu'il peut y avoir « égalité des droits » sans « égalité des chances » (Dessaint et al., 1998). Ensuite, il apparaîtrait que des modes opératoires restrictifs, différentiels, voire rejetant, basés sur une perception racialisante ou ethnicisante de l'usager et déjà décrits ailleurs, peuvent aussi avoir cours dans le domaine du soin, et ce malgré toute la priorité politique et la légitimité sociale que l'on vient de dire. Enfin, l'existence de discriminations pourrait être interprétée comme le pendant paradoxal de cette légitimité dont bénéficie l'accès aux soins. Permis grâce à la solidarité de la société toute entière à travers le système de protection sociale, l'accès aux soins est l'affaire de tout un chacun. Tout acteur social peut se sentir concerné par cet acte de solidarité à ce titre (quand il ne l'est pas de surcroît à titre professionnel) et par suite autorisé à intervenir sur lui : l'accès aux soins, objectif prioritaire des politiques publiques, ne s'est finalement pas totalement émancipé du « droit de regard » dont jouissaient les acteurs de la charité privée.

2.4.4.3 L'accès à une couverture maladie, un angle d'approche heuristique pour l'étude des discriminations dans l'accès aux soins

Une analyse de l'accès aux soins peut distinguer accès potentiel (accessibilité) et accès réalisé (recours), ainsi que accès primaire (entrée dans le système, son degré d'utilisation) et accès secondaire (manière dont se déroulent les soins ensuite : selon leur continuité, leur coordination et leur globalité). Les inégalités sociales dans l'accès aux soins sont observées « lorsque les besoins de soins ne sont pas suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques. » (Lombrail et al., 2004)

Il sera surtout question, dans notre étude, d'accès primaire[124] plutôt que secondaire et nous serons attentive à l'écart entre accès potentiel (tel qu'il est défini d'un point de vue réglementaire) et accès réalisé, en insistant sur une étape située en amont des soins eux-mêmes, à savoir l'ouverture de droits à une couverture maladie (en examinant l'effectivité des droits prévus légalement). Nous ferons ainsi de la couverture maladie notre indicateur privilégié de l'accès aux soins. Deux raisons expliquent ce choix.

C'est en premier lieu l'impact déterminant de la couverture maladie sur le recours effectif aux soins.

L'absence de couverture maladie est un frein majeur à l'accès aux soins. Ainsi, c'est le premier motif de venue cité par les patients fréquentant les consultations médicales gratuites (associatives ou PASS[125] par exemple).

Chez les personnes bénéficiant d'une couverture de base (c'est le cas de la majorité de la population résidant en France), le bénéfice ou non d'une couverture complémentaire s'avère plus déterminant pour la structure du recours aux soins que d'autres facteurs comme le revenu ou la catégorie socio-professionnelle. (Grignon et al., 2000). Pendant ces dernières décennies, la progression de la couverture de base a en effet contribué à réduire les écarts constatés selon le milieu socio-professionnel pour les soins relativement bien couverts, tandis que ces écarts se creusaient pour l'accès aux soins les plus chers et les plus mal couverts, comme la dentisterie[126]. Ainsi, les personnes dépourvues de couverture complémentaire (ce sont celles dont les revenus dépassent de peu le seuil qui permet de prétendre à la CMU complémentaire) sont les plus susceptibles de déclarer des renoncements aux soins.

La deuxième raison pour laquelle nous nous intéresserons à l'accès à une couverture maladie est que l'interprétation des écarts de taux de couverture maladie en termes d'inégalités

[124] A l'instar des données françaises qui concernent surtout l'accès primaire. La production de données sur les inégalités sociales face aux soins curatifs est par exemple bien plus abondante aux Etats-Unis. (Lombrail, 2000)

[125] Permanences d'accès aux soins de santé.

[126] Si en 1960, 45% des résidents en France n'ont qu'une couverture de base (Haut comité de la santé publique, 1994), ils ne sont plus que 7% en 2002. (Auvray et al., 2003) Mais pendant cette même période, les taux de prise en charge par la couverture de base ont diminué : instauration du ticket modérateur, du forfait hospitalier, limitation de la liste des maladies « longues et coûteuses », déconventionnement de certains produits pharmaceutiques, apparition et développement rapide d'un secteur de médecins conventionnés avec possibilité de dépassement. Finalement, les régimes obligatoires de l'Assurance maladie ne couvrent aujourd'hui que 75% des dépenses de soins. C'est pour les soins ambulatoires (et en particulier pour les soins dentaires) que leur prise en charge a le plus diminué ces dernières années. Elle est par exemple passée de 67% en 1980 à 58% en 1996.

sociales d'accès aux soins est plus « facile » que ne l'est celle des écarts de consommation médicale[127].

D'abord, comparer l'accès aux soins de différents groupes sociaux, selon leurs consommations médicales respectives, pour identifier ensuite, au sein des écarts constatés, le rôle de processus discriminatoires selon l'origine, est une entreprise complexe.

Celle-ci impliquerait en effet d'isoler au préalable le rôle des autres facteurs susceptibles d'influer sur cette consommation médicale : l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle (notamment pour la différenciation sociale dans la perception des symptômes et de leur interprétation comme relevant de problèmes de santé (Aïach et al., 2000)), les revenus, etc., mais aussi l'état de santé (on a moins besoin de soins quand on est moins malade), les préférences individuelles (recours au généraliste plutôt qu'au spécialiste et vice-versa), etc. (Grignon et al., 2000)

Il faudrait aussi hiérarchiser les différents types de soins ou de recours aux soins : les différentes stratégies thérapeutiques prescrites par les médecins, les différents professionnels (médecins généralistes / spécialistes), les différents modes d'accès (ambulatoire / hospitalier), etc. Mais selon quels critères fonder cette hiérarchisation ? L'efficacité clinique, le confort du patient, le coût pour l'assurance maladie, etc. ? (Aïach et al., 1987)

L'appréhension malaisée de tous ces éléments rend difficile le passage du constat de répartition socialement différenciée des consommations médicales à l'affirmation d'inégalités d'accès aux services de soins.

Ensuite, évaluer les pertinences respectives de différents soins prescrits suppose une connaissance approfondie de chaque « cas » clinique ainsi que des pratiques professionnelles locales (les habitudes, les contraintes matérielles ...). Là aussi l'interprétation est délicate : où par exemple s'arrête l'adaptation bienvenue au patient et où commence la privation du traitement de droit commun ?

L'examen du traitement d'un dossier administratif a, lui, le mérite de la standardisation : il s'évalue au regard d'une législation et d'une pratique locale facilement quantifiable (par exemple, par la moyenne des délais de traitement de l'ensemble des dossiers instruits).

Ces caractéristiques - importance cruciale de la couverture maladie pour l'accès aux soins, simplicité de l'interprétation des écarts de taux de couverture maladie à la fois en termes

[127] La consommation médicale est « l'ensemble des actes en rapport avec la santé et qui donnent lieu à l'utilisation d'un service, d'un produit ou d'un objet, qu'il y ait dépense ou pas » (Aïach ; Cèbe, 2000).

d'inégalités sociales d'accès aux soins et de traitement inégalitaire - nous ont donc décidée à nous intéresser tout particulièrement – mais non exclusivement, puisque certains de nos exemples relèvent de l'accès aux soins secondaire – à l'accès à une couverture maladie.

Précisons enfin que nous nous intéressons surtout à deux types de couvertures maladie, la CMU et l'AME (Aide Médicale Etat).

D'abord, les populations qui en relèvent sont en situation de précarité économique (la CMU complémentaire et l'AME sont soumises à une condition de ressources). Or l'absence de couverture maladie est tout particulièrement grave chez ces populations, non seulement parce qu'elles peuvent être dans l'impossibilité de payer les frais de santé (ou même simplement la part des frais non pris en charge par la couverture de base, en l'absence de complémentaire), mais aussi parce que la précarité socio-économique est elle-même un facteur de risque de morbidité et donc de besoin de soins[128]. La privation de l'accès à la CMU ou à l'AME est donc susceptible d'avoir des conséquences particulièrement néfastes en termes d'accès aux soins. Par ailleurs, on a déjà suggéré l'importance accrue des discriminations selon l'origine en contexte de précarité. Enfin, on a remarqué ci-dessus que les politiques visant à réduire les inégalités sociales de santé portent prioritairement sur l'accès aux soins des plus précaires.

Ensuite, l'affiliation à la Sécurité sociale de base liée au travail ne nous intéresse pas car elle est automatique, laissant donc moins d'espace pour les traitements discriminatoires. Nous laissons de côté également la souscription à des couvertures complémentaires payantes car le professionnel est ici soumis à une logique commerciale qui vient brouiller les rapports de pouvoir entre lui et le requérant. L'accès à la CMU et à l'AME nous paraît en revanche constituer un indicateur dont l'interprétation est « simple ». On peut en effet supposer que toute personne, à partir du moment où elle satisfait aux conditions réglementaires et qu'elle est correctement informée de ses droits, désire en bénéficier[129] : la mise en évidence d'écarts d'accès à la CMU ou à l'AME entre groupes différenciés au sein de la population qui peut y prétendre autorise alors une interprétation en termes d'inégalités sociales d'accès aux soins. Les associations militantes qui dénoncent l'existence de discriminations à l'encontre des

[128] Les bénéficiaires de la CMU complémentaire par exemple, qui cumulent les différents facteurs de précarité (chômage, famille monoparentale, famille nombreuse), présentent en moyenne un état de santé plus mauvais que celui du reste de la population, responsable de dépenses de santé plus élevées. (Le Fur et al., 2003)

[129] Certes, il reste toujours des personnes qui, même informées de leurs droits, ne cherchent pas à être protégées tant qu'elles ne sont pas malades. Mais les raisons de ce refus méritent alors d'être analysées.

étrangers dans l'accès aux soins ne s'y sont d'ailleurs pas trompées, faisant des disparités observées dans les taux de couverture maladie, des arguments politiques. Ainsi en est-il des rapport d'activité de la Mission France de l'association Médecins du Monde qui relèvent que, parmi les patients reçus dans ses centres, l'ouverture des droits CMU/Sécurité sociale est effective, à droit potentiel égal (situation aisément évaluable), beaucoup plus souvent chez les Français que chez les étrangers[130], ce qui permet de conclure que les étrangers sont victimes d'inégalités d'accès aux droits.

2.4.5 Inscrire la discrimination selon l'origine dans l'accès aux soins dans le champ des inégalités sociales de santé

Resserrer l'étude des discriminations selon l'origine au champ de la santé, c'est l'inscrire dans le registre des inégalités sociales de santé. Celles-ci sont en effet des écarts (au regard d'un indicateur de santé ou de soins) entre des groupes sociaux hiérarchisés. Or la discrimination selon l'origine dans l'accès aux soins est bien productrice de disparités dans l'accès aux soins entre des groupes caractérisés par leur origine et susceptibles en tant que tels d'être soumis à des rapports de domination.

Admettre l'existence de ces deux phénomènes - l'inégalité sociale de santé et la discrimination selon l'origine – c'est admettre en la matière la prééminence des facteurs sociaux sur la responsabilité individuelle. Mais comment appréhender ces « facteurs sociaux » ?

La reconnaissance des inégalités sociales de santé en défaveur de certains groupes sociaux en raison de leurs origines (réelles ou supposées), c'est-à-dire en rapport avec des discriminations selon l'origine, montre la difficulté à saisir ces facteurs sociaux. Les réticences à la prise en compte des variables d'origine – habituelles en République française - conduisent en effet à réduire ces inégalités à des inégalités strictement socio-économiques (au sens classique du terme : revenus, éducation, etc.). Mais à l'inverse, l'impact (éventuellement disproportionné) de ces mêmes facteurs socio-économiques est occulté en cas de mise en avant non critique de ces variables d'origine (via en particulier « la culture » ou « la race »). Le « juste milieu »

[130] En 2000 par exemple, parmi les patients relevant de la CMU / Sécurité sociale, 60% des Français ont des droits ouverts, contre 24% des étrangers. (MDM, 2001)

reste ainsi à trouver, par prise en compte des facteurs socio-économiques, des caractéristiques objectives propres aux populations concernées, mais aussi des représentations des acteurs sociaux dominants à leur égard.
L'action en santé publique anglo-saxonne mobilise les variables d'origine de façon courante depuis plusieurs décennies déjà. Cette utilisation a ainsi permis de faire le constat d'inégalités de santé entre groupes catégorisés selon leur origine et d'engager des politiques visant à les réduire. Mais la compréhension fine des processus menant à ces inégalités reste complexe car les variables d'origine recueillies au niveau individuel ne sont finalement que les médiatrices d'un risque dessiné à l'échelle sociale et non individuelle, par le déploiement de relations raciales inégalitaires au sein de la société toute entière.

Plus largement, c'est l'ensemble des inégalités sociales, à travers la société toute entière, qui sont à l'origine d'inégalités sociales de santé. Pourtant, les politiques publiques visant à lutter contre ces dernières, plutôt que de s'attaquer à ces inégalités sociales, misent sur la facilitation de l'accès aux soins des plus précaires. Elles reposent en effet sur deux présupposés critiquables : les inégalités sociales d'accès aux soins ont un impact déterminant sur les inégalités de l'état de santé ; les inégalités sociales se réduisent à des écarts entre les plus précaires d'une part, le reste de la population d'autre part.
S'intéresser dans ces conditions aux discriminations dans l'accès aux soins, c'est mettre à l'épreuve des faits cet insistant objectif politique : quels sont les traitement différentiels qui viennent introduire du particularisme là où est recherché l'universalité, ou qui viennent restreindre une offre de soins destinée à être accessible à tous ?

Cet accès aux soins, nous allons l'appréhender, dans notre étude, en partie via l'accès aux droits à une couverture maladie, en raison d'une part de l'importance déterminante de la couverture maladie pour l'accès aux soins et d'autre part de la relative simplicité de l'interprétation des écarts de taux de couverture maladie à la fois en termes d'inégalités sociales d'accès aux soins et de traitement inégalitaire. Nous resserrerons encore le champ sur les couvertures maladies destinées aux populations les plus précaires, c'est-à-dire la CMU et l'AME, en raison notamment des croisements déjà évoqués entre précarité socio-économique et origine dans la production d'inégalités sociales dans l'accès aux soins.

2.5 Conclusion

Reprenons les quatre axes qui nous ont permis d'aborder notre objet d'étude.

La discrimination, tous critères confondus, est un traitement différentiel et illégitime. L'appréhension du premier caractère semble relativement aisée : la « différence » de traitement peut s'évaluer, en l'occurrence lors de l'accès aux soins, au regard d'une loi ou d'un usage local. Celle du second, le caractère illégitime, s'avère plus délicate car le consensus social peut en la matière ne pas coïncider avec l'analyse qu'en fait le droit. Or notre étude interroge moins la légalité définie juridiquement que l'appréhension de la différence socialement perçue et légitimement traitée.

La mise en évidence de discriminations quand elles sont fondées sur l'origine suscite des débats juridiques, mais aussi politiques et scientifiques qui portent sur l'identification des groupes victimes. Quelle est la différence qu'il faut identifier pour son caractère opératoire au sein des rapports sociaux discriminatoires ? Les catégories fondées sur la nationalité et l'antécédent d'immigration, mobilisées jusqu'à présent pour évaluer l'intégration des immigrés, ne coïncident en effet pas avec celles à l'œuvre dans les processus de discriminations selon l'origine. Mais des réticences sont opposées à l'officialisation de ces catégories à l'œuvre, au motif qu'elle risquerait d'exacerber les phénomènes qu'on cherche à mettre en évidence voire à dénoncer.

On ne dispose donc guère, en France, de statistiques ethno-raciales pour identifier le contexte social au sein duquel se déroule le traitement discriminatoire. Les travaux sociologiques sur le racisme et les relations interethniques permettent en revanche d'appréhender l'interaction sociale au cours de laquelle la perception d'une différence radicale chez un individu placé en position de dominé justifie que lui soit appliqué un traitement différentiel. Ces travaux révèlent également l'importance du contexte social sur les modalités de cette interaction.

On retrouve, dans le champ de la santé publique, cette difficulté à saisir les enjeux sociaux à l'œuvre dans les traitements discriminatoires. Cette difficulté peut être mise sur le compte de l'ambiguïté républicaine à l'égard des catégories de l'origine, mais elle persiste cependant dans les pays anglo-saxons, où ces catégories sont pourtant plus banalement utilisées.

Indicatrices de variables individuelles, elles ne font en effet que médier des risques configurés au niveau de la société toute entière.
Enfin, les discriminations situées dans le champ de la santé publique génèrent des inégalités sociales d'accès aux soins dont la réduction est précisément un objectif politique affirmé avec force, via la facilitation de l'accès aux soins des plus précaires. Notre étude se propose donc de mettre à l'épreuve des faits cet objectif politique.

Au total, chacune de ces quatre approches donne des clés de lecture à notre étude.
On va en effet s'intéresser à tout traitement différentiel dans l'accès aux soins dès lors qu'il est illégal (définition juridique) et/ou illégitime (en contradiction avec le consensus social). Pour ce faire, on va non pas comparer l'accès aux soins de groupes caractérisés préalablement à l'enquête (sauf pour l'identification des discriminations indirectes), mais examiner des catégories d'altérité - telles que les expriment les professionnels en charge de l'accès aux soins – et les traitements différentiels que celles-ci peuvent éventuellement justifier.

Ces différentes approches soulignent toutes l'importance de la prise en compte du contexte social au sein duquel est réalisé le traitement discriminatoire.
Les trois parties présentant nos résultats aborderont ce contexte à des niveaux complémentaires. Les politiques de l'accès aux soins des précaires et des étrangers, présentées en première partie, tissent la « toile de fond » à partir de laquelle les professionnels élaborent leurs représentations de l'altérité. On verra comment les positions professionnelles peuvent organiser l'espace d'expression de ces représentations dans la seconde partie. La troisième sera l'occasion d'enrichir cette contextualisation à un niveau tant macro que micro social.

3 Méthodes

Cette thèse a débuté dans le cadre d'une recherche menée au sein du CRESP[131] sous la direction de Didier Fassin et pour le compte de la DPM. Conformément aux termes de l'appel d'offre émis par cette dernière, elle portait sur les « pratiques de discriminations dans l'accès aux soins, en France métropolitaine, à l'égard de personnes d'origine étrangère réelle ou supposées telles et résidant en France, de façon régulière ou non. » L'appel d'offre précisait en outre la méthode : conduite d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels de l'accès aux soins exerçant dans trois régions métropolitaines afin de recueillir leurs témoignages. Les résultats de cette recherche ont fait l'objet d'un rapport (Fassin, Carde et al., 2001).

Nous avons par la suite complété ce premier terrain par deux périodes d'observation (sur des lieux d'accès aux droits à une couverture maladie et sur des lieux d'accès aux soins).

L'ensemble de ces données métropolitaines constitue environ la moitié de nos données totales.

L'autre moitié a été recueillie en Guyane. La méthode appliquée en métropole y a été reprise mais adaptée : des entretiens semi-directifs et quelques périodes d'observation ont là encore été réalisés auprès de professionnels de l'accès aux soins, mais leur objet débordait la question de l'origine « étrangère réelle ou supposées », pour porter plus largement sur les différences d'origine, réelles ou supposées, sans nécessaire référence à un pays étranger. Des minorités nationales sont en effet identifiées en Guyane. En outre, quelques usagers (faisant part de leurs expériences en tant que victimes) ont été rencontrés à leur domicile.

3.1 Recueil des données

175 professionnels intervenant plus ou moins directement dans l'accès aux soins ont été rencontrés entre 2001 et 2003, dans trois régions métropolitaines (Aquitaine, Ile de France et Nord-Pas de Calais : 78 professionnels) et une d'outre-mer (Guyane : 97 professionnels).

La plupart (163) appartiennent à l'un des trois groupes suivants :

[131] Centre de recherche sur la santé, le social et le politique.

- Les *administratifs* : agents de la Sécurité sociale (responsables et agents de guichet des services d'accueil et services CMU-AME), médecins inspecteurs de santé publique (MISP) en DDASS (responsables des pôles « santé exclusion » et « intégration des étrangers »), agents des services de facturation des hôpitaux, etc.
- Les *professionnels du soin* : médecins, dentistes, sages-femmes, infirmiers, aides-soignantes, pharmaciens.
- Les *travailleurs sociaux* : assistants sociaux, éducateurs, animateurs ; sont également inclus dans cette catégorie les membres d'association, quand l'accompagnement dans les démarches administratives, notamment d'accès aux soins, fait partie de leurs missions principales, ainsi que les médiateurs culturels rencontrés dans les hôpitaux de Guyane.

	Administratifs	**Professionnels du soin**	**Travailleurs sociaux**	**Autres**	**Total**
Caisse de la Sécurité sociale	16	2	2		20
Administration déconcentrée ou décentralisée de l'Etat	8	5			13
Hôpital	9	31	23		63
PMI[132], dispensaire, centre médico-social, agence d'insertion	1	11	3		15
Libéral		10			10
Association[133]		11	25	3 (a)	39
Autres		2 (b)	4 (c)	9 (d)	15
Total	**34**	**72**	**57**	**12**	**175**

Tableau 1 : Professionnels rencontrés

[132] Protection Maternelle et Infantile

[133] Les associations sont des associations œuvrant dans le domaine de la santé et/ou dans celui de l'aide aux étrangers.

(a) : Ce sont tous les trois des juristes

(b) : Il s'agit de professionnels rencontrés à Saint Laurent du Maroni en Guyane : une infirmière scolaire et le médecin d'un hôpital du Surinam.

(c) : Il s'agit d'assistants sociaux rencontrés à Saint Laurent du Maroni en Guyane. Trois exercent en milieu scolaire et le quatrième dans une CAF.

(d) : Il s'agit de professionnels rencontrés à Saint Laurent du Maroni en Guyane : des juristes de la maison de la justice et du droit, le secrétaire général de la sous-préfecture, des gendarmes et un douanier.

Ces éléments sont détaillés en annexe.

Nous présentant comme une interne en santé publique réalisant une thèse sur l'accès aux soins, nous avons rencontré ces professionnels dans deux types de circonstances.

La plupart ont été interrogés au cours d'*entretiens* individuels, réalisés en face à face sur leur lieu de travail. D'une durée d'une heure-une heure et demi environ, ces entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Ils étaient de type semi-directifs : série de questions adaptées à l'interlocuteur et réponses libres, laissant l'espace à des remarques spontanées. Le guide de questionnement, qui pouvait être ajusté au cours de l'enquête (en Guyane en particulier, à mesure que l'on prenait connaissance du terrain) et au cours de chaque entretien (si apparaissaient des éléments imprévus), portait d'une manière générale sur les difficultés d'accès aux soins et d'accès aux droits :

- description de la structure dans laquelle travaille le professionnel : missions, évolution depuis la CMU
- caractéristiques socio – démographiques de la population qui y est reçue : origine, nationalité, couverture maladie, condition administrative des étrangers (réguliers ou non) et motifs de venue en France (asile, économique, regroupement, visiteurs), évolution récente

- difficultés d'accès aux soins spécifiques à certains des groupes reçus, selon leur origine : étrangers (lesquels), Français d'origine étrangère (lesquels), minorités (en Guyane) ; si oui, exemples précis, explications données
- existence d'un « circuit » particulier concernant certains de ces groupes, tant à l'intérieur de la structure (membres « spécialisés » au sein de la structure) qu'à

l'extérieur (orientation en amont et en aval, depuis ou vers des partenaires particuliers) ; mise en œuvre d'un budget, d'une action, d'une enquête en rapport avec ces groupes ; points forts et points faibles de la structure pour la prise en charge de ces groupes

- constat de différences de traitement, dans les pratiques des collègues ou chez le professionnel lui-même, vis-à-vis de ces groupes, susceptibles d'entraîner des inégalités d'accès ou de qualité ; si oui, exemples précis et leur gestion ; « Diriez-vous que cela relève de discrimination ? »
- difficultés particulières ressenties dans la gestion de dossiers de personnes étrangères ou d'origine étrangère, avec la hiérarchie professionnelle ou administrative, les autres services de la structure, avec d'autres structures ; si oui, exemples précis

- professionnels à rencontrer dans la structure pour approfondir ces points
- documents : rapport d'activité, organigramme des services, charte des usagers et livret d'accueil, projet d'établissement, lettres de contentieux

Il n'était fait référence explicitement aux discriminations qu'en fin d'entretien. Ce terme risquant en effet d'être interprété de façon restrictive à la seule notion de discrimination intentionnelle (par idéologie raciste), l'éviction de son usage permettait de ne pas restreindre le champ du discours : pour que le professionnel ne se pense pas en devoir de chercher à démontrer l'absence ou la présence d'intention raciste chez lui-même ou chez d'autres professionnels. Mais son évocation en fin d'entretien permettait de faire préciser des aspects qui auraient pu ne pas être consignés.

Certains professionnels ont par ailleurs été rencontrés à l'occasion d'*observations* qui ont été menées :

- dans un hôpital parisien : au service des urgences et à la permanence AME assurée par des agents de la CPAM de Paris
- à la CPAM de Gironde : à l'accueil d'un centre de Sécurité sociale et dans deux permanences CMU-AME situées dans des associations offrant une prise en charge sanitaire et sociale aux personnes en situation de précarité
- en Guyane : à l'accueil de la CGSS[134] et en centres de santé.

[134] Caisse Générale de la Sécurité Sociale

Etaient notées la tonalité générale des échanges (courtoisie, agressivité, etc.), le comportement des usagers (motifs de venue, incompréhensions, confiance, etc.) et les pratiques professionnelles (explications données, respect des textes, etc.).

A ces données s'ajoutent les discours recueillis auprès de 6 familles d'usagers du système de soins, rencontrées en Guyane par l'intermédiaire de professionnels exerçant en associations ou à l'hôpital.
L'ensemble de ces données ont été anonymisées (les lieux (excepté la distinction métropole/Guyane) et les noms sont gommés).
Enfin, 99 dossiers de malades suivis dans une association parisienne accueillant des demandeurs d'asile ont été consultés. L'analyse de ces dossiers portait sur l'évolution des démarches d'accès à une couverture maladie.

Les régions choisies l'ont été pour leurs caractéristiques démographiques contrastées (notamment pour les populations d'étrangers). Ensuite, les professionnels ont été rencontrés en fonction de leur disponibilité. Le choix des administratifs était guidé essentiellement par leurs fonctions, dont ils étaient souvent les uniques représentants (il n'y a par exemple souvent qu'un responsable AME par CPAM). Celui des travailleurs sociaux et des soignants a été réalisé par la méthode dite de boule de neige. L'objectif était de disposer d'un échantillon d'acteurs sociaux exerçant dans des situations diverses de façon à multiplier les entrées de l'analyse.

3.2 Analyse

Les discours ont été décomposés en « unités de signification » (Michelat, 1975) qui portaient sur des thèmes, mais aussi sur les relations entre deux thèmes, chaque élément n'ayant de sens qu'en relation avec tous les autres dont on dispose. L'analyse conjointe des différents entretiens a permis d'aller plus loin que leurs analyses respectives isolées, à l'image d'un puzzle dont l'image globale n'apparaît qu'une fois qu'il est complété. Cette analyse était menée en tenant compte de l'identification des discours (profession, lieu d'exercice, appartenance ethno-raciale (en Guyane)) de façon à d'une part en contextualiser les éléments

recueillis, et d'autre part à dégager ensuite des modèles propres à certains sous-groupes d'acteurs.

Ainsi, considérant que la discrimination est un traitement différentiel fondé sur la perception d'une différence, nous avons dégagé les deux axes centraux de l'analyse qualitative et thématique à laquelle ont été soumises les données recueillies :

- la perception de la différence : certaines des difficultés d'accès aux soins et aux droits que constatent les professionnels sont-elles caractéristiques de groupes particuliers ? Les professionnels identifient-ils ainsi différents groupes au sein de leurs publics, et si oui, selon quels critères (géographiques, biologiques, culturels, administratifs, économiques, etc.) ?
- le traitement différentiel : les professionnels appliquent-ils des traitements différents aux groupes ainsi distingués ?

Nous avons organisé ces éléments afin de construire progressivement un schéma d'interprétation qui nous a semblé valide lorsque tous les éléments du corpus pouvaient y trouver une place, de façon cohérente. En l'occurrence, il s'agissait donc de repérer des traitements différentiels, opérés par des professionnels de l'accès aux soins auprès de certains groupes de personnes, au nom des différences perçues chez elles par ces professionnels. Mise en évidence du processus discriminatoire et identification des groupes qui en sont victimes ont donc été concomitantes.

Ont également été recherchés des traitements défavorables affectant préférentiellement étrangers, immigrés et Français d'origine étrangère alors qu'ils ne sont pas identifiés comme tels par les professionnels de l'accès aux soins, c'est-à-dire des discriminations indirectes à leur encontre.

Les observations sur les lieux d'exercice des professionnels et les entretiens menés auprès d'usagers ont permis de tester la cohérence de nos schémas d'interprétations.

Les observations ont en outre permis d'insérer les interactions dans le cadre global de l'interaction professionnel / usager en demande d'accès aux soins, de façon plus large que ne peut le faire un discours, afin d'y relativiser l'importance des enjeux identitaires au profit d'autres enjeux (économiques, institutionnels, etc.).

3.3 Une enquête qualitative

Compte tenu des présupposés théoriques qui étaient les nôtres (recueil de tout traitement différentiel, illégitimité de ce traitement évalué à l'aune de son contexte, etc.), une enquête de type qualitative paraissait indiquée. Présentons-en les avantages et les inconvénients au regard de notre problématique.

3.3.1 Ses avantages

Au cours des entretiens semi-directifs ont pu être exprimées représentations et constructions identitaires sur le soi et « l'autre ». Certaines informations échappent en effet au questionnaire fermé d'une étude quantitative (qu'elle soit celle de démographes, d'épidémiologistes ou de sociologues par exemple) et ne peuvent être appréhendées qu'à l'aide des entretiens libres et des observations d'une approche qualitative. C'est tout particulièrement le cas des éléments tenant au perçu de l'altérité, qui se méfient des questions par trop directes et qui risquent d'être exprimés selon les stéréotypes de « ce qu'il faut répondre » voire censurés. C'est souvent au détour de l'affirmation première voire récurrente du « je ne suis pas raciste ! » que surgissent les catégorisations de l'altérité, éventuellement d'ailleurs à l'insu du locuteur. Cette souplesse de l'enquête qualitative lui permet de repérer des éléments qui n'étaient pas dans ses cadres initiaux, ce qui s'avère crucial dans notre étude puisque, nous l'avons dit, si elle sait de quel concept théorique elle part – la discrimination sur l'origine – elle ne sait pas à quelles incarnations sociales ce dernier la mènera : quels sont les supports cognitifs de l'altérité et les populations qu'ils caractérisent, en un mot qui est « l'autre ».

La souplesse des entretiens semi-dirigés a en outre permis de relever les multiples manifestations concrètes des discriminations (traitement tatillon d'un dossier, remarque désobligeante, « simples » retards aux soins, formes « spécifiques » de soins, traitements « de faveur » etc.) qu'une enquête quantitative n'aurait pu ni recueillir avec les mailles d'un questionnaire fermé, ni encore moins comptabiliser[135]. Elle laissait aussi la possibilité de s'attarder sur les événements moins dicibles car plus illégitimes et plus rares, mais néanmoins intéressants à analyser en terme de processus, tels que les refus de soins.

[135] Ainsi, les inégalités sociales de santé préférentiellement étudiées par l'épidémiologie sont celles de mortalité ; celles de morbidité et de consommation médicale sont difficiles à quantifier, en raison de la dimension subjective de la morbidité et de la difficulté à hiérarchiser les différents types de soins.

L'analyse a donc pu porter sur tout traitement différentiel dans l'accès aux soins, en quantité comme en qualité, qu'il soit intentionnel ou produit par des logiques structurelles.

Enfin, l'enquête qualitative est plus à même de recueillir le « contexte » des données, que l'on a dit crucial à l'étude des discriminations.
Certes, aujourd'hui, nombre de travaux d'épidémiologie sociale prennent en compte l'environnement social, économique ou culturel autrement qu'à travers des variables individuelles : richesse nationale, inégalité de distribution des revenus, taux de chômage, contraintes organisationnelles au travail, etc.[136] Cet intérêt pour l'environnement est lié notamment aux résultats démontrant que les mêmes déterminants sociaux peuvent ne pas jouer le même rôle sur certains indicateurs de santé selon l'environnement macro social dans lequel vivent les individus[137].
Mais la confrontation fine de ces données macrosociales avec les discours recueillis et l'observation *in situ* nous semblent indispensables à la reconstitution des enjeux microsociaux et à la progressive construction des catégories de l'altérité que nous nous proposons d'étudier. Or seule l'approche qualitative permet d'identifier précisément les diverses significations d'une même qualité dans des contextes différents (on a donné l'exemple plus haut de la couleur de peau de deux personnes qui peut ou non être qualifiée de similaire selon le contexte socio-culturel de leur évaluation). (Corin, 1996) Cette variabilité des significations pourrait en revanche induire des biais au sein d'une approche quantitative procédant par la constitution des groupes, préalablement au recueil de données et donc indépendamment de leurs contextes, avec le risque de figer, de réifier des notions aussi contextualisées que les critères de l'altérité.

Au total, la souplesse de la grille de recueil de l'enquête qualitative permet de prendre en compte tant le contexte de l'interaction sociale discriminatoire que les critères sur lesquels celle-ci repose, même si ces derniers n'avaient pas été identifiés comme tels au préalable.

[136] Au sein de cette épidémiologie sociale, le « modèle écosocial » est une approche théorique visant à intégrer les conséquences biologiques individuelles de l'ensemble des déterminants sociaux mis en évidence par les études épidémiologiques, c'est à dire les interactions entre les environnements microscopique des individus (facteurs biologiques, histoires de vie ...), « mésoscopique » (environnement de résidence, de travail ...) et macroscopique (organisation sociale et économique, dimension culturelle et historique). (Krieger, 2001)

[137] Par exemple, l'appartenance à une classe sociale élevée est un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires dans les pays en développement alors que c'est un facteur protecteur dans les pays industrialisés.

Mais on peut aussi lui faire un certain nombre d'objections … qui pour la plupart découlent des qualités présentées ci-dessus.

3.3.2 Et ses inconvénients

On peut d'abord opposer à la souplesse du mode de recueil d'une part, à la précision de la contextualisation d'autre part, l'incapacité à repérer un mécanisme causal précis et à généraliser les résultats. L'épidémiologie, sur ces deux points, est plus à son aise, puisque elle se caractérise par un raisonnement de causalité[138] et recherche des déterminations envisagées hors de toute référence contextuelle et temporelle. (Herzlich, 2003) Ces arguments, opposables à toute approche qualitative, le sont également à notre étude.

On peut aussi lui reprocher son défaut de représentativité, eu égard au nombre peu élevé d'acteurs interrogés et à leur sélection non randomisée. Seuls, en effet, les recoupements des témoignages divers, encadrés par quelques données chiffrées générales, peuvent nous donner une indication, approximative, de la fréquence des traitements discriminatoires mis en évidence. Notons cependant qu'une partie des effets concrets des pratiques discriminatoires (retard, traitement tatillon, remarques désagréables, etc.) prennent des formes variées qui ne seraient pas comptabilisables même par des pratiques quantitatives. Surtout, c'est bien l'articulation des processus entre eux, plus que leur représentativité quantifiée, qui nous intéresse, or chaque acteur interrogé est en ce sens « représentatif » d'une image particulière de ces processus. C'est la raison pour laquelle l'échantillon des professionnels interrogés a été constitué en diversifiant au maximum les variables qui par hypothèse pouvaient être significatives pour les processus étudiés (en l'occurrence, la profession, le lieu d'exercice, l'appartenance ethno-raciale). Chaque entretien a ainsi été l'occasion d'appréhender une expérience particulière susceptible de révéler, d'une façon ou d'une autre, ces processus sociaux.

En outre il nous semble possible de réfuter l'objection qui est habituellement faite à la suite de celle sur l'absence de représentativité, à savoir l'incapacité à comparer et appréhender les

[138] Certes, on l'a déjà signalé, l'expression de « déterminant social » utilisée dans la recherche sur les inégalités sociales de santé, plutôt que celle de « facteur de risque » d'usage plus classique en épidémiologie, suggère moins un déterminisme qu'un enchaînement complexe d'origine sociale (Goldberg et al, 2002).

disparités entre groupes sociaux (entre des classes sociales par exemple). En effet, l'inégalité est au cœur de notre objet : ce sont des inégalités que nous repérons, des différences de traitement rapportées par leurs auteurs ou des témoins, et non par les victimes. Au lieu de comparer les conséquences des traitements subis par différents groupes de populations (ce qui nécessiterait plus de représentativité), nous recueillons des traitements qualifiés de différentiels par leurs auteurs, des témoins ou nous-mêmes.

Enfin, chacun des deux modes de recueil des données choisis - des observations et des entretiens - présente certains inconvénients.
Notre présence a pu influencer le déroulement des interactions observées, les professionnels cherchant, plus qu'à l'habitude, à « bien faire ».
On a par ailleurs déjà signalé les limites des entretiens réalisés auprès des auteurs ou des témoins des traitements discriminatoires - leurs catégories de l'altérité et leur lecture du processus discriminatoire - et non des victimes : d'une part ne peuvent pas être rapportées les discriminations qui ne sont pas connues des professionnels et d'autre part reste inaccessible la dimension dynamique, interactive, de la construction des catégorisations.

3.4 Présentation des résultats

Une première partie est bibliographique, elle s'intéresse à la place de « l'assisté » et de « l'étranger » au sein des politiques d'accès aux soins.

A partir des entretiens et des observations menés en métropole a été bâtie une typologie des processus discriminatoires selon l'origine, dans le domaine de l'accès aux soins. Cette typologie est présentée dans la partie intitulée « les processus ».

Les entretiens et les observations conduits en Guyane font l'objet d'une analyse tenant compte d'un contexte macro social historiquement et géographiquement situé : d'une part, les relations interethniques (les catégorisations de l'altérité, les enjeux identitaires, etc.) et le rapport à l'Etat dans une ancienne colonie française aujourd'hui département français traversé de flux migratoires importants ; d'autre part, l'application du système sanitaire français en outre mer, qui impose des contraintes professionnelles spécifiques.

Les enjeux identitaires, professionnels, géographiques, etc., sont également saisis à un niveau micro social grâce à la focalisation de l'étude sur deux villes.
Cette analyse ainsi « macro et micro » contextualisée est présentée dans la partie « la Guyane, une illustration ».

Précisons enfin que les extraits d'entretiens sont transcrits en italique.

4 LA PLACE DE « L'AUTRE » AU SEIN DU SYSTEME DE PROTECTION CONTRE LE RISQUE MALADIE : L'ASSISTE, L'ETRANGER

Le processus social qu'est la discrimination selon l'origine repose sur la perception d'une altérité. Cette perception est un acte individuel, mais elle est ne prend sens qu'au sein de son contexte social. L'objet de ce chapitre est de tendre cette toile de fond, sur laquelle on pourra ensuite développer l'analyse de nos données, des discours essentiellement.

Compte tenu de l'intérêt que l'on a dit plus haut de la couverture maladie comme indicateur d'accès aux soins pour notre étude, c'est au contexte susceptible de modeler les représentations relatives à l'accès aux droits à une couverture maladie que nous sommes particulièrement attentive. Il sera en particulier question du corpus réglementaire et législatif relatif à la protection sociale et de son évolution parallèlement à celle des politiques d'accès aux soins, de lutte contre les exclusions et de fermeture des frontières nationales. Nous ferons part des débats que ces politiques et leurs traductions réglementaires et législatives peuvent susciter dans les milieux professionnels et associatifs. La question de l'accès à la protection sociale est en effet propice aux débats car elle interroge la définition de « l'autre » et de son intégrabilité à la société française, quand cet « autre » prend la figure de l'étranger et/ou du bénéficiaire de l'aide sociale. Ces controverses voient s'opposer principes de solidarité, de non discrimination, objectif de fermeture des frontières, gestion de crise économique, etc. et finalement les deux intérêts que l'on a déjà mentionnés, à savoir l'intérêt général et le respect des droits fondamentaux. C'est sur cette frontière, mouvante, qui sépare « l'autre » du dépositaire de la « référence générale » (le Français, le « régulier », le « résident », l'assuré social, etc.), que se repèreront les échelles de légitimité dont se réclame tout professionnel pour qualifier chacun de ses usagers et, le cas échéant, appliquer un traitement différentiel à certains d'entre eux.

Ce chapitre se compose de deux parties, dont chacune correspond à l'une des deux figures que prend « l'autre » au sein du système de protection sociale.

L'analyse de terrain révèlera combien le statut des usagers, selon qu'ils sont des « assistés » ou des « assurés », exerce la fonction d'un marqueur d'identification sociale, structurant les représentations que les professionnels de l'accès aux soins élaborent pour qualifier leurs publics. Une mise en perspective historique va donc d'abord préciser les places respectives des logiques d'assurance et d'assistance au sein du dispositif de protection sociale français.

Après celle de l'assisté, nous nous arrêterons sur la figure de l'étranger, au sens de non national. Les politiques d'immigration viennent ici se mêler à celles de l'accès aux soins pour modeler les représentations qu'ont les professionnels de la légitimité des usagers à bénéficier de la protection sociale, quand ils sont étrangers ou susceptibles de l'être.

Pour une vue d'ensemble de la réglementation actuelle en matière de protection contre le risque maladie, nous renvoyons à l'annexe correspondante.

4.1 Assistance et assurance

La couverture contre le risque maladie fait partie d'un ensemble complexe, la protection sociale, c'est à dire l'ensemble des dispositifs dont la finalité est de protéger les individus contre les conséquences financières des « risques sociaux » : maladie, mais aussi invalidité, maternité, vieillesse, chômage, charges familiales ou encore exclusion.

Pour mieux comprendre les représentations exprimées par les professionnels de l'accès aux soins à propos des « assistés du système social », nous allons appréhender les parts respectives, au sein de cet édifice, de la logique d'assistance et de celle d'assurance. Notre approche, chronologique, a pour fil conducteur l'ajout progressif de la seconde à celle, beaucoup plus ancienne, de la première.

4.1.1 L'assistance

Avant 1789, la protection sociale est une assistance (par la famille, les collectivités religieuses, le Roi, les seigneurs de province) dont le fondement est religieux, c'est la charité chrétienne. L'intervention des pouvoirs locaux et de l'Etat se borne à assurer la salubrité publique et à contenir la mendicité et le vagabondage (l'action en faveur des pauvres se conjuguant avec leur contrôle et leur mise au travail[139]).

Les acteurs de la Révolution française souhaitant œuvrer au « soulagement des pauvres », la Constitution de 1793 reconnaît le devoir d'assistance, c'est la bienfaisance publique : « Les secours publics sont une dette sacrée, la société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler. » (article 21 de la déclaration des Droits de l'Homme du 24 juin 1793). L'obligation d'assister les pauvres a désormais un fondement plus social que religieux, elle se substitue au devoir de charité. Cependant, elle est réservée aux pauvres placés dans l'impossibilité de travailler, il faut donc distinguer la victime involontaire du mauvais pauvre[140].

Pourtant pendant la majeure partie du 19ème siècle, l'Etat s'en tient à une fonction régalienne de maintien de la paix extérieure et intérieure, et c'est du bon vouloir des collectivités locales (avec les bureaux de bienfaisance et les hôpitaux) et de l'initiative privée (les associations charitables) que relève encore l'assistance[141].

---

[139] En 1359, le roi édicte la première ordonnance contre les « oyseux » ; en 1657, c'est le grand renfermement dans les hôpitaux. A la fin de l'Ancien Régime, environ 110 000 personnes sont recueillies dans plus de 1000 établissements d'assistance. (Murard, 2001)

[140] La Rochefoucauld-Liancourt, qui préside la Comité de mendicité de la Constituante, s'exprime ainsi : « Si le pauvre a le droit de dire à la société : fais-moi vivre, celle-ci a le devoir de lui répondre : donne-moi ton travail. » (cité par Murard, 2001, p. 12)

[141] Un discours prononcé en 1850 par Adolphe Thiers, rapporteur à la Chambre au nom de la commission de l'assistance et de la prévoyance publiques, témoigne de ce refus que l'assistance publique devienne une obligation de l'Etat : elle doit rester un devoir moral, une « vertu » qui même « publique », « reste volontaire, spontanée, libre enfin de faire ou de ne pas faire car autrement elle cesserait d'être une vertu pour devenir une contrainte, et une contrainte désastreuse ; si, en effet, une classe entière, au lieu de recevoir, pouvait exiger, elle prendrait le rôle du mendiant qui demande le fusil à la main. » (cité par Join-Lambert et al, 1997, p. 362)
Les catholiques mettent également en garde contre les errements d'un Etat-Providence, c'est à dire « d'un Etat qui entendrait prendre auprès des pauvres la place que Dieu seul et son Eglise peuvent occuper. » (Hatzfeld, 1991, p. IX) Ainsi écrit un prêtre lorrain de la fin des années 1880 : « Que l'abominable politique ne se permette jamais d'intervenir entre ces malheureux et nous. » (Abbé Girard, La Charité à Nancy, Pierron et Hoyé éditeurs. Librairie de l'Evêché. Nancy 1890, p. III ; cité par Hatzfeld, 1991)

Ce n'est qu'en 1889, lors du premier Congrès international de l'Assistance publique, qu'est défini un droit à l'assistance, sur lequel les Républicains au pouvoir entendent impliquer financièrement l'Etat : « L'Assistance publique est due à ceux qui se trouvent temporairement ou définitivement dans l'impossibilité de gagner leur vie ». Ses trois principes fondamentaux sont posés :

- l'obligation d'assistance relève des collectivités publiques
- l'assistance est accordée dans le cadre territorial le plus proche de l'intéressé et l'Etat n'accorde qu'une participation financière limitée
- l'assistance, destinée uniquement aux individus sans ressources qui ne peuvent pas travailler, est subsidiaire par rapport à toute autre forme d'aide et notamment à la prise en charge par la famille : elle n'intervient qu'en dernier ressort.

On traite de la même façon, c'est-à-dire par l'assistance, le sort des indigents incapables de travailler et celui des travailleurs miséreux (plus tard, c'est l'assurance qui prendra en charge les seconds).

La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, qui place les soins des indigents à la charge de la collectivité locale, est la première d'une législation destinée à venir en aide à divers groupes de nécessiteux (les tuberculeux, les enfants, les vieillards, etc.).

En quelques décennies, une « nouvelle vision de la misère » semble s'imposer. (Hatzfeld, 1989) Aux images stéréotypées des « pauvres », chargées de valeurs affectives, se substituent des connaissances plus précises fondées sur des recherches rigoureuses, une science empirique « du social » appuyée sur les statistiques, la médecine sociale, l'économie, le droit, etc. Ces avancées scientifiques font évoluer les comportements : la pratique charitable devient « l'action sociale », avec ses institutions et ses professions propres.

L'Aide sociale actuelle est l'héritière de ces dispositifs d'aide et d'assistance aux plus défavorisés.

La réforme de 1953 a remplacé l'Assistance publique par l'Aide sociale, sans parvenir à en effacer l'image négative de « droit octroyé »[142]. Elle a unifié les procédures administratives et mis en place un nouveau mode de financement et de contrôle. Etat et département financent désormais chacun leurs domaines d'intervention respectifs. L'essentiel revient aux départements depuis les lois Defferre en 1982-1983 (qui ont initié la première grande phase

[142] Cf. Fournier ; Questiaux, « Traité du social », Dalloz, manuel Sciences-Po, Paris, 1984, 4ème éd

de la décentralisation, la seconde étant instaurée par la réforme constitutionnelle en 2003), même si c'est toujours l'Etat qui définit le cadre législatif.

Définie par le code de l'action sociale et des familles, l'Aide sociale est un service public entièrement financé par l'impôt, c'est à dire fondé sur la solidarité nationale. Elle relève donc d'une logique d'assistance (aide des collectivités publiques aux personnes dans le besoin) qui s'oppose à celle de l'assurance (garantie accordée à celui qui a fait un effort de prévoyance). Si Aide sociale et Sécurité sociale sont toutes deux des droits[143], la première se caractérise en ce qu'elle est :

- un droit subjectif, c'est à dire apprécié en fonction de la situation individuelle et non défini de façon universelle selon une catégorie juridique[144]
- une aide subsidiaire par rapport à toutes les autres formes d'aide[145], spécialisée (rapportée à la notion de besoin[146]) et accordée sous conditions de résidence et de ressources

Notons déjà que ces caractéristiques générales de l'Aide sociale doivent être nuancées en ce qui concerne sa déclinaison « risque maladie », c'est-à-dire l'aide médicale.

La loi du 29 juillet 1992 (de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle) a marqué une première étape dans la prise de distance de l'aide médicale d'avec ces caractéristiques générales. Elle prévoit en effet des conditions d'affiliation

[143] Le bénéfice de l'Aide sociale est
- un droit pour les individus qui remplissent les conditions fixées par la loi
- une obligation pour les collectivités locales.

Tout individu dispose d'un « droit créance » sur la société.

[144] La Sécurité sociale relève de droits objectifs : l'accès aux prestations est immédiat, indépendamment de la situation personnelle de l'individu.
L'Aide sociale relève, elle, de droits subjectifs : l'accès aux prestations n'est pas automatique, car même s'il existe un droit aux prestations, le requérant doit passer par un filtre supplémentaire, une instance qui vérifie qu'il a bien un droit mais aussi un besoin de ce qu'il demande (il doit faire la preuve de son incapacité à se sortir de sa situation). Son dossier est soumis à une commission d'admission qui vérifie qu'il satisfait aux conditions de résidence, d'insuffisance des ressources et enfin aux conditions particulières à chaque type d'aide demandée. Cette commission a un pouvoir d'appréciation total et prononce une admission totale, partielle ou un rejet total.

[145] C'est l'ensemble des revenus qui sont évalués : tous ceux de l'intéressé mais aussi ceux de sa famille (obligation alimentaire). L'Aide sociale est également subsidiaire par rapport à la Sécurité sociale : elle n'intervient qu'une fois épuisés les droits acquis auprès des différents régimes.

[146] C'est un droit alimentaire qui se traduit dans des aides spécialisées (versées et à utiliser pour une fin bien précise, en espèces ou en nature).
La Sécurité sociale couvre des risques limitativement énumérés alors que l'Aide sociale est censée aider à couvrir les besoins essentiels (notion subjective) (c'est pourquoi il faut les évaluer au cas par cas), elle doit permettre la disparition des besoins, de passer un cap difficile, rien de plus : elle est donc discontinue, forfaitaire et spécialisée.

simplifiées par rapport à celles de la loi de 1893 : elle supprime la condition de besoin de soins et le passage par une commission (remplacée par la mise en place d'un barème de ressources). L'aide médicale est en outre désormais accordée pour une durée d'un an (et non plus pour la durée des soins qui l'auraient justifiée) et pour toute la famille.

La loi du 27 juillet 1999 (de lutte contre les exclusions) accentue encore cette différenciation de l'aide médicale au sein du dispositif général de l'Aide sociale, puisque la version départementale de l'aide médicale est supprimée (seule est conservée celle d'Etat (AME)), mettant ainsi fin à la variabilité inter-départementale des barèmes d'accès et des taux de prise en charge des dépenses de soins. Avec la suppression de la partie départementale de l'aide, le principe général à l'Aide sociale[147] selon lequel la compétence de l'Etat est limitée aux personnes sans domicile fixe (le département de résidence assumant la charge des dépenses d'aide sociale pour le reste de la population) n'est plus respecté : l'Etat prend donc désormais en charge l'ensemble des personnes bénéficiaires de l'aide médicale, qu'elles aient ou non un domicile stable. Le rapprochement d'avec le « droit commun » est également souligné dans la dimension gestionnaire de l'aide médicale, puisque est instauré le « guichet unique », c'est-à-dire que le principal lieu d'accueil des demandes d'aide médicale devient la CPAM[148], où sont déjà déposées les demandes d'affiliation à l'Assurance maladie.

Au total, le droit à l'aide médicale est désormais apprécié en fonction d'un barème (qui est de plus unique au niveau national) et non d'une évaluation subjective. Il n'y a plus besoin de justifier d'un besoin (de soins en l'occurrence) pour y prétendre (elle est préventive) et la demande est déposée dans les CPAM, où elle est instruite.

Nous verrons que ces spécificités de l'aide médicale n'apparaissent pourtant guère dans un certain nombre des discours recueillis lors de l'enquête, les caractéristiques générales de l'Aide sociale étant abusivement mobilisées pour caractériser les bénéficiaires de l'aide médicale, les distinguer des assurés sociaux et justifier à leur égard de pratiques différentielles. Par exemple, partant du principe (erroné) que l'aide médicale n'est accordée qu'en fonction d'un besoin et le temps de satisfaire celui-ci, l'aide médicale n'était souvent encore accordée, après la réforme de 1992, et même parfois après celle de 1999, qu'aux

[147] Ainsi que l'a rappelé la direction générale de l'action sociale (DGAS) dans la circulaire DGAS/1C n°2005-152 du 14 mars 2005.

[148] Caisse Primaire d'Assurance Maladie

personnes attestant de leur besoin de soins (certificat médical, attestation d'hospitalisation) et sous forme de « bons de soins » valables le temps des soins en question.

4.1.2 L'assurance

Le développement de l'industrialisation au 19ème siècle favorise l'émergence d'une classe vivant uniquement des revenus de son travail, tandis que diminue la part de population vivant de la propriété privée. Avec l'évolution du mode d'acquisition des revenus, c'est la conception de la sécurité qui est peu à peu transformée, fondée désormais plus sur le travail salarié que sur la propriété[149]. (Hatzfeld, 1991) Apparaît alors l'idée d'assurer la population vivant des revenus de son travail contre le risque d'une disparition ou d'une réduction de ceux-ci[150].

On encourage la prévoyance individuelle des ouvriers : chacun, en épargnant sur les ressources de son travail, devrait pouvoir assurer sa propre protection. Mais ces incitations échouent car la majorité de la population concernée ne dispose pas des revenus suffisants pour dégager un capital en prévision des mauvais jours.
Se développe alors un système assuranciel : la mise en commun de l'épargne doit permettre d'apporter une garantie collective au groupe des épargnants, la mutualisation des sommes épargnées et des risques requérant un effort individuel moins grand pour une protection plus sûre. Ce système est basé sur le travail, ce sont les sociétés de secours mutuels, corporatistes[151]. L'intégration à ces sociétés, outre une sécurité contre les risques de la vie, donne à l'ouvrier une certaine légitimité, dont l'assisté restera toujours dépourvu[152]. Mais le

[149] Castel (1999) appelle cette propriété des non-propriétaires la « propriété sociale », c'est-à-dire les ressources et les droits qui ont été progressivement attachés au travail (sécurité sociale, droit du travail …).

[150] Pour le risque maladie par exemple, il s'agit d'assurer des indemnités journalières pendant les périodes d'incapacité temporaires, les frais liés aux soins ne constituant pas encore la préoccupation majeure. La situation s'inversera à partir de la seconde moitié du 20ème siècle, avec la forte croissance du coût des soins.

[151] Elles existaient en fait depuis la fin du 16ème siècle mais leur développement avait été contrarié par la loi Le Chapelier de 1791. Celle-ci visait à démanteler toute corporation pour éviter que des corps intermédiaires ne viennent s'interposer entre l'individu et l'Etat en imposant un droit spécifique et exorbitant du droit commun.

[152] Ainsi, les patrons des grandes entreprises, ont tout intérêt à développer la mutualité car cela revient à sédentariser, entretenir, former et rendre dociles et finalement plus productifs leurs ouvriers. « La grande entreprise ne veut plus du travailleur instable qui vient et ne vient pas, qui travaille à sa guise et supporte mal la discipline de l'atelier. (…) Les hommes, elle va tout faire pour les éduquer, pour les former – selon ses normes.

développement de la mutualité est freiné par le caractère facultatif de l'adhésion : là encore, les ouvriers n'ont pas assez de ressources. Or pour être efficace, la protection contre les aléas de la vie doit être garantie par la collectivité toute entière, elle doit donc être imposée à tous.

Après des décennies d'hésitation[153] sont enfin instaurées les premières Assurances sociales obligatoires : une première loi votée en 1928 ne sera pas appliquée, mais celle de 1930 le sera[154]. Quinze ans plus tard, portée par l'élan de solidarité de l'après-guerre, l'ordonnance du 4 octobre 1945 crée la Sécurité sociale. Celle-ci non seulement assujettit les travailleurs de façon obligatoire, mais son ambition est d'être universelle, c'est à dire de couvrir progressivement toute la population et ce contre tous les risques sociaux[155]. Le droit à la Sécurité sociale figure pour la première fois dans le préambule de la Constitution de 1946 et sera réaffirmé dans les mêmes termes dans la Constitution de 1958[156].
L'Etat, tardivement entré sur la scène de la protection sociale, en devient l'acteur incontournable qu'il est encore aujourd'hui, sa fonction d'Etat-Providence s'affirme, « instituteur du social » (Pierre Rosenvallon) qui va désormais tenter d'intervenir là où les initiatives individuelles et privées ont montré leurs limites[157].

(…) Les caisses de prévoyance ont été d'abord un facteur de régulation de la main d'œuvre. (…) Il faut que l'individualisme cabochard cède et que l'homme se range. (…) [La société industrielle] ne veut plus de prolétaires, ces êtres à demi sortis de l'esclavage. Elle veut – en grand nombre – des salariés. (…) des citoyens pleinement intégrés. » (Hatzfeld, 1991, p. 326-327)

[153] Ces résistances à l'obligation émanent de la mutualité (qui ne veut pas être débordée par de nouvelles institutions), des grands patrons (qui refusent la judiciarisation des relations de patronage, en craignent la paperasserie et le dirigisme), des ouvriers et de leurs syndicats (la plupart refusent les cotisations, dénoncent l'âge trop avancé de la retraite, etc.), des petits propriétaires, notamment agricoles (qui assimilent les cotisations à un impôt supplémentaire). Elles sont plus encore le fait du corps médical qui met en garde contre le risque d'encouragement à l'imprévoyance et donc d'augmentation du coût supporté par la collectivité : « L'imprévoyant devient prévoyant à sa manière : il prévoit que sa paresse, ses vices, ne le conduisent plus à la misère et par conséquent s'y adonne sans frein … » (Hatzfeld, « Le grand tournant de la médecine libérale », les Editions ouvrières, Paris, 1963).

[154] Les Assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité et vieillesse des salariés de l'industrie et du commerce dont le salaire est inférieur à un plafond. Précisons que l'obligation était déjà en place pour les fonctionnaires et les salariés de quelques grandes entreprises, dans les mines et les chemins de fer notamment.

[155] Vieillesse, maladie, invalidité, accidents du travail, maternité, famille ; mais pas le chômage.

[156] « La nation assure à l'individu et à sa famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, au vieux travailleur, la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

[157] L'obligation d'assistance des indigents, qui ne remet pas en cause la logique libérale, avait en effet été le seul mode d'intervention de l'Etat au 19ème siècle, avec la nationalisation et la laïcisation des initiatives privées. Mais en obligeant patrons (à partir de la loi sur les accidents du travail de 1898), puis patrons et ouvriers (à partir des

4.1.3 Le brouillage des frontières entre logique d'assurance et logique d'assurance

La Sécurité sociale est initialement destinée à protéger « les travailleurs et leurs familles »[158], c'est à dire que l'activité professionnelle est la condition d'ouverture de droits[159]. Ce fondement professionnel empêche donc *a priori* la généralisation de cette couverture sociale à toutes les catégories de la population, puisque s'en trouvent exclues *de facto* les personnes qui ne travaillent pas ou pas assez, et qui sont donc censées relever de l'assistance. Pourtant le plan français de la Sécurité sociale entend instituer un dispositif qui soit une « garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes »[160].

Pour tendre vers l'objectif de couverture de toute la population, il va donc falloir dépasser cette logique professionnelle et rattacher certaines de ces catégories au départ exclues (étudiants, chômeurs, retraités, prêtres, etc.). De 1945 à 1974, la Sécurité sociale est ainsi étendue à de nouvelles catégories de populations, suivant en cela une évolution initiée dès le 19ème siècle, à savoir le remplacement progressif de l'assistance par l'assurance[161].

Mais à partir de 1975, ce mouvement s'inverse, amorçant une crise de l'Etat-Providence dont la Sécurité sociale est le pilier. La croissance du chômage en est doublement responsable. D'un côté, il déséquilibre le budget de la Sécurité sociale qui est basé sur les cotisations prélevées sur les salaires (on tente alors de compenser ce manque de cotisations en augmentant la part de financement par les impôts, avec la CSG, la CRDS et diverses taxes

---

lois de 1928-1930) à cotiser, cet Etat libéral évolue vers l'Etat-Providence, « c'est à dire en réalité un Etat assureur, répartiteur des avantages et des charges, garantissant la solidarité ». (Murard, 2001, p. 31)

[158] Article premier de l'ordonnance d'octobre 1945 : « il est institué une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supposent. »

[159] sauf pour les allocations familiales et l'allocation aux vieux travailleurs salariés : ces prestations, dès 1946, ont été versées sans lien avec des cotisations préalables.

[160] Et l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 stipule que « la Sécurité sociale (…) ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité. »

[161] L'Assurance maladie par exemple couvre 50% de la population en 1965, 98% en 1980. Notons que ce progrès en terme d'étendue de la population couverte s'est réalisé au détriment d'un autre des objectifs du projet initial, à savoir l'unité de la Sécurité sociale : la multiplicité des régimes et des caisses a perduré, complexifiant la gestion équitable de l'ensemble du dispositif.

affectées à la Sécurité sociale[162]). D'un autre, il multiplie le nombre de bénéficiaires des prestations. Le développement de l'assistance va désormais prendre le pas sur celui de l'assurance.

Le système d'Assistance publique mis en place fin 19ème - début 20ème siècle était censé disparaître peu après la création de la Sécurité sociale en 1945 puisque celle-ci avait pour vocation de couvrir, à terme, toute la population. Or non seulement il a été maintenu, mais il a même été étendu. Dans les années 70, il est intégré au sein d'une vaste politique d'aide et d'action sociales destinée à couvrir une frange de la population qui n'est prise en charge ni par la Sécurité sociale ni par l'Aide sociale : c'est la « nouvelle pauvreté » liée au chômage, multiforme, non limitée à des catégories particulières de la population, qui n'est pas due à une inadaptation sociale et à laquelle l'Aide sociale n'est pas destinée puisqu'elle est censée répondre à un besoin et une demande bien précis[163]. Un important réseau de travailleurs sociaux est mis en place pour accompagner ces personnes en difficulté.

En outre sont mises en mises en place au sein de la Sécurité sociale des prestations non contributives, c'est à dire des prestations qui, bien que versées par la Sécurité sociale, sont financées par l'Etat (par les impôts), ce qui les apparente à de l'assistance. Elles sont nombreuses. La plupart d'entre elles sont versées par les CAF, lesquelles sont ainsi amenées à traiter en partie la question de la précarité. Ce sont par exemple l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité, l'allocation parent isolé, l'allocation adulte handicapé, l'aide personnalisée au logement, l'allocation aux vieux travailleurs salariés, etc. Elles sont destinées aux populations qui n'ont pas une durée de travail ou un montant de cotisations versées suffisants pour être affiliées à la Sécurité sociale (contribuer = payer des cotisations pour avoir droit à des prestations) et qui ne sont pas ayants droit d'assurés sociaux. La plupart de ces prestations sont de plus soumises à une condition de ressources.

---

[162] Ce mouvement va s'accélérer dans les années 90 puisque cette part de financement par les impôts passera de 16,7% en 1990 à 30,4% en 2001.
La CSG, contribution sociale généralisée, est créée en 1991.
La CRDS, contribution au remboursement de la dette sociale, l'est en 1996.

[163] Le premier grand dispositif de lutte contre l'exclusion, à vocation universelle (c'est à dire qui ne concerne ni un problème spécifique (par exemple de logement) ni une population concernée par un problème spécifique (par exemple les handicapés)), destiné à répondre à l'exclusion multidimensionnelle, est le RMI, revenu minimum d'insertion, instauré par la loi du 1er décembre 1988. Cette « prestation-balai », ultime « filet de protection » pour les plus défavorisés, est financée par l'Etat et les départements et servie par les CAF (caisses d'allocations familiales).

Enfin, d'autres techniques sont venues renforcer la solidarité entre les assurés sociaux. C'est par exemple, au sein de l'assurance maladie, l'uniformité du prélèvement opéré sur l'assuré quelque soit le nombre de ses ayants-droit.

Au total, la Sécurité sociale actuelle associe bien plus nettement que par le passé le principe de solidarité (héritier de l'assistance) aux techniques assurantielles. La dissociation entre travail et protection sociale, avec d'une part la croissance de la part des prestations universelles et/ou forfaitaires aux dépends de celle des prestations proportionnelles aux cotisations versées et d'autre part la montée en puissance, au sein des ressources, des prélèvements fiscaux plutôt que des cotisations assises sur le travail, éloignent la Sécurité sociale française du modèle « bismarckien » pour la rapprocher du « beveridgien » : on passe d'une protection fondée sur le travail et les catégories professionnelles à une protection destinée à toute la population résidant légalement sur le territoire[164].

La loi CMU votée en 1999 s'inscrit pleinement en continuité de cette évolution puisqu'elle introduit la possibilité d'affiliation à la branche maladie de la Sécurité sociale sous condition non pas de contribution préalable par des cotisations en rapport avec le travail mais uniquement de résidence (CMU de base) et prévoit en outre le bénéfice d'une couverture complémentaire sous conditions de résidence et de ressources (CMU complémentaire), avec pour objectif l'intégration dans le droit commun de tous ceux qui en étaient jusqu'à présent exclus dès lors qu'ils satisfont aux conditions habituellement requises pour le bénéfice des prestations de l'Aide sociale (résidence et ressources), ainsi que, pour les étrangers, la régularité de leur séjour. Notons que cet objectif d'universalité est déjà atteint pour la branche famille depuis 1978.

[164] Le chancelier Bismarck crée dans l'Allemagne du 2ème Reich, au cours des années 1880, un système de protection sociale obligatoire de type assuranciel, destiné aux ouvriers allemands et financé par des cotisations payées pour partie par les employeurs, pour partie par les employés. La gestion en est assurée par des caisses professionnelles administrées par les payeurs. Cotisations et prestations sont proportionnelles aux salaires.
En 1941, le système conçu par Lord Beveridge, au Royaume-Uni, est destiné à protéger l'ensemble de la population et est financé par l'Etat grâce à un impôt spécifique. Il repose sur quatre principes : universalité (tous les risques sociaux et toute la population (pas que les travailleurs)), unicité (organisation unifiée gérée par les pouvoirs publics), généralité et uniformité des prestations quelques soient les revenus. Ce système est mis en place après-guerre grâce à la création d'une administration d'Etat, le National Health Service.
On a dit plus haut l'ambivalence « intrinsèque » de la Sécurité sociale française puisque l'objectif affiché au moment de sa création était d'en étendre la couverture à toute la population alors que ses ressources étaient assises sur les salaires. Lafore constate ainsi que « la Sécurité sociale est affectée d'une tension interne qui devait constituer, à terme, une contradiction difficilement surmontable : comment réaliser les objectifs de Beveridge (l'universalité de la protection la constituant en créance que chaque individu détient envers la collectivité) en utilisant les moyens de Bismarck (l'institution de droits sociaux attachés au travail de leurs titulaires) ? » (Lafore, 2000, p. 21)

Sécurité sociale et Aide sociale sont aujourd'hui imbriquées de façon complémentaire[165] pour assurer une couverture au moins minimale à presque toute la population[166].

4.2 Protection des étrangers

La bienfaisance du 19ème siècle relève de logiques locales. Le critère d'admission est la durée de résidence dans la commune plutôt que la nationalité, au nom de la religion chrétienne (sans frontière juridique) plutôt que du droit national. De la même façon, étrangers et Français appartiennent aux mêmes sociétés de secours mutuel.

Peu à peu cependant la gestion de la protection sociale se centralise, le droit social se codifie (après avoir varié d'une commune à l'autre) et le critère de la nationalité devient déterminant, ce qui tend à exclure les étrangers du bénéfice des prestations. (Noiriel, 1990, 1999)

Mais cette tendance s'inverse à la fin du 19ème siècle et surtout au 20ème siècle, avec la progressive égalisation des droits sociaux entre étrangers et Français, sous la pression de deux facteurs : l'installation durable des étrangers (ils ne sont plus de passage) d'une part, les conventions internationales (droits de l'Homme) et les traités de réciprocité d'Etat à Etat d'autre part[167]. La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite stipule ainsi que

[165] Borgetto (2003) remarque par exemple que si la CMU renforce la pénétration de la logique assistancielle dans le système de Sécurité sociale, l'allocation personnalisée d'autonomie, à l'inverse, introduit un principe assuranciel au sein de l'Aide sociale, celui de l'universalité de la prestation : celle-ci est en effet accordée sans condition de ressource et de façon uniforme sur tout le territoire, alors qu'elle est financée majoritairement par les départements.

On peut ainsi donner divers exemples de cette complémentarité des logiques :

- part importante de la Sécurité sociale : pour les personnes âgées, l'Aide sociale ne verse qu'une allocation marginale comparativement aux prestations (non contributives) de la Sécurité sociale ; pour la famille, la branche de la Sécurité sociale est généralisée, l'Aide sociale ne couvre que l'enfance en danger et l'action éducative en milieu ouvert
- part importante de l'Aide sociale : pour les personnes handicapées, l'allocation compensatrice tierce personne relève de l'Aide sociale

[166] Ainsi, en terme de couverture maladie par exemple : 17% de la population n'étaient couverts ni par la Sécurité sociale ni par l'Aide sociale en 1960, ils n'étaient plus que 4% en 1970 et 0,7% en 1991. (enquêtes décennales Santé-Soins médicaux de 1960 à 1991 ; *Problèmes économiques* n°2442, 18 octobre 1995)

[167] Le droit à la Sécurité sociale est un droit territorial : sont protégées les personnes qui résident sur le territoire ; les nationaux séjournant à l'étranger en sont exclus ; les étrangers perdent le bénéfice des droits acquis au pays d'origine quand ils arrivent en France et perdent celui des droits acquis en France quand ils reviennent dans leur pays.

Pour pallier les effets négatifs de la territorialité, depuis le début du 20ème siècle, les Etats concluent des accords de réciprocité permettant à leurs ressortissants respectifs de bénéficier de la Sécurité sociale. Ces conventions les engagent à réserver aux ressortissants des Etats partenaires le même traitement en matière de Sécurité sociale qu'à leurs propres ressortissants. En outre, depuis la deuxième moitié du 20ème siècle, ont été créés, sous l'égide des organisations internationales, des outils multilatéraux, posant eux aussi le principe de l'égalité de traitement entre Français et étrangers pour toutes ou certaines des prestations de protection sociale. Ils permettent le

« Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine. » La Sécurité sociale créée en 1945 reprend ce principe, associant les droits à la résidence plutôt qu'à la nationalité.

Nous allons insister ici sur le rôle qu'ont joué les politiques d'immigration depuis les années 70 sur la définition des droits sociaux des étrangers[168]. Après le choc pétrolier de 1973, le ralentissement de la croissance économique et la brutale augmentation du chômage, l'étranger est présenté à l'opinion publique comme un concurrent indésirable sur un marché du travail devenu trop étroit. Les deux objectifs principaux poursuivis depuis trente ans en matière de politique d'immigration sont alors l'intégration des immigrés déjà présents régulièrement sur le territoire français et la maîtrise des flux migratoires voire la fermeture des frontières. Simultanément, la protection sociale, parce qu'elle est perçue à la fois comme facteur d'intégration des immigrés et élément d'attraction pour les candidats à l'immigration, voit son accès peu à peu limité aux étrangers en situation irrégulière, tandis que les droits des étrangers régulièrement présents sur le territoire français sont progressivement portés à égalité avec ceux des Français.

Nous avons choisi de nous arrêter sur la loi du 24 août 1993 (« deuxième loi Pasqua »), celle du 11 mai 1998 (« loi Chevènement »), celle du 27 juillet 1999 (loi CMU) et enfin la dernière réforme de l'AME (décembre 2003) pour analyser cette évolution progressive des droits sociaux des étrangers.

Trois de ces lois ont en effet comme conséquence commune la restriction progressive de l'accès à la protection sociale des étrangers en situation irrégulière au regard de leur séjour : exclus de la Sécurité sociale en 1993 puis isolés au sein de l'Aide sociale en 1999, dont l'accès leur est restreint par la réforme de 2003.

Parallèlement, les étrangers en situation régulière voient progresser l'égalisation de leurs droits avec ceux des Français : en 1998 les prestations non contributives leur deviennent légalement accessibles et en 1999 le critère d'affiliation à la CMU n'est pas la nationalité

---

maintien des droits acquis (exemple : pensions de retraite) et l'exportation des prestations (exemple : retraité rentré au pays, prestations familiales pour la famille restée au pays).

[168] « Le droit est, on le sait, le reflet d'une politique, et les règles juridiques, dont les théoriciens vantaient jadis la permanence, sont aujourd'hui plus que jamais soumises aux fluctuations des choix politiques. », note Alfandari (1990) à propos des liens entre immigration et protection sociale.

mais la régularité du séjour, ce qui permet aux étrangers d'y prétendre dans les mêmes conditions que les Français dès lors qu'ils sont en situation régulière.

La restriction des droits des étrangers en situation irrégulière s'accompagne également du développement de la notion de « droit humanitaire » en faveur de ceux d'entre eux qui sont malades. Ainsi, les « consultations précarité » hospitalières et associatives accueillent dans des proportions croissantes des étrangers en situation irrégulière puisque les autres parties de la population (re)trouvent peu à peu le chemin du droit commun. Par ailleurs, la législation relative au droit au séjour évolue en 1997 et surtout en 1998 de façon à permettre aux plus malades des sans papiers une régularisation de leur séjour au titre de leur maladie et par suite leur accès à la Sécurité sociale.

Les associations de soutien aux étrangers ont commenté ces lois, des juristes et des économistes se sont penchés sur leurs logiques et leurs conséquences. C'est sur l'ensemble de ces observations et analyses que nous nous appuyons ici pour décrire leurs effets sur l'accès aux soins des étrangers.

4.2.1 La restriction de la couverture maladie des étrangers en situation irrégulière

Les trois réformes législatives successives que nous présentons ici restreignent l'accès des étrangers en situation irrégulière à la protection sociale, traduisant la volonté politique de contrôler les flux migratoires et de réduire les dépenses de la protection sociale. Le levier commun à ces deux objectifs est la limitation de « l'effet d'appel d'air » qu'induirait une protection sociale trop généreuse pour les étrangers irréguliers.

4.2.1.1 1993 : exclusion de la Sécurité sociale

Avec la loi n° 93-1027 du 24 août 1993 (relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, dite « deuxième loi Pasqua »), l'affiliation à la Sécurité sociale et le bénéfice des prestations deviennent conditionnés par, outre la résidence sur le territoire (applicable à tous, Français inclus), la régularité du séjour des étrangers exerçant en France une activité salariée ou assimilée. Cette

nouvelle condition s'applique même aux étrangers qui avaient cotisé pendant des années avant de se voir retirer leur titre de séjour et aux étrangers qui seraient, s'ils n'étaient en situation irrégulière, ayants droits d'étrangers assurés sociaux (par exemple, l'épouse sans papier d'un étranger en situation régulière).
Cette condition, désormais applicable pour la plupart des prestations de l'assurance maladie[169], était déjà requise pour le bénéfice de certaines d'entre elles (l'interruption volontaire de grossesse par exemple) ainsi que dans d'autres branches de la Sécurité sociale (la famille dès 1986).

Cette loi inscrit également le critère de la régularité du séjour comme critère du droit à l'Aide sociale. Le nouvel article 186 du Code de la famille et de l'Aide sociale, issu de cette même loi, conditionne en particulier l'obtention de l'aide médicale totale à la présence d'au moins l'un des deux éléments suivants (en sus des conditions de ressources) : la régularité du séjour (attestée par un titre de séjour figurant sur une liste fixée par décret) et une durée de résidence en France supérieure à trois ans (seule cette condition était requise avant 1993). Autrement dit, pour les étrangers en situation irrégulière, ceux pouvant faire la preuve de leur présence ininterrompue sur le territoire français depuis au moins trois ans bénéficient de la totalité de l'aide médicale, tandis que les autres ne peuvent accéder qu'à l'aide médicale dite hospitalière. Cette dernière prend en charge les soins dispensés dans un établissement de santé, c'est à dire le séjour et les consultations externes hospitaliers ainsi que les examens réalisés et les prescriptions ordonnées à cette occasion.

Cette loi a fait l'objet de vives critiques de la part des milieux militants de soutien aux étrangers et des partis de gauche, dans l'opposition au moment de son vote. Il lui a été reproché d'entrer en contradiction avec le principe d'égalité de traitement entre étrangers et Français[170] et de susciter d'un côté des attitudes xénophobes dans les administrations,

[169] Ne sont pas concernées par cette condition de régularité du séjour les prestations d'accident du travail et de maladies professionnelles, ni certaines catégories de personnes : les mineurs étrangers (ayants droit d'un assuré social), les ayants droit de ressortissants communautaires (même si eux-mêmes sont de nationalité extra-communautaire), les détenus (uniquement eux (pas leurs ayants droit) et pour le temps de l'incarcération), les étrangers bénéficiant d'un maintien de droits après perte de leur titre de séjour.

[170] On a vu en introduction que le Conseil constitutionnel, dans sa décision rendue pour la circonstance les 12 et 13 août 1993, affirme que les étrangers en situation irrégulière peuvent être exclus du bénéfice des prestations de la Sécurité sociale sans qu'il y ait rupture du principe d'égalité car leur situation est différente au regard de la loi. Il précise en outre que la constitutionnalité d'un texte se juge par rapport à sa conformité aux textes constitutionnels, et non aux conventions internationales, les milieux militants sus mentionnés soulignant en effet que la loi du 24 août 1993 viole le principe d'égalité posé par ces dernières.

légitimées par la non assurabilité des étrangers en situation irrégulière, et d'un autre les craintes de ces derniers de faire l'objet de dénonciations aux services de la préfecture à l'occasion des demandes d'ouverture de droits[171] ou de leur passage dans des établissements de soins. Par ailleurs, une conséquence directe de l'application de cette loi est que les étrangers en situation irrégulière, exclus de la Sécurité sociale, ont reflué vers le dispositif d'aide médicale dont la mise en œuvre, malgré sa réforme l'année précédente, faisait déjà l'objet de maintes critiques (multiplicité des acteurs, complexité des procédures, disparités inter-départementales des barèmes d'admission, etc.).

4.2.1.2 1999 : isolement au sein de l'aide médicale

Jusqu'à la réforme CMU, l'aide médicale est destinée aux étrangers en situation irrégulière (puisqu'on vient de le voir, ils sont exclus de la Sécurité sociale du fait de leur absence de titre de séjour), mais également à tous les Français et étrangers en situation régulière qui ne peuvent être affiliés à la Sécurité sociale sous critères socio-professionnels. L'ensemble de ces catégories de personnes est soumis aux mêmes conditions de ressources et de résidence, à l'exception des étrangers en situation irrégulière qui doivent en outre faire la preuve d'une résidence en France de trois ans ou plus pour bénéficier de l'aide médicale totale et qui à défaut ne peuvent prétendre qu'à l'aide médicale hospitalière.

La loi sur la CMU du 27 juillet 1999 fait basculer dans l'Assurance maladie la plupart des bénéficiaires de l'ancienne aide médicale, c'est-à-dire tous les Français et les étrangers en situation régulière dont la résidence est ancienne de trois mois au moins.

Les sans papiers, exclus de cette « universalité », restent les quasi seuls bénéficiaires de l'aide médicale (laquelle est restreinte, par cette même loi, à sa dimension d'Etat (AME) : l'AMD est supprimée, ce qui supprime les difficultés engendrées par le partage de compétences entre l'Etat et les départements).

Le plafond de revenus qui conditionne l'ouverture des droits est le même pour la CMU et l'AME. L'AME offre une protection moins complète que la CMU : le panier de soins pris en

[171] Les organismes de Sécurité sociale sont tenus par la loi du 24 août 1993 « de vérifier, lors de l'affiliation et périodiquement, que les assurés satisfont aux conditions de régularité de leur situation en France » et peuvent, pour ce faire, « avoir accès aux fichiers des services de l'Etat ».

charge est moins étoffé et seuls les résidents de plus de trois ans ont accès à la médecine de ville (les autres relèvent de l'aide médicale hospitalière).
Mais c'est surtout le fait que l'AME soit désormais quasi réservée à la frange sans papier de la population résidente qui déclenche les protestations de nombreuses associations de soutien aux étrangers et aux malades. Ces contestations portent sur le terrain du droit et sur celui de la pratique : on craint d'une part que l'aide médicale, désormais catégorisée « droit des sans papiers », soit sujette aux aléas des politiques d'immigration et ne fasse l'objet de réformes législatives ultérieures qui en restreignent la portée, et d'autre part que les sans papiers se trouvent encore plus exposés que par le passé à la stigmatisation et aux dénonciations à la préfecture, étant les seuls à rester à la porte du droit commun. Maille et Veisse (2000) remarquent par exemple que le facteur d'exclusion de ce droit commun n'est plus la précarité sociale (insuffisance de ressources, qui était commune à tous les bénéficiaires de l'aide médicale avant 1999), mais la précarité administrative (absence de titre de séjour) et concluent que finalement, si la CMU améliore la protection maladie de la majorité des exclus d'hier, elle renforce l'exclusion des autres : il y a moins d'exclus, mais ils sont plus exclus.

La loi CMU maintient cependant dans les grandes lignes le dispositif jusque là en vigueur : exclusion des étrangers en situation irrégulière de la Sécurité sociale et partage au sein de l'aide médicale selon l'ancienneté de la résidence (plus ou moins trois ans). Pour Borgetto (2000), cette continuité traduit la volonté, pour la majorité politique alors au pouvoir, de ne pas prendre le risque de susciter une nouvelle polémique. Les prises de position ont pourtant radicalement divergé au cours des débats parlementaires précédant le vote de la loi. Certains proposaient d'allonger la condition de résidence à cinq ans voire de supprimer toute protection sociale aux sans papiers, d'autres au contraire demandaient l'alignement de la situation de ces derniers sur le droit commun. On va voir qu'en 2003, c'est la première tendance qui va l'emporter, avec le durcissement des conditions d'accès à l'aide médicale pour les sans papiers.

4.2.1.3 2003 : restriction de l'aide médicale dans son accès et son contenu

L'aide médicale, réformée en 1992 et rénovée en 1999, va à nouveau être à nouveau modifiée en 2003, dans le sens que craignaient en 1999 ceux qui regrettaient qu'elle devienne « la couverture maladie des sans papiers ». Les oppositions vont d'ailleurs être nombreuses et la

réforme ne prendra finalement corps qu'à l'issue d'une succession de tentatives gouvernementales et de réactions associatives.

C'est la loi de finances rectificative[172] pour 2002 votée en décembre 2002 qui lance le coup d'envoi en introduisant le principe d'un ticket modérateur à la charge des bénéficiaires de l'AME (c'est-à-dire de paiements restant à la charge des patients)[173]. Face à la vague de protestations que suscite ce vote, émanant de nombreuses associations médicales et sociales ainsi que de syndicats et de partis politiques (« ticket modérateur = ticket d'exclusion des soins », pour des personnes sans revenus), le gouvernement retire en mars 2003 son projet, s'engageant à ne pas faire paraître de décret d'application, tout en annonçant en revanche une lutte renforcée contre les abus et les fraudes.

En mai 2003, un projet de circulaire comportant une série de restrictions supplémentaires mobilise une fois de plus les associations, qui finissent par en obtenir le retrait.

C'est finalement la loi de finances rectificative pour 2003 votée en décembre 2003 qui permettra au gouvernement de mener à bien son projet. Non seulement prévoit-elle le renforcement des contrôles annoncé en mars, mais en plus elle reprend la plupart des restrictions à l'accès à l'AME[174] qui avaient été successivement annoncées puis enterrées au cours de l'année précédente et en ajoute de nouvelles :

- suppression de la possibilité de pallier par une déclaration sur l'honneur l'absence des justificatifs d'identité, de domiciliation, d'ancienneté de résidence et de ressources

[172] L'AME étant financée par le budget de l'Etat, elle peut être réformée dans le cadre des discussions relatives aux lois de finances, et non dans celles relatives à l'Assurance maladie.

[173] Cette loi supprime par ailleurs l'accès à la CMU pour les mineurs isolés ou à charge d'étrangers en situation irrégulière, accès qui avait été prévu un an auparavant, sous la pression des associations. Elle supprime également la distinction AME hospitalière/totale : toute AME est désormais totale quelle que soit l'ancienneté de résidence en France du bénéficiaire. Cette dernière disposition va certes dans le sens d'un élargissement de l'accès aux soins (la restriction aux soins hospitaliers freinait l'accès aux soins préventifs (généralement dispensés ailleurs qu'à l'hôpital) et pour les soins curatifs, elle conduisait l'intéressé à « attendre » que son état de santé s'aggrave suffisamment pour nécessiter une prise en charge hospitalière), mais, remarquent les détracteurs de la réforme, l'instauration concomitante du ticket modérateur risque bien d'empêcher les bénéficiaires de profiter de cet accès à la médecine de ville puisqu'il leur en coûtera le prix du ticket modérateur à chaque consultation.

[174] Précisons que les mesures restrictives que comporte cette loi ne concernent pas que l'accès à l'AME. L'accès à la CMU complémentaire est également réformé. L'ouverture des droits est repoussée « au premier jour du mois qui suit la décision d'attribution », au lieu d'être effective dès « la date de la décision administrative ». En outre, sont désormais pris en compte les revenus de l'année antérieure (comme ça l'était déjà pour la CMU de base) et non ceux des douze derniers mois, les organismes d'assurance maladie pouvant vérifier leurs informations auprès de l'administration des impôts. Concrètement, cette réforme implique que ceux dont la situation économique se sera dégradée dans l'année ne pourront plus relever de la CMU complémentaire, et vice-versa.

- suppression de la possibilité d'admission immédiate à l'AME « quand la situation du demandeur l'exige »[175]
- exigence de la preuve de la résidence en France ininterrompue durant au moins les trois mois précédant la demande[176].

En outre, est supprimée la prise en charge du forfait hospitalier en cas d'hospitalisation et du ticket modérateur, pour les personnes majeures bénéficiant de l'AME.

La condition d'ancienneté de trois mois et la suppression de la procédure d'admission immédiate sont rapidement effectives (mais une circulaire d'application émanant des Affaires sanitaires et sociales rétablit cette dernière en septembre 2005[177]). La publication de deux décrets d'application, prévue pour début 2004, est mise entre parenthèses pendant un an et demi sous la pression des associations. Ce n'est donc que le 28 juillet 2005 que sont pris ces deux décrets.

Le premier précise notamment la nature des ressources prises en compte pour déterminer le droit à l'AME. Est indiquée en particulier la prise en compte, désormais, des avantages en nature procurés par un logement occupé à titre gratuit. Le second précise les modalités de justification de la résidence ininterrompue de trois mois, de l'identité et des ressources, étant donné que la déclaration sur l'honneur n'est plus acceptée. Enfin, la clause de rétroactivité qui permettait de prendre en charge les frais de santé quatre mois avant le dépôt de demande d'AME est réduite à trente jours.

Le décret prévoyant l'instauration du ticket modérateur n'est pas encore paru à ce jour.

L'objectif affiché de cette réforme est la maîtrise du budget de l'AME (dans un objectif plus large de limitation des dépenses de protection sociale), par réduction du nombre de bénéficiaires, limitation des dépenses de soins de ces derniers (via notamment leur

[175] Rappelons que l'objectif de la procédure d'admission immédiate à l'AME n'est pas de soigner l'urgence médicale (auquel cas la prise en charge hospitalière a lieu de toutes façons) mais de la prévenir, en évitant l'aggravation de l'état de santé de la personne par une ouverture accélérée des droits AME permettant la délivrance rapide des soins. Elle est également applicable pour l'ouverture des droits CMU.

[176] La même condition d'ancienneté que pour la CMU est donc désormais exigée. Les Français, déjà très rares au sein du public AME, ont désormais encore moins de « raisons » d'y être affiliés (avant 2003, ils pouvaient l'être en attendant que leur résidence soit ancienne de trois mois, avant de basculer dans la CMU).

[177] « Il convient de hâter l'instruction des demandes d'AME émanant de personnes qui, sans nécessiter immédiatement une hospitalisation, présentent une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapide sous peine d'aggravation. » Un certificat médical doit alors être joint au dossier. (circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005)

« responsabilisation[178] » avec le ticket modérateur) et éviction des fraudes (telles que la venue en France d'étrangers dans le seul but d'y être soignés : le nouveau délai de résidence de trois mois pour l'obtention de l'AME est censé limiter ce « tourisme pour soins »). Il y a donc une volonté explicite de ne plus permettre à tous les sans papiers de se soigner « aux frais de l'Etat », et pour ceux qui pourront encore le faire, de limiter cette prise en charge.

Chacun des projets gouvernementaux successifs, de 2002 à 2005 (projets de loi ou de décret) a suscité un tollé de protestations de la part des associations de lutte contre l'exclusion et de défense des étrangers, ainsi que des organisations de médecins, qui font circuler communiqués de presse, pétitions, etc.[179] Même le conseil d'administration de la CNAM[180] vote à l'unanimité en février 2004 un avis défavorable à deux projets de décrets.
Les critiques portent sur les points suivants.

Il parait inenvisageable d'interdire la prise en charge des soins, même les hospitaliers, à une partie de la population résidante en France. Rappelons en effet que jusqu'à présent, l'aide médicale hospitalière n'était conditionnée que par la seule résidence en France, indépendamment de la régularité du séjour pour les étrangers mais aussi de la durée de résidence en France[181], elle pouvait donc être accordée à des personnes très récemment

[178] C'est le terme utilisé par la Commission des finances de l'Assemblée dans son rapport pour le projet de loi de finances pour 2005, fin 2004. (cité par Maille et al., 2005)

[179] Exemples :
- Une pétition lancée fin 2002 récoltera plus d'un million de signatures
- 32 associations de santé, de défense des immigrés, de lutte contre la pauvreté et pour le respect des droits de l'Homme adressent le 10 juin 2003 une lettre ouverte à Jacques Chirac.
- MDM (Médecins du Monde) et MSF (Médecins sans Frontières) lancent le 18 décembre 2003 un appel conjoint pour alerter les ministres de la Santé et des Affaires Sociales des dangers induits par la réforme AME. Cet appel a été signé par 11400 personnes et 160 associations.
- Un collectif de médecins (le CoMeGAS, collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins), dans une lettre adressée au Président du Conseil de l'Ordre des médecins datée du 18 décembre 2003, rappelle la contradiction de la réforme avec le code de déontologie puisqu'ils ne pourront plus prescrire d'examens complémentaires et de médicaments (les malades n'ayant pas les moyens financiers de s'en acquitter).
- Un collectif rassemblant plus d'une centaine d'organisations (de lutte contre l'exclusion, de défense des étrangers, des syndicats de médecins et des partis politiques) signe un appel pour l'accès aux soins de tous, en réaction aux décrets du 28 juillet 2005. Dans ce texte, il est craint que ces décrets n'accroissent encore les obstacles à l'accès aux soins des étrangers sans titre de séjour, déjà gravement restreint par les mesures prises lors du vote de la réforme de 2003.
- Un manifeste intitulé « arrêtez de nous faire honte », signé en octobre 2005 par des personnalités du monde syndical et associatif, est envoyé au gouvernement.

[180] Caisse Nationale d'Assurance Maladie

[181] Un avis du Conseil d'Etat de 1981 précise que l'exigence de résidence pour le bénéfice de l'aide sociale (article 124 du Code de la Famille et de l'Aide sociale) « doit être regardée comme satisfaite, en règle générale, dés lors que l'étranger se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité. Cette situation doit être appréciée dans chaque cas, en

arrivées en France, qui basculaient dans la CMU au bout de leurs trois premiers mois de résidence en France si elles en remplissaient par ailleurs les conditions.

On dénonce ensuite les difficultés prévisibles des étrangers éligibles à faire valoir leurs droits à l'AME ainsi réformée, si leurs déclarations sur l'honneur ne sont plus acceptées (la non recevabilité des déclarations sur l'honneur contredirait d'ailleurs le décret du 2 septembre 1954 relatif à l'aide sociale). La plupart d'entre eux risquent en effet de ne pas pouvoir prouver leur domiciliation, leur identité, le montant de leurs revenus ni l'ancienneté de leur résidence de trois mois même s'ils sont là depuis des années : leur absence de titre de séjour les met dans l'impossibilité de fournir un bail ou une facture d'eau pour prouver leur résidence, et la présentation d'un certificat d'hébergement fait prendre des risques à celui qui le rédige (aide au séjour irrégulier) ; les CCAS ont des réticences à domicilier les étrangers sans papiers sans domicile fixe, bien qu'ils y soient légalement tenus ; on peut mentionner la situation particulièrement compliquée des Bulgares qui ont le droit de séjourner en France trois mois consécutif sans visa mais dont la situation devient irrégulière s'ils restent au-delà de trois mois, qui font donc des allers retours au pays tous les trois mois ce qui leur interdit de prétendre à l'AME ; n'ayant pas droit au travail, les sans papiers ne disposent pas de fiche de salaire pour déclarer leurs revenus ; enfin, leurs faibles ressources ne leur permettent pas de s'adresser à des interprètes assermentés pour traduire leurs justificatifs d'identité.

Pour ceux qui seront parvenus à se faire accorder l'AME, l'accès aux soins restera considérablement limité par la charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier, étant donné leurs faibles revenus.

On prédit des retombées négatives en termes de santé publique, via par exemple la propagation de maladies infectieuses non soignées[182] et une recrudescence des pathologies favorisées par la précarité sociale, en raison de trois types de limitation des soins : le retard aux soins impliqué par la suppression de la procédure d'admission immédiate (on a vu qu'elle a été rétablie sous la pression des associations), la limitation de l'accès aux soins pour les personnes couvertes ne pouvant pas payer le ticket modérateur, et surtout l'absence de soins pour tous les exclus de l'AME. Ces derniers n'auront pour seuls accès aux soins possibles, au

---

fonction de critères de fait et, notamment, des motifs pour lesquels l'intéressé est venu dans notre pays, des intentions qu'il manifeste quant à la durée de son séjour. » L'exigence des trois mois d'ancienneté serait donc contraire à cet avis.

[182] sachant que les étrangers en situation irrégulière sont sur représentés au sein des épidémies du VIH et de la tuberculose par exemple.

quotidien (hors « soins vitaux », cf. ci-dessous), que les urgences hospitalières et les consultations gratuites des associations, d'où la surcharge des unes et des autres[183].

Ce sont également les justifications de la réforme qui sont contestées, certains qualifiant d'aberration économique l'objectif avancé de maîtrise des coûts : non seulement les chiffres sur le coût réel de l'AME (170 000 bénéficiaires fin 2003) qu'avancent les associations sont bien moindres que ceux du gouvernement[184], mais surtout ces dernières remarquent que la réforme va alourdir le coût de l'AME : les factures impayées contraindront les hôpitaux à engager des poursuites, les traitements retardés seront plus coûteux (état de santé plus dégradé) que ceux que permettent un accès aux soins précoce et la prévention. Un rapport réalisé en 2004 par la CNAM enfonce le clou en évaluant à près de trois millions d'euros le coût des effectifs nécessaires dans les CPAM pour l'application des nouvelles procédures administratives[185].

Enfin, c'est la validité de la loi au regard du droit qui est contestée. Elle serait en contradiction avec les textes internationaux et nationaux qui stipulent le droit de tous aux soins médicaux[186]. En février 2003, des associations[187] déposent devant le Comité européen

---

[183] « Le législateur ne peut pas se défausser sur les associations, qui ne sont qu'un filet de sécurité. » (Françoise Jeanson, présidente de Médecins du Monde) ; « On ne peut pas remplacer un système de soins par la charité. » (Patrick Pelloux, président de l'Association des urgentistes). (juin 2004)
Les PASS, sur lesquelles on reviendra plus loin, sont censées être organisées de façon à éviter la création de filières spécifiques pour les plus défavorisés. Ces derniers doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population. Ainsi, en attendant l'ouverture de droit à une couverture maladie, les malades se voient remettre un bordereau porteur d'un code spécifique qui leur permet de circuler dans les différents services de l'hôpital sans recevoir par la suite de facture. Les PASS jouent de cette manière le rôle de sas invisibles. Elles se distinguent en cela des consultations gratuites associatives, où sont également offerts soins et assistance sociale mais qui, à la différence des PASS, sont réalisées au sein de structures matériellement repérables, ce qui en fait, selon certains observateurs, des « ghettos pour pauvres ».
Selon les détracteurs de la réforme de l'AME, même quand ils auront pu se faire ouvrir des droits AME, les étrangers en situation irrégulière ne pourront désormais plus accéder aux soins en raison du ticket modérateur. Les PASS risquent alors de ne plus pouvoir jouer leur rôle de sas, puisqu'elles représenteront le seul accès aux soins possible pour ces étrangers ainsi que tous ceux qui n'auront pas pu se faire faire ouvrir de droits : ils ne pourront plus en sortir. L'objectif des PASS sera dénaturé et leur fonctionnement au quotidien saturé.

[184] Maille et al. (2005) par exemple, observant que le nombre des bénéficiaires et le niveau des dépenses ne sont pas précisément connus, contestent le niveau de dépense moyenne des bénéficiaires de l'AME, bien supérieur à celui des assurés du régime général, qu'ont indiqué les pouvoirs publics pour démontrer « l'explosion » des dépenses. Un niveau moyen de dépense n'a, en outre, remarquent-ils, aucun sens si l'on ne tient pas compte de la répartition des dépenses dans la population concernée (elles sont, de façon générale, concentrée sur une petite partie de la population) ni de son état de santé, deux éléments également non connus.

[185] Ce rapport, réalisé par le directeur de la mission de coordination stratégique de la CNAM, fait allusion à l'accroissement du nombre de dossiers à constituer puisque chaque bénéficiaire ou ayant-droit doit désormais satisfaire à la condition de résidence et au nombre important de retours de dossiers (quasiment un sur deux) pour « compléments de preuves ». L'auteur conclut : « Le risque est grand, au travers d'une législation mise en œuvre pour résoudre l'exception, d'avoir conçu un dispositif d'une grande complexité, générant des frais de gestion bien plus lourds que le précédent, ainsi que des dépenses collectives de soins bien plus onéreuses. »

[186] Exemples :

des droits sociaux (dont la mission est de vérifier que les Etats signataires de la Charte sociale du Conseil de l'Europe en respectent les engagements) une réclamation collective contre la réforme de l'AME. Des associations[188] contestent en outre la légalité des décrets du 28 juillet 2005 et déposent un recours devant le Conseil d'Etat.

Mais le Conseil Constitutionnel a validé l'essentiel de la loi, dans une décision du 29 décembre 2003, en considérant que la condition de séjour en France ininterrompu depuis au moins trois mois ne porte pas atteinte à la protection de la santé imposée par le préambule de la Constitution de 1946 dans la mesure où « les soins urgents » des étrangers en situation irrégulière séjournant depuis moins de trois mois peuvent, sous certaines conditions, être pris en charge (on va revenir sur ce point un peu plus loin). Par ailleurs il rappelle à nouveau que le principe d'égalité ne s'oppose « ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit. »

De son côté, en mars 2005, le Comité européen des droits sociaux a rendu publique sa décision, selon laquelle il reconnaît le bien-fondé de la réclamation qui lui a été faite, estimant que les dispositions françaises violent l'article 17 de la charte sociale européenne sur le droit aux soins des enfants et adolescents, parce que les enfants d'étrangers en situation irrégulière n'ont « droit à l'assistance médicale qu'en cas de situation mettant en jeu le pronostic vital » et qu'ils « ne sont admis au bénéfice du système d'assistance médicale qu'après une certaine durée de présence sur le territoire ». Il a considéré, en revanche, qu'il n'y a pas violation de l'article 13 § 4 de la charte sociale relatif au droit à l'assistance sociale et médicale des plus

---

- articles 22, 23 et 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de l'ONU en 1948 : « toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale (…) à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, (…) les soins médicaux (…) Tous ces droits sont rattachés à la personne humaine, quelle que soit sa situation sociale, économique ou professionnelle. »
- l'article 13 de la Charte sociale du Conseil de l'Europe énonce que « toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale. »
- alinéa 11 du Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946 : « Elle [la nation] garantit à tous (…) la protection de la santé. » Ce principe est repris dans le Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958.
- la loi du 4 mars 2002 stipule que le droit de toute personne à la protection de la santé est un droit fondamental (L 1110-1) et que toute personne a le droit de recevoir les soins les plus appropriés (L 1110-5)

[187] La Fédération internationale des ligues des droits de l'Homme (FIDH), le GISTI et la Ligue des droits de l'Home (LDH)

[188] AIDES, le GISTI, la LDH, le MRAP et Médecins du Monde.

démunis puisque « la législation ne prive pas les étrangers en situation irrégulière de tout droit à l'assistance médicale », tout en réaffirmant pourtant que le droit aux soins est un droit fondamental. Sa condamnation de la France est donc partielle. Daugareilh (2005) qualifie d'« audace retenue » cette réponse en demi-teinte. Le gouvernement a pris acte de cette décision puisque dans une circulaire datée du 16 mars 2005 il est précisé que seront pris en charge tous les soins délivrés à l'hôpital à des mineurs résidant en France et non bénéficiaires de l'AME.

Dans les mois qui suivent son vote, la réforme semble atteindre les objectifs qui lui sont fixés puisque les rapports d'activité des consultations gratuites associatives font état de l'augmentation du nombre de patients sans possibilité d'accès à une couverture maladie[189] et/ou dans l'impossibilité de payer leurs soins. Les prédictions des acteurs de ces associations se concrétisent puisqu'ils constatent des recours aux soins plus tardifs et dans l'urgence, la réapparition de refus de soins à l'hôpital et l'augmentation continue du nombre de patients étrangers en situation irrégulière parmi leurs patients[190].
Au niveau national, le nombre de bénéficiaires de l'AME accuse un net recul : il a diminué de 10% entre juin et décembre 2004, puis de 10% entre 2004 et 2005 (145 000 personnes en 2005). (Zitouni, 2005 ; Boisguérin, 2005)

Au total, ces trois réformes législatives (1993, 1999, 2003), portées par la volonté politique de contrôler les flux migratoires et de réduire les dépenses de la protection sociale, se traduisent par la restriction de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière[191]. Le levier

[189] Selon le rapport 2004 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, le nombre de patients sans droit a doublé, passant de 9,2% en 2003 à 19% en 2004 (99,4% de ces « sans droit » sont étrangers). Plus de la moitié d'entre eux (soit 10% de tous les patients reçus) ne peuvent pas prétendre à l'AME parce qu'ils ne satisfont pas à l'ancienneté de résidence de trois mois … or 14% d'entre eux résident en fait en France depuis trois mois ou plus, mais ne peuvent pas le prouver.

[190] Les centres de soins de Médecins du Monde par exemple ont accueilli 6000 étrangers en situation irrégulière en 2003 et 8500 en 2004. 45% des patients reçus dans ces centres relèvent de l'AME en 2004, dont la majorité n'ont pas de droits ouverts.

[191] Notons que les différents pays d'Europe de l'Ouest accordent des droits variables aux étrangers en situation irrégulière en matière d'accès aux soins.

- L'Allemagne et le Danemark accordent des droits très limités aux étrangers en situation irrégulière (essentiellement les soins urgents), avec en outre le risque pour les prestataires de soins, en Allemagne, d'être poursuivis pénalement pour aide au séjour irrégulier.

commun à ces deux objectifs est la limitation de « l'effet d'appel d'air » qu'induirait une protection sociale trop généreuse pour les étrangers irréguliers.

Cette analyse de « l'appel d'air » ne fait certes pas l'unanimité. Maille et al. (2005) par exemple qualifient de « fantasme » la crainte que les malades du Sud viennent « profiter » de « notre » assurance maladie, étant donné que d'une part la majorité des immigrants sont des personnes jeunes en bonne santé[192] et que d'autre part la plus grande part des personnes qui se trouvent un jour en situation irrégulière sont entrées dans le pays de façon régulière puis ont perdu leur droit au séjour alors qu'elles résidaient déjà en France. On aura également l'occasion de signaler les faibles taux de couverture des étrangers en situation irrégulière (chapitre sur les discriminations systémiques), qui donnent à réfléchir sur l'effet supposé attractif du système de protection sociale français[193]. De nombreux analystes considèrent en fait que les flux migratoires sont d'abord économiques et que leur maîtrise ne passera que par le développement des pays sources de l'immigration. La restriction des droits sociaux des immigrés en situation irrégulière (soins, hébergement d'urgence, scolarisation …), non seulement ne découragerait alors pas les candidats à l'immigration, mais elle constitue en outre une atteinte des droits de l'Homme et, du point de vue de la santé publique en particulier, elle est dangereuse[194]. Certains considèrent ainsi que les immigrés jouent

---

- L'Angleterre, la Belgique, l'Espagne, l'Italie, les Pays-Bas et le Portugal tentent de concilier le droit aux soins et l'absence d'assurances sociales des étrangers en situation irrégulière : l'Espagne et le Portugal subordonnent l'accès aux soins à la domiciliation, et non à la régularité du séjour ; les étrangers en situation irrégulière peuvent accéder à presque tous les soins en Belgique et aux Pays-Bas, à une partie d'entre eux en Italie et en Angleterre.

(le Sénat, 2006)

[192] On a signalé plus haut la sous-mortalité des immigrés (de 30%, après standardisation sur l'âge, la région de résidence et la couche sociale (Wanner et al., 1997)), expliquée notamment par le retour au pays en cas de maladie et la sélection à l'immigration. Selon un rapport rendu par l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) en février 2003, c'est leur précarité socio-économique qui explique l'état de santé plus souvent dégradé et le recours aux soins tardif des bénéficiaires de l'AME. Ce rapport invalide ainsi la thèse de la venue en France pour soins (il se termine cependant par une série de recommandations visant à limiter l'accès à l'AME pour en limiter le coût, recommandations reprises dans la réforme de décembre de la même année).

[193] Quant aux étrangers en situation régulière, il semble qu'ils cotisent plus qu'ils ne perçoivent, globalement (mais pas pour les accidents du travail, le chômage et les allocations familiales). (Debroise, 1992 ; Ducastelle et al., 1992)

[194] Cf. par exemple le rapport rendu par la commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine (avril 2006) qui reprend ces arguments (tout en concluant favorablement sur la politique gouvernementale de lutte contre l'immigration irrégulière). Cette analyse sur l'erreur que représenterait la fermeture de l'accès aux soins des sans papiers afin de réduire l'immigration irrégulière est également faite aux Etats-Unis, où le système de soins est pourtant notoirement moins accessible qu'en France : restreindre l'accès des sans papiers aux services de soins publics ne pourrait pas réduire l'immigration clandestine car les clandestins venant d'abord pour trouver du travail, seul un changement relatif des économies de part et d'autre de la frontière pourrait influencer les flux migratoires. Supprimer l'accès aux soins serait par ailleurs une erreur du point de vue de la santé publique et porterait atteinte aux droits de l'Homme. (Berck et al., 2000)

finalement le rôle de boucs émissaires, se voyant attribués la responsabilité de l'insécurité sociale et civile contemporaine (Castel, 2003), évitant ainsi aux autorités publiques d'avoir à traiter directement les causes profondes de cette insécurité que sont le chômage (lié plutôt aux changements de l'appareil de production, à la nouvelle division internationale du travail, à la faible croissance), les violences urbaines (en rapport plutôt avec la concentration de la misère dans certaines zones urbaines) ou les déficits publics (à mettre sur le compte de l'augmentation globale des dépenses de santé et de retraite). (Pharo, 2001)

Quoi qu'il en soit, au motif de la prévention de l'appel d'air, l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière est restreint[195]. Cette restriction passe par leur exclusion de la protection sociale réservée aux Français et aux étrangers en situation régulière et leur isolement croissant au sein d'une aide médicale qui leur est de plus en plus inaccessible. Parallèlement, cette dernière s'émancipe toujours un peu plus des caractéristiques générales de l'Aide sociale, dans un sens favorable à son accès (par exemple, simplification et uniformisation sur tout le territoire des procédures d'accès) ou non (rappelons par exemple que depuis 2003 la résidence en France doit satisfaire à une condition d'ancienneté).

A chaque réforme, à ceux qui considèrent que ces textes violent le principe d'égalité de traitement, le Conseil Constitutionnel rappelle que la différence des situations (entre étrangers en situation irrégulière) et/ou l'intérêt général (la fermeture des frontières) légitime(nt) ces différences de traitement.

On a déjà signalé que ces décisions articulent en fait deux enjeux, la protection de l'intérêt général et celle des droits fondamentaux. C'est au point d'équilibre entre les poids respectifs de chacun de ces deux enjeux que le juge situe la frontière entre les traitements différentiels qui peuvent être « légitimement » réservés aux étrangers en situation irrégulière et ceux qui ne le peuvent pas. On voit ici la fluctuation qui caractérise dans une certaine mesure ce point d'équilibre[196].

---

[195] Et cette évolution suit celle des politiques de lutte contre l'immigration clandestine, ainsi qu'en témoigne par exemple le nombre des reconduites à la frontière. On en comptait 6000 en 2001, 11 000 en 2003 et 16 000 en 2004, soit une augmentation de 72% entre 2002 et 2004. Le ministre de l'Intérieur (Dominique de Villepin) exprimait en décembre 2004 son souhait de franchir la barre des 20 000 en 2005, qualifiant la lutte contre l'immigration clandestine de priorité absolue. Le nombre de reconduites a ensuite progressé de 22% pendant les 5 premiers mois de 2005 par rapport à la même période en 2004.

[196] Par exemple, en 1993, la seule condition requise pour bénéficier de soins hospitaliers (aide médicale hospitalière) est celle de la résidence en France ; les prestations moins indispensables ne sont « garanties par la

4.2.2 La « compensation » humanitaire

Alors qu'ils étaient progressivement exclus de l'accès à une couverture maladie, les étrangers en situation irrégulière ont pu bénéficier, pour leur accès aux soins, de mesures ayant pour point commun de s'apparenter à de l'humanitaire, c'est-à-dire qu'elles sont destinées à résoudre des situations particulièrement tragiques en restaurant l'accès à des droits fondamentaux.

Certaines d'entre elles concernent exclusivement les étrangers en situation irrégulière. Guidées par la compassion, elles ont alors pour vocation à réparer, à compenser le recul du droit (Lochak, 2001), constituant le « principal contrepoint autorisé à la logique répressive » à l'oeuvre à l'égard d'individus auxquels est déniée toute citoyenneté juridique. (Fassin, 1997) C'est le cas de deux dispositions législatives présentées ci-dessous, votées en 1998 et 2003. D'autres, même si elles ont pour objectif plus général la lutte contre l'exclusion des soins, leur bénéficient tout particulièrement puisqu'ils sont exclus des autres possibilités d'accès.

Toutes attestent d'un consensus social sur la prééminence de la santé dans l'ordre social des légitimités (on tolère moins les inégalités de santé et d'accès aux soins que celles d'ordre économique par exemple), consensus qui dépasse la question des étrangers et traverse la société toute entière, comme en témoigne l'importance susdite de l'action publique de lutte contre l'exclusion des soins. Certes, ce consensus s'exprime dans le registre de la compassion, ce qui lui évite d'avoir à traiter de front les inégalités en jeu. Mais quoiqu'il en soit, les étrangers, et tout particulièrement les étrangers en situation irrégulière, accèdent via la maladie à une reconnaissance qui sinon tend à leur échapper. On a dit en effet le déficit de connaissances sur leur santé (par absence de statistiques les concernant). Surtout, on a décrit

---

Nation qu'à ceux qui ont avec elle des liens suffisamment étroits pour qu'ils puissent être considérés comme ses membres, nationaux ou étrangers » (Julien-Laferrière, 1997, p. 184). Témoignant de l'un de ces liens, le séjour régulier est désormais indispensable à l'accès des étrangers aux régimes obligatoires de Sécurité sociale (avec alors égalité de traitement entre étrangers et nationaux). Mais en cas de séjour irrégulier, une certaine durée de résidence en France témoigne également de ce lien : une résidence de trois ans ou plus permet de prétendre à l'aide médicale à domicile.
En 2002, plus aucune condition d'ancienneté de résidence ne conditionne l'accès des sans papiers à l'aide médicale à domicile.
En 2003, une ancienneté de trois mois est requise pour leur accès à l'aide médicale (même pour les soins hospitalier). L'accès à une palette restreinte de soins « urgents » est prévu par une circulaire en 2005 pour ceux des résidents qui ne rempliraient pas cette condition d'ancienneté de résidence.
On voit ainsi varier non seulement l'épaisseur du « lien à la Nation » nécessaire au bénéfice des prestations - même celles de première nécessité – mais aussi la définition de ces dernières (soins hospitaliers/tous les soins couverts par l'aide médicale/seuls les soins urgents).

leur illégitimité politique croissante, dans un contexte de fermeture des frontières se traduisant par des difficultés toujours accrues pour obtenir un titre de séjour ou le statut de réfugié. La maladie apparaît dans ce contexte comme la raison la plus acceptable de prétendre à un titre de séjour[197], par mise en avant de « la légitimité du corps souffrant au nom d'une commune humanité », et l'accès aux soins apparaît comme l'un des « derniers refuges du droit » (Fassin, 2001). Ainsi, alors que l'immigré, jusqu'à la fin des années 70, était légitimé par son corps-force de travail (Sayad, 1999), il l'est aujourd'hui par son corps souffrant, dont la reconnaissance est qualifiée par Fassin de « bio-légitimité ». (Fassin, 1999 ; 2000 ; 2001 ; 2002)

4.2.2.1 1998 : les titres de séjour pour soins

Cette réforme législative résulte de deux mobilisations des années 90.
L'une est menée par des associations de soutien aux étrangers et/ou aux séropositifs pour le VIH et par des équipes médicales spécialisées dans le VIH. Elles protestent contre les départs forcés du territoire des étrangers en situation irrégulière et séropositifs, en dépit du droit de tous à être soigné, droit que rappellent les textes internationaux et nationaux comme on l'a signalé plus haut. Elles demandent donc la protection des éloignements forcés et une régularisation de la situation administrative de ces étrangers malades.
L'autre est celle des sans papiers. La société française les « découvrent », humainement proches et socialement acceptables, eux qui souvent ne sont devenus en situation irrégulière qu'à la suite du vote de lois toujours plus restrictives qui les ont privés du titre de séjour dont ils étaient jusqu'alors détenteurs. (Fassin, 2002)
Ces deux mobilisations ont impulsé une évolution de la législation à l'égard de ceux de ces sans papiers qui sont gravement malades.

Les étrangers souffrant de pathologies dont l'absence de traitement aurait des conséquences graves et qui ne peuvent être prises en charge au pays d'origine sont protégés de l'éloignement

[197] Le taux de reconnaissance de la qualité de réfugié est passé de 95 % à 12 % en vingt ans. De source ministérielle, 4795 titres de séjour pour soins ont été délivrés en 2000 (0,8% de l'ensemble des titres de séjour délivrés toutes raisons confondues) ; environ 16 000 l'auraient été en 2004 (soit autant que de reconduites à la frontière la même année).
Notons en outre que le statut associé au titre de séjour pour soins (au mieux une carte de séjour temporaire d'un an) est beaucoup plus précaire que le statut de réfugié (carte de résident de dix ans renouvelable de plein droit).

forcé du territoire français depuis l'amendement de la loi du 24 avril 1997 (dite « loi Debré »)[198]. Ils peuvent en outre, depuis la loi du 11 mai 1998 (relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (RESEDA), dite « loi Chevènement »), se voir délivrer une carte de séjour temporaire (CST) portant la mention « vie privée et familiale » d'une durée d'un an avec droit au travail, renouvelable tant que l'état de santé le justifie, ou une autorisation provisoire de séjour (APS) de trois ou six mois en cas de défaut de « résidence habituelle » en France[199]. En d'autres termes, la loi Debré a marqué une première étape en leur permettant de ne pas être expulsés ; la loi Chevènement est allée plus loin en ouvrant la possibilité d'une régularisation, laquelle facilite grandement l'accès aux soins, via l'accès à la Sécurité sociale.

4.2.2.2 2003 : la prise en charge des exclus de l'AME

La loi de finance rectificative pour 2003 votée en décembre 2003, qui on l'a vu restreint considérablement l'accès des étrangers en situation irrégulière à l'AME, prévoit cependant la création d'un fonds pour la prise en charge ponctuelle de certains des étrangers non éligibles ou non encore bénéficiaires (demande en cours d'instruction) de l'AME : les CPAM rembourseront les frais de santé occasionnés par une urgence vitale soignée à l'hôpital. Cette prise en charge ponctuelle ne pourra cependant pas justifier d'une ouverture des droits AME. Les étrangers non résidents (titulaires d'un visa de court séjour) et les ressortissants de l'Union européenne ne sont pas éligibles à ce dispositif (les premiers peuvent cependant adresser au Ministère en charge de l'Action sociale une demande d'AME dite humanitaire).

---

[198] Cet amendement interdit l'expulsion de « l'étranger résidant habituellement en France atteint d'une pathologie grave nécessitant la poursuite d'un traitement médical dont l'interruption peut entraîner des conséquences d'une extrême gravité sur la situation personnelle de celui-ci, sous réserve qu'il ne puisse effectivement poursuivre un traitement approprié dans le pays de renvoi ».

[199] La loi du 11 mai 1998, 11° de l'Article 12 bis de l'ordonnance du 2 novembre 1945, prévoit

- la protection contre les mesures d'éloignement administratif et judiciaire de l'étranger « résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire »
- le droit au séjour des étrangers remplissant les mêmes conditions : délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire d'un an « vie privée et familiale » avec droit au travail (prévue à l'article 12 *bis* 11° de l'ordonnance de 1945 modifiée).

Là comme pour les titres de séjour pour soins, c'est le besoin de soin vital[200] qui permet de déroger à la règle.

Enfin, à la suite de la décision du Comité européen des droits sociaux regrettant la restriction de l'accès aux soins des enfants d'étrangers en situation irrégulière, une circulaire datée du 16 mars 2005 est venue préciser que seront pris en charge tous les soins délivrés à l'hôpital à des mineurs résidant en France et non bénéficiaires de l'AME.

4.2.2.3 Les « dispositifs balais » de la lutte contre l'exclusion des soins

On a signalé plus haut le regain d'intérêt scientifique et politique pour les inégalités sociales de santé suscité par la « nouvelle pauvreté » des années 70-80 et ses conséquences sanitaires. Et on a noté le décalage entre d'une part les politiques envisagées depuis le début des années 90 pour réduire ces inégalités et d'autre part les résultats des études réalisées sur cette question, puisque l'objectif principal des premières est la facilitation de l'accès aux soins (l'accès aux droits comme l'accès aux lieux de soins) des personnes en situation précaire, alors que les secondes étendent la notion d'inégalité sociale à la société toute entière (au lieu de la limiter à sa frange la plus précaire) et attribuent au système de soins une capacité d'action limitée sur les inégalités sociales de santé.

Mais toute « décalées » qu'elles soient au regard de la notion d'inégalité sociale de santé, ces mesures prises par les pouvoirs publics, comme les initiatives associatives qui les ont précédées et accompagnées depuis la fin des années 70, ont bénéficié aux étrangers en situation irrégulière. Les filets destinés à « l'intégration des exclus » sont en effet le plus souvent indifférents à la nationalité et au droit au séjour. On a vu que les politiques de lutte contre l'exclusion peuvent d'ailleurs, par le choix de critères socio-économiques et

[200] La circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 est venue préciser cette notion de soins urgents : ce sont les soins « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés dans les établissements de santé », mais aussi:

- « les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple) » ;
- tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France non bénéficiaires de l'AME;
- les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique et les soins au nouveau-né;
- les interruptions de grossesse, volontaires ou pour motif médical.

territoriaux, être implicitement destinées préférentiellement aux populations issues de l'immigration. Présentons-en les points saillants.

D'un point de vue associatif, il s'agit de consultations gratuites qui associent le plus souvent prises en charges sociale et médicale, pour à la fois accompagner les malades lors des procédures administratives d'ouverture des droits à une couverture maladie et pallier dans l'immédiat l'absence de couverture en dispensant les premiers soins. Cette mission humanitaire s'accompagne fréquemment d'un volet militant, avec témoignage sur les caractéristiques de ces populations exclues du droit commun et leurs parcours d'accès aux soins – en soulignant notamment l'écart entre les droits affichés et les réalités - et demande de réformes dans la loi ou dans les pratiques.
Leur mise en place démarre à partir des années 70. Ce sont par exemple les consultations du Comede (Comité médical pour les Exilés) (1979), de Remède (Relais Médical aux Délaissés) (1984), de la Mission France de Médecins du Monde (1986) et de la Mission Solidarité France de Médecins Sans Frontières (1987).
A la faveur des évolutions législatives qui, comme la loi CMU, facilitent l'accès au droit commun des Français et des étrangers en situation régulière, le pourcentage d'étrangers, et plus encore celui de sans papiers, parmi les nouveaux patients reçus dans ces consultations, va croissant depuis leurs créations. (Mizrahi et al., 2000) Ces consultations, comme les dispositions réglementaires présentées ci-dessus, viennent ainsi atténuer la restriction légale de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, pour éviter les défauts de soins les plus graves.

Du côté des pouvoirs publics, les premières initiatives prises pour faciliter l'accès aux soins sont locales (au niveau de CPAM et de Conseils généraux par exemple, avec notamment des « cartes santé »). A la suite de la publication de plusieurs rapports à partir des années 80 soulignant les difficultés des personnes en situation de précarité à accéder à une protection sociale et aux soins[201], plusieurs législations sont votées.

[201]On peut citer :
- le rapport du père Joseph Wresinski d'ATD Quart Monde, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Conseil économique et social, JO, Paris, 1987 : il dénombre 400 000 personnes sans couverture sociale
- celui de Joseph Revol et Hélène Strohl de l'IGAS, « Rapport général : groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité », Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, 1987 : il démontre que ces personnes n'accèdent au système de protection sociale qu'en cas de besoin urgent

Certaines d'entre elles sont destinées à garantir une meilleure couverture maladie, grâce notamment à l'assurance personnelle et à l'aide médicale.

L'*assurance personnelle*, instaurée par la loi du 2 janvier 1978, permettait déjà aux personnes ne relevant d'aucun régime obligatoire d'assurance maladie d'obtenir la qualité d'assuré social. La loi du 1er décembre 1988 créant le RMI prévoit que tout bénéficiaire du RMI sera affilié à l'assurance maladie, via l'assurance personnelle. L'un des objectifs de la loi du 25 juillet 1994 est de rattacher provisoirement à l'assurance personnelle toute personne non affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie.

L'*aide médicale* est réformée par la loi du 29 juillet 1992. Des bénéficiaires de plein droit sont définis là où jusqu'à présent les barèmes d'admission étaient totalement à la discrétion des départements. L'aide médicale prend en charge :

- les cotisations d'assurance personnelle pour les personnes non couvertes par l'assurance maladie de base
- le ticket modérateur et le forfait journalier pour les personnes affiliées à un régime d'assurance maladie

Les personnes sans résidence stable peuvent désormais élire domicile auprès d'un organisme agréé afin de bénéficier de l'aide médicale.

Encadré 2 : L'assurance personnelle et l'aide médicale

Mais l'assurance personnelle et l'aide médicale sont mises en échec par une série de difficultés, au premier rang desquelles on peut citer la complexité de leurs procédures. 150 000 personnes sont encore dépourvues de toute couverture de base en 1999.

- en 1988, la circulaire Seguin sur « l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes les plus démunies » relève une situation paradoxale : ces personnes ont le plus de mal à accéder au dispositif de protection sociale, alors qu'elles en auraient le plus besoin. La circulaire incite les différents organismes à se coordonner pour la lutte contre l'exclusion
- en 1997, le Haut Comité à la Santé Publique publie un rapport intitulé « la progression de la précarité et ses effets sur la santé »

Parallèlement, à partir des années 80, de nombreuses associations dénoncent les refus de l'accès des hôpitaux opposés à des malades dépourvus de couverture maladie.

Annoncée par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, la réforme CMU est votée le 27 juillet 1999. Les étrangers en situation irrégulière sont cependant exclus du dispositif CMU.

D'autres mesures entendent remédier aux difficultés d'accès effectif aux soins des populations précarisées. En 1992, l'activité des centres d'examen des caisses d'assurance maladie est réorientée vers les populations précaires. L'accès aux soins est l'un des droits fondamentaux qu'entend garantir la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998[202]. Son volet santé, outre l'instauration de la CMU, prévoit la mise en place des PRAPS[203] , dont l'une des mesures est la mise en place de PASS dans les hôpitaux. Parallèlement est encouragée la mise en place de réseaux ville-hôpital pour favoriser les liens entre le secteur sanitaire et le secteur social.

Les PRAPS, « Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies », placés sous la responsabilité des préfets de région, ont pour objectif de planifier et de coordonner sur trois ans les mesures nécessaires aux besoins spécifiques des populations en situation de précarité, en termes d'accès aux soins et à la prévention.
Leur objectif est d'assurer notamment la continuité de la prise en charge socio-sanitaire de ces populations, en encourageant la coopération entre les différents professionnels à leur service et en atténuant les frontières entre le sanitaire et le social, entre la prévention et les soins et entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

Encadré 3 : Les PRAPS

[202] L'article 1er énonce l'objectif de « garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans tous les domaines (…) de la protection de la santé » et l'article 67 précise que « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. »

[203] Les autres dispositions du volet santé de la loi du 29 juillet 1998 sont la lutte contre le saturnisme, le transfert de compétence des Conseils généraux vers l'Etat en matière de tuberculose, le renforcement de la médecine scolaire et la transformation des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie en centres de cure ambulatoire en alcoologie.

La loi du 29 juillet 1998 prévoit que le service public hospitalier concourre à la lutte contre l'exclusion sociale. Partant du constat que l'hôpital et en particulier son service des urgences constitue, avec les consultations gratuites de certaines associations, le recours privilégié des populations défavorisées (caractérisées par des difficultés financières et administratives, l'absence de médecin traitant, l'appréhension des relations avec le monde médical, l'attente du dernier moment pour se faire soigner, etc.), il est demandé aux hôpitaux de mettre en place des « Permanences d'Accès aux Soins de Santé », les PASS. Ces cellules de prise en charge médico-sociale, qui existaient déjà de fait depuis 1993 dans certains hôpitaux, notamment de l'APHP, sont destinées à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système de santé et à les soutenir dans leurs démarches pour faire reconnaître leurs droits sociaux (assurance maladie ou aide médicale), en améliorant l'accueil, l'information, la prévention, l'orientation, le soin mais aussi en s'assurant que les patients, à l'issue de leur hospitalisation éventuelle, disposent des conditions nécessaires à la poursuite de leur traitement, telles qu'un logement. Il s'agit au total d'une prise en charge globale des patients, médicale et sociale, avec pour objectif global la réinsertion des patients dans le circuit de droit commun.

Concrètement, les PASS offrent gratuitement :

- des consultations de médecine générale à horaires élargis
- des consultations sociales permettant d'accompagner la personne dans ses démarches
- des actions de dépistage et de prévention
- des examens et des médicaments

Certains des objectifs fixés par la loi restent en revanche irréalisables, tels que s'assurer que le patient aura un logement à sa sortie de l'hôpital.

Les 364 PASS recensées en 2003 présentent des configurations très diverses. Elles peuvent être situées à proximité de l'hôpital (« postes avancés » de l'hôpital) ou en son sein (local indépendant ou situé dans les services d'urgences), proposer ou non une consultation initiale par une infirmière, un accompagnement (en voiture si besoin) des personnes dans leurs démarches administratives, un service d'interprétariat assermenté pour les étrangers non francophones, une prise en charge des soins dentaires, des permanences psychiatriques au sein d'associations situées en ville, etc.

Encadré 4 : Les PASS

Enfin, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 prévoit la prise en compte des publics en précarité, dans la définition de ses objectifs et l'élaboration de ses stratégies. (Prisse et al., 2004)

Les étrangers en situation irrégulière bénéficient comme les autres groupes de la population de la plupart de ces mesures. Notons d'ailleurs que simultanément ils pâtissent de leurs faiblesses telles que l'insistance sur l'accès aux soins - et aux soins curatifs - au détriment des actions sur les déterminants sociaux de la santé et de l'accès aux soins. Certains observateurs regrettent par exemple l'absence de ciblage d'un public particulier lors de la mise en œuvre d'actions de prévention, d'éducation et de promotion à la santé (illettrés / non francophones / habitants de logements insalubres / chômeurs, etc.).

4.2.3 L'intégration des étrangers en situation régulière

4.2.3.1 1999 : la « sortie de l'exclusion » des plus précaires grâce à la CMU

Le droit des étrangers en situation régulière a bénéficié des avancées législatives dont l'objectif était de permettre l'accès aux soins à la plus grande partie de la population. La loi sur la couverture maladie universelle (CMU) du 27 juillet 1999 illustre tout particulièrement ce point. Elle ne concerne pas, tant s'en faut, que les étrangers. On a dit en effet qu'elle relève avant tout de la lutte contre les exclusions (complétant la loi d'orientation du 29 juillet 1998). Mais les étrangers en situation régulière en profitent, et certaines de ses dispositions leur bénéficient même tout particulièrement.

L'objectif principal de la CMU était d'étendre la couverture maladie de « droit commun », c'est-à-dire celle qui relève de la Sécurité sociale[204]. Cet objectif, de l'avis unanime des observateurs, a été largement atteint : la loi CMU a permis l'accès à l'Assurance maladie d'un grand nombre de personnes résidant en France et qui autrefois relevaient de l'aide médicale et/ou de l'assurance personnelle.

[204] Son objectif est l'accès aux soins pour toute la population résidant de façon stable et régulière sur le territoire national, via l'accès à une couverture de base et, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite : avec le dispositif CMU, « les pouvoirs publics ont entendu mettre un terme définitif au processus de généralisation de l'assurance maladie engagé et poursuivi depuis de nombreuses années par les gouvernements successifs (…) [et] favoriser l'adhésion d'un grand nombre de personnes dotées de faibles ressources à un régime de protection complémentaire en matière de santé (…) [s'efforçant ainsi] – ce qui constitue une réelle innovation – de rendre effectif l'accès de tous aux soins. » (Borgetto, 2000, p. 30)

En 1998 :

- l'aide médicale départementale et l'assurance personnelle couvrent 3 millions de personnes
- 150 000 personnes sont dépourvues de toute couverture de base
- 11% de la population n'est ni couverte par une couverture complémentaire, ni exonérée du ticket modérateur, facteur important de renoncement aux soins puisque l'assurance maladie laisse à l'époque 25% des dépenses de santé à la charge des ménages. (Bocognano et al., 1999)
- 1 habitant sur 4 déclare (en 1996) avoir dû renoncer à se soigner au moins une fois dans l'année pour des raisons financières

« L'après-CMU » :

- fin 2004 : 1,6 million de personnes sont affiliées à la CMU de base et 4,7 le sont à la CMU complémentaire (Boisguérin, 2005)
- 2002 : 7% de la population n'est ni couverte par une couverture complémentaire, ni exonérée du ticket modérateur (Auvray et al., 2003)
- le niveau de couverture garanti par le « panier de soins » de la CMU complémentaire est plus élevé que ne l'était celui de l'aide médicale et de l'assurance personnelle, il l'est autant que celui de beaucoup d'autres régimes complémentaires : prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier, tiers payant, tarifs opposables en matière d'optique et de dentaire
- le taux de renoncement aux soins pour raisons financières, notamment de soins optiques et dentaires qui sont peu remboursés par la couverture de base, a été divisé par 3 chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire (Boisguérin, 2005)

Encadré 5 : Taux de couverture maladie de la population en situation de précarité

Cet objectif d'extension de la couverture maladie est servi par une série de dispositions.

Certaines d'entre elles bénéficient à l'ensemble de la population.
C'est le cas par exemple de l'absence de condition de cotisations préalables, l'affiliation à la CMU reposant sur le seul critère de la résidence (qui doit être stable (ancienneté de trois mois minimum) et régulière (au regard du droit au séjour pour les étrangers)). C'est le cas aussi de l'ouverture des droits, immédiate et simplifiée par rapport aux procédures de l'assurance personnelle, grâce notamment à deux dispositions, la présomption de droit à la CMU et la qualification de la CMU en droit objectif.

La présomption de droit à la CMU de base doit permettre une affiliation sans délai grâce au renversement de la charge de la preuve : ce n'est plus à l'assuré de prouver qu'il a des droits auprès d'un régime de l'Assurance maladie, mais à la caisse à laquelle il s'adresse de le couvrir, à charge pour elle de rechercher ensuite s'il n'a pas des droits auprès d'un autre régime d'Assurance maladie.
La CMU est un droit objectif reconnu à toute personne qui remplit les conditions pour y accéder : il ne s'agit plus d'accorder une aide en tenant compte, avec plus ou moins de rigueur, de tel ou tel critère, mais d'appliquer un droit, logique qui diffère donc de celle de l'ancienne aide médicale départementale (et on a vu que celle-ci s'inscrivait déjà dans cette évolution par rapport à l'Aide sociale en général), ce qui permet d'établir une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire, qui rompt avec la pratique des barèmes départementaux et les prises en charge partielles et variables d'un département à l'autre.

Mais d'autres dispositions sont destinées surtout voire exclusivement aux étrangers.
On peut citer l'assouplissement de la condition de régularité du séjour, aucune liste de titre de séjour n'ayant été fixée. Ainsi est-il précisé, dans le guide des personnes-relais CMU, édité par le Ministère : « ... la preuve de la régularité du séjour peut être apportée par tout moyen » (p. 50) et « ... l'ensemble des justificatifs doit être pris en considération, notamment un titre de séjour, quelle qu'en soit la durée, un récépissé de première demande de titre ou de demande d'asile, ou une convocation à un rendez-vous en préfecture » (p. 14). La circulaire DSS / 2A / DAS / DPM n° 2000-239 du 3 mai 2000 confirme que la condition de régularité est satisfaite par une attestation de dépôt de dossier (récépissé en cours de validation, convocation, rendez-vous en préfecture ...).
En outre la prolongation à quatre ans (au lieu d'un an) du maintien des droits permet que l'intégration au système de droit commun soit durable (les passages de l'un à l'autre des deux systèmes, aide médicale et Assurance maladie, sont évités), ce qui bénéficie tout particulièrement aux étrangers puisqu'ils sont désormais quasiment les seules personnes susceptibles de rebasculer dans l'aide médicale (les seuls Français qui le sont également sont ceux qui ne satisfont plus à la condition de résidence stable). Par exemple, un demandeur d'asile ne change plus de régime pendant toute la procédure d'examen de sa demande.
On va voir cependant que de nombreuses applications inexactes de la loi vont considérablement restreindre, en pratique, ces avancées, et qu'une partie d'entre elles découleront de la difficulté à différencier les étrangers relevant de la CMU (en situation

régulière) de ceux n'en relevant pas (en raison d'une absence d'ancienneté de résidence ou de titre de séjour par exemple).

4.2.3.2 1998 : accès à la retraite pour les non résidents et aux prestations non contributives pour les résidents

Les exemples qui suivent ne concernent pas directement l'accès aux soins puisqu'ils ne relèvent pas de la branche maladie de la Sécurité sociale. Il nous semble cependant intéressant de les présenter rapidement, pour leur portée symbolique, mais aussi pour leurs conséquences indirectes en matière d'accès aux soins (l'affiliation à l'assurance maladie des retraités, les revenus assurés aux personnes handicapées par exemple).
Deux dispositions de la loi du 11 mai 1998 (article 18 bis de l'ordonnance de 1945) relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (RESEDA) (dite aussi « Loi Chevènement ») sont censées élargir l'accès aux droits des étrangers de façon à ce que le principe d'égalité de traitement entre Français et étrangers résidant régulièrement sur le territoire national soit désormais respecté en matière de protection sociale.
On va voir que leur impact est cependant affaibli en raison de contreparties légales ou de particularités réglementaires.

Jusqu'en 1998, les étrangers ne pouvaient pas percevoir leur retraite s'ils ne restaient pas résider en France au terme de leur vie professionnelle (en vertu du principe de territorialité selon lequel les droits sont perdus si l'on ne réside plus sur le territoire sur lequel ils ont été acquis). La loi du 11 mai 1998 instaure la carte mention « retraité » qui permet aux retraités étrangers de repartir vivre dans leur pays tout en percevant leur pension et en pouvant faire des séjours en France.
Cette « avancée » est cependant toute relative puisque la loi prévoit qu'en contrepartie les étrangers détenteurs de cette carte « retraité » perdent la plupart de leurs droits sociaux.
Ainsi, ceux qui n'ont pas validé quinze ans de cotisations à l'assurance vieillesse n'ont plus aucun accès à l'assurance maladie. Ceux qui ont validé quinze ans n'ont droit (eux et leur conjoint mais pas leurs autres ayants droits) qu'aux prestations en nature (remboursement de soins) et uniquement en cas de besoins immédiats. Ils ont pourtant cotisé au système d'assurance maladie et continuent à cotiser puisque les cotisations sociales motivées par une assurance maladie sont prélevées sur leurs pensions de retraite. (Rey ; Fillon, 1999 ; Toullier ;

Baudet, 1998). Par ailleurs, les rentes d'invalidité et les rentes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ne peuvent toujours pas être exportées.

Aussi, nombreux sont-ils à préférer ne pas faire la demande de la carte « retraité » et à rester en France avec une carte de résident qui leur permet de faire des séjours dans leur pays tout en conservant l'intégralité de leur protection sociale. C'est en particulier le cas de ceux atteints de maladies chroniques, souvent d'ailleurs liées à leurs conditions de travail pendant leur activité professionnelle et qu'ils ne peuvent pas faire soigner au pays d'origine. (Hamadache, 1999 ; HCI, 2005[205])

Jusqu'en 1998, les organismes de Sécurité sociale refusaient[206] d'accorder des prestations non contributives aux étrangers résidant en situation régulière en France qui satisfaisaient aux conditions requises, et ce malgré les avis contraires du Conseil constitutionnel (CC) et de la Cours de justice des communautés européennes (CJCE) qui ont considéré que ces refus constituaient une rupture du principe d'égalité, y compris en l'absence de réciprocité[207]. Seuls les étrangers ayant intenté une procédure juridictionnelle après un premier refus voyaient leurs demandes satisfaites. Des milliers de dossiers individuels ont ainsi été portés devant les tribunaux, arguant de la rupture avec le principe d'égalité tel qu'il est posé par les engagements internationaux.

La loi du 11 mai 1998 ouvre le bénéfice de l'ensemble des prestations non contributives aux étrangers en situation régulière, rétablissant ainsi l'égalité de droits entre étrangers et nationaux. Pour Daugareilh (2000), cette évolution illustre l'influence exercée sur le droit national par le droit international relatif à la non discrimination.

Mais cette « victoire » des milieux militants sur le terrain de la loi a été assombrie par les pratiques des caisses d'allocations familiales, appuyées sur un « vide » juridique.

---

[205] Selon le HCI, dans un avis daté de mars 2005, les immigrés retournés au pays et titulaires de la carte « retraité » devraient pouvoir garder leurs droits aux prestations en nature de l'Assurance maladie dont ils bénéficiaient au moment de leur départ en France et leur couverture ne devrait pas être limitée aux « soins immédiats ». Selon certains membres du HCI, cette carte de séjour devrait même leur donner la possibilité d'un remboursement des soins au pays par la Sécurité sociale française, notamment lorsqu'il s'agit de maladies professionnelles. Pour ces freins à l'accès aux soins et pour un certain nombre d'autres difficultés d'accès à leurs droits, les vieux travailleurs migrants sont qualifiés, dans le rapport, d'« oubliés de l'intégration ». (HCI, 2005)

[206] sauf en cas de réciprocité en vertu d'une convention bilatérale. Pour l'AAH par exemple, c'était le cas de la Suède seulement.

[207] CC : « Sur l'article 24 relatif à l'allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité », *DE*, n° 89-269 du 22 janvier 1990 ; CJCE : arrêt *Krid* du 5 avril 1995.

Les prestations non contributives, une fois obtenues, ne sont en effet pas exportables, en vertu là encore du principe de territorialité. Or les étrangers qui font de fréquents allers retours au pays d'origine peuvent avoir des difficultés à prouver que leur résidence habituelle est en France, et ce d'autant plus que la notion de « résidence principale » n'ayant pas de définition juridique, chaque organisme est libre de l'apprécier à sa façon[208]. Les caisses vérifient ainsi régulièrement que les bénéficiaires des prestations résident effectivement en France et n'hésiteraient pas, selon plusieurs témoignages, à interrompre les paiements en cas de doute. Après s'être vues privées, collectivement, de ces minima sociaux en raison de leur nationalité, ces personnes sont ainsi exposées au risque de les perdre, individuellement, en raison de leurs difficultés à prouver leur résidence en France. La suppression de la clause de nationalité voit ainsi son effet atténué par le principe de territorialité, comme si « d'une façon ou d'une autre », les avancées législatives avaient bien du mal à profiter aux étrangers.

Au total, l'élargissement de l'accès aux soins et plus généralement à la protection sociale des étrangers bénéficie plus des avancées destinées à l'ensemble de la population résidente que de celles destinées spécifiquement aux étrangers. Ces dernières voient en effet leur application limitée par des spécificités qui restent associées à tout étranger (le « risque » de ne pas être en situation régulière, de ne pas résider en France, etc.).

4.2.4 Le contraste entre l'intégration des uns et l'exclusion des autres

Dans l'affichage des politiques d'immigration, la contrepartie à la progressive exclusion des étrangers en situation irrégulière de la protection sociale, et en particulier des dispositifs de couverture maladie, est l'intégration des étrangers en situation régulière, via l'égalisation progressive de leurs droits avec ceux des nationaux. L'intégration des uns vient ainsi, dans les discours politiques, légitimer la sévérité de l'exclusion des autres.

[208] Aucun texte de loi ne définit de façon claire et précise cette résidence effective. La « résidence stable et habituelle » a fait l'objet de l'avis du Conseil d'Etat du 8 janvier 1981 qui précise que « …cette situation doit être appréciée dans chaque cas, en fonction des critères de fait, et notamment des motifs pour lesquels l'intéressé est venu dans notre pays, des intentions qu'il manifeste à l'égard de son séjour ». Le décret précisant la durée de résidence exigée pour le bénéfice de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse autorisé pour les étrangers par la loi de 1998 n'est par exemple jamais paru. Résultat, la durée au-delà de laquelle la qualité de résident est perdue varie d'une caisse à l'autre, voire d'un dossier à l'autre, à l'intérieur d'une même caisse.

La question de la couverture maladie complémentaire illustre bien le contraste entre les politiques destinées à améliorer l'accès aux soins du plus grand nombre, au sein de la population résidant en France de façon régulière, et celles destinées à réduire celui des résidents irréguliers.

Ces vingt dernières années, si le nombre de personnes couvertes par l'Assurance maladie a augmenté, la diminution concomitante du remboursement des soins par cette dernière a accru le restant à payer en cas de défaut de couverture maladie complémentaire. Ce défaut de couverture complémentaire, chez des personnes affiliées à un régime de base mais n'ayant pas de revenus suffisants pour souscrire à un contrat complémentaire, est un élément déterminant de renoncement aux soins, comme on l'a dit plus haut. Avec la réforme CMU en 1999, la partie la plus défavorisée de la population résidante de façon stable a pu prétendre à une couverture complémentaire gratuite : la CMU complémentaire pour les Français et étrangers en situation régulière, l'AME pour les étrangers en situation irrégulière.

Mais le plafond des revenus conditionnant l'accès à la CMU complémentaire exclut encore une large part de la population pourtant dépourvue de revenus suffisants pour souscrire à une assurance complémentaire. Pour la CMU base, cet effet seuil est « lissé » puisque les personnes dont les revenus le dépassent peuvent malgré tout prétendre à la CMU base, en s'acquittant de cotisations proportionnelles au dépassement en question ; mais pour la CMU complémentaire, il s'agit d'un « seuil couperet » (Borgetto, 2000) : la CMU complémentaire est soit entièrement gratuite, soit complètement inaccessible. C'est notamment le cas des bénéficiaires du minimum vieillesse ou de l'allocation adulte handicapé, dont les revenus excèdent le seuil de quelques euros. Depuis la réforme CMU, ces personnes n'ont plus de complémentaire gratuite, alors qu'avant, elles pouvaient généralement prétendre à celle incluse dans l'ancienne aide médicale : soit les barèmes départementaux étaient supérieurs au seuil de la CMU complémentaire, soit, après rejet de leurs demandes, une évaluation au cas par cas de leurs dossiers mettaient en évidence la faiblesse de leur capacité contributive, par rapport à leurs besoins de soins accrus par l'âge et le handicap, et aboutissait à un accord au moins partiel à l'aide médicale.

Après plusieurs tentatives successives, un dispositif d'aide à la souscription d'une couverture complémentaire a été mis en place par la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie et est entré en vigueur le 1er janvier 2005. Il est destiné aux personnes dont les revenus dépassent de peu (jusqu'à 15%) le seuil d'accès à la CMU complémentaire. Certes, les personnes en

bénéficiant aujourd'hui sont encore peu nombreuses (elles sont 340 000 en novembre 2005 alors que 2 millions de personnes sont visées), et certains lui reprochent un montant insuffisant (souvent moins du tiers du prix à payer par l'assuré) et un seuil de ressources encore trop faible, qui exclut lui aussi des personnes étant dans l'incapacité de payer une complémentaire.

Cette mesure cependant démontre que le gouvernement prend acte de l'importance de la couverture maladie complémentaire pour les personnes de faibles revenus … et, réciproquement, qu'il entend restreindre l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière. Pour ces derniers en effet, la réforme de 2003 a restreint l'accès à l'AME et a quasiment supprimé sa partie « complémentaire » en instaurant le principe du ticket modérateur et du forfait hospitalier à la charge des malades[209]. La limitation de l'accès aux soins des sans papiers est ainsi d'autant plus remarquable qu'elle accompagne la progressive intégration du reste de la population résidant en France (étrangers ou non) à une couverture maladie assurée par la Sécurité sociale ainsi qu'à une couverture complémentaire, grâce à la CMU complémentaire et à l'aide à la souscription d'une complémentaire.

Années	**CMU Complémentaire**		**AME**	
	Nombre	Evolution en %	Nombre	Evolution en %
2000	5 000 000		73 337	
2001	4 693 454	- 6	125 376	+ 71
2002	4 503 572	- 4	145 394	+ 16
2003	4 650 271	+ 3	164 569	+13
2004	4 961 396	+ 7	146 000	- 11

Tableau 2 : Effectifs de la CMU complémentaire et de l'AME (France entière)

Sources: IGAS, Ministère, Rapport Des Esgaulx

(Maille et al., 2005)

4.3 Conclusion

L'assurance a été mise en place il y a moins d'un siècle pour permettre aux travailleurs non propriétaires d'accéder à la sécurité sociale. Ce faisant, elle permettait de traiter différemment le « pauvre méritant » du « pauvre non méritant » (qui restait tributaire de l'assistance). Si cette échelle de légitimité perdure aujourd'hui dans les esprits comme on le verra plus loin, la

[209] Le décret d'application n'est certes pas encore paru à ce jour.

différenciation dans les réglementations tend à perdre de sa netteté. Pour pouvoir couvrir la plus grande partie de la population, le législateur a dû en effet, ces dernières décennies, croiser les logiques de l'assistance et de l'assurance. Ce constat est particulièrement vrai en ce qui concerne la couverture contre le risque maladie. La CMU est une prestation de l'Assurance maladie, mais elle est accordée indépendamment des antécédents de cotisations. L'aide médicale s'apparente de moins en moins à une prestation de l'Aide sociale pour se rapprocher des droits objectifs de la Sécurité sociale : elle est accordée en fonction d'un barème (qui est de plus unique au niveau national) et non de l'évaluation subjective d'un besoin (de soins en l'occurrence) et sa demande est traitée par les agents de l'Assurance maladie.

Le droit des étrangers à la protection sociale et en particulier à une couverture contre le risque maladie est fortement marqué par deux mouvements opposés, qui dépassent d'ailleurs le domaine de la couverture maladie et la cas de la France : l'édification du droit des étrangers est marqué, depuis l'Antiquité, par une oscillation entre l'intégration et l'insertion d'un côté (on définit un statut à l'étranger, pour en faire un sujet de droit et un membre de la société qui doit bénéficier, au moins, du minimum de droits considérés comme inhérents à la nature humaine) et l'exclusion et la restriction d'un autre (on lui reconnaît moins de droits qu'au national et on codifie sa différence). (Julien-Laferière, 2000 ; Viet, 1999)
Les étrangers en situation irrégulière sont directement visés par le second mouvement. Ainsi ont-ils été, cette dernière décennie, peu à peu isolés au sein de l'aide médicale, dont l'accès leur a été en outre restreint. Si certaines caractéristiques de l'Assurance maladie sont désormais aussi celles de l'aide médicale, le public de cette dernière tend donc au contraire à se spécifier, puisqu'aux critères de résidence et de ressources s'est associé celui d'irrégularité du séjour. Ce déplacement de la ligne de partage entre public assisté et public assuré (qui sépare aujourd'hui les étrangers en situation irrégulière du reste de la population résidente en France et non plus les pauvres des non pauvres) est justifié par le législateur au nom d'objectifs relevant entre autres des politiques d'immigration, tels que la fermeture des frontières. L'effort sus-décrit d'intégration de l'ensemble de la population à une couverture maladie (et plus généralement une protection sociale) se trouve ainsi limité par un objectif des politiques d'immigration.

Chacune de ces réformes suscite chez une partie de la société civile[210] des protestations et la demande « au moins » du retour à la situation antérieure … pourtant elle-même déjà décriée lors de son instauration. On peut ainsi apprécier l'absence de consensus social à propos d'une différence de traitement légalement énoncée (la restriction de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière) : certains contestent non seulement sa justification (à savoir la théorie de l'« effet d'appel d'air ») mais également sa légitimité (pourtant validée par le Conseil Constitutionnel au nom de l'intérêt général et de la différence de situation des étrangers). On peut alors déjà suggérer l'application variable qui sera faite de ces lois, selon la légitimité que leur accordent les professionnels et par ricochet celle qu'ils accordent au public visé par ces lois.

Ainsi, on a dit que les écarts d'états de santé entre des groupes sociaux (inégalités sociales dans les états de santé) sont considérés comme illégitimes mais que pourtant ne sont guère menées de politiques publiques visant à réduire ces inégalités via une action sur leurs déterminants sociaux. Sont plutôt engagées des politiques destinées à améliorer l'accès aux soins des populations socio économiquement précaires, alors même que les données scientifiques tendent à relativiser l'impact de ces actions sur les inégalités sociales de santé. Mais malgré cet engagement, la restriction de l'accès aux soins d'une partie de cette population précaire, les étrangers en situation irrégulière, n'est pas unanimement qualifiée d'illégitime : elle est menée par les pouvoirs publics et considérée respectueuse du principe d'égalité par le Conseil constitutionnel, même si elle est critiquée par des associations et des professionnels[211].

[210] La mobilisation d'associations et les recours portés devant les tribunaux administratifs (Conseils Constitutionnel et d'Etat) attestent de la sortie du « huis-clos » qui caractérisait le traitement des étrangers par l'administration d'Etat pendant les trente glorieuses. (Spire, 2005)

[211] On peut faire une analogie avec le raisonnement que suit Pharo (2001) pour démontrer le détournement des normes de vérité et de justice qui permettent de justifier « objectivement » du rejet des immigrés sur le marché de l'emploi (et non pas de l'accès aux soins).
Il part de l'affirmation suivante, qui se présente comme « objective » : « on rejette l'étranger non pas parce qu'il est étranger mais parce qu'on n'aurait pas les moyens, dans des conditions sociales et économiques données, de l'accueillir sans porter atteinte aux intérêts des résidents : dans la situation actuelle de l'emploi on ne peut pas accueillir plus d'immigrés ». C'est un syllogisme : « il y a trop de chômeurs » or « il y a des immigrés parmi les chômeurs » donc « faisons en sorte qu'il y ait moins d'immigrés pour qu'il y ait moins de chômeurs ». Or les femmes et les jeunes qui arrivent sur le marché du travail augmentent de façon bien plus nette le chômage que ne le font les immigrés. Pour autant, on ne leur applique pas le même raisonnement qu'aux immigrés. Conclure qu'il y en a trop serait en effet une faute morale car des principes démocratiques consensuels posent que les femmes et les jeunes ont les mêmes droits sociaux que les hommes adultes. Or cette faute morale semble atténuée pour les immigrés, en raison de la restriction de l'accès à certains de leurs droits.

Alors qu'ils étaient progressivement exclus de l'accès à une couverture maladie, les étrangers en situation irrégulière ont cependant pu bénéficier, pour leur accès aux soins, de mesures relevant de l'humanitaire, qu'elles leur soient ou non spécifiquement destinées (titres de séjour pour soins, consultations précarité, prise en charge des soins urgents des exclus de l'aide médicale). Ces mesures attestent en tout état de cause de la prééminence de l'accès aux soins sur la citoyenneté juridique dans les échelles de légitimité.

L'autre mouvement, d'égalisation des droits des étrangers avec ceux des Français (accès aux prestations non contributives en 1998 et à la CMU en 1999) concerne donc exclusivement les étrangers en situation régulière. Il bénéficie en fait plus des avancées destinées à l'ensemble de la population résidente que de celles qui leur sont spécifiquement destinées. Ces dernières voient en effet leur application limitée par les risques qui restent associés à tout étranger (ne pas être en situation régulière, ne pas résider en France, etc.).

5 Les processus

Rappelons les points essentiels de notre objet d'étude, tels que nous les avons précisés à partir de trois approches disciplinaires.
Juridiquement, la discrimination est un traitement différentiel illégitime dont fait l'objet une victime. Cette définition vaut quel que soit le critère de la discrimination : le sexe, l'appartenance syndicale, l'orientation sexuelle, le handicap ou encore l'origine.
La sociologie du racisme et des relations interethniques a mis en lumière les deux étapes du processus discriminatoire lorsqu'il a l'origine pour critère : la perception de l'altérité d'un individu placé en situation de dominé, auquel sont attribués des traits censés être ceux de son groupe d'appartenance ; puis le traitement différentiel défavorable qui lui est appliqué au nom de cette altérité.
Enfin, du point de vue de la santé publique, la discrimination doit être appréhendée comme un processus, parmi d'autres, responsable d'inégalités sociales dans l'accès aux soins.

Considérant que le choix des attributs « porteurs d'altérité » sur lesquels se fondent les discriminations doit être analysé au regard de son contexte social, nous avons dressé, dans la partie précédente, le « contexte » au regard duquel peuvent être interprétés deux d'entre eux, le bénéfice de l'aide sociale et la nationalité étrangère. Nous avons ainsi présenté les politiques d'accès aux soins qui leur sont associées : après avoir situé les places respectives de l'assistance et de l'assurance au sein du système de protection sociale, en faisant apparaître leur entremêlement progressif, nous avons suivi l'évolution de l'accès aux soins des étrangers tel qu'il a été défini légalement, ces douze dernières années, en y notant l'influence des politiques d'immigration.

Nous abordons maintenant le cœur de notre analyse, à savoir le processus discriminatoire lui-même : le mode de caractérisation de la victime et les traitements différentiels qu'il est censé (tel que présenté dans les discours) justifier. Cette analyse porte non plus sur des politiques mais sur des représentations et des faits. Les premières sont exprimées dans les discours que nous avons recueillis. Les seconds nous ont été rapportés dans ces mêmes discours ou ont été observés par nous-même.

Le terrain analysé dans cette partie a été réalisé de 2001 à 2003 dans trois régions de France métropolitaine, par entretiens et observations menés auprès de 78 professionnels intervenant à différents niveaux de l'accès aux soins : des soignants bien sûr, mais aussi des professionnels intervenant dans l'accès à une couverture maladie, tant celle-ci est cruciale pour l'accès aux soins (agents administratifs exerçant en DDASS et en caisses de la Sécurité sociale et travailleurs sociaux). Les soignants et les travailleurs sociaux rencontrés exerçaient en milieu libéral, hospitalier ou associatif.
Nous référant à la définition de la discrimination sus rappelée, nous nous sommes attachée à repérer la façon dont ces professionnels catégorisent leurs publics en demande d'un accès aux soins et vis-à-vis desquels ils sont donc en position de pouvoir : quels sous-groupes distinguent-ils, et en fonction de quels critères (biologiques, culturels, administratifs, économiques, etc.). Puis nous avons repéré les éventuels traitements différentiels qu'ils appliquent à ces groupes au nom de ces catégorisations.
Nous avons ainsi identifié deux modes de caractérisation de « l'autre » susceptibles de justifier (dans les discours) des traitements discriminatoires, et les avons nommés l'un la délégitimation et l'autre la différentiation.

Ces catégorisations n'expliquent cependant pas l'ensemble des discriminations qu'il nous a été données d'étudier. Il arrive en effet qu'un professionnel de l'accès aux soins soit l'auteur d'un traitement discriminatoire alors qu'il n'a pas lui-même opéré de catégorisation de l'altérité. Le traitement différentiel qu'il opère selon des critères explicitement indépendants de l'origine se trouve en effet avoir pour victimes privilégiées des individus qui ont fait l'objet d'une catégorisation au nom de leur origine, en amont de ce traitement différentiel : il s'agit de discriminations indirectes. Elles sont produites par des logiques structurelles et nous les qualifions de systémiques. Les repérer implique de définir préalablement les groupes susceptibles d'en être victimes. C'est auprès des personnes étrangères, immigrées et/ou françaises d'origine étrangère que nous avons cherché à identifier des discriminations indirectes.

En fait, les faits sont souvent moins simples que cette typologie ne le laisse entendre, puisque les deux modes de catégorisation de l'autre peuvent se mêler et/ou s'associer à des discriminations systémiques.

Nous allons donc présenter des discriminations directes générées par des perceptions de « l'autre » délégitimantes ou différentialistes, des discriminations systémiques et enfin des discriminations cumulant plusieurs de ces mécanismes.

5.1 La délégitimation

« L'autre » dont il est question ici est le bénéficiaire de l'aide médicale. Il est caractérisé par son illégitimité : il ne semble pas juste que cet « autre » bénéficie de cette prestation, jugée trop généreuse eu égard à cette faible légitimité. Les pratiques discriminatoires justifiées par cette caractérisation consistent à restreindre ce bénéfice.
La plupart des discours et des pratiques analysés ici sont ceux d'administratifs (agents de guichets et responsables en caisses de la Sécurité sociale), pour lesquels la réglementation est une référence constante et dont la tâche est de la faire appliquer.

5.1.1 Les représentations : la perception d'une illégitimité

Les bénéficiaires de l'aide sociale, opposés aux assurés, sont implicitement présentés comme des assistés. Cette distinction charrie des connotations morales : les assistés dépendent des assurés (dont font partie les professionnels), lesquels participent activement à la bonne marche du système.
Les discours dans lesquels apparaît cette échelle de légitimité portent plus sur l'aide médicale que sur ses bénéficiaires eux-mêmes. Juger « excessive » la qualité de cette couverture maladie est en effet une façon de suggérer, symétriquement, le défaut de légitimité de ses bénéficiaires.

5.1.1.1 La privation des nationaux

On craint que le coût de l'aide médicale n'aggrave le déficit du budget de la protection sociale, puisque ses bénéficiaires ne sont pas des « cotisants ». Or la prestation sans contrepartie de cotisation, caractéristique par définition de l'aide sociale, est particulièrement regrettée quand elle bénéficie à des étrangers : la collectivité des cotisants est alors assimilée à celle des Français, et celle des « assistés » à celle des étrangers, pour regretter que le bénéfice de la solidarité nationale par des non nationaux se fasse aux dépends des nationaux.

Le responsable du service des prestations extra légales d'une CPAM évoque les réticences des administrateurs siégeant à la commission à attribuer ces prestations à des familles étrangères. Ces administrateurs considèreraient que *« la France est bonne mère et qu'elle accueille sur les cotisations de ses ressortissants des personnes qui pourraient se faire soigner chez elles. (...) Les administrateurs représentent les cotisants et ils ont toujours derrière la tête que les cotisations ça doit servir à ceux qui cotisent, et que des gens qui viennent de l'étranger et n'ont pas cotisé viennent un petit peu manger le pain des autres ... »* Ce responsable a ainsi décidé de ne plus faire apparaître en commission les éléments susceptibles de faire repérer les étrangers ou les personnes d'origine étrangère (prénom et nom, nationalité, bénéfice de l'AME, demande d'asile) : *« Quand vous avez Yasmina dans un dossier, ou Saphine, forcément vous vous dîtes « ha, évidemment, ce sont des Maghrébins, avec leurs quinze ou vingt enfants », non, j'exagère, mais bon...(...) On a renforcé l'anonymat. »*

L'inquiétude sur la charge que représentent pour le système de protection sociale les étrangers « assistés » n'est certes pas nouvelle et a déjà été maintes fois rapportée[212], mais la réforme CMU, mise en place quelques mois auparavant le début de nos entretiens, vient conforter la dichotomie « cotisants = Français ; assistés = étrangers », puisque quasiment tous les bénéficiaires de l'aide sociale sont désormais des étrangers.

Ces assistés sont de plus des étrangers en situation irrégulière, et certains professionnels craignent que la « trop bonne » couverture qui leur est offerte avec l'AME non seulement déséquilibre le budget de la protection sociale nationale mais en plus crée un « appel d'air » migratoire, dont témoigneraient *les énormes vagues de premières demandes d'AME*. Ils regrettent que la législation soit connue de ses bénéficiaires potentiels et déplorent l'effet *boule de neige* lié *au bouche à oreille*[213].

---

[212] Deux exemples parmi beaucoup d'autres, à plus d'un demi-siècle d'intervalle :
- un journaliste écrit en 1921 : « voilà ce qu'on fait de la France : un pays où l'autochtone travaille pour faire une rente aux mendigots étrangers. » (Journal La Croix) (cité par Rovan, 1983)
- le Ministre de l'Intérieur, en 1997, pour évoquer le thème de l'immigration, désigne la France comme « notre maison » et décrit les étrangers comme ceux qui « viennent chez vous, s'y installent, ouvrent votre Frigidaire et se servent. » (cité par Fassin et al., 1997)

[213] Notons que l'AME de 1992 permettait déjà, elle aussi, la prise en charge d'étrangers en situation irrégulière et que les réticences dont l'AMER (l'AME rénovée par la loi de 1999) fait l'objet auraient pu être exprimées auparavant. Peut-être l'étaient-elles, mais c'est néanmoins bien sur la « révolution CMU-AMER » que s'appuient la plupart des discours recueillis en 2001. Cette référence à la dernière réforme en date est probablement, pour une part au moins, à mettre en rapport avec l'ignorance qui semble avoir entouré la précédente, peu connue et peu appliquée. La réforme de 1999, si ses modalités précises d'application font l'objet de nombreuses confusions, comme on va le voir plus loin, jouit au moins d'une certaine médiatisation.
Témoignant de cette ignorance de la réforme de 1992, une responsable AME explique ainsi que la nouvelle AME est bien plus avantageuse que l'ancienne puisqu'une personne en situation « *totalement irrégulière aura l'AME alors qu'auparavant en situation irrégulière c'était rien du tout* » ... or cet agent CPAM, déjà responsable AME avant la réforme CMU, aurait du savoir que les étrangers en situation irrégulière pouvaient

A cette inquiétude sur l'invasion par des migrants s'associe volontiers le regret que les Français soient désavantagés - dans l'accès aux soins et aux prestations sociales en général – par rapport aux étrangers. De nombreux professionnels rapportent ainsi être pris à parti par des Français : soit des collègues qui leur reprochent d'*inciter les étrangers à l'assistanat*, soit des usagers qui se plaignent qu'ils « *n'aident que les étrangers* » : « *si je portais une djellaba, je parie que ça marcherait* » se serait plaint l'un d'eux auquel était refusé la CMU.
Certains professionnels expliquent d'ailleurs tenir compte de ces représentations et organiser leurs activités de façon à ne pas les exacerber.

> Dans le service CMU-AME d'une CPAM, chacun des quatre guichets reçoit aussi bien les demandes de CMU que celles d'AME. La responsable du service qualifie cette organisation de « *point fort* » en matière d'accueil des étrangers car elle réduit le risque de réactions d'impatience de la part des usagers français : si un guichet était réservé à l'AME et les trois autres à la CMU, et si la file d'attente du premier s'avérait moins longue que les autres, des réflexions telles que : *« si j'étais algérien, je serais plus vite servi »* seraient inévitables.

De telles représentations délégitimantes à l'égard des étrangers, faisant des prestations dont ils bénéficient autant de privations pour les nationaux, ont été recueillies dans d'autres domaines que celui de l'accès aux soins. La directrice d'une structure de réinsertion sociale regrette par exemple que les Européens de l'Est, parce qu'ils arrivent par « familles entières », soient prioritaires dans l'accès aux logements d'urgence, dont ils chassent « *nos publics* », sous-entendus les sans domicile fixe « français » qui y étaient suivis depuis longtemps.
Elles peuvent aussi avoir cours à propos des bénéficiaires des prestations de la Sécurité sociale (et non plus de l'Aide sociale), concernant donc des étrangers en situation régulière. Plusieurs professionnels interrogés déplorent par exemple que leurs « nombreux enfants » permettent aux étrangers de toucher d'importantes allocations familiales (surtout si on suspecte qu'une fraude telle que la polygamie y est associée) qui grèvent le budget de la Sécurité sociale.

Quand ils rapportent ces propos que leur tiennent usagers et collègues, la plupart des professionnels ne s'affichent pas d'un avis opposé, voire ils suggèrent une réelle connivence. C'est le cas en particulier quand ils déplorent que l'AME, « couverture maladie des sans

---

déjà, alors, bénéficier de l'aide médicale. Ce type de remarque émane autant de travailleurs sociaux que de professionnels administratifs, soignants, y compris exerçant dans le milieu associatif accueillant spécifiquement ces publics.

papiers », soit plus favorable que la couverture maladie à laquelle peuvent prétendre les Français. Plusieurs d'entre eux regrettent par exemple que les sans papiers aient accès à une couverture maladie complémentaire gratuite, grâce à l'AME, alors que les Français doivent payer la leur.

> L'assistante sociale d'une CRAM explique à propos de l'AME : « *... cette notification qui est donnée à chaque personne et qui leur dit qu'ils peuvent se faire soigner partout…. C'est un avantage inestimable, je ne sais pas, ils ne se rendent pas compte, les étrangers … et si, ils se rendent compte, puisqu'ils viennent. Mais vous voyez* [elle montre l'attestation de droits AME], *ils ont droit à tout (…) eux ils ont droit à aller partout : tous les médecins, tous les hôpitaux, forfait hospitalier compris, c'est à dire les 70 Francs par jour, le ticket modérateur, il n'y a absolument rien à payer. Aujourd'hui, c'est pas tout le monde qui a ça, c'est très peu de gens. Toutes les personnes qui travaillent, elles ont pas droit à tout ça, elles n'ont pas de mutuelle, ou celles qui ont une mutuelle qui couvre mal … (...) Ils ne savent pas, pour les étrangers … s'ils savaient qu'un monsieur qui vient du Soudan, arrive là, a droit à tout et que eux, ils ont travaillé toute leur vie et ils doivent payer le forfait journalier, les compléments et tout, bin ça serait la révolution ! Il vaut mieux pas que …mais c'est vrai ! Je parle de ceux qui ont plus de 3600 Francs par mois et qui ne peuvent donc pas avoir la CMU complémentaire, c'est à dire tous les petits salaires, les SMIC, les CES et les petits revenus (travail à mi temps et tout ça), ils doivent se payer le forfait journalier et le complément de la Sécu s'ils n'ont pas de mutuelle, et toutes les mutuelles ne prennent pas le forfait journalier, ça fait quand même cher …* (...) *Ca, les gens ne le savent pas, imaginez ! Ce serait la xénophobie la plus complète ! Quelqu'un qui a trimé toute sa vie, je pense aux petites retraites qui ont 3500-4000, ils doivent payer le forfait et tout ! »*

Un autre exemple de l'avantage de l'AME sur la couverture des Français serait celui de la durée minimale de résidence en France exigée pour l'ouverture de droits CMU mais pas pour celle des droits AME. Une responsable AME constate à ce propos : « *C'est un peu frustrant dans la mesure où on arrive à rencontrer des cas où une personne étrangère arrive à avoir plus de droits qu'un assuré français. »*.

Ces commentaires ont été recueillis en 2001, avant donc les dernières réformes de l'AME. Bien qu'ils soient tenus le plus souvent par des professionnels oeuvrant au sein de caisses de la Sécurité sociale, c'est à dire par des agents chargés d'instruire des dossiers d'aide médicale,

on peut remarquer qu'ils sont erronés au regard de la réglementation en vigueur à cette époque[214] :

- L'AME est présentée comme la « couverture maladie des étrangers ». Si, de fait, elle se trouve bénéficier essentiellement à des étrangers, il faut garder à l'esprit que la plupart des étrangers n'en bénéficient pas, puisqu'ils sont affiliés à l'Assurance maladie dès qu'ils sont en situation régulière, via leur activité professionnelle ou par la CMU. S'il est donc exact que presque tous les bénéficiaires de l'AME sont depuis 2000 des étrangers, le symétrique n'est pas vrai : tous les assurés ne sont pas des Français.
- Les Français (et les étrangers en situation régulière) peuvent également avoir accès à une couverture complémentaire gratuite (c'est la CMU complémentaire) si leurs revenus ne dépassent pas un seuil, le même que celui qui est opposé aux sans papiers pour le bénéfice de l'AME. On ne peut donc pas présenter le bénéfice d'une complémentaire gratuite comme une possibilité offerte aux seuls bénéficiaires de l'AME.
- Les Français (et les étrangers en situation régulière) peuvent eux aussi bénéficier d'une couverture maladie tant que leur ancienneté de résidence en France est inférieure à trois mois : c'est justement l'AME, et ils basculent dans la CMU (protection plus favorable que l'AME) au bout de trois mois de résidence. En pratique d'ailleurs, il semble que les caisses leur accordent la CMU dès leur arrivée en France.

5.1.1.2 Une attitude immorale

Certains professionnels regrettent que les étrangers n'affichent pas une attitude reconnaissante envers cette « faveur » qui leur est faite, voire fassent preuve d'une franche ingratitude. Des difficultés relationnelles, constatées avec tous les publics précaires (qualifiés de difficiles, agressifs, indisciplinés, revendicateurs, etc.), seraient aggravées chez les étrangers, par l'absence d'effort linguistique et l'inopportunité de leurs revendications au regard, précisément, de leur extranéité.

[214] Les propos sur les familles nombreuses des étrangers ne correspondent pas plus aux données chiffrées. Ainsi, pendant la période 1991-1998, le nombre moyen d'enfants par femme en France métropolitaine était à peine supérieur pour les femmes immigrées (2,2) que pour les femmes françaises natives (1,65). (Héran, 2004)

Une agent de guichet CPAM raconte avec amertume comment des Kurdes, à l'issue d'une grève de la faim qui leur a permis d'obtenir des titres de séjour, sont venus déposer des demandes de CMU. La plupart d'entre eux n'étaient pas munis de tous les documents nécessaires, mais *ils ne voulaient rien savoir, ils venaient en vainqueurs, en terrain conquis*, l'un d'eux a même brandi à l'agent un article du quotidien local racontant l'issue de la grève, considérant que c'était un justificatif suffisant.

On déplore leurs demandes excessives, d'aides diverses et de soins non motivées par un besoin réel et non accompagnées des efforts demandés en contre-partie. Par exemple, des agents hospitaliers décrivent les venues réitérées à la consultation précarité de l'hôpital, sans prendre la peine d'engager les démarches d'ouverture de droits à une couverture maladie alors que la CPAM tient une permanence au sein même de l'hôpital.

Le bénéfice des prestations serait même trop souvent frauduleux : consultations en libéral de bénéficiaires de l'AME hospitalière[215], utilisation d'une même carte d'assuré social par les différentes épouses d'un homme polygame[216], etc.

Ce sont surtout les demandes d'ouverture de droit à l'AME qui font l'objet d'une suspicion de fraude, suspicion étayée par la « bonne qualité » de la couverture offerte par l'AME qui inciterait des étrangers à faire le voyage jusqu'en France pour s'y faire soigner. Certains professionnels font ainsi part de réticences à accepter les déclarations sur l'honneur, lesquelles permettent théoriquement de pallier l'absence de documents prouvant les revenus, la domiciliation et/ou la résidence en France dans un dossier de demande d'AME. Ils rapportent le cas de l'étranger « qui gare en double file sa Mercedes devant l'antenne CPAM et dont la femmes est parée de bijoux » mais qui ne déclare aucun revenu ; surtout, ils déclarent constater le « nombre très important » d'étrangers venant demander une AME dès leur arrivée en France, ce qui « signe » leur venue pour soins. Rappelons en effet que les visiteurs, c'est-à-dire les personnes non résidentes, qu'elles soient françaises ou étrangères, ne peuvent légalement prétendre ni à l'assurance maladie, ni à l'aide médicale. Les professionnels évoquent par exemple les Maghrébins dont les enfants installés en France peuvent programmer les soins avant même l'arrivée du pays d'origine.

Une responsable CMU-AME : « *Il est très bien, ce système, mais on ne peut pas le maîtriser, on a l'impression qu'on se fait avoir, il y a plus de personnes qui trichent. Et aujourd'hui, à la caisse,*

[215] L'enquête a été réalisée avant la suppression de la distinction AME hospitalière / AME totale.

[216] Seule en théorie la première femme peut être ayant-droit de son mari si celui-ci est assuré social, les autres relevant alors de l'aide médicale si elles ne peuvent pas être affiliées en leur nom propre à la Sécurité sociale.

on se dit « il doit y avoir un parcours fléché entre l'aéroport et notre caisse ! » car on voit les gens débarquer ici juste après leur atterrissage à l'aéroport ! »

Les « Européens de l'Est » sont décrits par l'assistante sociale d'une association comme particulièrement exigeants voire agressifs dans leurs demandes de droits et de prestations socio-sanitaires : *« ils arrivent avec des fascicules tous prêts sur lesquels sont marqués les droits auxquels ils peuvent prétendre quand ils arrivent sur le territoire français, dans leur langue. On s'est vraiment posé la question et on est sûr maintenant que ça existe car ils ne savent pas parler le français mais ils connaissent les mots comme « AME », « aide sociale à l'enfance »* (rire) ».

La suspicion de demandes frauduleuses, que les professionnels justifient par le constat de l'afflux de demandes, est plus volontiers exprimée par des professionnels exerçant dans des départements caractérisés par une population importante d'étrangers en situation irrégulière. Cette population importante s'y traduit, logiquement, par un nombre élevé de demandes d'AME déposées à la CPAM. C'est le cas d'un département étudié, où près de 20 000 demandes ont été déposées entre janvier et novembre 2000, nombre en forte progression au cours de l'année 2001 (multiplication par deux, approximativement). Les agents CPAM interrogés y décrivent les étrangers sans papiers comme des personnes revendiquant agressivement leurs droits, dont ils sont mal informés par des assistantes sociales de secteur qui leur promettent des prestations auxquelles ils ne peuvent en fait pas prétendre. Les fausses déclarations sur l'honneur sont perçues comme fréquentes. On parle d'« *abus* », de « *déviance du système »* (une responsable AME), contre lesquels les agents se sentent impuissants puisque les personnes auxquelles l'AME est refusée à un guichet peuvent se présenter à un autre guichet pour y réitérer leur demande, en sachant cette fois comment présenter les choses. Une responsable AME estime qu'un quart des demandes devraient être refusées et souhaiterait que la DDASS donne à la CPAM délégation pour faire des contrôles approfondis de chaque demande.

Le contraste est saisissant dans un autre département étudié, où les étrangers en situation irrégulière sont beaucoup moins nombreux, ainsi que, conséquemment, les demandes d'AME déposées (à peine plus d'un millier en 2000). Les agents CPAM y décrivent des sans papiers ignorant tout de leurs droits parce que les assistantes sociales leur affirment, à tort, qu'ils n'ont droit à rien en raison de leur séjour irrégulier. Les agents déplorent même avoir du mal à les informer de leurs droits en raison de leurs fréquents changements d'adresse (par exemple, pour informer du droit à l'AME lorsqu'il s'avère, au moment de renouveler la CMU, que la personne n'est plus en situation régulière au regard de son séjour). Une responsable AME en

déduit qu'il faut aller au devant d'eux : toute une série de mesures ont été prises pour « *récupérer* » les bénéficiaires potentiels non encore venus faire leur demande (multiples antennes délocalisées, visites à domicile, partenariat rapproché avec les associations accueillant ces publics pour organiser des réunions d'information, etc.)[217].

Nous n'avons pas d'éléments quant à la fréquence de ces fraudes. Nous avons seulement pu constater, lors de l'observation d'un guichet CPAM, que certains étrangers semblent « tenter de frauder sans le savoir », puisqu'ils déclarent explicitement à l'agent CPAM être venus en France pour se faire soigner mais sont décontenancés quand s'entendent répondre qu'ils ne peuvent alors pas prétendre à l'AME. Ces comportements témoignent avant tout de la profonde ignorance qu'ont les étrangers de leurs droits (et de leurs limites), qu'ils partagent d'ailleurs avec des professionnels. Ainsi, aux dires d'agents CPAM, même des assistantes sociales leur adresseraient des dossiers de demande d'AME en précisant, sans savoir que c'est rédhibitoire, que la personne est venue en France pour se faire soigner.

La suspicion de fraude n'est pas spécifique à l'accès aux soins. Dubois (2003) par exemple fait état, dans les guichets des caisses d'allocations familiales, de préjugés des usagers français à l'égard des usagers étrangers, accusés, surtout quand ils sont non-européens - maghrébins, turcs ou africains - de profiter abusivement des allocations familiales, grâce à leurs familles nombreuses et/ou en trichant. Leur présence en grand nombre dans les salles d'attente des caisses viendrait d'ailleurs conforter les préjugés des « petits blancs » issus de fractions populaires fragilisées par le chômage et qui entendent ainsi se distinguer d'eux.
Mais cette suspicion semble particulièrement vives dans les CPAM, quelques mois après la réforme CMU, puisque jusqu'à présent les agents CPAM instruisaient les dossiers « justificatifs » à l'appui alors qu'ils doivent désormais, avec le basculement de la gestion de l'aide médicale, accepter les déclarations sur l'honneur. En outre il est possible que le fait qu'une partie des prestations soient servies « en nature » (et non strictement monétaires) les

[217] Dans le cadre des régularisations pour soins, on peut remarquer également l'importance de la démographie sur le degré de suspicion. Dans un département où ont été reçus 49 dossiers dans l'année, le MISP n'a donné qu'un seul avis négatif (pour un cas « évident » de non pertinence de la demande : des varices des membres inférieurs), tous les autres étant accordés pour un an. Dans un autre en recevant 532 dans le même temps, ce sont 40% des avis qui ont été négatifs, avec, pour les positifs, des durées allant de un mois à un an. Les certificats médicaux rédigés par les médecins traitants y sont refusés car suspects de « complaisance » (le médecin soit connaîtrait trop bien l'étranger, soit ne le connaîtrait pas du tout) et il est exigé que les certificats soient rédigés par des médecins agréés ou hospitaliers.

exacerbe : les assurés, qui « méritent » ces prestations et ne fraudent pas pour les obtenir, n'ont « pas mieux » (les soins sont les mêmes pour tous) que les assistés fraudeurs.

5.1.2 Les pratiques : la restriction des droits

Envisageons maintenant les pratiques justifiées par ces représentations sur la privation des nationaux (induite par le versement de prestations de l'aide sociale aux étrangers) et l'attitude immorale (de leurs bénéficiaires).

5.1.2.1 Justifiées par la privation des Français

La réglementation relative à l'aide médicale, ainsi présentée comme trop favorable, pourra être appliquée de façon restrictive.

L'aide médicale - dont bénéficie des « assistés » - peut être présentée comme une faveur accordée par la collectivité des actifs plutôt que comme la satisfaction d'un droit.
L'arbitraire pourrait donc présider à sa délivrance.

> Selon un agent DDASS, si certains professionnels de guichet ont des attitudes impatientes voire racistes à l'égard des étrangers, c'est parce qu'ils ne reçoivent *que des gens qui viennent demander des choses ... »*

Les bénéficiaires de l'AME étant « hors la loi » - étrangers en situation irrégulière - certains professionnels semblent situer cette dernière en dehors des règles fixées par le droit commun, justifiant d'un traitement affranchi de toute règle pré-définie.
Surtout, elle serait censée s'obtenir au prix d'une négociation au cas par cas plutôt que par l'application de critères strictement définis. Cette négociation impliquerait en particulier que le requérant fasse la preuve d'un besoin de soin urgent. L'AME serait alors censée prendre en charge les soins « essentiels » (le « on ne laisse mourir personne » est un leitmotiv) mais eux uniquement … ce qui permet de réinstaurer de la spécificité dans les prestations selon qu'elles sont servies aux uns (aux assistés, les soins urgents) ou aux autres (aux assurés, toute la palette des soins).

> Certains agents CPAM rapportent, indignés, des propos de bénéficiaires d'AME ayant demandé, qui une chambre seule, qui des lunettes *comme tout le monde* : *il ne manquerait plus que ça !*[218]

Or le fait de conditionner la délivrance de l'AME à l'évaluation casuistique du mérite et en particulier du besoin de soins est une application restrictive de la loi. Depuis la réforme de l'aide médicale en 1992, le besoin de soins n'est en effet plus requis (l'aide est accordée préventivement) et l'admission est décidée au vu de critères objectifs (résidence en France et barèmes de revenus) et non du passage par une commission. Les agents font ainsi référence à des caractéristiques générales de l'aide sociale dont se distingue l'aide médicale depuis une dizaine d'années.

Ces applications restrictives de la loi s'inscrivent dans la relation « déjà » inégalitaire qui caractérise toute relation administrative, entre d'un côté des usagers en situation de demandeurs et qui connaissent mal leurs droits et le fonctionnement de l'institution à laquelle ils ont affaire, et d'un autre des agents qui leur « rendent service » et qui ont presque toujours le dernier mot. Ces éléments n'ont rien de spécifique à l'accès à une couverture maladie, ils ont par exemple été décrits aux guichets des CAF avec des usagers non étrangers mais issus de classes sociales défavorisées[219]. (Dubois, 2003) Mais on peut supposer que d'une part les étrangers sont moins souvent au fait de leurs droits (les textes étant d'ailleurs plus complexes quand appliqués aux étrangers) et des subtilités administratives et que d'autre part l'enjeu de la demande est ici particulièrement important (une couverture maladie), ce qui fait de la relation qui nous intéresse une relation d'emblée plus inégalitaire que d'autres.

[218] On peut rapprocher de ce type de raisonnement celui des agents de préfecture qui demandent aux étrangers malades se présentant à leur guichet pour y engager une demande de régularisation pour soins la nature de leur maladie, pour « vérifier » qu'elle est assez grave avant d'enregistrer leur demande (alors que les informations médicales requises légalement dans cette procédure sont à adresser au MISP de la DDASS, seul à même d'évaluer la gravité en question).

[219] Pour Dubois (2003), l'incertitude qui entoure la fonction des agents de guichet, pour le public, pour le reste du personnel de l'institution, voire pour les titulaires eux-mêmes de ce poste, « permet une certaine latitude des agents d'accueil dans la définition de leur rôle, où interviennent très directement leurs dispositions personnelles les plus diverses (expériences, âge, préceptes moraux, etc.) » (Dubois, 2003, p. 3) Dubois qualifie ainsi de « domination bureaucratique » ce processus d'identification, qui « s'exerce par l'entremise d'individus qui ne sont pas de simples rouages, mais dont la position d'autorité autorise des jugements et des prescriptions que le fonctionnement administratif n'exige pas mais rend possible.» (Dubois, 2003, p. 19)

5.1.2.2 Justifiées par l'attitude immorale

La crainte des demandes frauduleuses se traduit concrètement dans les pratiques des agents CPAM qui reçoivent les demandes d'AME.

Des conditions non réglementaires pour l'ouverture de droits AME sont requises, censées contrecarrer les demandes émanant de « touristes pour soins », telles que la résidence de plus de trois mois en France[220], l'attestation écrite de l'intention de rester en France au moins un an ou du motif de la venue en France. Si elles ne sont pas satisfaites, la demande d'AME se solde par un refus ou par l'ouverture à des droits restreints (pour moins d'un an, ou par « vignettes de soins »). Le refus peut aussi être opposé dès que des « indices » suggèrent la venue pour soins : si le passeport du requérant comporte un visa court séjour en cours de validité, en cas de défaut de passeport (suspect de cacher la détention d'un visa court séjour ou une arrivée dans les trois mois précédents), s'il y a un doute sur un aller-retour récent au pays, en cas de maladie déclarée avant la venue en France, etc.

Là encore, ces adaptations de la règle par les agents de guichet ne sont pas spécifiques aux agents de la Sécurité sociale. Le pouvoir discrétionnaire des agents d'Etat, quand ils appliquent la loi au cas singulier, a notamment été étudié lors de l'attribution par les agents de préfecture, des titres de séjour, de travail et des naturalisation. (Spire, 2005) Mais cette adaptation de la règle n'est pas non plus spécifique au cas des usagers étrangers. C'est la « *street level bureaucracy* » décrite par Lipsky[221] : les agents, en mobilisant stéréotypes et préjugés, ne font pas que strictement mettre en œuvre des règlements, ils procèdent à des « arrangements », jouent avec leurs marges de liberté et appliquent la règle en fonction de leurs intérêts, avec pour effet de creuser un écart entre les objectifs initiaux et officiels des politiques publiques et leur production concrète par l'administration. (Dubois, 2003) Dubois décrit par exemple dans les CAF un « arsenal de petites techniques » pour contrôler les déclarations des allocataires suspects d'être de « faux pauvres » : enchaînement de questions rapides à la recherche d'incohérences dans le discours, exigence de formulaires non nécessaires, etc. Ces pratiques ont là aussi des conséquences concrètes dans le versement des

[220] Rappelons qu'en 2001, date du recueil de ces données, l'exigence de résidence doit être considérée comme satisfaite, selon un avis du Conseil d'Etat daté du 8 janvier 1981, dès lors que la personne étrangère se trouve en France et y demeure « dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité ». La loi ne fixe alors aucune condition d'ancienneté de résidence pour l'aide médicale hospitalière (tandis que l'aide médicale totale est soumise à une ancienneté de résidence de trois ans pour les étrangers en situation irrégulière).

[221] Michael Lipsky, *Street Level Bureaucracy : Dilemnas in the Individual in Public services*, New York, Russel Sage Fundation, 1980

prestations. Des acteurs nous ont ainsi rapporté des contrôles de situation, par les agents CAF, beaucoup moins fréquents pour les familles françaises - les renouvellements de leurs allocations étant automatiques - que pour les étrangères, dont les allocations seraient suspendues dès la moindre suspicion d'un changement de situation : lors de l'accueil d'un compatriote (qualifié à tort de relations conjugales), au moment du renouvellement du titre de séjour ou lors d'une absence du domicile (congés au pays, voire même le temps d'une hospitalisation), faisant suspecter l'absence de résidence effective en France (on a évoqué ce point à propos des prestations non contributives).

La suspicion de fraude est présente dans les discours de la plupart des acteurs que nous avons rencontrés. Voyons comment elle se traduit diversement dans les pratiques selon la position professionnelle.

Les membres d'associations insistent plutôt sur la méconnaissance des étrangers de leurs propres droits, alors que la plupart des agents CPAM, surtout comme on l'a dit dans les départements à forte population d'étrangers, présentent ces derniers comme des personnes bien - voire trop bien - au courant de ces droits. Cette opposition de points de vue s'explique probablement, au moins pour partie, par leurs terrains respectifs d'observation : les agents CPAM rencontrent aux guichets les étrangers suffisamment informés pour y arriver, alors que dans les associations sont reçus ceux qui n'y sont pas parvenus.

Par ailleurs, si agents CPAM, travailleurs sociaux hospitaliers et membres d'associations formulent tous des doutes à l'égard de l'authenticité des déclarations sur l'honneur des requérants d'une AME, leurs pratiques diffèrent. Ainsi, alors que la plupart des agents CPAM ont tendance à suspecter une « venue pour soins » chez tout étranger en situation irrégulière et à chercher à la débusquer, tout en se présentant comme globalement mal outillés pour ce faire (en raison d'une législation trop peu contraignante), les membres d'associations expriment un plus large éventail de positions : certains cherchent à barrer l'accès aux soins des fraudeurs avec plus d'âpreté que ne le font les agents des administrations alors que d'autres les tolèrent voire les encouragent.

> Le premier cas de figure peut être illustré dans cette antenne de province d'une association nationale qui dispense soins et assistance sociale. Les bénévoles interrogés expriment les représentations délégitimantes présentées ci-dessus, selon lesquelles les étrangers abusent du système socio sanitaire français. Ces abus, les bénévoles les constateraient quotidiennement

puisqu'ils concerneraient même les soins dispensés par l'association, où la gratuité inciterait à venir consulter sans motif valable.

Les étrangers reçus étant dans leur grande majorité en situation irrégulière, ils relèvent de l'AME, dont les demandes peuvent être déposées à l'association. La coordinatrice de l'association a pris un certain nombre de mesures dont l'objectif est de bloquer celles des demandes d'AME qu'elle considère « illégitimes » :

- elle demande par exemple aux étrangers s'ils ont l'intention de rester en France au moins un an. Dans l'affirmative, elle leur demande d'en attester par écrit, *puisque la couverture qui leur est ouverte dure un an*. Dans la négative (c'est le cas d'environ la moitié des étrangers reçus au cours de la matinée d'observation que nous y avons passé), elle les informe de ce qu'ils n'ont droit à aucune couverture maladie, mais qu'ils pourront bénéficier de soins gratuits à l'association.
- certaines de ces mesures ne s'appliquent qu'aux *Bulgares tziganes*, dont les passeports, bardés de coups de tampons, attesteraient de leurs nombreux allers-retours : ils viendraient en France pour travailler au noir et profiter du système de soins, en particulier pour réaliser des *trafics de médicaments*. Or *si la Sécu accepte de payer les frais, c'est pas pour qu'ils retournent chez eux*. Pour ces raisons, elle exige pour eux une ancienneté de résidence de trois mois en France.

Nous l'observons ainsi recevoir à son bureau un homme bulgare qui voudrait déposer une demande d'AME. Elle examine son passeport d'un air entendu (à notre adresse), puis lui déclare qu'il ne peut pas prétendre à l'AME. Une fois qu'il est sorti du bureau, elle commente : « *il est typique de celui qui vient pour se faire soigner en France. Ils sont au courant avant même de partir de leur pays, et c'est pour ça qu'ils viennent en France : ça vient de Bulgarie, on leur dit « vas en France chercher ta carte vitale. »* »

Cet exemple appelle différentes remarques.

C'est d'abord l'inexactitude des justifications avancées au regard de l'expérience de terrain. Par exemple, le passeport du Bulgare dont il est question dans notre exemple indiquait que c'était son premier séjour en France, la coordinatrice a vu pourtant dans ce passeport un élément étayant son argumentation selon laquelle les Bulgares viennent profiter du système grâce à de nombreux allers-retours. Précisons par ailleurs que les Bulgares ont le droit de séjourner en France trois mois consécutif sans visa mais que s'ils restent au-delà de ces trois mois, leur situation devient irrégulière. Ce délai légal de trois mois est une probable explication aux nombreux allers-retours que déclare constater la coordinatrice (et que décrivent aussi d'autres professionnels de ce département) chez les Bulgares.

Ensuite, les mesures prises sont restrictives au regard de la loi : l'intention de résider en France un an et l'ancienneté de résidence de trois mois ne sont pas légalement requises en

2002. Mais là où les agents des CPAM déplorent les fraudes et appellent de leurs vœux une réforme des procédures permettant de mieux s'y opposer, voire appliquent occasionnellement, de façon « intuitive », la réglementation de façon restrictive, cette bénévole met en place de façon systématisée les mesures sus réglementaires qui lui semblent nécessaires. Ainsi, elle partage les représentations des agents CPAM (elle est d'ailleurs retraitée d'une CRAM), mais elle prend des libertés avec les textes que ces derniers ne se permettent pas, ou du moins pas ouvertement, comme si sa position en association, peut-être car elle est perçue comme un « plus » qu'offre le système, les légitimait.

Au total, on peut qualifier de discriminatoires selon l'origine ces pratiques puisqu'elles s'appliquent à des personnes caractérisées par leur altérité (leur nationalité (étrangère et surtout bulgare), leur ethnicité (tzigane)) et consistent en des restrictions de l'accès aux soins.

Dernière remarque, l'accès aux soins n'est jamais totalement refusé.

D'abord, la coordinatrice accepte malgré tout de recevoir la demande d'AME des Bulgares tziganes résidents depuis moins de trois mois, quand leur état de santé relève d'une « urgence médicale ». Cette « exception » a probablement partie liée avec la notion de besoin que l'on a dite classiquement associée à l'aide sociale. Surtout, elle traduit l'importance de la légitimité du corps souffrant, ce que Fassin qualifie de biolégitimité. L'accès au soin « vital » représente un « garde-fou ultime » dans toutes les pratiques discriminatoires observées dans notre étude.

Ensuite, la coordinatrice ferme l'accès à l'AME des étrangers qui n'ont pas l'intention de résider en France un an, c'est à dire les prive du droit commun, mais elle leur laisse ouverte la porte de l'association. Elle contredit ce faisant le principe de l'association nationale, dont l'objectif est de permettre l'accès de tous au droit commun pour ne plus avoir de raison d'être (sauf pour délivrer les premiers soins en attendant l'ouverture des droits) au lieu de pallier ses carences. Or la coordinatrice, en barrant l'accès au droit commun, pérennise le besoin de passer par ce soin placé « en dérivation » que représente l'association. Insistant sur cette « gratuité » des soins délivrés par l'association (les médicaments sont donnés par des laboratoires, les médecins sont bénévoles, etc.), elle pose l'existence de l'antenne associative comme une donnée première et donc à utiliser, alors que pour la direction nationale de l'association, les antennes ne devraient servir que de filets de rattrapage en cas d'échappement au droit commun.

Dans certaines consultations associatives, le doute porte sur les étrangers qui ne semblent pas « suffisamment pauvres » (détenteurs d'un téléphone portable par exemple), « pas assez malades » ou dont l'origine est associée à la fraude. Par exemple, certaines associations

domicilient les étrangers pour leur permettre de faire des demandes d'ouverture de droit, mais refuseraient de domicilier certains d'entre eux en raison de leur réputation de délinquance (les « BIP » : Bangladeshis, Indiens, Pakistanais sont cités en exemple).

Mais pour d'autres en revanche, un droit « absolu » aux soins est lié à la personne (cette position s'exprime également dans une littérature militante) :

> « *La CMU n'a d'universel que le nom. Quand on parle d'accès à la santé, de droit à la santé, il doit être rattaché à la personne humaine et certainement pas à une situation administrative. (...) les étrangers ont donc strictement les mêmes droits, en matière de soins, que les Français* ».

Concrètement, l'existence de fausses déclarations peut alors être admise, tolérée, voire impliquer la participation active des membres d'association : on informe l'étranger de ce qu'il a intérêt à déclarer (exemple : l'intention de résider en France) [222], on défend une version sans y croire :

> La bénévole d'une association raconte avoir fait un recours en justice pour permettre à une jeune femme gabonaise diabétique d'être dialysée, au motif, dont elle n'était pas convaincue elle-même, que cette femme était venue en France pour rendre visite à son frère et non pas pour s'y faire soigner : « *Nous on a maintenu contre vents et marées que c'était vrai car elle n'avait jamais été dialysée dans son pays, qu'elle avait une crise et que c'était une question de vie et de mort* (...), *mais je pense qu'elle avait au fond d'elle-même l'intention de recevoir des soins (...) et je pense qu'elle eu tout à fait raison car sinon elle aurait crevé en Afrique*. »

Au total, si le « doute » sur la fausse déclaration (et notamment la venue pour soins) est quasi toujours présent, même dans les associations, son interprétation y donne lieu à des pratiques diverses. Cette liberté d'appréciation et d'action, plus importante que celle des agents du service public, est peut-être à mettre en rapport avec le sentiment qu'ont les membres d'associations que leur action se situe « aux marges » du système de santé.

[222] La convergence des requérants d'une AME vers les structures associatives, en raison notamment d'une absence d'accueil dans les guichets CPAM de droit commun (cf. chapitre suivant), facilite ce contact et cet accompagnement susceptibles de déboucher sur un « conseil » quant au contenu des déclarations à faire.

5.1.3 Synthèse

L'usager délégitimé est le bénéficiaire de l'aide médicale. En tant que tel, il est perçu comme un « assisté » (dont les soins « coûtent cher » aux cotisants). Etant par ailleurs un étranger en situation irrégulière (puisque depuis 1999, les critères l'aide médicale coïncident avec ceux du droit au séjour), l'opposition cotisant-assisté est doublée de l'opposition français-étranger. Sa prise en charge est donc perçue comme un poids pour les cotisants mais également pour les nationaux. Ce raisonnement peut être éventuellement étayé par des considérations erronées au regard de la protection sociale. Les connotations péjoratives associées au bénéfice de l'aide sociale (absence de mérite aux prestations) sont alors redoublées par le statut d'étranger (suspect d'immigrer dans le but de venir abusivement profiter du système français) et plus encore celui d'étranger en situation irrégulière (donc « hors la loi » au regard du droit au séjour).

Jugeant la législation applicable aux « assistés étrangers » trop généreuse (aux dépends des nationaux) et vulnérable aux fraudes, les professionnels peuvent mettre en œuvre des pratiques restrictives pour l'accès aux droits à l'aide médicale (en soumettant l'ouverture des droits à des conditions non prévues par la loi, telles que le besoin de soins ou l'ancienneté de la résidence en France) et la portée de ces droits (accordés pour moins d'un an, par bons de soins, etc.). Une partie de ces pratiques restrictives sont en fait conformes à la réglementation généralement relative à l'aide sociale (prestations accordées au vu d'un besoin), mais dont l'aide médicale s'est progressivement éloignée depuis 1992.

Ces représentations, qui sont surtout le fait d'agents administratifs, semblent sensibles à la demande (accrues en cas de fortes demandes). Mais les pratiques qu'elles justifient trouvent un espace plus large d'expression dans les associations, où le sentiment d'agir aux marges du système peut autoriser des pratiques « adaptées » à ces publics considérés eux-mêmes comme marginaux.

5.2 La différenciation

Le deuxième mode d'altérisation susceptible de fonder un traitement discriminatoire est la différenciation. Percevoir l'autre comme radicalement différent, c'est aussi lui attribuer des besoins différents et donc justifier de le traiter différemment, de le mettre et de le traiter à part.

Ces discriminations sont moins flagrantes que celles justifiées par la délégitimation. On a vu en effet combien les discours tenus à propos des personnes en situation de précarité socio-économique et/ou étrangères en séjour irrégulier sur le territoire français peuvent charrier des connotations péjoratives : on évoque les « assistés » du système socio-sanitaire et les « hors la loi » de la société nationale. Par suite, la contestation de la légitimité de ces derniers à accéder aux soins est plus ou moins ouverte, surtout si le contexte politique s'y prête.

La perception différencialiste, elle, est sinon plus rare, du moins plus insidieuse car le locuteur peut se percevoir et être perçu comme porteur de « bonnes intentions » à l'égard de la victime. Le traitement différentiel qu'elle justifie le cas échéant peut d'ailleurs être compris par son auteur comme une discrimination positive, c'est-à-dire un dispositif censé pallier les difficultés spécifiques que rencontrent certains groupes.

On peut rapprocher de cette typologie de la perception de « l'autre » – délégitimation / différenciation – celle appliquée au racisme. Deux variantes peuvent en effet être décrites à propos du racisme dans les sociétés occidentales modernes, deux registres d'expression de la différence et deux modes d'instauration de frontières sociales, procédant l'une par infériorisation et l'autre par différenciation.

La première, dite pseudo-scientifique, est basée sur une classification naturalisante de l'espèce humaine en races dont les caractéristiques biologiques sont censées correspondre à des caractéristiques psychologiques et intellectuelles. Cette classification s'accompagne d'une hiérarchisation, la race blanche étant considérée supérieure : ce racisme est inégalitaire. Les groupes dominés sont inclus dans les rapports sociaux, mais au prix d'une infériorisation, d'une oppression et d'une exploitation par le groupe dominant. C'est le racisme du colonisateur à l'égard des colonisés. Radicalisé, c'est celui du nazisme.

La seconde variante se fonde sur la naturalisation de la culture, qui est biologisée, inscrite dans les gênes, pour renvoyer à un passé commun. On naît dans une culture, on ne peut pas en acquérir une autre ni s'y assimiler. Il n'est plus question d'inégalité des races et

d'infériorité biologique mais de différences culturelles absolues, avec incompatibilité et irréductibilité de ces spécificités culturelles. Le groupe racisé est perçu comme une menace pour l'identité du groupe dominant. Il faut donc l'exclure du monde social et non plus l'inclure en lui attribuant un statut d'infériorité : « l'Autre » n'a pas de place dans la société du raciste. (Wieviorka, 1998) Alors que le racisme inégalitaire procède par infériorisation, oppression et exploitation, le racisme différencialiste opère par exclusion, extermination et élimination. (Balibar, 1988) Il peut ainsi justifier des systèmes politiques de « développement séparé », des lois Jim Crow (aux Etats-Unis) à l'Apartheid sud-africain. Il peut aussi conduire, au nom d'une identité culturelle dite nationale, au refus des immigrés porteurs d'hétérogénéité culturelle et inassimilables donc inacceptables. (de Rudder, 1991)

Avec la chute du nazisme et à l'issue des décolonisations, le racisme culturel a pris le pas sur le racisme pseudo-scientifique : le racisme ne cherche plus à se légitimer par la science, mais par la culture. Pour Pierre-André Taguieff (1991, 1996), cette évolution traduit un changement radical de logique : de scientifique, universaliste et hiérarchisant, donnant une place (de dominés) aux victimes, le racisme est devenu culturel, différencialiste et rejetant. Le premier dissolvait la race dans les rapports sociaux (les victimes constituaient la classe sociale exploitée), le deuxième évite toute relation aux différents groupes (tenus à distance ou détruits), c'est donc un « néo-racisme »[223].

Mais pour d'autres auteurs, ces deux logiques sont en fait co-présentes. La seconde est ancienne, même si elle a tendance à se renforcer, dans les sociétés occidentales contemporaines. Le racialisme (classement zoologique de l'humanité en diverses races) a reculé, mais l'opération de classification perdure. Celle-ci ne repose plus sur la race, notion progressivement récusée, mais sur la culture, laquelle constitue désormais le mode le plus légitime de définition des groupes humains. Cet ensemble référentiel identité-racines-différences, qui serait stable (dans son identité), immémorial (par ses racines) et spécifique (dans sa différence), et dont est censée rendre compte la culture, était auparavant formulé sous le vocable « race ». (« Un bon vieux néo-racisme… », Guillaumin, 1994 ; de Rudder et al., 2000). Le différencialisme est donc non seulement une classification comme l'est le racialisme, mais il n'est de plus pas exempt de hiérarchisation, ses critères ne sont pas neutres, des valeurs socio-politiques sont imposées grâce au détour par l'ethnicité et la culture.

[223] Pour cet auteur, cette évolution a d'ailleurs induit un déphasage entre l'antiracisme et le racisme contemporains : l'outillage mental du premier, « universaliste », hérité de la lutte contre le nazisme et son racisme « racialiste », célèbre la « différence » (exemple : SOS Racisme) et se révèle incapable d'analyser le second, justement « différencialiste ».

(Balibar, 1988) Les permutations sont d'ailleurs fréquentes dans les représentations spontanées : l'inégalité produit des différences ; les différences, réelles ou supposées, « supportent » l'inégalité. Le racisme contemporain s'est finalement simplement adapté aux circonstances nouvelles de manière à pouvoir nier le caractère raciste de ses effets. Ainsi, en codant la race en culture, les racistes culturels affirment protéger leur mode de vie et affirment que la question du phénotype et de la couleur leur est indifférente. Mais il s'agit toujours bien de fixer des groupes sociaux en terme de caractéristiques naturelles d'appartenance ou de non appartenance à des contextes politiques ou géographiques particuliers.

La perception de « l'autre » que nous avons qualifiée de « délégitimante » peut ainsi être rapprochée de la logique du racisme infériorisant, et la différentialiste du racisme culturel, en notant que là aussi les logiques se croisent. On va voir en effet que derrière le registre de la différenciation affleure la hiérarchisation.

Intéressons-nous donc aux différences perçues chez des usagers du système de soins et qui justifient que leur soient appliqués des traitements spécifiques. Ces derniers peuvent concerner l'accès aux droits ou aux soins et être opérés par chacune des catégories de professionnels que nous avons rencontrés.

5.2.1 Les représentations : la perception d'une différence

La différence perçue peut être de nature administrative. Par exemple, dans certains départements, notamment ceux où les étrangers en situation irrégulière sont nombreux, les requérants d'une AME sont reçus non pas dans les centres de paiement de la Sécurité sociale mais dans des antennes délocalisées situées dans des locaux associatifs et des hôpitaux[224]. Il n'y a donc pas de « guichet unique », c'est-à-dire de guichet commun de la CPAM accueillant

[224] On peut donner l'exemple de Paris, où vivaient en 2002 42% des 145 000 bénéficiaires de l'AME recensés cette année-là (75% des bénéficiaires vivaient dans la région Ile de France). En 2001, des permanences CPAM recevant les demandes d'AME y étaient assurées dans dix-huit hôpitaux et dix-huit associations, mais dans aucun des cinquante centres de Sécurité sociale ni dans les CASVP (centres d'action sociale de la ville de Paris). L'AME était donc délivrée dans deux des quatre structures prévues par la loi (hôpitaux, associations, centres de Sécurité sociale et CASVP).

les demandes pour les divers modes de couverture maladie (assurance maladie (CMU ou autre) et aide médicale).

Les responsables de ces CPAM justifient le traitement à part des demandes d'AME par la réglementation relative à l'AME : inconnue de la plupart des agents CPAM jusqu'à il y a peu[225], elle serait trop différente de celle relative à l'Assurance maladie pour être correctement maîtrisée par tous les agents (lesquels ont déjà du mal à assimiler les nouveautés liées à la CMU). Réduire le nombre de guichets ouverts à l'AME permettrait alors de former moins d'agents aux nouveaux textes mais de les y former mieux.

A cette première différence, d'ordre réglementaire, s'en ajoute une autre, relative au public concerné : les bénéficiaires de l'aide sociale nécessiteraient un accueil spécifique en raison de leur précarité, responsable de besoins particuliers (dossiers plus souvent complexes et urgents ; usagers moins familiarisés avec les procédures administratives, plus en demande d'aide, etc.).

Plusieurs agents CPAM « banalisent » d'ailleurs ce traitement différentiel en soulignant qu'il est déjà effectif dans la prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale : un numéro dit provisoire leur est attribué (alors que les assurés sociaux sont identifiés par un numéro d'immatriculation définitif) et une simple attestation papier de leurs droits leur est remise (pas de carte vitale).

Des interprétations diverses sont d'ailleurs données à cette « différence » perçue, se traduisant dans des organisations de l'accueil du public AME également diverses, dans différentes CPAM visitées qui ont pourtant toutes en commun de n'avoir formé à l'AME qu'une partie de leur personnel.

> Dans deux d'entre elles, l'accent est mis sur la multiplication des permanences délocalisées (associatives et hospitalières) animées par des agents très au fait de la législation, tandis que la formation des agents exerçant dans les centres de paiement est restée embryonnaire, jugée de toutes façons inutile puisque les étrangers en situation irrégulière *« ne viennent pas là »*, par évitement habituel des lieux institutionnels.
>
> Dans une autre au contraire, l'AME n'est instruite qu'en centre de paiement, et dans un seul, donc seuls les agents CPAM de ce centre sont formés à l'AME. C'est pour permettre, selon sa responsable, aux étrangers (et aux assistantes sociales qui les accompagnent) de garder leurs repères : ils n'ont qu'un endroit où aller, donc ils le connaissent, les informations qui leur sont données sont cohérentes car elles ont une source unique.

[225] Avant la réforme CMU, les caisses géraient l'AME mais pas l'AMD (aide médicale départementale), laquelle représentait le plus gros volume de l'aide médicale.

Ailleurs encore, l'AME n'est instruite qu'en centre de paiement, et dans tous. En revanche, l'usager doit être orienté, à l'intérieur de chaque centre, vers l'un des cinq guichets spécifiques (qui ne traitent, indifféremment, que la CMU et l'AME). Les agents de ces cinq guichets sont formés à l'AME, mais ni les agents du préaccueil (qui orientent les usagers à leur arrivée dans la caisse, vers ces guichets spécifiques) ni les agents des permanences délocalisées ne le sont ...

Au total, la formation AME des agents CPAM s'organise selon des représentations éminemment variables des besoins des étrangers concernés : ici, ils n'iraient que dans les permanences délocalisées, ailleurs que dans un centre « à eux », ailleurs encore dans les mêmes centres que tout le monde et pas dans les permanences délocalisées.

Mais la différence est le plus souvent qualifiée par les professionnels de « culturelle », il est alors fait référence à des difficultés spécifiques de communication qui ne sont pas uniquement d'ordre linguistique, perturbant l'accès aux droits (d'autant plus que les dossiers des usagers étrangers sont plus souvent complexes) et surtout aux soins des personnes étrangères ou françaises d'origine étrangère (difficultés à recueillir l'histoire de la maladie et à interpréter les symptômes à travers leur « codage culturel ») :

« C'est très difficile de prendre le temps d'écouter un étranger qui ne s'exprime pas de la même façon, il y a un décryptage à faire. (...) La première des difficultés des étrangers est une façon d'exprimer les choses qui est différente de celle qu'on connaît, il y a un travail de décodage qui n'est pas facile et qui déroute le médecin. » (un médecin, 13)

Ces malentendus seraient responsables de prises en charge inappropriées, telles que des orientations par excès en psychiatrie, quand une pathologie organique est interprétée à tort comme d'origine psychique.

Un médecin raconte avoir cru un jour déceler une psychose chez une femme algérienne qui expliquait qu'un ver « lui venait dans la bouche quand elle mangeait du sucre mais pas quand elle mangeait du couscous ». « *Je l'ai prise pour une dingue, je lui ai donné un psychotrope* ». Elle était en réalité porteuse d'un ascaris[226] : « *J'en avais déjà vu, des ascaris, mais elle s'exprimait de telle façon, avec tout un tas de trucs autour .... »*

[226] L'ascaris est un ver parasite de l'intestin.

Aux difficultés de décryptage des besoins des étrangers s'ajouterait la faible compréhension que ces derniers auraient du système de santé. A la question « observez-vous des difficultés variables d'accès aux soins selon l'origine de la personne ? », la plupart des acteurs interrogés répondent en effet que plutôt que de parler d'origine, c'est la connaissance du système de soins qui leur parait constituer le critère le plus discriminant, en terme d'accès aux soins ... ce faisant, pour détailler les caractéristiques de cette connaissance, l'origine est souvent spontanément reprise comme critère déterminant. Les étrangers sont ainsi catégorisés selon la façon dont leur réseau communautaire aiguille leur parcours d'accès aux soins en amont de la rencontre avec les professionnels du système de santé. Trois grands « groupes » reviennent régulièrement dans les discours : les « Africains », les « Européens de l'Est » et les « Chinois ».

Les « Africains » sont caractérisés par leur réseau communautaire important (liens familiaux, foyers de travailleurs), anciennement installé en France, qui fournirait un logement aux nouveaux-venus (d'où leur faible représentation dans les structures d'hébergement) ainsi que toutes sortes d'informations, en particulier concernant l'accès aux soins (notamment sur l'AME et les consultations précarité).

La situation des « Européens de l'Est » s'opposerait à celle des Africains, avec une absence de réseau communautaire d'accueil, qui s'expliquerait par le caractère récent de cette immigration et les oppositions entre les différentes communautés. Leur séjour en France est décrit avec des termes évoquant le chaos : la présence d'enfants (ils arrivent « par familles entières »), leur manque total de repère (ils ne parlent ni français, ni anglais, ne connaissent personne, *« Ceux d'Europe de l'Est sont tous seuls. »*), leur arrivée récente (depuis un an ou deux, « *Tout est à construire, pour eux* » (21)), leur nombre important (l'expression d'« *arrivée massive* » revient régulièrement dans les discours). Ils seraient très nombreux dans les dispositifs d'accueil d'urgence, ne s'accompagnant pas les uns les autres vers l'accès aux soins.

Les « Chinois » (en fait plus largement ressortissants de l'Asie du Sud-Est), sont caractérisés par un réseau communautaire important qui n'aurait cependant pas la fonction de lien avec la société d'accueil décrite chez les Africains. La discrétion de leurs rapports avec les acteurs du système de santé (ils seraient peu présents dans les associations, peu demandeurs lors de leurs passages à l'hôpital) est interprétée de façon variable : tantôt comme une absence de besoin de solliciter ces acteurs, donc une absence de problème socio-sanitaire, tantôt comme une incapacité à communiquer traduisant un enfermement communautaire.

Le commentaire de l'assistante sociale d'une association X (rue T.) illustre ces représentations :
« Chez les Africains, il existe quelque chose qui n'existe pas avec les gens de l'Est (les Bulgares ... même les Russes) : il y a une communauté des gens du Maghreb ou d'Afrique, il existe encore ce

petit lien, de moins en moins mais il existe encore, cette appartenance ethnique existe encore un peu, ils arrivent ou à faire des soirées, ou à avoir des lieux de rencontre. Cette appartenance... il y a quelque chose.

[question : Comment est-ce que ça se traduit pour l'accès aux soins ?]

Ils vont amener leurs copains, ils vont les présenter : « tiens, tu peux lui faire une AME comme tu m'as fait quand je suis arrivé ? ». Vous voyez, ils vont amener ... l'autre, il arrive juste, combien de fois il m'amène des mineurs : « tiens, je l'ai trouvé dans la rue, il ne parle pas bien le français ... ». Un petit Marocain, j'en ai eu un cette semaine, il a été amené par un autre. Ils ne lui ont pas dit « vas rue T. et démerdes toi », le gosse, il ne parlait pas, ils ont été jusqu'au bout (...) mais ils savent qu'ici ils vont trouver quelqu'un qui va les aider, ils vont l'amener. Alors que ce matin, la dame bulgare, elle est venue toute seule, sachant qu'elle ne parlait pas, alors que des Bulgares en ce moment je peux vous dire qu'il y en a un paquet. Il n'y a personne qui ... ce lien n'a pas ...

[question : Comment peut-on interpréter cette absence de lien ?]

Je pense qu'il doit y avoir quelque chose de l'ordre de la culture. On l'avait vu, nous, quand il y a eu les Serbes, les Croates, tous ces passifs de différentes ... je l'ai vu aussi avec les Albanais ... ils ne s'aiment pas trop, quoi, ils ne s'aiment pas trop, parce qu'il y a des passifs, là. J'ai des gens turcs, sur leurs papiers, il y a marqué « Turc » et ils me disent « je suis pas turc, Madame, je suis kurde ». Vous voyez, c'est des choses ... il y a un passif, un certain nombre de communautés ... c'est lourd. Alors que pour les gens d'Afrique, on voit un Algérien amener un Tunisien, un Tunisien amener un Algérien. (...) *L'Afrique Noire, c'est pareil. La plupart des gens d'Afrique, quand on leur demande « vous habitez où ? », la plupart, au départ au moins quand ils arrivent, ils sont hébergés, c'est quelque chose qui se mesure, alors que les autres se retrouvent de suite en foyer. »*

Le défaut de familiarisation avec le système de soins pourrait se prolonger par des réticences à accepter les soins qui leur sont proposés. On cite par exemple le cas de patients chinois méfiants vis-à-vis des prises de sang ou des interruptions volontaires de grossesse (IVG) (préférant les IVG faites « *sur des tables de cuisine* » par des praticiens chinois clandestins) et choqués par le traitement des corps à l'hôpital (en raison d'une pudeur « traditionnelle »).

5.2.2 Les pratiques : le dérogatoire plutôt que le droit commun

Sans nier les effets potentiellement favorables des « guichets AME », on peut en relever les conséquences négatives. Ce sont d'abord les longues files d'attente lorsque les capacités

d'accueil de ces guichets sont dépassées. C'est ensuite le surplus de déplacements pour les usagers, notamment après le refus d'une CMU, puisque celui-ci est opposé dans un centre de paiement alors que l'AME doit être demandée ailleurs, ce qui aggrave encore les difficultés du passage déjà complexe entre CMU et l'AME[227]. Ces déplacements supplémentaires posent particulièrement problème aux personnes en situation de précarité avec difficultés de transport et peu familiarisées avec le système de protection sociale, ce qui est le cas justement de nombreux étrangers en situation irrégulière. En outre, le surplus de formation de certains agents peut se faire au détriment des autres : lorsque les agents des centres de paiement, non formés à l'AME puisque ils ne sont pas censés s'en occuper, ignorent jusqu'à la localisation des antennes délocalisées où doivent être déposées les demandes d'AME, les étrangers risquent bien de ne jamais parvenir aux antennes en question[228]. On voit ainsi que ces traitements différentiels renforcent les préjugés, fonctionnant comme des « prophéties auto-réalisantes » (de Rudder et al., 2000) : l'orientation vers des guichets spécifiques, au motif du défaut de familiarisation avec les textes sur l'AME, justifie que la méconnaissance de ces textes perdure et que soit perpétué l'accueil différentiel réservé aux demandeurs d'une AME.

Enfin, cet accès en antennes délocalisées constitue une mise à part « physique », sorte de matérialisation dans l'espace de la distinction réglementaire qu'opère la réforme entre d'un côté les bénéficiaires de la CMU et les autres assurés sociaux, et d'un autre ceux de l'AME, voire une ségrégation, au sens où l'entendent de Rudder et al. (2000) de discrimination par division sociale de l'espace. Cette relégation dans des guichets spécifiques va à l'encontre de l'un des objectifs principaux de la réforme CMU, à savoir, grâce au guichet unique, la sortie

[227] Les usagers sont en effet censés pouvoir passer d'un système à l'autre. C'est le cas par exemple de l'étranger qui perd son titre de séjour et bascule de la CMU à l'AME. Or ce passage est éminemment complexe, ainsi que le remarquent Maille et al. : « Les durées d'ouverture de droit à l'assurance maladie (protection de base) sont donc différentes selon la nationalité et le motif d'ouverture du droit. Si l'on ajoute que les dates d'ouverture des droits à la complémentaire CMU et les durées (par tranches d'un an incompressible) sont discordantes avec les dates d'ouverture et les durées pour la base, il est possible de figurer le « casse-tête» que représente le passage d'un système vers l'autre. L'organisation interne des caisses devient dans ce cadre un enjeu important, le cloisonnement des services et parfois l'existence de guichet spécifique pour l'AME étant incompatibles avec l'architecture du système. » (Maille et al, 2005, p. 548)

[228] Une enquête réalisée par la Coordination Mission France de Médecins du Monde en septembre 2000, « Enquête à Paris sur la réalité de la loi du 27 juillet 1999, portant création de la CMU et la rénovation de l'AME », laisse supposer des difficultés que peuvent rencontrer les étrangers devant faire une demande d'AME, depuis un centre de Sécurité sociale habilité à ne traiter que les CMU : dans deux des trois centres où il a été demandé où s'adresser pour déposer un dossier d'AME, il a été répondu : « l'AME n'existe plus, elle a été remplacée par la CMU ».
La connaissance de ces dispositifs n'est pas meilleure au sein des hôpitaux où ils sont installés : des agents interrogés par nous-mêmes à la direction de l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) ainsi que dans le service de la formation d'un de ces hôpitaux n'en connaissaient pas l'existence.

des populations précaires des circuits qui leur sont spécifiques et leur intégration aux circuits qui sont communs à l'ensemble de la population. Certains acteurs relèvent ainsi le paradoxe qu'il y a à s'appuyer, pour appliquer une procédure administrative légale, sur des structures dont ce n'est pas le but premier (les hôpitaux) ou qui ne font pas partie du système de droit commun (les associations) et remarquent que les dispositifs différentiels ne peuvent être bénéfiques que s'ils constituent un « plus » apporté au droit commun : les antennes de proximité pour l'ouverture des droits AME, placées au plus près des populations les plus fragilisées, ne seraient ainsi justifiées que si les centres de Sécurité sociale restaient accessibles. « *Il y a une marge très étroite entre le spécifique et le discriminatoire*. » (la salariée d'une association) Cette organisation pourrait induire de la part d'agents pourtant dépourvus d'intentions discriminatoires à l'égard des étrangers en situation irrégulière, un traitement défavorable du seul fait qu'il est différent.

En outre, cette mise à part expose à la stigmatisation les groupes concernés, et ce d'autant qu'ils s'y retrouvent seuls[229] et qu'il s'agit de groupes déjà volontiers connotés péjorativement. Ce sont en effet des assistés, qui selon certains professionnels, ne doivent pas « encombrer » l'espace des assurés sociaux. Les guichets spécifiques AME, comme le sont déjà les PASS, peuvent ainsi être stigmatisés pour leurs publics précaires.

> Une responsable CMU-AME explique : *« On ne reçoit pas les demandes d'AME dans les centres de paiement, alors on est accusé par la DDASS Etat et les associations de faire des discriminations. En fait, si on ne les y reçoit pas, c'est parce que c'est lourd pour nous de gérer à la fois le droit commun, c'est à dire ce qui est lié au travail, la CMU, et en plus il faudrait l'AME ! Mais ils ne sont pas assurés sociaux, donc on n'a pas à les recevoir dans les centres. On gère l'AME par délégation. Alors vu l'engorgement des centres, on aime mieux les recevoir ailleurs. »*

Mais le public des guichets AME est également « clandestin », puisque la distinction entre bénéficiaires de l'AME et assurés sociaux est calée sur les critères du droit au séjour. Or la visibilité de ce public « assisté et clandestin » facilite l'expression des représentations délégitimantes décrites plus haut. Un agent CPAM a ainsi été jugé en 2001 pour « provocation à la discrimination et à la haine raciale » après avoir, selon les plaignants, interpellé les usagers de son guichet (réservé à l'AME) en les qualifiant d'« étrangers qui viennent se faire soigner gratuitement aux frais de l'Etat » et avoir demandé à des témoins

[229] Si en effet dans les antennes délocalisées sont théoriquement également reçues les demandes de CMU (qui peuvent, elles, être également reçues dans les centres de paiement), aux dires des membres d'association, seules les demandes d'AME le sont en pratique (ou du moins y sont-elles grandement majoritaires de fait).

s'ils étaient « contents de payer pour ces gens-là »[230]. Le salarié d'une association regrette à ce propos que « *le système permette à des gens qui sont un peu racistes de s'exprimer, en disant : « qui est sans-papiers, qui ne l'est pas ; qui vient se faire soigner aux frais de la France et qui ne le fait pas »* ». Enfin, la préfecture aurait là un moyen de repérage des sans papiers grâce à la localisation physique des guichets spécifiques.

Au total, l'orientation en dehors du droit commun justifiée par la perception de la différence administrative peut échouer dans son objectif de facilitation de l'accès aux soins dès lors que ne sont pas pris en compte un certain nombre de points techniques tels que des capacités d'accueil suffisantes dans les guichets spécifiques et une formation minimale des agents des centres de droit commun afin qu'ils puissent orienter les sans papiers. La mise à part peut également favoriser l'expression de représentations délégitimantes ; on reviendra plus loin sur cette association des deux modes de perception.

La présentation des pratiques découlant de la perception d'une différence cette fois culturelle et non plus administrative va nous donner l'occasion de revenir sur chacun des points rapidement présentés ci-dessus et de les approfondir.

On a présenté plus haut des recherches ayant pour objectif d'identifier les déterminants des inégalités de santé qui affectent étrangers et immigrés parmi les caractéristiques prétendument « objectives » propres à ces derniers, en particulier culturelles. On a qualifié de culturaliste cette explication des phénomènes de santé par des traits culturels, quand elle est systématisée et considérée explicative en dernière instance. Arrêtons-nous sur les conséquences concrètes de cette appréhension différentialiste de « l'autre », quand la différence est perçue comme culturelle.

5.2.2.1 La fermeture du « regard diagnostic »

L'appréhension de la santé du patient uniquement à travers ses « particularités culturelles » peut être à l'origine d'un biais dans la démarche diagnostique, par fermeture du regard et

[230] Cf. Bissuel (2000) et la lettre adressée à la direction hospitalière par l'un des témoins.

attribution préférentielle de certains diagnostics plutôt que d'autres, qui auraient pu être mieux fondés.

On a ainsi vu que les « codes culturels » pouvaient brouiller l'approche diagnostique, conduisant les médecins à qualifier par excès de psychiatriques les plaintes des malades. Il arrive aussi qu'un médecin préjuge d'une différence de symptomatologie en raison de l'origine qu'il attribue à son patient, c'est-à-dire que sa représentation de la différence de son patient (différence culturelle qui interfèrerait avec la symptomatologie) justifie d'une approche diagnostique particulière.

> Par exemple, une médecin conseil, lorsqu'elle évalue la pertinence d'un arrêt de travail, explique ne pas tenir compte de l'origine culturelle des assurés qu'elle reçoit car elle se *décide en fonction d'un examen clinique et non social*. Pourtant elle décrit longuement le « codage culturel » des symptômes des patients issus du pourtour méditerranéen. Elle définit *le syndrome méditerranéen* comme une *majoration fonctionnelle de l'expression du mal-être*, mise en évidence par *la discordance entre la plainte (subjective, personnelle et culturelle) et le signe objectif*. Elle donne l'exemple d'une douleur évocatrice de sciatique qu'elle n'interprètera pas comme telle chez un patient de cette origine si les signes physiques retrouvés à l'examen clinique ne sont pas aussi prononcés que l'interrogatoire (la douleur exprimée par le patient) pouvait le faire prévoir. Chez les patients issus de cette aire géographique, l'écart entre l'intensité de la plainte fonctionnelle exprimée par le patient et celle du signe objectif recueilli par l'examen sera donc interprété grâce à une grille de lecture particulière.
>
> Pour une médecin de PMI, l'attribution d'un mode de vie spécifique selon l'origine des patients permet d'expliquer, voire d'anticiper, des disparités dans des phénomènes aussi divers que l'observance d'un traitement ou la croissance des enfants. : « *Les Africains des anciennes colonies respectent le savoir médical et observent bien les traitements.* [En revanche avec les Européens de l'Est] *il y a beaucoup plus de vagabondage médical, de consommation ...* (…) *Les Turcs, ils sont toujours d'accord, ils disent toujours oui, gentiment, mais ils font toujours l'inverse de ce qu'on leur demande ... je n'arrive pas à les cerner ... ils vivent en clans très fermés. (...) On leur propose des activités au centre social, mais les Turcs, c'est difficile de les bouger. Les Turcs, ils vivent très, très entre eux ... ça se lève tard, ça se couche tôt ... c'est les thés et les gâteaux turcs ... et puis les petits, au niveau diététique et tout ça, j'ai beaucoup de peine, ils disent « oui, oui, oui », et puis ... « fort comme un Turc », ça veut bien dire ce que ça veut dire ! Ce sont ces enfants qu'on trouve très mous ... le petit Africain, il marche à neuf mois, le Turc il marche à vingt mois. Bon, après, il récupère. »*

Au total, en fonction de la différence qu'il attribue à son patient (différence d'expression symptomatique, différence d'observance thérapeutique), le médecin oriente son approche diagnostique vers des types plus ou moins « particuliers » de pathologies (comme le

syndrome méditerranéen), au risque de sous estimer l'éventualité d'une pathologie « moins particulière » (une sciatique).

5.2.2.2 La privation de l'offre de soins de droit commun

L'appréhension de la santé du patient à travers ses « particularités culturelles » peut se traduire ensuite dans la proposition d'une offre de soins censément adaptée à « la culture » du patient. Prenons l'exemple de la consultation d'ethnopsychiatrie réalisée au sein d'une association.

Selon une ethnopsychiatre intervenant dans cette structure, la prise en charge culturellement différenciée est de seconde intention, indiquée pour une durée limitée et uniquement quand le suivi initié dans une consultation « tout venant » (ce que nous qualifions ici de « droit commun ») n'évolue pas favorablement. Cette dernière continue pendant et après les consultations d'ethnopsychiatrie. Son échec - que la prise en charge en ethnopsychiatrie est susceptible de débloquer - est attribué aux caractéristiques « culturelles » du patient. Cependant l'ethnopsychiatre souligne que celles-ci n'interviennent souvent que conjointement à des dysfonctionnements de l'offre de soins, tels que le manque de temps des professionnels ou des préjugés péjoratifs de ces derniers envers les étrangers.
La plupart des professionnels interrogés en dehors de cette structure se disent favorables à cette prise en charge ethnopsychiatrique. Mais leurs arguments en ce sens restent centrés sur « la culture », sans plus tenir compte des facteurs liés à l'offre de soins elle-même. Cette « culture » est présentée comme une entité stable, qu'il faut préserver, aux contours identifiables, et incompatible avec l'offre sanitaire de droit commun. Alors que la consultation d'ethnopsychiatrie est destinée - de l'avis de la professionnelle qui y exerce - aux patients pour lesquels la prise en charge dans le droit commun est mise en échec et que son objectif est le retour dans ce droit commun, la plupart des acteurs extérieurs à cette consultation considèrent que doit y être orienté tout patient dès lors qu'il est « d'origine africaine » (français ou non) et sans orientation préalable dans le droit commun. L'insistance sur la différence culturelle du patient au détriment de ses autres caractéristiques, notamment cliniques, risque alors de se traduire par la proposition d'une offre de soins amputée, si n'est plus proposée au patient que ce qui est censé correspondre à ses caractéristiques culturelles.

L'universalité de sa pathologie est niée dès lors que le soin « tout venant » ne lui est plus proposé.

Des médecins exerçant dans des associations prenant en charge de nombreux étrangers font ainsi part de leurs difficultés récurrentes à faire accepter leurs patients par des services de droit commun. Les professionnels intervenant dans ces derniers se déclarent en effet incompétents et préconisent l'orientation systématique vers des filières spécifiques, notamment associatives.

> Un médecin généraliste exerçant dans une association accueillant des malades demandeurs d'asile témoigne de difficultés à faire accepter ses patients par des psychiatres de droit commun, lesquels justifieraient leurs réticences par leur absence de « spécialisation en exilés ». Il donne ainsi l'exemple d'un psychiatre hospitalier auquel il demandait d'admettre un demandeur d'asile birman suicidaire suite au décès des membres de sa famille et aux tortures qu'il a subies, et qui lui a répondu « *Mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse avec ce genre de patient ??* ». Il commente : « *c'est pourtant son boulot, la souffrance des gens, qu'elle soit provoquée par ceci ou par cela* ».

La réification de l'origine culturelle et son utilisation comme une indication systématique d'orientation vers un dispositif dérogatoire au droit commun rend alors discriminatoire au sens négatif du terme un système qui ne l'était pas initialement : la consultation d'ethnopsychiatrie était en effet conçue comme un dispositif de discrimination positive puisque son objectif était de corriger une inégalité de fait, l'échec plus fréquent du suivi ordinaire chez des patients d'origine africaine. C'est ce qu'on a observé également à propos des guichets spécifiques AME, lorsque la mise en place d'un dispositif particulier au motif de besoins particuliers se traduit par une exclusion du droit commun[231] . Ces exemples illustrent ce qu'on a qualifié, dans le chapitre sur la définition juridique de la discrimination, de « bipolarité » des discriminations positives, à savoir leur renversement en discriminations négatives.

[231] On peut faire une analogie avec un effet de l'*Affirmative Action* à l'embauche des Noirs aux Etats-Unis dans les entreprises contractant avec l'Etat fédéral. Si effectivement elle a pu, pendant les années 70, atténuer les inégalités dont ils étaient victimes, en augmentant la proportion de Noirs employés dans ces entreprises et en améliorant leur statut professionnel, elle a induit ce faisant une nouvelle ségrégation par la fonction : les cadres noirs qui en bénéficient sont préférentiellement affectés à certains postes au sein des entreprises (des postes d'encadrement d'autres Noirs). (Collins, 2003)

5.2.2.3 Support de connotation négative

L'insistance sur l'inadaptation du patient à l'offre de soins de droit commun au motif de ses différences peut se charger de connotations péjoratives, sans néanmoins que celles-ci ne passent au premier plan de l'argument (comme on l'a vu dans le discours délégitimant), la différence restant bien l'élément principal de la perception et de la pratique.

> Un assistant social de CMS illustre ainsi le besoin de consultations psychiatriques spécialisées pour les « Africains » :
> « *Comment parler de prise en charge thérapeutique avec une population africaine : il y a à l'hôpital une consultation qui fonctionne spécifiquement avec ce type de population. On travaille avec eux quand on rencontre des problèmes spécifiques.* (...) *Par exemple un Sénégalais, qui a eu une multitude d'enfants à travers l'Europe, et qui continue à en programmer régulièrement à 63 ans, avait pu être logé avec ses nombreux enfants dans un appartement rénové par la propriétaire et des associations alors qu'il était dans une situation précaire, il a fait venir du Sénégal une tribu, il a peut-être eu des réminiscences et a souhaité se rappeler la vie en brousse dans son village, bref il a fait un feu au centre de son appartement*. *On a pu lui en faire prendre conscience lors d'une séance que je qualifie de thérapeutique, grâce à des caméras*, *dans le cadre de cette association, car pour lui ce n'était pas vrai.* »
> L'assistant social évoque les « *dissonances* » dans leur perception des soins thérapeutiques entre patients « *du Nord et du Sud de la Terre* ». Ainsi, ce même patient sénégalais, dans la salle d'attente de cette consultation, parlait très fort. Quand un médecin aurait discrètement essayé de lui demandé de baisser de ton, il se serait exclamé : « « *mais il est fou, celui-là !* ». L'assistant social conclut : « *Ca vous donne un ordre d'idée de ce qu'on peut comprendre par thérapie au Sud de la Terre et au Nord.* »

La « perception » attribuée au patient n'est plus simplement différente, elle est présentée sous un jour péjoratif, via les allusions à des « mœurs primitives » (les nombreux enfants, la vie en brousse, la tribu) et à l'incapacité à tirer parti des aides reçues (l'appartement rénové). L'argument ne verse cependant pas explicitement dans la délégitimation, laquelle transparaît surtout dans la forme ironique du propos.

Certains commentaires péjoratifs associés aux « différences culturelles » perçues sont argumentés sur la notion d'atteinte aux droits de la femme. C'est le cas en particulier des réticences de certains patients à accepter les soins qui leur sont proposés. Ainsi, des maris musulmans interdiraient que leurs épouses soient examinées par un homme ou bénéficient

d'examens gynécologiques, même réalisés par une femme ; ils refuseraient de consulter des médecins de sexe féminin car ils ne leur feraient pas confiance … mais y enverraient leurs femmes car « c'est assez bien pour elles ».

Une autre série d'arguments fait référence à des manifestations perçues comme outrancières de la religion musulmane : conflits induits à l'hôpital par les horaires des prières ou du ramadan ; refus de médicaments contenant de l'alcool, etc.

Pour de Rudder, les « racistes culturels » insistent en effet sur deux valeurs centrales dans la société, à savoir l'égalité et la laïcité, qu'il faudrait préserver des influences culturelles extérieures. Sur ces valeurs se fondent des postures et des rhétoriques (l'adoption d'une posture féministe défendant l'égalité des sexes ; la conversion de la figure de l'étranger en celle du musulman) qui permettent aux acteurs majoritaires d'exprimer de manière politiquement et socialement acceptables leur vision des relations interethniques. (de Rudder, 1991 ; de Rudder et al., 2000)

5.2.2.4 Le refus de soins

L'argument de la spécificité culturelle peut, quand aucune solution « alternative » n'est proposée, résulter en l'exclusion pure et simple des soins. Les exemples de ces exclusions de soins sont donnés non par les auteurs de ces pratiques, mais par des témoins. Ces derniers les qualifient le plus souvent de discriminatoires et suspectent l'argument culturel de servir de prétexte à une attitude plus ou moins explicitement rejetante.

Là aussi, conditions inégalitaires des femmes et pratiques religieuses outrancières fondent volontiers la légitimité des discours.

> Pour le Dr A., l'accès aux soins des Français d'origine étrangère et des étrangers est fléché, il faut savoir à qui les adresser : « *on a un réseau. On sait que vers un tel c'est pas la peine ça ne passera pas* ». Elle donne l'exemple d'une gynécologue qui a refusé de pratiquer un examen gynécologique chez une femme qui ne voulait pas enlever son tchador, alors qu'elle aurait pu l'examiner quand même. La gynécologue lui a ensuite envoyé un courrier précisant que « *l'examen se fait selon les références du médecin et que la patiente n'étant pas compliante, elle ne souhaitait plus revoir cette patiente (...) sauf extrême nécessité…* ».

Un exemple récurrent est celui de la polygamie, tant dans les représentations que dans les pratiques.

On a évoqué, à propos de la délégitimation, les commentaires sur le « coût social » des étrangers. L'argument de l'extériorité culturelle peut venir conforter l'argument financier. Un agent DDASS décrit la menace qu'est censée représenter la polygamie à la fois pour l'intégrité culturelle de la République française et pour l'équilibre financier de son système de protection sociale et finalement l'injustice pour les Français : « *La conséquence sur les droits sociaux : six femmes et quarante enfants, ça coûte cher à la collectivité, il faut le dire !* (…) *La loi française est contre la polygamie…. alors que bon, on est en France, on n'a qu'une culture. Pour la République une et indivisible, c'est comme ça*. (...) *Ca trouble l'ordre public (...) c'est pas quelque chose qui est admis dans la culture occidentale. (…) A côté de ça, il y en a qui n'ont pas d'enfant qui sont à l'assurance personnelle, et quand on voit combien ça leur coûte !! »*.

La salariée d'une association donne un exemple de traduction dans les pratiques de ce rejet de la polygamie. Elle évoque « *une espèce d'angoisse de la polygamie, de suspicion* » qui aurait empêché le relogement d'une famille sénégalaise, pérennisant du même coup l'intoxication au plomb des enfants. Le livret de famille du père le présente en effet comme un père de huit enfants, mais, dans le cadre du relogement pour saturnisme, c'est pour lui, sa femme et leurs cinq enfants qu'il a demandé un nouvel appartement. Huit enfants sur le livret, cinq à la maison : le logement lui est refusé au motif qu'il cache une deuxième femme, mère des trois autres enfants. L'hypothèse parait si plausible que personne ne prend la peine de lui demander sa version des faits : pas de polygamie, en l'occurrence, mais deux enfants restés au pays et un autre décédé.

5.2.3 Synthèse

« L'autre » est caractérisé ici avant tout par sa différence. Celle-ci peut être de nature variée, administrative (la réglementation dont relève « l'autre ») ou culturelle (le « codage » de ses symptômes, sa réponse à l'offre de soins qui lui est faite) par exemple. Cette perception d'une différence justifie d'un traitement adapté à des besoins perçus comme différents.

Cette adaptation consiste en l'orientation vers une offre de services ou de soins dérogatoire au droit commun, qui peut s'avérer défavorable pour au moins trois raisons : il y a restriction de l'accès au droit commun (avec négation de l'universalité des conditions, que ce soit dans l'approche diagnostique ou thérapeutique), le traitement alternatif proposé peut être inadapté (par particularisme inopportun) et/ou les usagers concernés sont exposés à un risque de stigmatisation.

Des représentations délégitimantes sont susceptibles de s'associer aux différentialistes, sans que ça ne soit nécessairement le cas, et les conséquences défavorables de ces traitements

différentiels peuvent ne pas être explicitement recherchées par leurs auteurs. Ces traitements peuvent même être présentés comme des dispositifs de discrimination positive. On a ainsi pu apprécier ici la « bipolarité » de ces dernières : tout traitement différentiel comporte le risque de donner lieu à une discrimination négative, dès lors qu'il restreint le champ du droit commun.

5.3 Les discriminations systémiques

On a vu comment deux modes de caractérisation de l'autre, l'un par délégitimation, l'autre par différenciation, peuvent conduire à des pratiques discriminatoires lors de l'accès aux soins.

Des traitements différentiels dans l'accès aux soins peuvent également être opérés indépendamment de toute altérisation, même s'ils ont pour victimes privilégiées des groupes de personnes qui sont par ailleurs catégorisées au nom d'une origine différente. Ces traitements relèvent de ce qu'on a qualifié, en droit, de discriminations indirectes, à savoir des mesures qui s'avèrent affecter une proportion significativement plus élevée de personnes caractérisées par un critère alors que ces mesures sont apparemment neutres par rapport à ce critère. Des logiques structurelles plus que la motivation individuelle d'un auteur clairement identifié peuvent être en cause. D'un point de vue sociologique, la notion de « racisme institutionnel » désigne ce processus collectif quand il est responsable de discriminations indirectes selon l'origine.

On a distingué le racisme infériorisant qui procède par domination, du racisme différencialiste qui procède par exclusion. Tous deux caractérisent un racisme manifeste et explicite des individus. Le racisme institutionnel s'oppose à ces deux catégories car c'est un racisme non déclaré, sans acteurs conscients, non perçu socialement, sans idéologie, préjugé ni intention raciste. Il est sécrété par un ensemble de pratiques institutionnelles *a priori* aveugles à l'origine (règles et pratiques souvent routinières, habitus partagés), générant des traitements formellement égalitaires mais qui ont pour conséquence de défavoriser *de facto* certaines personnes ou certains groupes, même quand, dans le même temps, le racisme est disqualifié politiquement et scientifiquement. Les individus peuvent par exemple désirer la ségrégation résidentielle raciale, non pas pour des arguments racistes mais pour assurer un meilleur niveau scolaire à leurs enfants (inscrits dans les « bons » établissements de la carte scolaire), tout en se percevant éventuellement comme antiracistes. Il est identifié par ses effets et non par l'intention d'un individu particulier. Aux Etats-Unis par exemple, le racisme institutionnel assure la transcription des rapports sociaux en termes de races, avec la perpétuation du pouvoir des Blancs et le désavantage systématique des Noirs dans la compétition.

Ses manifestations ont été décrites, en France, dans les domaines du logement, de l'emploi ou encore de l'éducation. Ses victimes préférentielles sont étrangères, immigrées ou françaises d'origine étrangère. Des obstacles à l'accès aux ressources, qui agissent théoriquement de la même façon sur toute personne, quelle que soit l'origine qui lui est attribuée, s'avèrent en effet chez elles à la fois plus fréquents et d'impact plus sévère. On peut en donner ici quelques exemples, en remarquant d'emblée que la précarité socio-économique favorise l'expression de ces discriminations indirectes selon l'origine.

Cette population est défavorisée dans l'accès à des logements corrects (d'où l'assignation et la concentration géographique dans des logements précaires, vétustes et surpeuplés) en raison de ressources (en termes de position sociale, de revenus, de réseaux) plus souvent faibles et/ou de la taille des familles, plus souvent élevée. En ce qui concerne le parc de logement social, les familles africaines par exemple demandent plus souvent que les françaises de grands logements, or ces derniers sont peu nombreux. On transforme même de grands appartements en petits appartements, ce qui a pour effet d'écarter les requérants africains tout en appliquant des critères d'application neutres, il s'agit donc bien de discriminations indirectes : les procédures d'attribution sont les mêmes pour tous, même si, pour certains, ce sont des procédures d'exclusion. (De Rudder et al., 2000)

Cette population est surreprésentée dans les emplois non qualifiés et précaires des secteurs « salariés du privé » et « temporaires », elle est plus souvent au chômage et pour plus longtemps que les autres. Ceci s'explique, pour partie, par le nombre élevé d'emplois légalement fermés aux étrangers même en situation régulière[232], mais aussi par la qualification plus souvent faible des personnes concernées (en rapport avec l'histoire du recours à la main d'œuvre immigrée : immigration de travail peu qualifiée) et par les restructurations industrielles qui ont touché, ces vingt dernières années, les secteurs d'activité où ils étaient concentrés, surtout sur les postes de travail à faible qualification qu'ils occupaient. (Simon, 2000)

A condition socio-économique et à composition familiale équivalentes, les parcours scolaires des enfants issus de l'immigration sont comparables à ceux des élèves d'origine française. (Insee, 2005) Cependant, l'observation brute montre que la scolarité des premiers comporte un taux bien supérieur d'échecs. Beaucoup plus souvent, en effet, ils sont exposés

[232] Un étranger n'est autorisé à exercer une activité professionnelle que si un Français ne peut être recruté pour effectuer la même tâche ; les ressortissants de pays tiers à l'Union Européenne sont en outre exclus de certaines professions dans les secteurs privés, les entreprises publiques, les fonctions publiques, etc., soit près d'un tiers des emplois disponibles.

aux facteurs classiquement associés à l'échec scolaire : familles nombreuses, parents ouvriers, chômeurs et/ou illettrés, fréquentation d'établissements classés en ZEP (où la ségrégation scolaire et le turn over élevé des enseignants, jeunes de surcroît, aggravent les risques d'échec scolaire). (Simon, 2000)

On a dit plus haut que toutes ces discriminations dans l'accès aux ressources peuvent constituer autant de facteurs « connus » d'inégalités sociales dans l'état de santé : faibles revenus, logements insalubres, conditions de travail pénibles, etc.

Envisageons maintenant celles de nos données de terrain qui montrent comment des obstacles à l'accès aux soins qui agissent apparemment de la même façon sur toute personne quelle que soit l'origine qui lui est attribuée s'avèrent à la fois plus fréquents et d'impact plus sévère chez les étrangers, les immigrés et les Français d'origine étrangère. Des dysfonctionnements institutionnels sont responsables de la plupart de ces obstacles.

L'un de ces facteurs institutionnels est le manque de temps des professionnels. Les agents CPAM, sous la pression de la file d'attente qui leur fait face, ne peuvent pas se permettre de garder longtemps à leur guichet un usager avec lequel la communication est difficile, et ce d'autant plus que les agents CPAM peuvent sous-estimer la barrière linguistique et que l'échange est de toutes façons bref.

> L'observation de plusieurs guichets CPAM nous a en effet permis de constater que les contacts entre agents et usagers relèvent, le plus souvent, d'un échange de documents, la dimension verbale se réduisant à fort peu de choses. Tout se passe comme si la plupart des usagers, même à l'aise en français, étaient si peu sûrs de leur compréhension de la « grammaire Sécu » qu'ils préféraient en dire le moins possible, se contentant de tendre à l'agent CPAM un courrier qu'ils ont reçu (et qu'ils n'ont pas compris), une feuille de remboursement (qu'ils auraient pu laisser à la boîte aux lettres mais ont préféré remettre en main propre, pour que l'agent vérifie qu'elle est bien remplie) ou demander un formulaire (qu'ils auraient pu se faire délivrer par la machine située à l'entrée du centre mais dont ils ne sont pas sûrs de savoir se servir). La plupart des agents que nous avons observés évitent à l'usager de maladroites explications, préférant recueillir toutes les informations qui leur sont nécessaires en quelques clics de souris. L'échange est bref, la personne repart bientôt, après que l'agent lui ait donné sa réponse : un numéro d'immatriculation, une date, le montant d'une somme remboursée, un document ... Quand l'usager se hasarde à poser une question, la réponse semble le plus souvent le laisser perplexe, pourtant il n'insiste que rarement. Au total, son incompréhension peut passer inaperçue aux yeux de l'agent CPAM, concentré sur sa

tâche[233]. Dubois (2003) décrit au guichet CAF cette dépendance des assurés envers à la fois l'institution et l'agent de guichet qui traite leur dossier, lorsque incompréhension muette et inquiétude (étant donné l'importance de l'enjeu financier) se mêlent. Il qualifie de « remise de soi » l'abandon de leurs dossiers aux mains du guichetier.

Les soignants (en libéral ou hospitaliers) font part également d'une surcharge de travail. Ainsi, qu'il s'agisse d'accès aux droits ou aux soins, parmi l'ensemble des usagers, ceux qui ne maîtrisent pas la langue française seront les premières victimes de ce déséquilibre entre affluence d'usagers et effectifs de professionnels.

A la CPAM, l'étranger n'ose pas dire qu'il n'a pas compris, pour ne pas « *énerver l'agent car il y a du monde, ça va vite, il sent que l'agent n'est pas très réceptif* ... (…) *Le premier obstacle, c'est le manque d'écoute, de temps pris pour appréhender la personne dans sa différence, ça c'est tous les jours, à la poste ou ailleurs ...* » (un assistant social)

Les deux modes de catégorisation repérés ci-dessus, la délégitimation et la différenciation, pourraient s'appliquer à la figure du « pauvre », l'une quand l'assisté est illégitime même s'il n'est pas étranger et l'autre quand la « culture du pauvre » explique en dernière instance le comportement des précaires, comme on a pu le dire de « la culture » de tels ou tels étrangers. Ces représentations se trouvent ainsi exacerbées quand elles portent sur celui qui est perçu comme à la fois étranger et précaire. Or cette synergie des facteurs précarité et origine s'observe également à propos des discriminations indirectes. Les étrangers et les précaires, et plus encore les étrangers précaires, semblent « catalyser » les dysfonctionnements institutionnel qui traversent le système socio-sanitaire.

Ainsi, on a dit que les étrangers sont proportionnellement plus nombreux que les Français à être en situation de précarité (en raison de discriminations, directes et indirectes, dans l'accès aux ressources). Ils seront donc plus souvent confrontés aux difficultés associées à la CMU et à l'AME, couvertures maladie destinées à la fraction la plus précarisée de la population résidente en France. Les inégalités sociales d'accès aux soins en rapport avec la précarité se

[233] Cette remarque est également soulignée dans un rapport de Médecins sans Frontières (2003) selon lequel les administrations ne prennent pas en compte les difficultés linguistiques des étrangers non francophones. Ces derniers ne sont alors pas correctement informés de leurs droits potentiels et auront les plus grandes difficultés à compléter leurs dossiers. Or, poursuit l'auteur du rapport, ces deux demandes (d'information et d'aide au remplissage) ne sont que rarement émises par les étrangers se présentant au centre MSF. Ils insistent en revanche sur des demandes « vitales » (l'accès aux soins et l'aide à l'obtention d'un titre de séjour), comme si cette déconsidération pour des questions présentées comme « secondaires » par les agents était intériorisée par les intéressés eux-mêmes.

trouvent ainsi correspondre à des situations préférentiellement rencontrées par des étrangers. Dans les paragraphes qui suivent, on va évoquer ces croisements entre les inégalités sociales selon qu'elles sont fondées sur des critères socio-économiques et sur des critères d'origine. Les discriminations systémiques qui en résultent perturbent l'accès aux droits à une couverture maladie et l'accès aux soins proprement dits.

5.3.1 Accès aux droits

Les enquêtes publiées par les instituts de statistiques permettent de comparer les taux de couverture maladie chez les étrangers en situation régulière et chez les Français. Elles mettent en évidence la moindre couverture complémentaire des premiers[234]. Or le défaut de couverture complémentaire est un facteur déterminant de renoncement aux soins, étant donné le recul relatif de la part de l'Assurance maladie dans le financement des dépenses de santé.

Les rapports d'activité des consultations précarité (PASS hospitalières et structures associatives) présentent l'intérêt de donner une idée de la situation, également, des étrangers en situation irrégulière, même si bien sûr leurs statistiques ne portent jamais que sur les populations reçues, lesquelles ne peuvent être considérées comme des échantillons représentatifs de la population totale de sans papiers : on peut supposer par exemple que les moins informés de ces derniers ne viennent même pas dans les associations. Ces rapports permettent néanmoins de comparer le statut au regard de la couverture maladie des différentes populations reçues (étrangers/Français, étrangers réguliers/irréguliers).

---

[234] Selon une enquête de l'Insee réalisée en 1996, 50 % des étrangers bénéficiaient d'une couverture complémentaire maladie. Cette proportion était moindre que celles

- des Français en 1996 (84%) et en 1980 (69 %)
- de toutes les autres catégories mal protégées de la population en 1996 :
    - 74 % chez les 20-25 ans,
    - 61 % chez les chômeurs,
    - 62 % chez les « pauvres » (revenus du ménage inférieurs à 45 000 F),
    - 75 % chez les isolés (famille monoparentale),
    - 78 % chez les familles nombreuses (plus de 3 enfants)

(Blanpain et al., 1997)

Le premier motif de venue cité par les patients de ces consultations précarité est l'absence de couverture maladie, ce qui témoigne des difficultés à obtenir une couverture maladie (et non de l'absence de droits) puisque, à l'époque du moins de notre enquête, toute personne résidant en France avait des droits à une couverture maladie.

Ces difficultés sont citées plus fréquemment par les étrangers, surtout s'ils sont en situation irrégulière et si leur arrivée en France est récente. Ce surplus de difficultés irait en s'accroissant depuis une quinzaine d'années, et cette évolution se serait radicalisée depuis la réforme CMU, se traduisant par une proportion croissante d'étrangers parmi les patients accueillis dans ces consultation.

Par exemple, 89% des personnes reçues à la mission France de Médecins du Monde en 2004 sont étrangères, contre 71% en 1999 (tandis que les étrangers représentaient 5,6% de la population en 1999) et un peu moins de 50% en 1986. La grande majorité des étrangers accueillis dans ces consultations sont en provenance d'un pays hors Union Européenne et la plupart n'ont pas de titre de séjour. (MDM, 2005) Les Français reçus dans ces consultations sont en revanche non seulement de moins en moins nombreux mais aussi de mieux en mieux couverts, ce qui traduit le contraste qu'on a observé précédemment, entre d'un côté l'importance des mesures prises ces dernières années pour améliorer l'accès aux soins de la population résidant régulièrement en France, et d'un autre la restriction progressive de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière.

Les membres d'associations (d'aide aux étrangers et/ou oeuvrant spécifiquement dans le domaine de la santé) témoignent de ces difficultés d'obtention d'une couverture maladie, racontant être souvent contraints d'accompagner physiquement les étrangers dans les guichets pour s'assurer que leurs démarches aboutiront.

Deux exemples parmi d'autres permettent d'attester de la moindre protection sociale des étrangers par rapport aux Français consultant dans les centres de soins gratuits.

Une étude du CREDES[235] (Cong, 1992), réalisée en 1990 auprès de centres de REMEDE et Médecins Sans Frontières, révélait que plus d'un nouveau patient français sur deux était protégé (assurance maladie ou aide médicale), alors que cette proportion était de un sur quatre chez les étrangers.

Quatorze ans plus tard, l'ouverture des droits est effective, parmi les patients pouvant y prétendre, chez 56% des Français contre 14% des étrangers accueillis à la Mission France de Médecins du Monde (rapport d'activité 2004). C'est le cas, en particulier, de seulement 7% des étrangers relevant de l'AME.
L'écart entre Français et étrangers reste patent même à droits équivalents. Par exemple, parmi les personnes pouvant prétendre uniquement à la CMU base, 77% des Français ont des droits ouverts, contre 46% des étrangers.
63% des étrangers ayant droit à l'AME ou à l'Assurance maladie et vivant en France depuis plus de dix ans n'y ont toujours pas accès … de quoi battre en brèche les suspicions de venue en France pour profiter du dispositif.

Encadré 6 : Taux de couverture maladie des étrangers et des Français consultant dans les centres de soins gratuits

Selon, donc, les enquêtes publiées par les instituts de statistiques et les rapports d'activité des consultation précarité, les taux de couverture maladie sont moindres chez les étrangers (parmi ceux qui y ont droit) que chez les Français, et cet écart s'accroît si l'on ne considère que les populations en situation de précarité.
Une partie des difficultés que rencontrent les étrangers pour obtenir une couverture maladie relève de discriminations systémiques situées aux différentes étapes du parcours d'accès aux droits à une couverture maladie.

Accompagnement par les professionnels

Les informations délivrées dans les lieux habituels d'obtention des droits (centres de Sécurité sociale, centres médico-sociaux, hôpitaux) sont insuffisantes : on ne propose pas l'AME aux étrangers à qui est refusée la CMU, ni la CMU complémentaire aux personnes chez qui est

[235] Le CREDES, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, est depuis 2004 devenu l'IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

acceptée une demande de CMU base ; aucune aide n'est proposée aux personnes analphabètes et/ou non francophones dans l'incapacité de compléter seules leurs formulaires. Or les personnes qui pâtissent le plus de ces carences d'aide sont celles d'origine étrangère, étant moins familiarisées avec le système administratif français, moins souvent francophones, déjà réticentes au contact avec les administrations (pour les sans papiers) et/ou victimes d'autres difficultés (de droit au séjour, alimentaires, financières, etc.) qui en l'absence de maladie grave peuvent paraître prioritaires par rapport à l'accès à une couverture maladie.

Ce défaut d'information peut être mis en rapport avec la connaissance insuffisante qu'ont certains professionnels eux-mêmes des textes relatifs à l'accès à une couverture maladie, or ceux-ci sont souvent plus complexes pour les étrangers, ce qui se traduit par un accompagnement de moindre qualité de ces publics. Peuvent être également pointés des enjeux institutionnels. Par exemple, avant la réforme CMU, les CCAS[236] recevaient un financement des Conseils Généraux affecté à la constitution des dossiers d'aide médicale départementale. Au motif que ce financement a été supprimé avec la réforme CMU, de nombreuses directions de CCAS refusent désormais que leurs agents accompagnent les démarches d'ouverture de droits CMU et AME.

Constitution des dossiers

Les conditions requises pour l'ouverture de droits à une couverture maladie, même quand elles sont les mêmes pour tout requérant, quelle que soit son origine, peuvent s'avérer plus difficiles à satisfaire pour les étrangers et les immigrés. Ces derniers ont parfois laissé leurs pièces d'identité au pays d'origine. Il peut leur être plus difficile, en cas d'absence de domicile fixe, de faire une élection de domicile car d'une part certaines associations ne domicilient que des Français et d'autre part, depuis la réforme CMU, au motif que les moyens financiers nécessaires ne leur sont plus affectés, la plupart des CCAS ne réalisent plus d'élections de domicile pour les personnes non bénéficiaires du RMI, ce qui exclut d'emblée tous les étrangers en situation irrégulière[237] (qui ne peuvent pas prétendre au RMI).

[236] Centres Communaux d'Action Sociale

[237] Le défaut d'information sus-dit et celui de domiciliation sont responsables d'une large part des difficultés d'accès aux droits. A la mission France de Médecins du Monde, 86% des patients sont étrangers et 79% n'ont aucun droit ouvert alors que presque tous relèvent théoriquement de la CMU ou de l'AME. Or cette absence d'ouverture de droits est liée à la méconnaissance des droits et des dispositifs existants pour 42% des patients et à l'absence de domiciliation pour 57% d'entre eux. L'association préconise ainsi de remplacer cette obligation de domiciliation par une simple adresse postale. (MDM, 2003)

Continuité des droits

Les délais d'instruction des dossiers par les CPAM ne sont pas spécifiques aux étrangers, mais leurs conséquences négatives peuvent s'avérer plus graves pour ces derniers car ils se cumulent aux délais préfectoraux qui les concernent spécifiquement.

Lorsque la préfecture tarde trop à instruire une demande de renouvellement d'un titre de séjour, la Sécurité sociale suspend les droits de l'étranger. Plusieurs mois s'écoulent alors parfois avant que le titre de séjour soit renouvelé et les droits à la Sécurité sociale réouverts.

5.3.2 Accès aux soins

Une série de difficultés au moment de l'accès aux soins proprement dits sont liées à l'absence de couverture maladie. Elles concernent plus souvent des étrangers que des Français puisqu'ils sont plus nombreux à avoir des difficultés à obtenir une couverture maladie.

Ces difficultés sont liées à des pratiques justifiées au nom d'arguments budgétaires, mais qui n'en sont pas moins illégales[238] et aisément objectivables.

Des professionnels interrogés font par exemple état de réorientations à l'accueil des urgences dans les hôpitaux de personnes dépourvues de protection sociale.

Ces pratiques peuvent aussi être plus insidieuses.

Le séjour hospitalier de patients non couverts serait écourté par les médecins redoutant que soit imputée à leur service la responsabilité de créances irrécouvrables.

Certaines directions hospitalières exerceraient des pressions sur leur personnel social afin qu'il concentre ses efforts sur l'ouverture de droits à une couverture maladie (de façon à limiter les créances irrécouvrables), laissant de côté les conditions de vie, lesquelles interfèrent pourtant indirectement avec l'issue des soins dispensés. L'assistant social d'une PASS explique ainsi que la direction de l'hôpital, considérant que l'accès aux soins se réduit à l'accès à la

[238] Les refus d'admission pour ces motifs sont interdits par la loi, ainsi que le rappellent plusieurs circulaires ministérielles depuis les années 80 et 90.
Selon la loi hospitalière du 31 juillet 1991, les établissements chargés d'assurer le service public hospitalier garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent ; ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services et doivent être en mesure de les accueillir jour et nuit, éventuellement en urgence ou d'assurer leur admission dans un autre établissement soumis aux règles du service public hospitalier, sans établir aucune discrimination entre les malades. Citons deux circulaires qui, parmi d'autres, ont rappelé cette obligation.
La circulaire DH/AF1/DAS/RV3n° 33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des plus démunis rappelle « qu'il n'appartient pas aux membres du corps médical de refuser de donner les soins que requiert l'état du patient si celui-ci se présente sans prise en charge (…) »
La circulaire DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995 (charte du patient hospitalisé) rappelle à nouveau que « l'accès au service public hospitalier est garanti à tous, et, en particulier, aux personnes les plus démunies quand bien même elles ne pourraient pas justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale. »

couverture sociale, demande aux assistants sociaux de la PASS de limiter leur travail à son obtention et de se désengager du reste (alimentaire, hébergement ...), en arguant que *« « l'alimentaire, ce n'est pas à l'hôpital de le faire »* : *Qu'est-ce que ça veut dire, pour le patient, qu'on lui donne des traitements anti VIH qui coûtent cher à l'hôpital […] alors qu'il est à la rue et n'a rien à manger ?? »*

Mais la détention d'une couverture maladie n'évite pas tous les problèmes d'accès aux soins. Le bénéfice de la CMU et plus encore de l'AME expose en effet à une série de difficultés : les professionnels ont des réticences à prendre en charge les bénéficiaires de ces couvertures maladie car ils craignent de ne pas être payés ou de l'être tardivement. Ces patients ne font en effet pas l'avance des frais auprès des professionnels soignants ni de l'institution hospitalière. C'est la CPAM qui paie ces derniers, mais dans des délais particulièrement longs.

Anticipant ces délais, certaines directions hospitalières exerceraient des pressions sur le personnel de leur PASS pour qu'il oriente hors de l'établissement les bénéficiaires de ces prises en charge, surtout quand les soins requis ne sont pas « urgents ».
Mais les problèmes se posent surtout en libéral. Le remboursement des praticiens (médecins et dentistes) est non seulement long, mais en plus il est effectué selon des tarifs qui leur sont imposés, même s'ils exercent en secteur 2[239]. Certains d'entre eux refusent alors de recevoir ces patients en consultation, d'autres les acceptent mais en leur demandant de faire l'avance des frais, avec des dépassements d'honoraires non remboursables, « de la main à la main » et parfois considérables (jusqu'à dix fois supérieurs au tarif de la Sécurité sociale pour des prothèses dentaires).
Ces pratiques (refus de soins, dépassements d'honoraires et refus de tiers-payant) seraient particulièrement répandues en région méditerranéenne, Paris et sa petite couronne[240]. Une enquête téléphonique a été réalisée à Marseille en janvier 2005 par Médecins du Monde auprès de 80 généralistes : 36% des demandes faites pour des patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME n'ont pu aboutir à une prise de rendez vous. (MDM, 2005) Selon une enquête de la DREES menée en 2003, 15% des bénéficiaires de la CMU complémentaire déclarent qu'il

[239] Les praticiens du secteur 2 pratiquent, « dans le respect du tact et de la mesure », des honoraires dits « libres », c'est à dire différents des tarifs fixés par la convention nationale qui organise les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. L'assuré qui choisit ce médecin est remboursé sur la base du tarif conventionnel et prend à sa charge, avec ou sans son assurance complémentaire, les dépassements.

[240] Les régions Ile de France et PACA présentent les taux les plus élevés de praticiens en secteur 2. Par exemple à Paris intra muros, 71 % des spécialistes exerçaient en secteur 2 en 2004.

leur est arrivé qu'un professionnel de santé (médecins spécialistes et dentistes surtout) refuse de les revoir et/ou de les recevoir.

Ces patients refluent alors vers les consultations précarité (PASS et associations) et les quelques praticiens « militants » du libéral. Dans certaines caisses de la Sécurité sociale, les agents indiquent aux bénéficiaires de l'AME et de la CMU à quels praticiens ils peuvent s'adresser sans essuyer un refus systématique.

Le problème se pose également pour la délivrance des ordonnances par les pharmaciens, là aussi en raison des délais de remboursement par les CPAM.

Mais bien que ces pratiques soient illégales (le refus de soins comme le dépassement d'honoraires vis-à-vis des patients CMU et AME sont interdits[241]), les usagers, surtout les étrangers, portent rarement plainte (méconnaissances de leurs droits, crainte des dénonciations pour les sans papiers, faible maîtrise de l'expression écrite en français, etc.).

Or ces réticences concernent plus les bénéficiaires de l'AME que ceux de la CMU, pour différentes raisons tenant elles aussi à des dysfonctionnements institutionnels.

D'abord, les délais de remboursement sont plus longs encore pour l'AME que pour la CMU (ceux de l'ancienne aide médicale pouvaient être de deux ans à deux ans et demi ; ces délais sont en fait aujourd'hui variables selon les départements, mais la réputation de l'ancienne aide médicale reste attachée à l'actuelle et justifie de la perpétuation des pratiques).

Ensuite, les patients ne disposent pas d'une carte vitale mais d'une simple attestation papier, les praticiens doivent donc remplir un formulaire papier jugé « compliqué » pour demander leur paiement.

> C'est « *une de ces nouvelles feuilles de soins à remplir, sur lesquelles il faut raconter sa vie, on ne sait jamais trop où ça doit être envoyé.* » (un médecin)

Enfin les praticiens se méfient de cette couverture maladie qu'ils connaissent mal. La confusion entre les deux types d'AME (hospitalière/totale) a persisté jusqu'à la suppression de cette distinction en 2002. Cette confusion était liée à la complexité des textes (l'AME strictement hospitalière permettait de bénéficier de soins délivrés dans un « service public hospitalier » mais il y avait des exceptions[242]) et à la variabilité de leur application selon les

[241] La CNAM a précisé, dans la circulaire n°61/2005 du 13 juin 2005, les procédures pouvant être mises en œuvre à la suite d'un refus de soins ou du non-respect des limites tarifaires opposés par les professionnels de santé aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

[242] Rappelons que la distinction entre AME hospitalière et AME totale était la suivante. Les personnes présentes en France depuis moins de trois ans ne pouvaient bénéficier que de soins prescrits ou dispensés dans un établissement participant au service public hospitalier et d'ordonnances prescrites par un praticien hospitalier

départements (malgré l'uniformisation réglementaire au niveau national en 1999, la décentralisation persistait dans la pratique)[243]. La distinction entre les deux types d'AME n'était d'ailleurs pas toujours respectée par les patients eux-mêmes, majorant encore la méfiance des praticiens à leur égard (certains bénéficiaires de l'AME hospitalière se présentaient à des médecins exerçant en libéral qui, s'ils les acceptaient en tiers-payant, ne pouvaient pas se faire payer par la CPAM par la suite). Nous avons pu observer en 2002 dans un guichet CPAM à Paris les agents remettre aux patients venus se plaindre de ne pas pouvoir être reçus en consultation ou se faire délivrer leurs ordonnances, des documents à destination des médecins et des pharmaciens expliquant ce qu'est l'AME. La méfiance des praticiens à l'égard de l'AME s'est encore accrue avec la réforme de 2003 (justifiée, par le gouvernement, par les accusations de fraude des bénéficiaires) et dont les décrets d'application ont été tardivement publiés. Les refus du tiers-payant seraient désormais systématiques et les refus de recevoir ces patients de plus en plus fréquents. (Zitouni, 2005) Selon Maille et al. (2005), l'accès au secteur 2 et aux dentistes n'est jamais possible aux détenteurs d'une attestation d'AME.

Ces réticences à l'égard de l'aide médicale résultent de dysfonctionnements institutionnels anciens et antérieurs à la réforme CMU de 1999, même s'ils se sont accrus depuis. La plupart des médecins que nous avons interrogés en 2001 n'avaient pas compris que depuis cette réforme, presque tous les bénéficiaires de l'aide sociale sont des étrangers en situation irrégulière (alors qu'avant la réforme CMU, la caractéristique commune de tous les bénéficiaires de l'aide médicale (départementale ou d'Etat), au nombre de six millions, français ou non, était d'ordre économique (faiblesse des revenus)). Leurs réticences à l'égard

(régime 96). Celles résidant en France depuis plus de trois ans avaient droit aux prestations d'hôpital et de ville (régime 95). Mais la définition du régime 96 était complexe. Par exemple, des soins réalisés dans des structures privées pouvaient être délivrés aux bénéficiaires de l'AME hospitalière s'ils étaient moins chers qu'à l'hôpital, c'était le cas par exemple des dialyses. Des structures privées réalisant des dialyses pouvaient donc se faire rembourser pour des soins dispensés à des bénéficiaires de l'AME. En revanche, des établissements tels que les CMS n'étaient pas considérés « établissement de santé participant au service public hospitalier » et n'étaient donc pas remboursés des soins dispensés à des bénéficiaires de l'AME hospitalière. En outre, cette distinction ne s'appliquait qu'aux personnes majeures, les mineures pouvant être prises en charge complètement dans tous les cas.

[243]
- variabilité des attestations de droits et des formulaires de remboursement
- respect ou non de la distinction AME totale/hospitalière (certains départements comme Paris ne délivraient que des totales quelle que soit la durée de résidence ; d'autres comme la Seine Saint Denis ne faisaient cette distinction que depuis la réforme CMU, d'autres encore la faisaient déjà avant)
- variabilité des lieux accueillant les demandes d'AME (centre de Sécurité sociale /permanences hospitalières /associatives ...).

Ces variations inter-départementales n'étaient pas bien connues des acteurs CPAM eux-mêmes.

de ces patients, même si elles n'affectaient plus que les sans papiers, ne pouvaient donc pas être mises sur le compte de préjugés à leur égard. Ces derniers sont pourtant les principales victimes des réticences des médecins à l'égard des bénéficiaires du tiers-payant. Il s'agit donc bien de discriminations indirectes. Rappelons que pour identifier une discrimination indirecte, on mesure a posteriori et on compare les effets de la mesure en cause sur des groupes de personnes comparables en tous points (classe socio-économique, âge, etc.) sauf au regard du critère de la discrimination suspectée (le sexe ou la nationalité par exemple). Ici, il faudrait évaluer et comparer les proportions d'étrangers en situation irrégulière parmi les patients refusés par un médecin et parmi les personnes qui demandent une consultation à ce médecin, et constater que la proportion est supérieure dans le groupe des patients refusés.

5.3.3 Synthèse

Les discriminations systémiques sont des discriminations indirectes, c'est-à-dire qu'elles s'avèrent affecter une proportion significativement plus élevée de personnes caractérisées par leur origine étrangère alors qu'elles sont apparemment neutres par rapport à l'origine. Elles relèvent de dysfonctionnements institutionnels (sous effectifs en personnel, suppression des financements affectés aux tâches d'accompagnement des CCAS, délais de traitement des dossiers par les CPAM, connaissance insuffisante des textes de droit par les professionnels, etc.) et non de l'intentionnalité discriminatoire des professionnels qui pourtant les mettent en œuvre. Les croisements entre origine étrangère et précarité sont particulièrement manifestes dans la production de ces discriminations indirectes dans l'accès aux soins (aux droits à une couverture maladie et aux soins proprement dits).

5.4 Quand les processus se mêlent les uns aux autres

Nous venons de voir successivement trois processus responsables de discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Deux modes de caractérisation de « l'autre », l'un par délégitimation, l'autre par différenciation, peuvent conduire à des pratiques discriminatoires lors de l'accès aux soins, par respectivement application restrictive des textes relatifs à l'accès à une couverture maladie et restriction de l'éventail des services proposés. Le troisième processus est indépendant de toute caractérisation, il s'agir de discriminations indirectes générées principalement par des dysfonctionnements des institutions.
Les discriminations qu'il nous a été données d'étudier relèvent en fait le plus souvent du cumul de deux ou trois de ces processus.

5.4.1 Délégitimation et différenciation

Les arguments relevant de la délégitimation et de la différenciation peuvent se mêler, se renforçant mutuellement, la délégitimation se justifiant sur la base de la différence et vice versa.
Par exemple, l'orientation diagnostique vers un syndrome censé être plus probable en raison de l'origine attribuée au patient peut se trouver confortée par une représentation délégitimante. Le « syndrome méditerranéen » peut ainsi être caractérisé, outre sa plus grande fréquence chez les patients de cette origine, par le caractère fallacieux voire simulé d'une plainte destinée à l'obtention de bénéfices secondaires. Différenciation et disqualification s'associent alors pour conduire à négliger une partie des pistes diagnostiques qui auraient été envisagées sinon.
Arrêtons-nous sur deux exemples de ces associations.

5.4.1.1 La délégation du droit commun vers le secteur associatif

De nombreux membres d'association regrettent que leurs partenaires du droit commun leur délèguent trop souvent la prise en charge des étrangers, pour l'accès aux droits comme pour

l'accès aux soins. Les rapports d'activité de ces associations confirment d'ailleurs ces dires puisque, comme on l'a vu précédemment, ils mettent en évidence la sur-représentation des étrangers au sein de l'ensemble des files actives, étrangers qui pour la plupart ont des droits potentiels (mais le plus souvent non ouverts) à une couverture maladie : ils auraient donc pu être pris en charge dans le droit commun (les associations étant théoriquement destinées à recevoir les personnes dépourvues de droits, c'est à dire les personnes non résidentes).

Les membres de ces association remarquent que, outre la surcharge de travail qui leur est ainsi imposée, cet accès « en dérivation » sur le droit commun n'est pas optimal pour les usagers concernés. Par exemple, l'éventail des soins délivrés dans les associations est plus limité que dans le droit commun et la continuité des soins est plus difficile à assurer que si elle est coordonnée par un médecin traitant ; de la même façon, orienter une personne vers une consultation associative, depuis un guichet CPAM, retarde l'instruction de son dossier de demande de couverture maladie (puisqu'elle ne peut être réalisée qu'en CPAM). Il s'agit donc de traitements différentiels, opérés selon un critère d'origine (étrangers et immigrés) et défavorables.

Les professionnels de droit commun justifient ces orientations par trois types de représentation de ces publics.

La première, la plus souvent rapportée, relève du registre de la différenciation. Les étrangers et les immigrés présenteraient des dossiers administratifs complexes (d'autant plus que les professionnels ne connaîtraient pas suffisamment les particularités du droit des étrangers) et des pathologies « exotiques » dont le recueil de l'histoire serait compliqué par la barrière de langue et les codes culturels. On a déjà décrit ci-dessus les orientations vers des structures qualifiées de spécifiques par les professionnels de droit commun, notamment en psychiatrie. Or ces structures sont le plus souvent associatives.

> L'assistante sociale d'une association X raconte : *« (...) j'ai eu le cas plusieurs fois et ça m'a fait bondir : des antennes de la CPAM de proximité nous renvoyaient les gens sous prétexte qu'ils étaient étrangers : c'était plus facile à nous de faire l'AME qu'à eux. A X on est bien connu pour parler toutes les langues ! (...) On a fait l'AME, mais par contre je ne me suis pas gênée pour leur rappeler quand même que (...) et ils m'ont dit « comme on ne se comprenait pas, c'était plus facile pour vous que pour nous ». Alors que nous on a les mêmes difficultés par moment à se faire comprendre. (...) Je crois que c'est par facilité. »*

Cette orientation correspondrait par ailleurs au choix spontané des usagers eux-mêmes. Ces derniers trouveraient dans les structures associatives un contexte plus sécurisant (notamment pour les sans papiers qui préfèrent se tenir à distance des institutions, y compris de l'hôpital) et plus familier que dans le droit commun : ils apprécieraient de revenir voir « leur » médecin (celui qui, le premier à leur arrivée en France, a pris connaissance de leur situation), dans un endroit qui ressemble au « dispensaire africain » (sans prise de rendez-vous, sans exigence en terme de papiers mais aussi de tenue, de langue, etc.).

> Un agent CPAM qui tient des permanences dans l'association X explique : « *Ils aiment bien revenir à X, car ils ont déjà eu un premier contact, ils connaissent le médecin, on ne leur demande pas grand chose, des fois il y a un interprète, c'est toute une famille, ils ont le café et le chocolat quand ils arrivent ... c'est une structure d'accueil qui n'a rien à voir avec le cabinet du médecin où vous arrivez pour être soigné.* »

Le deuxième faisceau de représentations se situe à la croisée de la délégitimation et de la différenciation.

Les professionnels considèrent qu'il ne leur revient pas de prendre en charge ces étrangers parce qu'ils relèvent de l'humanitaire, donc d'un « plus » que n'offre le système que s'il en a le temps, ou dans ses marges, assimilant le droit des étrangers à une faveur accordée, négociée à coup d'arguments « vitaux ».

> Plusieurs assistantes sociales de PASS et de services d'urgence expliquent n'instruire elles-mêmes les dossiers d'AME que si le problème médical est aigu et la permanence associative à laquelle elles ont habituellement recours fermée. Si celle-ci est ouverte, elles y adressent le patient pour qu'on lui fasse son dossier d'ouverture de droit et qu'on y *« gère le soin à titre humanitaire ».*

Face à une personne dont la satisfaction des besoins est pensée en termes « humanitaires », le premier souci du professionnel de droit commun sera en outre de « parer au plus pressé », par la délivrance des soins, au détriment de l'inclusion dans le droit commun grâce aux démarches administratives d'ouverture de droits à une couverture maladie, et ce d'autant plus s'il n'a qu'une connaissance imprécise de ces droits[244]. Or le patient n'étant pas couvert, cet accès aux soins ne peut que passer par une structure associative (ou une PASS).

[244] La plupart des professionnels interrogés en 2001 ignorent en particulier la possibilité d'admission immédiate à la CMU complémentaire et à l'AME « quand la situation l'exige ». Et pour ceux qui la connaissent, ils savent que c'est une procédure beaucoup plus lourde à gérer qu'une admission ordinaire, d'où leurs réticences à la mettre en route. Une discrimination indirecte (méconnaissance et complexité de la procédure d'admission immédiate, qui se trouve concerner au premier chef les étrangers puisqu'ils en auraient plus souvent besoin) vient ainsi aggraver des discriminations directes (fondées sur des représentations de l'autre).

Le médecin d'une association explique que les agents des caisses « *ne comprennent pas ce qu'on leur reproche, ils pensent avoir bien fait leur boulot et même mieux : eux, pauvres fonctionnaires critiqués pour leur vision administrative de choses, ils ont dit : « non, les soins d'abord, les papiers après » ... et c'est moi, médecin, qui dois expliquer à un agent de la Sécu que pour se soigner, il faut avoir la Sécu et que les papiers déterminent le niveau des soins : le soin gratuit a ses limites, le soin gratuit intégral n'existe pas.* »

Il arrive que l'un de ses patients, parti à la CPAM y demander une admission immédiate en raison d'un besoin de soin pressant mais non urgent qui dépasse les capacités de la consultation associative, en revienne non pas avec une attestation d'ouverture de droit mais avec la liste des consultations précarité locales.

Enfin, une représentation relève explicitement du registre de la délégitimation : le passage par le secteur associatif aurait pour intérêt, aux yeux de certains professionnels du droit commun, de garantir l'honnêteté du requérant.

La nécessité d'une garantie pour bénéficier d'une aide sociale est décrite au niveau de l'ensemble du système. Par exemple, pour frapper à la porte d'une association d'aide alimentaire, le requérant doit présenter le mot d'une assistante sociale qui en quelque sorte valide son besoin. Mais ce besoin de garantie serait accru pour le précaire quand il est étranger et/ou l'immigré. Ainsi, l'accompagnement physique d'un étranger au guichet CPAM par le membre d'une association faciliterait l'aboutissement de ses démarches, non seulement en palliant son ignorance des procédures mais aussi en calmant la suspicion de l'agent de guichet à son encontre. L'accompagnant servirait de « *caution* », assurant « que ce sont bien de vrais papiers, ce sont bien ses enfants, qu'il ne peut vraiment pas fournir tels documents... ».

Nouvelle illustration de ce recoupement des pratiques associées à la précarité et à l'origine étrangère, l'orientation par excès des étrangers, par conjonction de représentations tant différentialistes que délégitimantes, ne concerne pas que le secteur associatif, elle peut aussi affecter l'hôpital, considéré comme lieu préférentiel des « précaires ».

Les rapports d'activité des PASS attestent ainsi d'une sur représentation des étrangers. Selon l'assistante sociale d'une PASS, c'est vers elle que sont orientés les patients des divers services de son hôpital, dès lors qu'ils sont à la fois dépourvus de protection sociale et étrangers, au motif que leurs dossiers seraient rendus trop compliqués par les questions de régularité du séjour pour pouvoir être traités par les assistantes sociales de ces différents services. Or à son tour, l'assistante sociale de la PASS les adresse vers une association, pour le même motif. On voit ainsi une double

réorientation des étrangers, du droit commun « tout venant » vers le droit commun « précarité », puis de celui-ci vers le secteur associatif.

Une pédiatre raconte avoir orienté une mère de famille, étrangère et bénéficiaire de l'aide sociale et dont l'enfant nécessite des examens complémentaires, vers l'hôpital plutôt qu'en ville. Elle reconnaît que cette orientation est *moins confortable* pour la mère car nécessitera plus de temps que dans le privé (attente entre chaque examen) mais la justifie en estimant que la mère dispose de ce temps (puisqu'elle bénéficie de l'aide sociale), qu'étant étrangère, elle risque de ne pas savoir gérer différents rendez-vous d'examens en ville (alors qu'à l'hôpital tout se passe au même endroit), voire de ne pas essayer (car « *dans les populations étrangères, dés que l'enfant va mieux, c'est pas important, de faire les examens* ») et enfin que cela coûtera moins cher à la société (puisque c'est bien elle qui prend en charge ces soins via l'aide sociale). Cette orientation est donc fonction, d'une part de la capacité de gestion de la prescription que la pédiatre attribue à la famille (selon son niveau socio-économique et son origine étrangère) et d'autre part du coût pour la société des soins prescrits (le coût n'étant envisagé que dans le cas d'une famille en situation de précarité), d'où orientation vers des filières « plus ou moins confortables » pour le patient, puisque plus ou moins flexibles en terme de temps.

Au total, la professionnelle adapte sa pratique aux caractéristiques qu'elle perçoit chez la mère de son patient, en reconnaissant explicitement la baisse de qualité que peut impliquer cette adaptation. C'est ce qu'on observe aussi lorsque des médecins prescrivent des traitements « plus simples » à prendre, même s'ils sont moins bien tolérés ou moins efficaces, parce qu'il leur semble que leur patient ne pourrait pas gérer une prescription plus complexe.

5.4.1.2 La procédure de régularisation pour soins

On a présenté plus haut la loi votée en 1998 qui permet à des étrangers malades d'obtenir un titre de séjour au nom de leur besoin de soins. Dans la pratique, cette possibilité de rester en France pour y être soigné est limitée par des traitements défavorables fondés sur des catégorisations que font les professionnels des étrangers concernés. Certaines de ces représentations relèvent de la délégitimation, d'autres de la différenciation. Les unes et les autres sont repérables aux différentes étapes de la procédure.

Rappelons ces dernières. Un praticien hospitalier ou un médecin agréé examine l'étranger au regard des deux points médicaux de la procédure : l'exceptionnelle gravité des conséquences d'une interruption de la prise en charge médicale et l'absence d'accès à un traitement

approprié dans le pays d'origine. Puis il adresse un certificat médical au médecin inspecteur de santé publique (MISP) de la DDASS (ou à Paris au médecin chef de la préfecture de police). Celui-ci doit alors rendre un avis sur ces deux mêmes points. Le préfet décide enfin de l'admission au séjour au vu de cet avis médical mais sans être contraint par lui, et si l'étranger satisfait par ailleurs à deux conditions administratives : la résidence en France depuis un an (pour la délivrance de la CST[245]) et l'absence de trouble de l'ordre public.

Envisageons maintenant les pratiques différentielles réalisées à l'égard des étrangers en demande d'un titre de séjour pour soins, justifiées par des représentations « différentialistes ». Celles que nous avons identifiées sont le fait des médecins intervenant dans cette procédure.
L'évaluation des deux points médicaux est délicate dès qu'on quitte le domaine balisé des maladies dont on ne peut dénier la gravité et l'importance des traitements car alors *c'est objectif*, comme le rappelle une infirmière DDASS chargée de seconder le MISP sur ces dossiers. Mais si par exemple un cas particulièrement facile à trancher est celui de l'infection au VIH au stade SIDA, les avis divergent sur la question des personnes infectées, asymptomatiques et non traitées[246]. Les pathologies psychiatriques sont elles aussi particulièrement difficiles à évaluer (pour poser le diagnostic, évaluer le pronostic, etc.), surtout en l'absence d'interprète, tant pour les médecins rédacteurs du certificat initial quand ils ne sont pas psychiatres, qu'ensuite pour les MISP.
Dans ces situations où les médecins se trouvent pris entre des considérations médicales laissant une large place à l'aléa et la réponse tranchée qu'attend le préfet, la mise en avant d'arguments sociaux tels que des attaches familiales en France peut se révéler précieuse pour le candidat à la régularisation. C'est ce qu'explique le salarié d'une association qui accompagne les étrangers en situation irrégulière dans les centres de rétention. Il lui arrive de faire valoir les attaches familiales lorsque le dossier médical « *est un peu faible* ». Par exemple pour une hépatite C suivie mais non traitée, il évoquera, le cas échéant, la présence

[245] Carte de séjour temporaire, valable un an. En cas d'absence d'ancienneté de un an de la résidence, l'étranger peut se voir délivrer une APS (autorisation provisoire de séjour) de moins d'un an.

[246] Des personnes séropositives pour le VIH seraient ainsi reconduites à la frontière au motif que cette séropositivité n'est pas une maladie grave, contrairement au SIDA. Dix Africains auraient ainsi été expulsés, selon l'ODSE en novembre 2003.
Pour mettre un terme aux différences d'appréciation sur l'avis à donner à ces demandes, une circulaire datée du 30 septembre 2005 que la Direction générale de la santé (DGS) a adressée aux préfets, aux DRASS et aux MISP précise qu'on ne doit pas considérer que les porteurs d'une infection par le VIH peuvent accéder aux traitements antirétroviraux dans leurs pays d'origine quand ce sont des pays en voie de développement et que les porteurs asymptomatiques ne peuvent pas non plus y bénéficier du suivi biologique qui permet de déterminer le moment où la mise sous traitement est nécessaire.

en France de l'épouse et des enfants, l'ancienneté de la résidence en France, etc. Mais la mise en avant de cet argumentaire, non requise dans les textes de loi, est à double tranchant. Elle est en effet responsable de disparités dans le traitement des dossiers. Ces disparités sont manifestes au niveau national, puisque ces éléments sont pris en compte dans certains départements mais pas dans d'autres, selon que les étrangers sont ou non reçus en personne et ont ou non l'occasion de faire état de ces éléments[247]. Elles le sont également au niveau d'un même département, puisque la mise en avant des arguments sociaux dans les dossiers examinés par un même MISP n'est pas uniquement dépendante de la situation sociale « objective » des requérants : elle dépend également de la « sensibilité » des différents professionnels et de leur volonté ou non de tenir compte des arguments sociaux.

> Dans une DDASS où les étrangers sont reçus par des infirmières, celles-ci évoquent les attaches familiales, les antécédents de tortures (comment renvoyer quelqu'un dans un pays où il a été torturé ?), la santé morale (« *ils n'ont pas qu'un corps à soigner* »), etc. : « *ça permet de comprendre un peu plus leur situation. (...) On n'est pas censé intervenir et répondre à des questions humanitaires et pourtant il y a des données qu'on ne peut pas ignorer. (...) Normalement, on ne le prend pas en compte, ceci dit ça fait partie du dossier qu'on monte et de la discussion qu'on peut avoir avec la personne. On le marque dans le dossier.* »
>
> Il apparaît ainsi que « ce n'est pas à prendre en compte » mais que c'est justement leur rôle (aux infirmières) de le prendre en compte. Cette partie de leur activité (l'appréciation des facteurs autres que la maladie) étant « officieuse », non encadrée par des critères formalisés, est sujette à un certain arbitraire (« *Nous, on a plus ce côté affect. (...) Il y a des dossiers qu'on soutient avec plus ou moins de véhémence ...* ») et ce d'autant plus que le MISP qui prend la décision ne reçoit pas les malades et s'en tient exclusivement au dossier que lui présentent les infirmières. Cet arbitraire est quasi explicite, quand l'une d'elles déclare que, connaissant le MISP, elle sait quels sont les éléments qu'il « faut » lui présenter.
>
> Mais la non réception des étrangers en personne n'écarte pas cet arbitraire dans le traitement de leurs dossiers. Ainsi, dans une autre DDASS, une MISP (32) déclare ne pas avoir besoin de rencontrer physiquement les étrangers puisque, selon elle, le médecin qui fait le certificat qu'elle reçoit y note les éléments sociaux pertinents … mais elle reconnaît que tous les médecins ne notent pas ces éléments … ce qui ne l'empêche pas d'en tenir compte malgré tout quand ils sont notés. Au total, les étrangers présentant un certificat argumenté « socialement »

[247] Dans toutes les DDASS visitées, sauf une, les patients ne sont pas rencontrés : la décision du MISP est prise au vu du seul certificat médical, et en s'en tenant le plus souvent strictement aux éléments médicaux que celui-ci indique. Dans une seule de ces DDASS, les étrangers sont reçus en personne, par des infirmières DDASS qui recueillent les éléments, médicaux ou non (ancienneté de la résidence en France, présence de la famille sur place etc.) puis présentent le dossier au MISP qui donne alors son avis au vu de ce dossier.

auront plus de chance d'obtenir un avis positif, alors que ce contenu social dépend certes de leurs situations respectives, mais aussi de l'attitude du médecin rédacteur du certificat.

C'est quand l'argumentaire « social » se charge de connotations culturalistes qu'il peut s'avérer crucial, balayant alors les autres données du dossier. Il arriverait que le médecin refuse de rédiger le certificat médical initial au motif que la simple présence « parmi les siens » sera plus bénéfique qu'un traitement donné en France (*« là-bas, on vous comprendra* »), que la pathologie a été créée par la rupture d'avec les « traditions » et l'isolement en France et qu'il existe des traitements « culturellement adaptés », présents uniquement au pays d'origine. Un séjour à l'étranger par exemple peut donner au médecin la certitude de connaître ces traitements « culturellement différenciés ».

> C'est le cas de cette MISP qui exprime son embarras pour statuer sur la qualité de l'offre de soins générale dans divers pays, mais qui en revanche déclare s'appuyer sur son séjour de douze ans en Afrique sub-saharienne pour statuer à l'égard de patients psychiatriques qui en sont originaires : « *Je sais que la maladie mentale est relativement bien prise en charge en Afrique Noire car justement il y a un esprit tribal*. *Les personnes seront mieux soignées entre guillemets en revenant dans leur pays car il y a une prise en charge en Afrique qui n'est pas comme ici au point de vue social, tribal.* ». Elle donne l'exemple des psychotiques bien soignés dans leur pays grâce à la « *solidarité* ».

Un étranger en stade terminal du sida se serait même entendu répondre par le médecin qu'il serait mieux chez lui pour mourir.

Des pratiques fondées sur des représentations délégitimantes des étrangers requérants un titre de séjour pour soins sont observées chez les agents administratifs en poste dans les préfectures.

Les rapports successifs de l'ODSE[248] font état de pratiques restrictives des préfectures, qui seraient allées progressivement en s'aggravant et en se multipliant depuis le vote de la loi instaurant ces titres de séjour. Outre les délais d'attente excessifs (au guichet des préfectures mais aussi pour l'instruction des dossiers[249]), sont déplorés l'exigence de documents non

[248] L'ODSE est l'Observatoire du droit à la santé des étrangers. Créé en 2000, c'est un collectif d'associations luttant contre les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale. L'expertise de ce collectif provient de l'observation des associations de juristes, de santé, de lutte contre le sida et de défense des droits des étrangers qui le constituent.

[249] La date de début de l'autorisation se rapportant à la date de réponse du MISP, il arrive ainsi que la personne obtienne ses papiers quasiment au terme de leur validité et soit immédiatement obligée de reprendre toutes les démarches depuis le commencement.

requis par la loi (visa en cours de validité, preuves de la présence en France depuis plus d'un an, passeport valide …), le refus de délivrance des récépissés des demandes, des violations du secret médical, les trop fréquentes attributions d'une APS au lieu d'une CST (au motif abusif d'une absence d'ancienneté de résidence), les refus de délivrance de tout titre pour soi-disant « menace à l'ordre public » (en raison par exemple d'une condamnation dont la peine a été purgée, générant alors une « reconduction illimitée de la peine initiale » (Douris, 2002)), etc., et finalement des reconduites à la frontière de personnes atteintes de maladies graves. Le taux d'acceptation des demandes de régularisation soutenues par le Comede[250] est par exemple passé de 94% en 2002 à 68% en 2003.

Les observateurs mettent ces pratiques en rapport avec une présomption croissante de fraudes, émanant des préfectures mais aussi, en amont, du Ministère de l'Intérieur (exprimée notamment via des circulaires adressées aux préfets et dénonçant des « dérives graves »), à l'égard tant des étrangers (pas « assez » malades) que des professionnels (médecins rédacteurs de « certificats de complaisance », MISP délivrant trop largement des avis positifs) et des associations qui les soutiennent (réalisant des « domiciliations de complaisance »). La portée de cette disposition législative qualifiée d'« humanitaire » (c'est, dans les textes de loi, l'adjectif accolé à ce type de titre de séjour), censée intervenir sur les conséquences les plus tragiques du durcissement réglementaire en matière de droit au séjour, se trouve ainsi limitée au quotidien par les pratiques des professionnels chargés de l'appliquer, non pas par opposition explicite à la législation elle-même, mais par mise en cause de la légitimité des intéressés à en bénéficier.

La légitimité reconnue au corps souffrant avec cette procédure souligne ainsi celle, dépréciée, de l'étranger. Ce contraste est manifeste dans les applications quotidiennes de la loi.

Les préfectures accordent – abusivement aux dires des associations – une APS, parfois reconduite pendant des années, en lieu et place d'une CST. (ODSE, 2003 ; Devries et al., 2005) Or non seulement cette APS est-elle rarement assortie du droit au travail, mais en plus elle n'ouvre pas droit aux prestations sociales telles que l'allocation adulte handicapé, les allocations familiales ou les allocations logement. L'étranger qui en est le détenteur est alors placé dans une situation paradoxale puisqu'à la prise en charge médicale complète (souvent onéreuse, comme dans le cas de trithérapies antirétrovirales) est associée l'absence de toute

[250] Le Comede est le Comité médical pour les exilés. Il accueille des demandeurs d'asile et des étrangers en séjour précaire pour une prise en charge médico-psycho-sociale et assure des services spécialisés en matière de prévention, de bilan de santé, d'accès aux soins, d'expertise médico-juridique et de formation des professionnels.

ressource légale (pas de droit au travail ni aux minima sociaux), ce qui est évidemment préjudiciable à son état de santé, et ce d'autant plus que la courte durée de validité de l'APS l'amène à renouveler fréquemment ses démarches administratives (impliquant de nombreux déplacements à la préfecture, etc.). La situation est encore plus contrastée pour ceux des étrangers malades qui font l'objet d'une double peine et sont assignés à résidence[251]. Ils n'ont pas droit au travail ni à la plupart des prestations sociales, ne survivent que grâce aux aides ponctuelles d'une association ou d'une administration et n'ont pas le droit de sortir de leur périmètre de résidence … qu'ils sont parfois contraints de quitter malgré tout pour consulter leur médecin.

5.4.2 Catégorisations de « l'autre » et discriminations systémiques

Pour de Rudder et al. (2000), la notion de racisme institutionnel dépasse la seule dimension que nous avons présentée plus haut à propos des discriminations systémiques : coutumes institutionnelles structurellement discriminatoires. Ces auteurs distinguent en effet deux composantes au racisme institutionnel : le racisme *de* l'institution – que nous avons présenté à propos des discriminations systémiques - et le racisme *dans* l'institution, ou racisme de guichet - application discriminatoire de règles qui ne le sont pas par elles-mêmes (contrôles tatillons, etc. ...), au nom de catégorisations condensant préjugés, interprétations et généralisations abusives. Ce racisme « ordinaire », résultat de l'association de logiques macro structurelles à des faits micro sociaux - attitudes et comportements individuels - peut être également qualifié, pour précisément s'émanciper de la dichotomie racisme institiutionnel/individuel, de « *everyday racism* ». (Essed, 1991)

[251] Une juridiction pénale peut décider d'une mesure d'interdiction du territoire français, exécutoire à l'issue d'un emprisonnement, c'est ce que l'on appelle « la double peine ». L'étranger concerné, même s'il est gravement malade, ne peut alors plus être régularisé. Il est assigné à résidence, dans les limites d'un département ou d'un périmètre plus restreint.
Les pratiques des préfectures sont variables : si certains de ces étrangers se voient malgré tout délivrer une APS sans droit au travail, d'autres n'obtiennent aucun titre de séjour. Dans un cas comme dans un autre, dépourvus d'autorisation de travailler, ils n'ont de toutes façons aucune ressource légale. En revanche, les soins leur sont assurés : ils relèvent, au bout de trois mois, de la CMU.

Cette association d'une perception altérisante, au cours d'une interaction singulière, à un élément structurel, a été décrite en France dans différents domaines, avec ses conséquences défavorables accrues pour les étrangers, les immigrés et les Français d'origine étrangère.

Dans le domaine de l'accès au logement social, on a vu que les immigrés et les étrangers sont défavorisés de façon « structurelle » en raison de leurs faibles ressources et de la taille élevée de leurs familles. Mais à ces facteurs s'ajoutent les pratiques différentielles des agents chargés d'attribuer les logements sociaux, justifiées par la « réputation » associée à certaines origines (mauvais payeurs, nuisances pour le voisinage, etc.) et l'objectif de « mixité sociale » qui impliquerait d'encadrer l'attribution des logements aux ménages immigrés par des quotas occultes, ce qui revient, dans un contexte de forte demande de la part de ces mêmes ménages, à bafouer le principe d'égalité en limitant l'accès de ces ménages aux logements considérés. (de Rudder et al., 2000 ; Simon, 2000)

Dans le domaine de l'emploi, on a déjà mentionné que les étrangers sont défavorisés en raison de leur moindre qualification et de leur concentration dans les secteurs d'activité touchés par les restructurations industrielles. Or à ces discriminations indirectes s'en ajoutent des directes. Certaines sont légales, comme la fermeture de 7 millions d'emplois aux étrangers extra-communautaires. D'autres ne le sont pas, elles concernent surtout le monde de l'entreprise : à qualification et poste égaux, on constate encore une moindre ascension sociale, une plus forte tendance à perdre leur emploi en cas de difficultés de l'entreprise, un taux plus élevé de chômage. Ces discriminations sont bien liées à la stigmatisation d'une origine puisqu'elles touchent différemment les étrangers en fonction de leur nationalité et affectent également les immigrés[252] et les jeunes issus de l'immigration, nés ou socialisés en France[253] ; ces derniers, à niveau d'éducation égal, exercent en moyenne des professions moins qualifiées, ont un taux de chômage supérieur à la moyenne et bénéficient d'une moindre promotion sociale. Tous ces écarts s'accroissent avec les diplômes (ce qui invalide toute hypothèse selon laquelle une moindre qualification serait seule en jeu dans ces inégalités). De multiples mécanismes discriminatoires ont pu être mis en évidence, des plus « flagrants » comme le codage des offres d'emploi aux plus insidieux comme les orientations différentielles des jeunes dans les dispositifs d'insertion : les jeunes « d'origine française »

[252] Les actifs immigrés sont plus souvent sans emploi que les non immigrés, à catégorie socioprofessionnelle, âge de fin d'études et sexe comparables. (Insee, 2005)

[253] Le taux de chômage chez les jeunes de 19 à 29 ans est de 20% chez ceux dont les parents sont nés en France, 30% chez ceux dont les parents sont nés à l'étranger, 40% chez ceux dont les parents sont marocains ou algériens.

sont orientés, plus souvent que ceux issus de l'immigration, vers des secteurs en contact avec le monde de l'entreprise, ce qui leur permet plus facilement d'accéder ensuite à un emploi. Les Français d'origine extra européenne sont particulièrement concernés, or ils sont également les plus vulnérables à ces processus car ne bénéficient pas de réseaux, notamment familiaux, leur permettant de s'introduire sur le marché du travail. En outre, ils pâtissent de la fermeture de millions d'emplois, souvent socialement valorisés, qui est opposée à leurs parents, étrangers extra-communautaires : alors qu'ils pourraient accéder à ces emplois (puisqu'ils sont français), ils sont défavorisés à l'embauche car la condition subalterne de leurs parents s'applique aussi à eux en raison de stigmates « raciaux » (physionomie, patronyme ...)[254], et même avec plus d'acuité car les jeunes concernés sont souvent plus diplômés que leurs parents.

Le parcours scolaire des enfants issus de l'immigration présente plus d'orientations dans les classes d'adaptation et les filières les moins valorisées et il débouche moins facilement sur l'accès à l'emploi. Ceci s'explique par leurs moindres performances scolaires (que l'on a expliquées plus haut par la CSP des parents, le type d'établissement, etc.) mais aussi par les préjugés des enseignants, qui reflètent ceux circulant dans la société : certaines origines culturelles seraient considérées incompatibles avec les normes éducatives. Ainsi, ces enfants doivent faire preuve de compétences supplémentaires pour convaincre les enseignants de leur capacité à suivre une orientation classique. (Simon, 2000)

On a dit que toutes ces discriminations sont susceptibles de générer des inégalités sociales non pas dans l'accès aux soins mais dans l'état de santé : habitats insalubres, emplois précaires, etc. sont délétères sur l'état de santé.

Envisageons maintenant les discriminations qui associent également ces deux composantes (discriminations systémiques et discriminations par perception d'une différence), mais qui prennent leurs sources et déploient leurs conséquences plus spécifiquement dans le domaine de l'accès aux soins.

On peut reprendre l'exemple donné à propos des discriminations systémiques sur le manque de temps des professionnels, dont souffrent d'abord les usagers présentant le plus de difficultés de communication, c'est à dire plus souvent des personnes d'origine étrangère. Ces

[254] De tous les actifs au chômage (Français de naissance ou par acquisition (de parent européens ou non) et étrangers communautaires et extra-communautaires), ce sont les Français nés de parents non européens qui mettent le plus de temps à retrouver un emploi. Autrement dit, ils rencontrent plus de difficultés pour se réinsérer que leurs parents non naturalisés (une fois corrigées les disparités d'âge et de niveau d'études des deux populations). (DARES, novembre 2000)

dernières seront d'autant plus désavantagées qu'elles font par ailleurs l'objet de catégorisations péjoratives de la part des professionnels.

> Selon le médecin d'une structure associative, les Tziganes qui se présentent dans les services d'urgences sont souvent renvoyés chez eux sans évaluation correcte de leur état de santé. Quand ils viennent plusieurs fois de suite, on les suspecte de ne pas avoir bien observé les traitements qui leur ont été prescrits au lieu de remettre en cause l'indication de ces derniers. Ces pratiques professionnelles peuvent être mises sur le compte de la surcharge des services, mais également sur celui de la réputation des Tziganes de venir « pour rien » et d'avoir des relations conflictuelles avec le personnel.

L'orientation du droit commun vers le secteur associatif, que l'on a décrite ci-dessus, peut être justifiée au nom d'une différence et/ou d'une délégitimation perçue par les professionnels du droit commun. Les conséquences de cette altérisation peuvent être aggravées par le manque de temps des professionnels, à la recherche d'une solution de facilité, pour se « débarrasser » de patients étrangers aux dossiers administratifs et aux histoires médicales objectivement plus complexes que la moyenne.

Mais là aussi (comme pour ce qu'on a dit des discriminations systémiques « simples »), c'est lorsque la situation socio-économique précaire est associée à l'origine étrangère que les exemples sont les plus nombreux, concernant alors des bénéficiaires de la CMU et plus encore de l'AME.

5.4.2.1 L'avance des frais en libéral

Reprenons l'exemple des réticences des médecins à prendre en charge des bénéficiaires de la CMU et de l'AME, justifiées par les difficultés de leurs remboursements associées à ces types de couverture maladie (tarifs imposés par la Sécurité sociale, démarches compliquées pour les médecins, délais excessifs de traitement des dossiers).

A ces discriminations systémiques peuvent s'ajouter des discriminations fondées sur la perception d'une altérité, sur le mode de la délégitimation, qui vient en renforcer les effets. Ce public, en situation de précarité, est accusé de faire fuir la clientèle qui partage avec lui la salle d'attente. Surtout, on l'accuse de ne pas mériter cette facilité que représente l'absence d'avance des frais par le patient (le tiers-payant) : on retrouve ici la notion de traitement de

faveur dont le coût est supporté par les méritants (ici, les médecins eux-mêmes), décrite à propos de la délégitimation[255] :

> Selon une responsable AME, les médecins seraient d'autant plus critiques vis-à-vis de cette « générosité » du système de santé qu'ils auraient l'impression d'en payer au moins partiellement le prix (plus de démarches administratives et de délais de remboursement) : *« ils partent du principe qu'ils sont là pour dispenser des soins* [or] *c'est à eux qu'incombent les démarches administratives pour aller réclamer un règlement*. »
>
> Leur critique serait exacerbée par l'absence de mérite des patients à bénéficier du tiers-payant : *« Et en plus ils invoquent aussi parfois le fait que c'est eux qui rencontrent des problèmes pour se faire payer alors qu'ils ont souvent des patients qui seraient tout à fait capables d'avancer l'argent. (...) Car on a quand même des gens qui présentent très bien et puis les professionnels de santé les connaissent très bien et disent « je connais cette personne, elle pourrait très bien avancer l'argent et sous prétexte qu'elle a la CMU ou l'AME, c'est moi qui fais l'avance des frais, qui rencontre des soucis pour me faire rembourser, alors qu'elle pourrait très bien payer et que vous pourriez lui rembourser directement ».*

En plus de bénéficier indûment de ce régime de faveur, les bénéficiaires de la CMU et de l'AME en abuseraient, coupables de surconsommation médicale : les professionnels de santé déploreraient que ces patients, n'ayant pas à débourser d'argent, en oublient que les soins ont un coût. Or ces patients, selon leur origine, peuvent être particulièrement visés par ces commentaires.

> « *Ils [les médecins] vont dire que c'est une population qui exige des visites alors qu'il n'y a pas besoin. (...) On a vu des personnes étrangères dire : « je fais mon méchoui demain, alors c'est vous qui venez à la maison en visite », le médecin il était fou ! »* (une responsable AME)
>
> Une médecin de PMI déplore que les Tziganes appellent très souvent le médecin pour une visite sur leurs campements : sur les carnets de santé figurent, entre deux visites mensuelles à la PMI, « *en moyenne trois ou quatre tampons de médecins* » (à qui ils ont demandé de venir à domicile). « *Il y a énormément d'abus, je ne suis absolument pas d'accord pour le 100 %, il faut vraiment qu'il y ait une participation symbolique. (...) Il m'est arrivé de passer une heure à discuter, rassurer, expliquer, et puis de voir, à la consultation suivante, que le médecin avait été appelé l'après-midi même !! Avec les étrangers, je n'ai pas vu ça. Les gens du voyage, c'est la*

[255] Ces résistances sont anciennes et non réservées aux étrangers. Ainsi s'exprime un médecin, pendant les années qui suivent la première guerre mondiale, irrité par les flots de pensionnés de guerre auxquels l'Etat assure des soins gratuits : « le patient arrive armé, je dis bien armé, d'une feuille blanche, verte ou rose où sont inscrits ses droits. » (Murard, 2001, p. 37 citant Hatzfeld, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Les Editions ouvrières, Paris, 1963)

consommation pure, ce qu'ils peuvent avoir, ils le demandent. Alors que l'Africain, il a son amour propre, sa réserve ... »

Remarquons que si les études quantitatives décrivent en effet une surconsommation médicale chez les assurés issus des classes sociales les plus défavorisées et en particulier chez les bénéficiaires de la CMU[256], elles mettent ces écarts sur le compte, d'une part d'un état de santé dégradé (Grignon et al., 2003 ; Le Fur et al., 2003) et d'autre part d'un *ratio* soins hospitaliers / soins ambulatoires plus élevé (alors que ce sont justement les libéraux qui se plaignent de cette surconsommation). Ces études révèlent en outre chez ces populations un taux plus élevé de renoncement aux soins[257].

Au total, on voit ici comment des représentations de délégitimation (les bénéficiaires du tiers payant abusent de ce traitement de faveur, surtout ceux issus de « certaines origines ») viennent conforter des réticences déjà induites par des dysfonctionnements institutionnels à l'origine de discriminations systémiques (réticences à l'égard du tiers payant car il est mal remboursé).

5.4.2.2 Les numéros provisoires

Les réticences des médecins exerçant en libéral à l'égard des patients bénéficiant du tiers-payant en raison de difficultés prévisibles de remboursement sont encore accrues lorsque ces patients disposent en outre d'un numéro provisoire de la Sécurité sociale, ce qui est le cas de tous les bénéficiaires de l'AME, mais également de certains bénéficiaires de la CMU. D'une part en effet, l'attribution d'un numéro provisoire ne s'accompagne pas de l'édition d'une carte vitale, d'où des formulaires papiers complexes à remplir et de longs délais de traitement. D'autre part, si la feuille de soins arrive au centre de Sécurité sociale après la transformation

[256] Par exemple, en 2000-2002,
- à âge et sexe équivalents, les dépenses de santé des personnes issues de ménages dont la « personne de référence » est un ouvrier non qualifié sont supérieures de 18% à la moyenne, alors qu'elles sont inférieures de 9% pour la catégorie des cadres et des professions
- les bénéficiaires de la CMU complémentaire consomment 38% plus que les personnes sans complémentaire et 18% de plus que les titulaires d'une complémentaire traditionnelle. (Raynaud, 2005)

[257] En 2000-2002, les renoncements aux soins pour raisons financières sont déclarés par 23% des assurés dépourvus de complémentaire, 10% des assurés avec complémentaire traditionnelle et encore 16% des bénéficiaires de la CMU complémentaire. (Raynaud, 2005)

du numéro provisoire en numéro définitif, elle ne correspond plus à aucun assuré et le médecin ne sera pas du tout remboursé.

Selon un médecin interrogé, le Dr A., étrangers et Français d'origine étrangère se voient plus souvent attribués ces numéros provisoires (parmi l'ensemble des bénéficiaires de la CMU), et de façon durable de surcroît. Des agents CPAM interrogés à ce sujet confirment la plus fréquente attribution de ces numéros chez des personnes étrangères et la mettent sur le compte d'un effet de système : les modalités de vérification des pièces justificatives, requises chez tout assuré, sont plus complexes en cas de naissance à l'étranger (plus fréquentes discordances entre les fichiers état civil et Assurance maladie).

Ce sont donc des discriminations systémiques qui expliquent d'une part les difficultés d'accès aux soins des détenteurs de ces numéros provisoires (réticences des professionnels en rapport avec leurs difficultés de remboursement) et d'autre part la sur-représentation des personnes nées à l'étranger parmi les victimes de ces difficultés (vérifications plus complexes des pièces justificatives).

Mais selon le Dr A., des représentations disqualifiantes viennent aggraver ces réticences des médecins envers les patients bénéficiaires du tiers payant : « *75 % de mes confrères pensent que les CMUistes consomment trop ... il y a une mauvaise image de marque.* » Et la nationalité étrangère ou l'origine étrangère d'une personne française aggraveraient ces représentations délégitimantes : « *Si on ajoute le fait de ne pas manier très bien la langue française et d'être d'une couleur de peau différente, la discussion est claire et nette, c'est « non, point final ». Les personnes françaises de souche avec la CMU savent mieux s'expliquer et arrivent à négocier.* »

Des représentations délégitimantes fondées sur l'origine viennent ainsi aggraver des discriminations systémiques.

5.4.2.3 La connaissance insuffisante de la réglementation

Nous allons nous arrêter plus longuement sur ce point, étant donné son importance au quotidien, ainsi qu'en témoigne l'abondance des exemples recueillis dans notre enquête. Celle-ci a en effet relevé de nombreuses affirmations témoignant d'une connaissance insuffisante des textes relatifs aux droits à une couverture maladie, émanant de professionnels de l'accès aux droits et aux soins. Elles sont tout particulièrement importantes quand il s'agit de l'accès des étrangers à la CMU et à l'AME.

Ces méconnaissances se traduisent par des restrictions de l'accès aux soins, donc des traitements défavorables. Des dysfonctionnements institutionnels expliquent qu'ils concernent tout particulièrement les étrangers. Mais des représentations de « l'autre », ce public auquel s'appliquent ces réglementations, viennent étroitement se mêler à ces discriminations systémiques pour en aggraver les conséquences.

5.4.2.3.1 Des traitements défavorables

Nous allons nous arrêter ici exclusivement sur les inexactitudes relatives à certains types de couverture maladie, à savoir l'AME et la CMU, en nous focalisant sur celles qui concernent surtout les étrangers.

De façon générale, la CMU est mieux connue que l'AME et l'AME uniquement hospitalière l'est mieux que l'AME totale[258], probablement en raison du nombre important d'étrangers arrivés depuis moins de trois ans.

Ces connaissances inexactes du droit, que ne relèveraient guère les intéressés, eux-mêmes souvent peu au fait de leurs droits, se traduisent le plus souvent par l'application restrictive des textes : conditions abusivement demandées pour l'ouverture de droits et droits ouverts mais de façon réduite (pour moins d'un an, sous forme de bons, etc.).

Certains membres d'association particulièrement bien informés décrivent un scénario qui se répète fréquemment quand ils adressent leurs patients étrangers à un guichet CPAM pour y demander une ouverture de droits : refus initial opposé par l'agent CPAM ; deuxième venue de l'étranger au guichet CPAM, accompagné d'un membre de l'association ou muni de copies des textes de loi (dans une association visitée, les textes de référence sont collés sur les formulaires de la CPAM) ; perplexité de l'agent CPAM devant ces explications ; et enfin son accord, souvent au terme d'échanges sur place ou par téléphone entre un membre de l'association et le responsable du service CPAM concerné.

[258] L'enquête a été réalisée avant la suppression de l'AME hospitalière, qui était alors destinée aux étrangers en situation irrégulière résidant depuis moins de trois ans.

AME

Des conditions peuvent être abusivement requises lors de l'instruction des dossiers, que ce soit à l'échelle d'une caisse, d'un établissement ou d'un agent CPAM : besoin de soins, titre de séjour[259], ancienneté de résidence en France de trois mois[260], exposé écrit des raisons de la venue en France, extrait d'acte de naissance (même en cas de présentation d'un passeport), expiration du visa visiteur[261], absence de tout obligé alimentaire percevant des revenus supérieurs au plafond[262].

Aux délais d'instruction qui atteignent souvent plusieurs mois[263] s'ajoute alors l'alea de leur issue. Des agents CPAM interrogés reconnaissent eux-mêmes la variabilité des conditions requises par les différents agents d'une même caisse : une photocopie du passeport au lieu de l'original peut être acceptée par l'un mais sera refusée par un autre ; la moyenne des revenus de l'an passé d'un requérant étranger sera calculée avec pour dénominateur les douze derniers mois par un agent, simplement ceux depuis l'arrivée de l'étranger en France par autre, etc.

[259] Avant la réforme CMU, les étrangers en situation irrégulière pouvaient déjà avoir du mal à se voir délivrés l'aide médicale départementale pour cette raison. Depuis les lois de décentralisation de 1983 en effet, la prise en charge des personnes ayant une résidence stable relevait des départements (aide médicale départementale ou AMD), mais celle des personnes sans résidence stable (sans domicile fixe) relevait de l'Etat (aide médicale Etat ou AME). Or il n'était pas rare qu'un département refuse d'accorder l'AMD à un étranger en situation irrégulière au prétexte que l'absence de titre de séjour équivalait à une résidence instable et que par conséquent son aide médicale était du ressort de l'Etat. Ces refus étaient aussi le fait des échelons communaux. Burée-Cassou (1993) rapporte ainsi qu'alors que les CCAS (centres communaux d'action sociale) n'ont pas à juger eux-mêmes de la recevabilité des demandes qui leur sont adressées, la direction du bureau d'aide sociale de Paris a demandé en 1983 puis en 1986 que les dossiers d'Aide sociale ne soient instruits qu'en cas de séjour régulier (en plus d'être stable).

[260] L'enquête a été réalisée avant que cette exigence ne soit légalisée avec la réforme de 2003.

[261] au motif d'une part que l'étranger détenteur d'un tel visa en cours de validité n'est pas en situation irrégulière vis-à-vis de son séjour et d'autre part qu'il est un touriste, donc de passage, sans intention réelle de vivre en France (or si de nombreux étrangers arrivent en France avec un visa visiteur (type C), c'est parce qu'ils n'ont pu obtenir de visa d'installation (type D). Réglementairement pourtant, seule la volonté affichée de rester résider en France importe, indépendamment du type de visa.

[262] L'AME est refusée s'il existe un obligé alimentaire au motif que l'Etat pourra lui demander le remboursement des frais initialement pris en charge au titre de l'AME. La Convention signée le 17 Octobre 2000 entre l'Etat et la CNAM prévoit pourtant qu'une demande d'AME doit être examinée « de manière autonome, en prenant en compte les seules ressources du demandeur », lorsque celui-ci ne peut être ayant-droit d'un parent en raison de l'irrégularité de son séjour. De plus, la définition de l'obligé alimentaire est interprétée de façon variable (l'hébergeant est par exemple parfois qualifié d'obligé alimentaire).

[263] Cela semble toujours être le cas en 2005. Le délai d'instruction des demandes d'AME serait par exemple de 4 mois dans le 93 (Devries et al, 2005 ; Maille et al, 2005) Notons que la circulaire du 27 septembre 2005 sur les conditions de l'admission à l'AME précise qu'une fois le dossier complet, la CPAM doit l'instruire en un mois au plus.

Enfin, l'AME délivrée peut être de nature non réglementaire : pour moins d'un an, sous forme de bons de prestations.

> La salariée d'une association raconte l'histoire suivante : une femme enceinte et son mari, tous deux étrangers vivant en France depuis plusieurs années, font une demande d'AME à un guichet CPAM. Parmi les justificatifs à fournir, l'agent leur demande un titre de séjour … Ils repartent, puis l'homme retourne au guichet CPAM avec une copie de la circulaire sur l'AME (qui précise que l'AME est destinée aux étrangers en situation irrégulière) qu'on lui a remise à l'association. Les agents CPAM sont très intéressés par le texte. Il obtient l'AME … mais sous forme de vignettes (c'est à dire telle qu'elle était délivrée avant la réforme de 1992), et non pour un an mais pour deux mois, au bout desquels est prévu un réexamen de situation. Ils ont, pour les deux mois et pour tous les deux, six vignettes (une vignette équivaut à une prestation médicale).

Les méconnaissances sont plus fréquentes encore chez les professionnels autres qu'agents CPAM.

Ceux des travailleurs sociaux interrogés qui connaissent l'AME ignorent qu'elle peut être totale (et pas uniquement hospitalière). C'est en particulier le cas de l'assistante sociale d'une PASS vers laquelle sont orientés tous les patients étrangers non couverts de l'hôpital, ce qui augure de nombreuses demandes d'AME hospitalière quand une totale aurait pu être demandée. Un assistant social ignore la possibilité de déclaration sur l'honneur pour une demande d'AME et oriente les requérants auxquels fait défaut un justificatif vers une association en cas de besoin de soins, au lieu de leur faire demander une ouverture de droits AME.

Certains médecins hospitaliers, ignorant au contraire l'existence de l'AME hospitalière, refuseraient depuis la réforme CMU de prendre en charge des patients orientés par des associations pour des soins ambulatoires pris en charge par l'AME hospitalière, au motif que depuis la CMU, tout le monde « peut accéder aux soins de ville ». De nombreux pharmaciens de ville refuseraient d'honorer les ordonnances d'AME hospitalière, pensant à tort ne pas y être autorisés[264]. Enfin certains médecins libéraux, désireux de venir en aide aux étrangers en situation irrégulière dépourvus de couverture maladie, réduiraient les droits de ces derniers à une aide humanitaire.

> Ce médecin fortement impliqué dans des structures associatives en santé-précarité se dit « *interpellé* » chaque fois qu'il reçoit un « *étranger clandestin* », ce qu'il fait gratuitement. Soit il « *se débrouille* » à son cabinet, avec des échantillons de médicaments, soit, s'il faut faire appel à d'autres intervenants, il « *essaie de pousser les collègues à agir comme nous, de manière*

[264] L'ordonnance doit en effet être rédigée par un médecin hospitalier, mais elle peut être délivrée en ville.

bénévole ». Il n'évoque pas la possibilité d'ouverture de droits à une couverture maladie pour ces malades.

CMU

Les méconnaissances que l'on va présenter ici sont celles émanant d'agents CPAM, en remarquant cependant que là aussi les autres professionnels sont encore moins bien informés qu'eux.

Citons en quelques-unes :

- interprétation restrictive de la définition de la régularité de séjour, en s'appuyant notamment sur la notion de régularité de séjour telle qu'elle était définie jusqu'à la réforme CMU pour les ouvertures de droit à l'assurance maladie sur critères professionnels, c'est à dire par un décret listant des titres de séjour, alors que la réforme prévoit que les étrangers peuvent prétendre à la CMU dès qu'ils peuvent attester de leurs demandes de titre auprès de la préfecture, en particulier au moyen d'une simple convocation en préfecture
- exigence d'une ancienneté de résidence de trois mois aux demandeurs d'asile alors que ces derniers en sont dispensés
- orientation à tort de ces derniers vers l'AME
- non respect du maintien des droits CMU d'un débouté du droit d'asile : on donne l'exemple d'étrangers se voyant refusés le renouvellement de leur CMU au motif (abusif) de la perte du titre de séjour … et refusés également la délivrance d'une AME au motif du maintien de droits …
- demande d'une ancienneté de six mois de résidence aux conjoints étrangers de Français

5.4.2.3.2 La part des discriminations systémiques

Des logiques structurelles expliquent que ces inexactitudes concernent tout particulièrement le droit dans son application aux étrangers. De façon générale, ces derniers étant en effet moins nombreux que les usagers français, les professionnels maîtrisent moins les particularités des textes quand ils s'appliquent aux étrangers. Pour l'AME, la marginalité du droit à l'Aide sociale se conjugue en outre à celle du droit des étrangers.

- Les agents CPAM

Diverse explications sont données à leurs méconnaissances.

C'est d'abord la rareté des publics concernés - celui de l'AME (surtout en province, et ce d'autant plus que certains sans-papiers éviteraient les lieux institutionnels tels que les centres de Sécurité sociale et préfèreraient se rendre dans les associations) et les demandeurs d'asile.
Il faut ensuite souligner la complexité des textes, accrue quand ils s'appliquent aux étrangers ; c'est par exemple le cas de la définition de la régularité de séjour[265] ou du maintien des droits[266]. Enfin, la formation des agents CPAM semble insuffisante au regard de ces subtilités réglementaires. De nombreux professionnels, dont des agents CPAM, témoignent de la « panique » des débuts de la réforme CMU : ils n'ont pas été formés assez ni à temps, et ce surtout pour l'AME, dont la circulaire d'application date du 10 janvier 2000 (et n'est « parvenue » dans certaines CPAM que trois mois plus tard) alors qu'elle était censée être appliquée dès le 3, et pour laquelle aucune formation particulière n'a été par la suite organisée.

[265] Maille et al. (2005, p548) donnent un aperçu de la complexité du droit en la matière : « Pour distinguer au guichet entre AME et CMU, il faut identifier clairement où se situe la frontière entre séjour régulier et irrégulier. L'exercice est périlleux car les définitions sont multiples et les titres de séjour d'une grande variété. En droit, cohabitent trois définitions différentes. Celle concernant l'assuré sur critère socioprofessionnel est constituée d'une liste de titres de séjour comportant déjà 14 possibilités. Pour l'ayant droit majeur, la liste est différente et comporte 10 mentions. Enfin, celle concernant la CMU de base (définie par circulaire) n'est pas constituée d'une liste de titres de séjour, mais d'une invitation à ouvrir des droits si l'intéressé justifie qu'il est en relation avec l'autorité préfectorale, y compris dans les phases de renouvellement de titre, convocations et rendez-vous. Cette définition extrêmement précieuse parce que tenant compte de la réalité des pratiques préfectorales, est plus difficile à mettre en œuvre du fait de la variabilité des documents délivrés dans chaque département. Pour ajouter à la complexité, l'agent qui reçoit un étranger doit donc identifier la liste applicable puis la croiser avec le paramètre nationalité, puisque ces définitions ne sont pas applicables à un Européen. De plus, sur la base du droit communautaire, ces critères ne sont pas non plus opposables à l'ayant droit d'un Européen et ce, quelle que soit la nationalité de cet ayant droit. Une Allemande assurée en France pourra donc mettre sur sa carte Vitale son conjoint malien majeur en séjour irrégulier. Une Française se verra, elle, opposer l'obligation pour son conjoint de détenir un titre de séjour. »

[266] Là encore, Maille et al. (2005, p. 548) donnent une idée de la complexité de l'affaire :
« (…) un assuré qui cesse de remplir les conditions ne perd pas du jour au lendemain son assurance, qui reste valable pendant quatre ans. Cette disposition s'applique à l'assuré étranger qui devient brutalement en séjour irrégulier. Le système bascule alors dans une incroyable complexité. La personne se retrouve non assurable (car en séjour irrégulier), mais assurée au titre du maintien des droits. Cependant, si ses ressources sont inférieures au plafond, il perd son droit à la complémentaire CMU qui exige d'être en séjour régulier (mais devient éligible à l'aide médicale qui n'intervient alors que pour la part complémentaire, à titre de mutuelle). L'étranger se trouve ainsi titulaire simultanément de l'assurance maladie matérialisée au besoin par une carte Vitale et titulaire d'une attestation papier d'AME supposée emporter dispense d'avance des frais chez le médecin et le pharmacien. Mais ce n'est pas fini. A la demande du ministère, ce maintien des droits n'est appliqué que pour une partie seulement des assurés étrangers, les bénéficiaires de la CMU de base voyant de façon arbitraire leurs droits clos à la date de fin du titre de séjour. »

Arrêtons-nous par exemple sur les difficultés de reconnaissance du titre de séjour des demandeurs d'asile par les agents CPAM.

Les étrangers qui engagent une demande d'asile se voient remettre en préfecture un document qui atteste de leur démarche. Ce document revêt une importance cruciale puisque, leur tenant lieu de titre de séjour, c'est sur sa présentation qu'ils pourront être affiliés à la CMU. S'il en existe une trentaine de types différents, selon l'état d'avancement de la procédure de demande d'asile, chacun d'entre eux est en principe suffisant pour obtenir la CMU, puisque celle-ci est accessible à tout étranger à partir du moment où il a entamé des démarches de demande d'asile (ainsi que l'a précisé une circulaire de mai 2000). Une des premières difficultés que rencontre le demandeur d'asile sur son parcours d'accès aux soins sera l'absence de reconnaissance de ce document par les agents CPAM, qui refuseront alors la demande de CMU au motif que l'étranger est en situation irrégulière.

Un élément-clé de la reconnaissance d'un document par les agents CPAM est la fréquence avec laquelle il leur est présenté. Celle-ci est elle-même dépendante de deux séries de facteurs.

Ce sont d'abord les modalités de l'accueil des demandeurs d'asile à la préfecture, et plus précisément le type de document qui leur y est remis. L'équilibre capacité d'accueil / flux de demandes est crucial : plus le second dépasse la première, plus imprécis sont les documents remis aux étrangers. Quand les services des préfectures sont débordés, les convocations remises aux demandeurs d'asile ne sont par exemple pas datées, ce qui en fait, au regard des critères CPAM, des documents « précaires »[267].

C'est ensuite le nombre de demandeurs d'asile relevant du centre CPAM concerné. Plus ils sont nombreux dans une ville donnée et plus les agents CPAM sont familiarisés avec leurs justificatifs. Ainsi, un même document (par exemple « l'APS en vue de démarche auprès de l'OFPRA ») pourrait être reconnu comme titre de séjour régulier à Paris, où les agents CPAM ont l'habitude de recevoir des demandeurs d'asile, mais ne pas l'être dans une banlieue où ces derniers sont moins nombreux. Pour le document « Notice Asile », distribué aux étrangers pour qu'ils le remplissent eux-mêmes, simplement frappé d'un coup de tampon notifiant la date à laquelle ils doivent revenir, les membres des associations devront expliquer aux agents CPAM, de Paris ou de banlieue, qu'il atteste bien d'une situation régulière. Et pour le même document sans le tampon, les explications resteront vaines.

[267] On évoque par exemple des files d'attente de 300 demandeurs d'asile à la préfecture-police de Paris dès 5 heures du matin ... 50 d'entre eux repartiront avec des papiers explicites, tous les autres n'obtiendront que des documents très imprécis.

- Les travailleurs sociaux

Eux non plus ne semblent pas suffisamment formés aux textes, et ce d'autant plus que certains d'entre eux minimisent volontiers les spécificités des étrangers en la matière, considérant que les droits sont les mêmes pour tous et que le « service public » doit traiter tout usager de la même façon.

Par ailleurs, et de façon plus spécifique à leur profession, la question de la couverture maladie pourrait leur sembler d'une importance secondaire[268] au regard d'autres soucis qui leur semblent prioritaires, tels que financiers, alimentaires et de logement, et pour les étrangers, de titre de séjour. Ils ne percevraient pas tous l'utilité de la médecine préventive et de la continuité des soins (que seul permet l'accès au droit commun autorisé par la couverture maladie), considérant que de toutes façons les soins vitaux restent assurés à tout patient, quelque soit son statut au regard de la couverture maladie : « *Et puis que quelque part au pire il y a l'hôpital. Et puis, que de toutes façons, on est dans un pays où on ne laissera pas quelqu'un mourir faute de soins.* »

- Les soignants

C'est la catégorie la moins au fait des procédures réglementaires, les hospitaliers étant malgré tout mieux informés que leurs confrères de ville. Ils se préoccupent avant tout des soins, au risque de les vouer à la discontinuité en l'absence d'ouverture de droits à une couverture maladie.

> Une médecin de PMI justifie sa méconnaissance des démarches d'ouverture de droit en mettant en avant sa mission sanitaire : « *Moi personnellement je ne me suis pas du tout impliquée sur la réforme CMU*, *je ne suis pas au courant, ce n'est pas que ça ne m'intéresse pas, mais je ne suis pas concernée, je n'ai pas à demander une carte quelconque, je demande s'ils ont la Sécurité sociale mais c'est tout*. (…) *je fais une ordonnance, comme si il y avait une couverture sociale. Je leur demande toujours s'ils en ont une, mais en général quand ils n'en ont pas, ils mentent, ils disent que le dossier est en cours, qu'ils attendent la réponse ... moi, quand il y a plein de monde dans la salle d'attente, ce que je veux, c'est que l'enfant soit soigné, alors savoir s'ils me mentent, s'ils sont politiques, clandestins, etc. , moi quelque part, je ne dis pas que ça ne me concerne pas, ce serait trop facile, mais ce n'est pas mon rôle. Donc je fais l'ordonnance, et inch Allah ! Ou ils l'achètent, ou ils ne l'achètent pas* »

[268] La salariée d'une association rappelle que parmi les patients reçus à sa consultation précarité, avant la réforme CMU, 70 % des bénéficiaires du RMI n'avaient pas l'aide médicale, alors qu'ils y avaient droit automatiquement. Or s'ils avaient obtenu le RMI, c'est bien qu'ils étaient entrés en contact avec des services sociaux.

5.4.2.3.3 La part des catégorisations de « l'autre »

On vient de présenter un certain nombre d'explications à cette connaissance insuffisante des textes, qui relèvent de discriminations systémiques, puisque liées à l'organisation de l'accueil dans les préfectures, la quantité d'étrangers résidant dans un département, la mise en place d'une réforme réglementaire, les priorités professionnelles des uns et des autres, etc. Mais des représentations de « l'autre », ce public auquel s'applique ces réglementations, viennent étroitement se mêler à ces discriminations systémiques pour en aggraver les conséquences, contribuant encore à restreindre la portée des textes.

Certaines d'entre elles relèvent de la délégitimation.

Les représentations de délégitimation opérées par les professionnels, surtout des agents des CPAM, peuvent être expliquées par deux séries d'éléments.

Tout d'abord, comme on l'a dit plus haut, le contexte politique de répression de l'étranger en situation irrégulière se traduit, en politique d'accès aux soins, par l'exclusion croissante de ce dernier de la protection sociale. Or cette exclusion d'une partie des étrangers est à l'origine d'une complexité également croissante de la législation. Par exemple, avec la réforme CMU qui exclut les étrangers en situation irrégulière du dispositif, le demandeur, étranger ou présumé tel, pour prouver qu'il ne fait pas partie de cette population exclue et qu'il relève donc de la CMU et non de l'AME, doit établir sa situation régulière au regard du séjour, les caisses étant invitées à vérifier la situation des intéressés auprès de la préfecture. Par conséquent, malgré le progrès que constitue la CMU pour la grand majorité des personnes résidentes en France en situation de précarité, alors qu'est réaffirmée l'éligibilité de toute personne qui réside en France à un accès aux soins et qu'est posé le principe de la présomption de droit, la charge de la preuve persiste pour les requérants étrangers ou présumés tels.

> « La CMU changeait réellement les choses en faisant basculer la charge de la preuve. Le droit était présumé. Le maintien d'une prestation spécifique va considérablement réduire l'impact de la réforme. Du fait de l'existence de ce régime spécifique, il faut, avant d'ouvrir les droits à un étranger, ou à un individu présumé tel, vérifier s'il relève de la CMU ou de l'AME. Pour maintenir dans une situation spécifique quelques dizaines de milliers de personnes, il faut vérifier les droits de plusieurs centaines de milliers de personnes. Le droit n'est plus présumé, il faut de nouveau le prouver. Et comme il vaut mieux que cette vérification soit réalisée par des personnes compétentes, on va mettre en place des guichets particuliers. Et comme ce n'est pas si simple, on commence dès ce moment, et on continue aujourd'hui encore, à ne pas bien

faire le tri en mettant dans la case AME des personnes qui relèvent dans les faits de la CMU … » Notamment, les demandeurs d'asile, ou encore les personnes disposant d'un document précaire de séjour. » (Maille et al., 2005)

Ensuite, les acteurs du secteur associatif soulignent combien les carences dans la formation des agents CPAM concernent tout particulièrement le droit relatif aux étrangers. Le « guide destiné aux personnes-relais CMU », édité par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et mis en ligne sur son site, a été très discrètement diffusé dans les CPAM. Or ce guide, s'il concerne l'ensemble des bénéficiaires de la CMU, est particulièrement utile aux demandes des étrangers, dont les situations sont souvent complexes. Cette absence de formation du personnel CPAM, et plus largement de communication (dans les média, etc.), plus manifeste encore pour l'AME[269] - les administrations d'Etat entretenant à l'occasion ces méconnaissances[270] - est suspecte, au yeux de certains, d'exprimer la volonté politique de limiter la portée de la réforme dans son application à l'égard des étrangers, surtout ceux en situation irrégulière, pour à la fois prévenir l'afflux d'étrangers vers la France et mieux exclure ceux qui sont présents.

Au total, l'impact des politiques d'immigration sur les droits à une couverture maladie des étrangers en situation irrégulière se caractérise par une restriction de ces droits et une complexité croissante des textes les énonçant. L'insuffisance de la formation sur ces textes, croisant les représentations délégitimantes diffusées par ces politiques peut alors avoir pour conséquences des applications qui vont « dans le sens » de l'évolution des textes à défaut de les respecter scrupuleusement : le « flou » sur les textes favorise la perception d'une faveur faite aux étrangers plus que d'un droit à leur accorder et se traduit concrètement par une « mauvaise volonté » à tenter de respecter rigoureusement les textes.

« Ce serait plus clair et les gens seraient mieux informés, ce ne serait pas soumis à interprétation. Parce que j'imagine qu'il doit y avoir des gens des caisses qui pensent que ce n'est pas très clair, donc finalement ils ont l'impression que c'est des faveurs qu'on fait aux étrangers et que ce n'est pas un droit.» (un assistant social)

[269] Très peu de brochures informant sur l'AME sont mises à disposition du public dans les centres de Sécurité sociale et il n'y a eu aucune information publique sur l'AME : le numéro vert et le site du Ministère n'informent que sur la CMU.

[270]Ainsi, à propos des orientations vers l'AME des demandeurs d'asile (qui relèvent théoriquement de la CMU), peut-on lire dans un dossier - bilan de la CMU : « le nombre des demandeurs d'asile a augmenté de plus de 40% depuis le début de l'année, occasionnant une augmentation encore plus considérable (+ 150%) du nombre de dossiers d'aide médicale Etat dont la DDASS a la charge (…) », sans que ne soit relevée l'absence de lien théorique entre l'augmentation des demandeurs d'asile et celle des demandes d'AME. (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000, p.7)

Le deuxième faisceau de représentations se situe à la croisée de la délégitimation et de la différenciation.

Avec la réforme CMU, la prise en compte des revenus est une relative « nouveauté » pour les CPAM[271] (à la différence des CAF par exemple). (Borgetto, 2000 ; Dupeyroux, 2000)

> Une responsable AME exprime son malaise vis-à-vis de la vérification des ressources : « *On n'a pas l'habitude de créer des dossiers en fonction des ressources*. *Pour nous, les droits, c'était selon le travail* ».

L'AME cristallise cette nouveauté car son instruction passe par, outre la vérification des revenus, l'acceptation des déclarations sur l'honneur à la place de documents justificatifs.

> Des membres d'associations insistent sur le « *changement culturel énorme* » qu'implique l'introduction de la déclaration sur l'honneur dans les caisses qui ont toujours eu pour tâche de contrôler (« *aucune tradition sur l'aspect déclaratoire* »), changement qui ne se s'est pas accompagné de la formation correspondante des personnels.

Une responsable CPAM, qualifiant de « *révolution* » la gestion de l'AME par les CPAM, justifie ainsi le traitement « approximatif », les « erreurs » de pratique des agents lors de l'instruction des dossiers d'AME. Alors en effet qu'elle insiste sur le fait que les assurés sont indifférenciables les uns des autres, puisqu'en particulier aucun relevé de nationalité n'est réalisé, elle les catégorise selon « l'effort d'adaptation professionnelle » qu'ils demandent aux agents CPAM, c'est à dire selon qu'ils bénéficient de l'aide médicale ou non, ce qui revient finalement à distinguer les étrangers en situation irrégulière des autres usagers, suggérant que les premiers ne sont pas tout à fait à leur place dans les fichiers des CPAM :

> *« L'aide médicale est indépendante de la Sécu, donc c'est toute une démarche ... toute une mentalité qui a changé pour les personnes qui travaillent à la Sécu depuis des années*. *Depuis que la Sécu existe, on fonctionne avec certaines habitudes, certains réflexes qu'il faut abandonner pour cette catégorie de personnes. C'est pour ça qu'au début on continuait de demander l'acte d'extrait de naissance car c'était un réflexe Sécu, maintenant on s'adapte.* »

A cette notion d'aide sociale est d'ailleurs, on l'a dit plus haut, parfois associée celle du mérite, en toute méconnaissance des textes : il faudrait en avoir besoin (le besoin de soins est requis) et la délivrance répondrait précisément à ce besoin (l'AME est délivrée sous forme de bons de prestations).

[271] Certains services CPAM avaient déjà l'habitude de traiter des revenus : les prestations extra-légales ou l'AME par exemple (mais celle-ci ne représentait qu'une petite partie de l'aide médicale, l'autre, la départementale, étant gérée par les Conseil généraux).

5.4.3 Synthèse

Les trois types de traitement discriminatoire décrits précédemment sont ainsi susceptibles d'être associés, comme autant de structures élémentaires, pour définir de nouvelles configurations.

Les deux modes de caractérisation peuvent se répondre en écho au sein du discours d'un même acteur (par exemple pour justifier de la délégation du droit commun vers le secteur associatif) ou intervenir successivement, du fait de différents acteurs mais au cours d'une même procédure (les titres de séjour pour soins). L'un ou les deux peu(ven)t venir conforter les inégalités de fait créées par des discriminations systémiques, bénéficiant là encore, le cas échant, de l'effet « catalyseur » de la précarité socio-économique (dysfonctionnements de la Sécurité sociale plus délégitimation et différenciation des « assistés » et des étrangers).

5.5 Mise en contexte « macrosocial »

Certaines discriminations dans l'accès aux soins sont directes, fondées sur les catégorisations opérées par les professionnels à l'égard de leurs publics perçus comme étant d'origine étrangère, sur le mode de la délégitimation et/ou de la différenciation. D'autres sont indirectes, sécrétées par des pratiques institutionnelles *a priori* aveugles à l'origine alors qu'en pâtissent surtout certains publics d'origine étrangère. D'autres enfin résultent de la combinaison de plusieurs de ces mécanismes.

Appréhendons maintenant ces représentations et ces pratiques au regard du contexte tissé par les politiques publiques présentées dans la partie précédente et auquel chaque acteur se réfère pour élaborer ses propres représentations.

5.5.1 La délégitimation

Les politiques d'immigration, depuis les années 70, ont pour objectifs la fermeture croissante des frontières et la répression de l'étranger en situation irrégulière, en associant immigration et clandestinité, clandestinité et délinquance. Parallèlement, et parce qu'il est perçu comme un élément d'attraction pour les candidats à l'immigration, l'accès aux soins a été peu à peu limité pour le « clandestin » : exclu de l'Assurance maladie en 1993, isolé au sein de l'Aide médicale en 1999, dont enfin l'accès lui a été restreint en 2003.

La délégitimation de l'étranger en situation irrégulière, sous-tendue par les politiques migratoires, trouve ainsi un prolongement dans les politiques d'accès aux soins. On a présenté la façon dont cette délégitimation, quand elle est reprise par certains professionnels de l'accès aux soins, peut justifier de pratiques discriminatoires : traitements différentiels et défavorables fondés sur une perception délégitimante de l'« autre », perception qui est favorisée par la référence à ce contexte politique migratoire.

5.5.1.1 L'ambivalence

La politique française de l'immigration au 20ème siècle peut être caractérisée par son ambivalence. (Viet, 1999) Elle vise en effet simultanément à favoriser l'intégration des

étrangers en France et à préserver les nationaux de la concurrence liée à la présence étrangère en terme d'emplois, logements, protection sociale, soins, etc., au moyen du principe de préférence nationale[272].

Depuis le milieu des années 80, ce clivage ne passe plus entre Français et étrangers, ni entre étrangers au statut temporaire et étrangers au statut stable, mais entre étrangers en situation régulière (assimilés aux Français) et étrangers en situation irrégulière. (Spire, 2005)

Or cette ambivalence est la plus palpable lorsqu'il est question de protection sociale. L'ordre public social peut alors entrer en contradiction avec l'ordre public sécuritaire (qui requiert la répression de l'immigration illégale). Alifandari (1990) remarque ainsi que même si le second reste prioritaire sur le premier, on ne devrait pas, « pour sécuriser la population autochtone, insécuriser la population immigrée. On ne peut pas, pour des raisons de sécurité publique, vider de sa substance la sécurité sociale : celle-ci est aussi un facteur d'équilibre et d'ordre dans notre société. » Pourtant cette contradiction imprègne les politiques publiques qui se présentent comme à la fois soucieuses des intérêts des nationaux et tenues de respecter les droits constitutionnels fondamentaux de tout résident.

5.5.1.1.1 Une ambivalence perçue et exprimée par les professionnels

Cette ambivalence est perçue par les étrangers en situation irrégulière, qui peuvent hésiter à engager des démarches auprès des administrations françaises pour faire reconnaître leurs droits ; des dénonciations ont d'ailleurs été rapportées, opérées par du personnel hospitalier

[272] Mentionnons très schématiquement trois grands moments à travers lesquels transparaît cette ambivalence, selon Viet (1999).

- C'est d'abord celui de la gestion de l'immigration économique, jusque dans les années 74-84. A partir de la fin de la guerre de 14, il faut satisfaire le besoin de main d'œuvre sans pénaliser la population française en cas de crise de l'emploi : l'accès des étrangers au marché du travail est réglementé (via le droit d'entrée et de séjour et la relégation des étrangers dans les professions les plus pénibles), alors que la protection légale des travailleurs est universelle (indifférente aux origines des salariés). On est ainsi au cœur de la philosophie du droit républicain : sa vocation historique est de créer des espaces indifférenciés mais son accès est réglementé.
- Cette ambivalence est également manifeste à travers la gestion de l'immigration de peuplement. En 1945, il faut repeupler la France pour remédier à son déclin démographique. Ce faisant, il faut tenir compte des besoins de main d'œuvre dans certaines branches industrielles mais aussi de l'intégrité de l'ethnie ou de la « race » française. La sélection des étrangers comporte ainsi des aspects racialistes, favorisant une immigration européenne, réputée culturellement plus assimilable.
- Avec les années 74-84, l'arrêt de l'immigration économique et l'affirmation d'une thématique de l'intégration des étrangers, une dichotomie naît entre les structures, selon qu'elles ont pour fonction l'intégration des étrangers ou la lutte contre l'immigration clandestine.

(cf. par exemple, MRAP, 1996). Elle est également exprimée par les agents chargés d'appliquer ces politiques publiques. Comment par exemple concilier reconnaissance des droits sociaux des étrangers en situation irrégulière et sanction de l'aide au séjour irrégulier de ces mêmes individus (article 21 de l'ordonnance du 2 novembre 1945) ? Il est arrivé que des travailleurs sociaux soient placés en garde à vue pour aide au séjour irrégulier d'un étranger dans l'exercice de leurs fonctions (cf. par exemple, El Ghozi, 1999). Les professionnels amenés à prendre en charge ceux des étrangers qui se trouvent à la « frontière » entre le groupe des réguliers et celui des irréguliers font également part de leur malaise. C'est le cas des travailleurs sociaux dont la mission est d'accompagner les demandeurs d'asile dans leurs démarches et au-delà leur insertion sociale, qui s'interrogent sur le sens à donner à leur travail, sachant que 80% de ces demandeurs d'asile seront déboutés, que la majorité d'entre eux resteront ensuite illégalement sur le territoire et que les DDASS demandent aux CHRS[273] de ne pas héberger ces sans papiers alors que les CHRS ont pour mission d'accueillir tout le monde : « On fabrique de l'assistanat obligé et de la délinquance obligatoire ». (Lallemand, 2000) Une circulaire des ministres de l'intérieur et de la justice[274] qui prévoit l'arrestation d'étrangers en situation irrégulière jusque dans les établissements ouverts au public, y compris de soins, a récemment suscité la circulation d'une pétition de protestation.

Les institutions d'Etat sont elles aussi tiraillées entre exigences sécuritaires et missions sociales : une responsable de l'action sociale que nous avons interrogée dans une DDASS regrettait de devoir, sur ordre émanant du Ministère de l'Intérieur, interdire l'hébergement des étrangers sans titre de séjour … quand simultanément la secrétaire d'Etat à la Lutte contre la précarité et l'exclusion exigeait que tous les sans abris soient logés[275].

[273] Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale

[274] Circulaire du 21 février 2006 relative aux « conditions de l'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, garde à vue de l'étranger en situation irrégulière, réponses pénales » La pétition, lancée par Médecins du Monde, réclame le retrait de ce texte qui « remet en cause les principes fondateurs de la déontologie médicale, à commencer par la règle tacite mais admise qui protège les patients dans les lieux de soins qui exercent une mission de santé publique. »

[275] Cette ambivalence est perceptible au niveau des instances gouvernementales elles-mêmes, lorsque par exemple à la suite de la levée de boucliers suscitée par le vote en décembre 2002 du principe de ticket modérateur pour les bénéficiaires de l'AME, le gouvernement avait reculé en mars 2003, et la secrétaire d'Etat à la Lutte contre la précarité et l'exclusion avait précisé qu'il n'était « pas question de supprimer l'accès aux soins des personnes démunies » et que le principe de gratuité serait maintenu, puis avait assuré en juin 2003 qu'il n'était « pas du tout dans l'intention du gouvernement de revenir sur l'aide médicale Etat » … alors qu'en décembre 2003 était votée une réforme de l'AME, de loin plus restrictive que celle annoncée en décembre 2002.

5.5.1.1.2 Traduction dans les pratiques

Les professionnels peuvent ainsi se prévaloir tantôt de l'ordre social, tantôt de l'ordre sécuritaire, pour justifier de leurs pratiques.

Des acteurs institutionnels *a priori* du côté du soin peuvent par exemple spontanément revendiquer leur tutelle préfectorale pour gérer l'accès aux soins en se prévalant des critères du droit au séjour. Il y a alors bascule de la défense de l'intérêt des usagers à celle de l'intérêt de l'Etat[276]. Certains d'entre eux regrettent ainsi qu'une couverture maladie soit légalement accessible à des étrangers en situation irrégulière au regard du droit au séjour : étant jugés indésirables par ce dernier, pourquoi leur accorder une aide quelle qu'elle soit ? Or en jugeant illégitime que des sans papiers bénéficient d'une couverture maladie, ces professionnels de l'accès aux soins se prévalent de critères relatifs au droit au séjour et non de ceux relatifs à l'accès aux soins, intériorisant les normes de légitimité édictées par les premiers, pour remettre en cause « le bien-fondé moral de droits juridiquement définis ». (Fassin, 1997)

> Un agent DDASS regrette que la législation sur le séjour des étrangers en France ne puisse être appliquée « jusqu'au bout » en raison du devoir de solidarité que se donne la France : alors que des lois qualifient les irréguliers d'indésirables sur le territoire national, d'autres lois les protègent s'ils y restent et en particulier leur permettent d'être soignés et logés[277].

Mais ces considérations peuvent dépasser les situations pour lesquelles les critères de la Sécurité sociale sont précisément calés sur ceux des lois relatives au séjour. C'est notamment le cas des demandeurs d'asile. Ces derniers sont en effet « réguliers » selon les critères de la Sécurité sociale : ils peuvent prétendre à la CMU. Mais certains professionnels les appréhendent d'abord à l'aune des taux d'acceptation de leurs demandes d'asile. Or la faiblesse de ces taux[278] fait des demandeurs d'asile de probables « futurs hors la loi » au regard de leur séjour en France (puisqu'une fois déboutés de leurs demandes, la plupart

[276] La seconde légitime traditionnellement l'action des services de l'immigration tandis que la première caractérise celle des autres services publics. (Spire, 2005)

[277] Pour le logement, l'agent constate : « *La France a ce paradoxe de loger toute personne résidant sur son territoire. (…) Il y a des règles : on ne devrait même pas accepter que les gens qui n'ont pas obtenu le statut de réfugié restent en France. Non seulement ils ne s'en vont pas mais en plus ils demandent à être logés, donc nous on les loge.*
[question : comment ?]
Avec le 115 (Samu Social). »
L'agent assimile ainsi l'action d'une association à celui de l'Etat (« la France », « nous »).

[278] 80% de déboutés sur les 61 000 demandes déposées en 2003 par exemple. Si au début des années 80, chaque demandeur d'asile était pensé comme un réfugié en puissance, il l'est comme un débouté en puissance, à la fin de la décennie.

resteront en situation illégale sur le territoire) … et délégitime du même coup leur accès à une couverture maladie. La « contamination » du statut des demandeurs d'asile par la délégitimation des sans papiers illustre ainsi la « contamination » des représentations des professionnels de l'accès aux soins par des critères relatifs au droit au séjour.

> Pour cet agent DDASS, les demandeurs d'asile sont « *les gens en situation irrégulière qui effectivement un certain temps sont en situation intermédiaire de demandeurs d'asile. Mais très peu de gens obtiennent leur statut de réfugié. Alors ça ne devient même plus des demandeurs d'asile ou des réfugiés, ça devient des hors la loi, entre guillemets*. » [279]
>
> Le médecin d'une association expliquant à un agent CPAM qu'un demandeur d'asile est en situation régulière vis-à-vis de sa demande de CMU s'est ainsi entendu répondre : *« Oui, mais les demandeurs d'asile, on ne sait jamais s'ils seront régularisés. – Ce n'est pas votre travail de poser cette question. – Oui, mais je suis contribuable !* ».

Sur ce renversement dans la hiérarchie des valeurs, on peut faire une analogie avec ce que Noël (1999) observe dans l'entreprise. Considérer que l'entreprise est déterminée par des objectifs économiques de production ou d'efficacité justifie de faire prévaloir des valeurs telles que « le respect de l'entreprise » sur la valeur juridique (la discrimination raciste est illégale) et sur la valeur service public (position républicaine : on oriente tout public sans distinction et sans condition). L'entreprise qui discrimine à l'embauche les jeunes issus de l'immigration est alors disculpée de tout préjugé raciste, puisque l'embauche de ces jeunes est considérée constituer un obstacle à l'efficacité économique. On voit qu'ici de la même façon les agents de service public (DDASS ou CPAM) font prévaloir « l'intérêt général » (tel qu'il est visé par des politiques de fermeture des frontières) sur les valeurs de service public et de respect des droits fondamentaux (tels que l'accès aux soins). Or ce jeu entre les deux systèmes de valeurs traduit la marge de manœuvre dont dispose chaque acteur professionnel.

[279] C'est aussi leur installation en France qui est délégitimiée. Cet agent DDASS distingue ainsi deux catégories d'étrangers parmi les primo-arrivants : les irréguliers (y compris les demandeurs d'asile) et les réguliers, dont l'agent a pour mission d'organiser l'accueil, via une plate forme spécifique : « *Moi, c'est complètement différent, j'ai les gens qui viennent vraiment complètement en situation régulière.* » L'agent associe des motifs de venue illégitimes pour les uns (« *problèmes économiques* »), légitimes pour les autres : « *Le regroupement familial, c'est complètement différent, ce sont des gens qui travaillent en France, ont un logement et font venir leur famille, donc ça veut dire qu'ils sont devenus des citoyens français, avec des droits et des devoirs.* » Et ces différences impliquent un traitement différent : « *Il ne faut surtout pas faire une même plate forme pour les réguliers et pour les demandeurs d'asile car on ne peut pas faire de la globalisation, à mon avis. Parce qu'alors là, si les gens apprennent qu'on peut aussi entrer en France sans ... pas dans un cadre précis, il n'y aura plus personne qui entrera dans un cadre précis ...* » D'ailleurs, les programmes de la DDASS ont pour objet l'« *intégration* » pour les étrangers arrivés en situation régulière et la lutte contre l'« *exclusion* » des autres.

5.5.1.1.3 La « marge de manœuvre » impartie à chaque acteur

Une large part des discriminations que l'on a présentées relève en effet de l'écart entre le droit et les faits. Quand on a différencié discriminations directes (fondées sur une catégorisation de l'autre) et discriminations indirectes (résultant d'effets de système), on a considéré que la marge de manœuvre impartie aux acteurs est plus large dans le premier (c'est là que se loge la discrimination) que dans le second cas de figure (la discrimination en est indépendante), même si on a remarqué que les acteurs peuvent aussi user de leur marge de manœuvre pour renforcer les conséquences discriminatoires d'effets de système (« greffe » d'une catégorisation sur un effet de système).

Si on s'interroge maintenant sur la façon dont les acteurs justifient le fait de profiter ou non de cette marge de manœuvre, on peut distinguer, très schématiquement et sommairement, deux groupes de professionnels.

Les premiers sont les agents de service public qui se défendent explicitement de profiter de leur marge de manœuvre. Ils assurent respecter l'égalité de traitement de tous les usagers, quelles que soient les opinions personnelles qu'ils peuvent formuler à l'égard de certains d'entre eux, notamment les représentations délégitimantes que l'on a décrites, affichant donc la volonté de stopper l'enchaînement catégorisation – discrimination, même si ces discours peuvent ensuite être contredits dans les faits qu'ils rapportent eux-mêmes ou dont témoignent d'autres acteurs.

> Les salariés de la fonction publique (ou assimilée comme telle) que nous avons interrogés insistent généralement sur le respect de la législation qui prévaut sur toute considération personnelle, en particulier sur leur appréhension du coût social des étrangers depuis la réforme CMU : « *On s'est dit « ça y est c'est la porte ouverte », bon mais c'est tout, on applique les textes.* » (un agent DDASS) ; « *Nous n'avons pas, nous, service public, à prendre parti pour ou contre*. » (un agent CPAM)

Les seconds exercent dans le secteur associatif. L'ambition qu'ils affichent est de faire respecter les droits légalement prévus et d'insérer dans le droit commun ceux qui en ont été exclus. C'est chez certains d'entre eux qu'on a pu observer la volonté la plus explicite de mettre à profit cette marge de manœuvre, comme si le sentiment d'être précisément à la marge du système de soins, d'offrir un « plus », autorisait les prises de liberté les plus flagrantes avec les textes. Cette marge de manoeuvre peut ainsi y être utilisée dans un sens favorable aux étrangers (par exemple on aide les étrangers malades à cacher leur venue en

France pour soins, afin qu'ils puissent prétendre à une couverture maladie) ou défavorable (en « triant » selon leurs origines ceux des étrangers qu'on aide à accéder à leurs droits et ceux qu'on n'aide pas). Dans tous ces cas, l'utilisation de cette marge de manœuvre est rationalisée, justifiée au nom de principes politiques (l'accès aux soins pour tous) et/ou de l'expérience de terrain (le constat de la tendance à la fraude de tels ou tels étrangers, qui justifie qu'on ne les aide pas). On voit ainsi comment l'illégitimité associée à la figure de l'étranger croise la légitimité revendiquée de l'accès aux soins (les professionnels répètent « on ne laisse jamais mourir personne » et les politiques publiques insistent sur la généralisation de l'accès aux soins) pour situer ce point d'équilibre que l'on a déjà évoqué à plusieurs reprises, auquel les professionnels se réfèrent pour justifier de la mise à profit de leur marge de manœuvre dans un sens ou dans un autre.

Enfin, on peut citer le cas particulier des MISP chargés de donner un avis sur les demandes de régularisation pour soins. C'est en effet la maladie qui légitime ces demandes et elle est attestée par des médecins. Même si la décision est administrative en dernière instance (c'est le préfet qui décide), l'avis médical fait partie intégrante de la procédure, et la plupart des médecins interrogés expriment reconnaître la valeur politique de la certification médicale qui leur est demandée. Certains médecins se saisissent alors de cette marge de manœuvre qui leur est impartie pour exprimer leur « sensibilité politique ». En témoignent par exemple les écarts dans les taux d'avis positifs rendus par les différents MISP.

> Ici, une MISP déclare un taux de 98%, elle dit accepter les demandes « *par militantisme*». Ailleurs, la prise de poste de cette MISP (32) a été remarquée par les associations de soutien des étrangers, qui ont constaté la diminution concomitante du taux d'avis positifs dans le département concerné (où il est désormais de 60%).

Mais la plupart des MISP interrogés n'apprécient pas cette dimension politique de leur fonction, qui leur donne l'impression d'être utilisés par les autorités de l'Intérieur pour leur caution médicale afin de restreindre le droit au séjour. D'une part ils seraient dépourvus des qualifications requises pour assurer leur tâche : plus habitués à gérer des données de population qu'à évaluer une situation clinique particulière et incapables de prévoir précisément l'accès aux soins du requérant s'il retourne dans son pays d'origine[280]. D'autre part ils dépendraient de la préfecture en amont (elle décide ou non de leur adresser les

[280] Cf. l'enquête menée par La Ruche et al. (2005) auprès des MISP en charge de ces dossiers et qui révèle d'importantes disparités dans les avis rendus pour deux mêmes cas fictifs, disparités mises sur le compte de l'imprécision de ces deux questions.

demandes déposées par les étrangers) et en aval de leur intervention (elle suit ou non leurs avis, sans qu'aucun des MISP interrogés n'en soit informé)[281].

5.5.1.2 La suspicion

Autre indicateur de la perméabilité des représentations relatives à l'accès aux soins par les politiques d'immigration, après l'ambivalence, c'est la suspicion exercée à l'égard de tout étranger.

La réglementation sur l'immigration, toujours plus restrictive, « produit de l'irrégularité » (Ferré, 1997), par exemple en ne permettant pas le renouvellement du titre de séjour d'étrangers jusqu'à présent en situation régulière ou en motivant le rejet d'une demande d'asile ou de regroupement familial d'étrangers qui *a priori* ont l'intention de rester sur le territoire. La situation des réguliers s'en trouve fragilisée puisque chacun d'entre eux devient un irrégulier en puissance ou suspect d'avoir fraudé pour obtenir son titre (via les mariages blancs, les paternités de complaisance, le mauvais état de santé simulé, etc.). Les discours sécuritaires se développent et les diverses « figures » de l'étranger sont régulièrement inclues, de façon implicite, dans les problématiques de la criminalisation et du terrorisme. Poiret (2003) qualifie de « criminalisation de l'immigration » l'attribution d'une criminogénéité intrinsèque aux membres d'un groupe ethnique ou racisé, liant immigration et insécurité, origine et cause de la délinquance.

---

[281] Ainsi, certains MISP s'opposeraient à être « *un alibi pour le ministère de l'Intérieur pour mettre dehors les étrangers*. » déclare une MISP qui déplore que sur l'avis de la décision finale de la préfecture, soit « *mentionné « suite à l'avis du MISP, nous refusons ... » et ça, moi, je m'y oppose totalement car nous sommes complètement pris en otage (...) Dans ce cadre-là, nous sommes service de la préfecture (...)* » Dans le même ordre d'idée, elle raconte les « *réticences d'ordre éthique* » des médecins hospitaliers à venir travailler en centre de rétention administrative, au motif que « *le gouvernement se donne bonne conscience pour ensuite mettre les gens à la porte* ». Il arriverait que la préfecture refuse d'accorder un droit au travail pourtant accordé par le MISP en déclarant à l'étranger que la DDASS est à l'origine du refus et qu'elle impute à la DDASS son propre retard d'instruction des dossiers. Un MISP raconte que dans son département où le taux de demande de titre de séjour pour soins a augmenté de 60% en un an, une secrétaire à plein temps travaille sur ces dossiers ; l'année suivante, son téléphone lui a été supprimé, ce que le MISP interprète comme une façon de réduire le taux d'acceptation des dossiers (elle répondait « trop » aux questions des gens, acceptait de les recevoir à son bureau, etc.). Le médecin d'une association décrit la pression subie par les MISP, le préfet leur demandant de réduire le taux d'avis positifs.
Face à ce sentiment d'être utilisés par la préfecture, certains MISP protesteraient. Une MISP aurait menacé de ne plus traiter ces dossiers, un autre demanderait aux associations (2, 13) de l'avertir quand l'un de ses avis n'a pas été suivi par la préfecture, un autre encore a décidé de traiter les dossiers qui lui sont adressés directement par un médecin clincien, sans être passés par la préfecture.

Là aussi, le parallèle est vrai en matière de protection sociale. Certaines circulaires ministérielles relatives au droit des étrangers sont restrictives par rapport au droit commun (on a vu l'exemple des prestations non contributives, accordées avant 1998 aux étrangers uniquement s'ils engageaient un recours), induisant une présomption de non droit à leur égard. Surtout, l'exclusion progressive des étrangers en situation irrégulière de différents pans de la protection sociale implique que les professionnels chargés d'appliquer ces lois vérifient que toute personne étrangère ou supposée telle n'appartient pas à cette catégorie exclue. Ainsi, la première difficulté que peuvent rencontrer des étrangers en situation régulière pour accéder à leurs droits (une couverture maladie ou des allocations familiales par exemple) tient dans la complexité que peut représenter l'évaluation de leur séjour.

Des bénévoles racontent ainsi avoir vu, dès la mise en application des lois Pasqua en 1993 (instaurant pour la première fois la nécessité pour les CPAM de distinguer, au sein de leurs usagers, les Français des étrangers, et parmi ces derniers les réguliers des irréguliers), les étrangers arriver massivement dans les consultations associatives pour s'y faire ouvrir des droits, même quand ils étaient en situation régulière, pour simplement éviter un interrogatoire stigmatisant dans les CPAM. Une note de la CPAM des Bouches du Rhône avait à cette époque préconisé, de notifier, en cas de situation irrégulière, la suppression de ses droits à l'assuré et d'envoyer un double de cette décision à la préfecture. (Gisti, 2000)

On a dit plus haut que l'exclusion des étrangers en situation irrégulière de la CMU impliquait de vérifier que toute personne étrangère ou présumée telle devenait suspecte de faire partie de cette catégorie exclue. La ligne de partage, établie par la loi CMU au sein des étrangers résidant en France selon leur situation au regard du droit au séjour peut être reprise et creusée par les professionnels chargés de mettre en œuvre cet accès aux soins[282]. Peuvent alors se développer non seulement une stigmatisation des bénéficiaires de l'AME en tant qu'assistés et « sans papiers » mais aussi un doute à l'égard de toute personne étrangère puisqu'elle devient suspecte de faire partie de ce public relevant de l'AME. Or les sans papiers bénéficiaires de l'AME représentent le « cas extrême » (car ils sont à la fois pauvres, étrangers et irréguliers)

[282] Avant l'AMER, on ne pouvait pas repérer, ou moins facilement, les sans papiers par leur protection sociale, puisque parmi les six millions de personnes bénéficiant de l'aide médicale, certaines étaient étrangères, en situation régulière ou non, et les autres étaient françaises. Le repérage pouvait cependant être fait, mais par des nuances plus subtiles dans le type de régime d'aide médicale dont les personnes relevaient.
Même si le « panier de soins » (c'est-à-dire le niveau de prestations remboursées) de la CMU complémentaire est plus confortable que celui de l'AME, il s'agit dans les deux cas d'une couverture complémentaire gratuite : concrètement, il y a peu de différences. Mais l'insistance à départager ceux qui bénéficient de l'une de ceux qui bénéficient de l'autre suggère l'importance symbolique qu'il y a à « nommer », à distinguer les assistés (et hors la loi au regard du séjour) des assurés.

d'une figure que l'on peut élargir à « l'origine étrangère réelle ou supposée ». Le climat de suspicion se généralisant, les restrictions réglementaires donnent en effet une légitimité sociale à des discriminations illégales, par contamination des catégories, tandis que la lutte contre l'immigration clandestine en vient à marquer le statut de l'ensemble des étrangers[283].

Ce défaut de légitimité attribué à tout étranger vient également s'immiscer dans les dispositifs censés constituer un « dernier filet » de l'accès aux soins. On a dit en effet que dans le sillon de l'exclusion croissante des sans papiers s'est peu à peu codifiée une voie de réintégration dans le droit commun, ou au moins de satisfaction des droits fondamentaux, au nom de motifs humanitaires, et dont en quelque sorte la fonction est d'atténuer la radicalité de cette exclusion ; on a présenté la loi de 1998 sur les régularisations pour soins pour illustrer ce point. Or on a vu que la plupart des difficultés d'application de cette dernière découlent là aussi de la présomption de fraudes associée à tout candidat : le défaut de légitimité attribué à tout étranger par référence aux politiques de l'immigration en vient à contrecarrer les mesures prises légalement pour précisément adoucir la rigueur de ces politiques.

Ainsi, après en avoir été menacé pendant plusieurs mois, le séjour de plein droit pour raisons médicales n'a finalement pas été supprimé par le projet de loi sur l'immigration, débattu à l'Assemblée nationale le 5 mai 2006. Mais le gouvernement a annoncé à cette occasion un « plan d'action ambitieux » visant à lutter contre les « fraudeurs ». Ainsi, l'étranger pourra désormais être convoqué pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale[284] chargée de rendre un avis sur son état de santé. Cette commission, saisie par le MISP (ou à Paris le médecin chef de la préfecture de police), se basera sur le dossier médical et un entretien avec l'étranger afin en particulier de « renforcer l'expertise des situations médicales des demandeurs et d'être plus exigeants à l'égard des médecins agréés ». Elle était également initialement censée « prévenir les détournements » et contrôler, voire sanctionner les MISP considérés comme donnant trop d'avis favorables. (La Ruche et al., 2005)

En outre, il est prévu qu'un « recensement exhaustif des capacités de soins des pays d'origine » soit établi d'ici septembre 2006. Cette dernière mesure inquiète les associations qui remarquent que la présence d'un soin sur le territoire n'est pas synonyme de son

[283] Ce phénomène de contamination de l'illégitimité engendrée par des distinctions légales n'est pas propre au domaine de la santé. On peut par exemple citer l'interdiction légale faite aux étrangers extracommunautaires d'accéder à près d'un tiers des emplois disponibles sur le marché. Cette interdiction les illégitime et sert de caution à des discriminations cette fois illégales à leur encontre. (Math et al., 1999)

[284] prévue par la loi « Sarkozy » sur l'immigration du 26 novembre 2003 et qui fait l'objet d'un décret d'application daté du 27 février 2006.

accessibilité à tous. Cette demande d'une « grille » de réponses traduirait finalement surtout, semble-t-il, la volonté de « baliser » le champ des demandes non recevables.
Cet affichage politique risque enfin de conforter les pratiques restrictives basées sur la suspicion de fraude, que l'on a décrites plus haut.

Enfin, la suppression légale de certains droits aux étrangers en situation irrégulière délégitime l'ensemble de la population étrangère mais aussi la population française d'origine étrangère. La plupart des acteurs associatifs témoignent ainsi de ce que les discriminations dont souffrent le plus les Français d'origine étrangère n'ayant pas de difficulté de titre de séjour ni de langue est la suspicion « spontanée » exercée à leur encontre par les agents administratifs (en caisses de la Sécurité sociale ou à l'accueil des hôpitaux) vis-à-vis de la régularité de leur présence en France : demande du titre de séjour puis de la carte d'identité (en plus de la carte vitale, pour s'assurer que la personne est bien la détentrice de la carte vitale).

> Les étrangers en situation régulière et les Français d'origine étrangère ou des DOM expliquent : « *je ne veux pas imposer à ma femme et à mes enfants l'interrogatoire sur mon titre de séjour, c'est dégradant, je préfère encore aller dans une ONG* ». (une salariée dans une association)
>
> « *Je pense que ceux qui en souffrent le plus, ce sont ceux qui sont de seconde génération, qui sont Français, mais qui ont un faciès et un nom qui fait que…* ». (une militante associative)

La suspicion des professionnels ne s'applique donc pas qu'aux sans papiers, elle peut s'exercer envers toute personne étrangère ou simplement « d'allure étrangère », débordant les catégories juridiques de classement (étrangers/nationaux, étrangers originaires des Etats tiers/ étrangers originaires de l'Union européenne) pour se fonder sur des critères tels que la couleur de peau ou le nom de famille.

5.5.1.3 L'anticipation

Les représentations et les pratiques des professionnels de l'accès aux soins peuvent ainsi être influencées par les politiques d'immigration. Mais cette influence semble réciproque. On peut en effet suggérer l'influence des représentations et des pratiques de terrain sur la réglementation relative à l'accès aux soins.

La réforme de l'AME, en 2003, en offre un bon exemple. Elle semble « prendre acte » des craintes exprimées par les professionnels interrogés en 2001.

Le gouvernement la justifie en effet en mettant en avant le poids des étrangers sur le budget de la protection sociale, les avantages de la législation relative à l'accès aux soins des étrangers versus celle des Français[285] et finalement l'appel d'air qu'induit une législation trop généreuse.

Cette réforme instaure donc :

- un « ticket modérateur » à la charge des bénéficiaires de l'AME (en écho aux regrets exprimés sur « la couverture complémentaire gratuite » des sans papiers)[286]
- une condition d'ancienneté de résidence de trois mois pour l'accès à l'AME, prouvée par des justificatifs autres qu'une simple déclaration sur l'honneur (en écho aux regrets sur l'absence de durée minimale requise pour obtenir l'AME qui en ferait une législation plus favorable que celle applicable « aux Français », et sur les doutes quant à la validité des déclarations sur l'honneur[287].)

[285] Pour justifier cette réforme, les deux types de propos ont été énoncés par des hommes politiques :
- mise en cause de la solidarité national bénéficiant aux étrangers : « Ces gens-là ne participent en aucune manière à l'effort collectif, en ne versant aucune cotisation. » (Hervé Mariton) ; « On ne peut pas accueillir toutes les maladies du monde. » (Charles de Courson).
- contestation des avantages « supérieurs » des étrangers : « les étrangers en situation irrégulière ne peuvent pas avoir de droits gratuits illimités plus favorables que ceux qui sont offerts à l'ensemble de la population ». (François Fillon, ministre de la solidarité, en octobre 2003) ; « Aujourd'hui, un étranger en situation irrégulière a plus de droits aux soins gratuits qu'un smicard qui paie ses cotisations, ce n'est pas acceptable ! » (Nicolas Sarkozy, ministre de l'Intérieur, en juin 2005, juste avant la publication des décrets d'application de la loi)

[286] Les affirmations erronées tenues sur le terrain en 2001 à propos de la couverture gratuite dont bénéficieraient seuls les étrangers l'ont été par des parlementaires pour justifier de l'adoption d'un amendement prévoyant la mise en place d'un ticket modérateur à la charge des bénéficiaires de l'AME : la mise en place de ce ticket modérateur était censée mettre les bénéficiaires de l'AME dans la même situation que les autres assurés sociaux. Rappelons que les assurés sociaux qui ont les mêmes revenus que les bénéficiaires de l'AME sont pourtant, grâce à la CMU complémentaire (qui est « gratuite »), exonérés de ce ticket modérateur.

[287] Rappelons que l'absence d'ancienneté de résidence de trois mois n'était pas un privilège réservé aux étrangers puisque les Français pouvaient également en être dispensés s'ils prétendaient … à l'AME, précisément.
Le ministre de la solidarité (François Fillon) déclarait en octobre 2003 qu'il fallait « un meilleur contrôle de l'ouverture des droits (…) éviter ce qui se passe aujourd'hui, c'est à dire la fraude généralisée à l'identité, puisqu'on peut bénéficier de l'AME en présentant simplement une photocopie d'un document sans photographie d'identité. »
Ces arguments sur la fraude des étrangers ne sont certes pas spécifiques à la France. En Grande-Bretagne par exemple, depuis les années 60, la restriction des droits à une protection sociale des demandeurs d'asile est censée dissuader les faux demandeurs d'asile qui abusent d'un système social généreux. Selon le gouvernement, la Grande-Bretagne serait en effet une destination très attractive pour les faux demandeurs d'asile et autres immigrés illégaux car il serait plus facile, là que nulle part ailleurs, d'obtenir du travail et des bénéfices sociaux ; le nombre croissant de déboutés prouverait d'ailleurs qu'ils sont en réalité des immigrés économiques. (Bloch, 2000)

Les représentations et les pratiques recueillies sur le terrain auprès des professionnels ne témoignent donc pas simplement de leur imprégnation par le contexte politique, elles sont également susceptibles d'être reprises dans les discours politiques pour contribuer à justifier des réformes législatives à venir, puisque des représentations erronées de la législation en 2001 deviendront conformes à cette dernière, réformée deux ans plus tard : « la loi ne fait qu'enregistrer l'esprit du temps », constataient déjà à ce propos Fassin et al. en 1997[288].

Outre les représentations, les pratiques de terrain semblent elles aussi dotées de ce pouvoir « prédictif ». Discriminatoires et illégales un jour, elles peuvent être entérinées par la loi le lendemain. Par exemple, la condition de régularité du séjour pour l'affiliation à la Sécurité sociale était exigée avant le vote de la loi de 1993 par certains agents de CPAM, par des caisses tout entières, voire par la CNAM[289]. L'ancienneté de résidence de trois mois pour l'obtention de l'AME pouvait être requise par des agents dès 2001 et était demandée par circulaire interne au niveau de certaines caisses début 2003, alors que les décrets d'application du texte voté en décembre 2002 (qui prévoyait cette nouvelle condition) n'étaient pas sortis et avant le vote de la réforme de fin 2003 ; une circulaire interne de la CNAM rédigée en avril 2004 anticipait sur les décrets non encore parus de la réforme de 2003 en s'opposant à la recevabilité des déclarations sur l'honneur[290].

Les distinctions faites par les lois successives, qui vont toutes dans le même sens, celui d'une restriction progressive du droit des étrangers en situation irrégulière, peuvent ainsi être anticipées ou suscitées par les acteurs de terrain. Les acteurs de terrain peuvent alors enfreindre la loi relative à l'accès aux soins, en l'appliquant de façon restrictive, tout en restant dans « l'esprit » de la loi … ou de son évolution probable et, plus largement, en se conformant aux valeurs diffusées par le contexte social qui a permis le vote de ces lois (avec

[288] On peut aussi faire cette remarque « en sens inverse », c'est-à-dire quand l'opinion publique, favorable à l'immigration, favorise une évolution législative en ce sens. En 1997, la loi Debré, certes accroît les pouvoirs des autorités de police mais elle assouplit les conditions d'obtention de la carte de séjour temporaire pour lien familiaux, suite à la médiatisation de l'occupation de l'église Saint Bernard par une centaine de sans papiers inexpulsables en raison de leurs attaches familiales.

[289] En décembre 1989, une note interne de la CNAM (INFO/CNAM, n°284) stipulait qu'un titre de séjour était nécessaire pour prouver la résidence. (Burée-Cassou, 1993 ; Debroise, 1992)

[290] Et alors qu'en février 2004, le conseil d'administration de la CNAM avait désapprouvé certains des décrets prévus par la réforme qui restreignaient l'accès à l'AME, cette circulaire d'avril va plus loin que la loi en s'opposant à la recevabilité des attestations de personnes hébergeant le demandeur, au motif que l'aide au séjour irrégulier est délictueuse selon la loi sur l'entrée et le séjour en France (or le public de l'AME est justement constitué de sans papiers).

notamment la prééminence croissante de l'enjeu de protection de l'intérêt général sur celui du respect des droits fondamentaux). Elles ne font alors finalement qu'accentuer un mouvement engagé depuis plus d'une décennie par les réformes successives, avec l'intrusion de plus en plus marquée du critère de la régularité au regard du droit au séjour au sein du droit à la protection sociale.
Or l'anticipation d'une loi qui sera plus restrictive que l'actuelle correspond de fait à la restriction de l'application des droits présentement prévus[291].

La loi peut ainsi augurer de la forme que prendra son application discriminatoire (par restriction des droits ou par traitement hors du droit commun) et inversement, une pratique discriminatoire illégale un jour peut devenir légale ultérieurement, comme si la pratique discriminatoire « préparait le terrain » de l'évolution législative. Cette pratique est-elle alors encore discriminatoire ? La loi elle-même l'est-elle devenue ? Là où le droit tranche (faisant de la discrimination une illégalité), l'analyse sociologique s'appuie sur la notion de « consensus social » pour qualifier d'illégitime un traitement différentiel (la discrimination est une injustice, qu'elle soit ou non légale, il s'agit de normes morales). Or le seuil d'illégitimité, tel qu'appréhendé du point de vue du consensus social, est flexible et mouvant, il n'y a pas de repère absolu (contrairement au repère de l'illégalité, fixé par la loi), d'où l'intérêt de prendre en compte le contexte macro social dans lequel s'inscrit l'interaction particulière. Les débats qu'a soulevés le vote de chacune des trois réformes marquant l'exclusion progressive des étrangers en situation irrégulière de la protection sociale depuis 1993 illustrent ce décalage entre les deux types d'appréciation (celle portée par le juge, celle opérée par le consensus social).

Spire (2005), étudiant la délivrance des titres de séjour, de travail et des naturalisations, constate lui aussi combien les agents de l'Etat opèrent des distinctions selon des critères qui

[291] Une récente instruction de la CNAM, allant dans le sens d'une nouvelle restriction des droits des étrangers (ceux régularisés pour soins), doit-elle être ainsi interprétée comme une « prédiction » d'une réforme à venir de ces droits (menacés ces derniers mois par le Ministère de l'Intérieur) ?
Dans une lettre-réseau datée du 27 février 2006, la CNAM donne pour consigne aux directeurs des CPAM d'écarter de la complémentaire CMU les étrangers malades détenteurs d'une APS « dans la mesure où [ils] ne sont pas considérés comme remplissant la condition de stabilité de résidence ». Celle-ci, telle que précisée par le Code de la sécurité sociale (article R.380-1-I), n'est pourtant qu'une résidence en France depuis plus de trois mois (hormis cas d'exception plus favorable), indépendamment de la nature du titre de séjour et une décision du Conseil d'Etat en 1981 ne stipulait aucune condition d'ancienneté. L'ODSE (2006) estime en mars 2006 que 6000 étrangers gravement malades sont directement concernés par cette consigne. Face à la protestation de l'Observatoire, la CNAM a suspendu l'application de cette instruction, en attendant les conclusions de son analyse juridique.

ne sont pas inscrits dans la loi. En témoignent les évolutions successives qui ont marqué entre 1945 et 1980 les pratiques de ces agents alors que la loi qu'ils étaient chargés d'appliquer, l'ordonnance du 2 novembre 1945, n'a pas été modifiée pendant cette même période. Or ces interprétations variables de la loi par le « sens commun bureaucratique » ne sont pas indépendantes de la conjoncture politique. Ainsi, tout comme on a pu l'observer dans l'accès aux soins, Spire constate que les agents appliquent les circulaires en anticipant ce que l'autorité hiérarchique n'a pas pu ou pas voulu dire explicitement. Par exemple, les délais rallongés pour l'instruction des dossiers peuvent traduire une suspicion de fraude à l'égard de certains étrangers, ceux issus des anciennes colonies, qui ne pouvait pas être formalisée dans une circulaire. Plus tard, à partir de 1980, quand cette gestion des étrangers s'est politisée et que l'ordonnance de 1945 a entamé sa série de modifications, s'est avérée la proximité entre pouvoir législatif (qui produit le droit) et pouvoir administratif (qui est censé l'appliquer), le droit venant à l'occasion légitimer l'état de fait et vice-versa, tout comme on a pu l'observer à propos de l'accès aux soins.

5.5.2 La différenciation

On a dit que la conception républicaine française ne reconnaît pas de différences culturelles dans l'espace public, qu'elle considère les citoyens et non les communautés et pose l'égalité des droits et des devoirs individuels. Il arrive cependant que les pouvoirs publics reconnaissent officiellement des différences culturelles, mais c'est alors pour les placer en dehors du droit commun, dans le cadre de l'immigration, faisant des minorités des immigrés plutôt que des « citoyens ethniques ». (Feldblum, 1993) C'est le cas par exemple de l'enseignement des langues et cultures d'origine, dont les enseignants (embauchés par les pays d'origine) ne sont pas intégrés à l'équipe pédagogique de l'école républicaine française.
Notre analyse de terrain a mis en évidence la façon dont, de la même façon, les catégories de l'origine peuvent être mobilisées au quotidien par les professionnels, pouvant alors justifier d'un traitement différentiel en dehors du droit commun. Ces catégories de l'origine peuvent en particulier être élaborées par des agents censés les ignorer, comme les agents du service public, qui utilisent, grâce à leur liberté d'appréciation du demandeur, outre les catégories institutionnelles de référence (qui renvoient à la situation sociale, familiale ou économique, conformément à l'idéal républicain, laïque et égalitariste), leurs catégories propres, qui sont

pertinentes au regard de leur expérience privée : catégories ethniques, origine géographique ou nationale, appartenance culturelle, religion, mode de vie, couleur de peau, etc.

> L'idée selon laquelle le service public s'interdit toute distinction entre ses différents usagers puisqu'ils ont tous les mêmes besoins vient ainsi côtoyer celle de l'incompatibilité des cultures, dans le discours d'un assistant social de centre médico-social (CMS). Celui-ci explique en effet que Français et étrangers sont reçus au sein du CMS par un personnel indifférencié puisque les seconds ne présentent pas de problème spécifique (les enfants français connaissent eux aussi des difficultés d'alphabétisation, etc.) … puis il aborde spontanément le besoin de consultations psychiatriques spécialisées pour les « patients africains », lesquels ne « peuvent pas » être pris en charge par les structures de droit commun en raison de leur spécificités culturelles.

Ainsi, au sein des institutions officielles, les agents construisent des catégorisations de classement qui servent à orienter et à justifier leurs pratiques et qui peuvent reprendre les préjugés, interprétations et généralisations abusives qui ont cours sur les groupes victimes de traitements inégalitaires. (Maguer, 1999 ; de Rudder et al., 2000)

L'analyse des dispositifs censés prendre en compte la différence, tels que les « guichets AME » ou les consultations d'ethnopsychiatrie, illustre par ailleurs la « bipolarité » des discriminations selon l'origine (négatives/positives) que nous avions suggérée en introduction, lorsqu'un dispositif de discrimination positive revient à priver *de facto* son bénéficiaire du droit commun, ce « dérapage » entre l'objectif initial et son résultat final étant favorisé par la réduction d'un individu aux caractéristiques (culturelles/administratives, etc.) qu'on attribue à son groupe social, en lui déniant son universalité d'être humain.

C'est également ce qui s'observe dans d'autres domaines, tel que le logement (dégradation des foyers réservés aux travailleurs immigrés) ou l'enseignement, lorsque l'enseignement des langues et cultures d'origine perturbe finalement le travail des élèves concernés (originaires du pays en question, en leur imposant des heures de scolarité supplémentaires), ou lorsque les classes d'initiation et d'adaptation, conçues au début des années 70 comme des structures temporaires (pour un an) destinées à favoriser une insertion rapide des enfants étrangers non francophones, deviennent des classes de relégation et non d'insertion, puisque les enfants y restent plus longtemps que prévu et qu'elles accueillent tous les enfants en échec scolaire. (Joint-Lambert et al., 1997)

5.5.3 Synthèse

La caractérisation de l'autre que l'on a qualifiée de délégitimante peut être interprétée au regard des politiques d'immigration menées en France. Celles-ci, depuis les années 70, insistent sur la fermeture des frontières et la répression des étrangers en situation irrégulière. La délégitimation de ces derniers, ainsi initiée par les politiques d'immigration, se prolonge dans les politiques d'accès aux soins par une restriction de leur accès à la protection sociale, au nom des mêmes objectifs de fermeture des frontières.

Le juge évalue la légitimité de ces réformes à l'aune du point d'équilibre entre protection de l'intérêt général et respect des droits fondamentaux. Mais là où le juge tranche en décidant que les réformes sont légitimes, le consensus social n'est pas acquis : ces réformes font débat, la mobilisation de critères relatifs au droit au séjour pour traiter différentiellement dans l'accès aux soins ne semble pas légitime à tous les acteurs sociaux. Les professionnels se réfèrent alors tantôt à l'intérêt général (la fermeture des frontières), tantôt au respect des droits fondamentaux (l'accès aux soins de tous). C'est ce qu'on a qualifié d'ambivalence.

La loi, en isolant les étrangers en situation irrégulière au sein d'une couverture maladie particulière, justifie la suspicion des professionnels amenés à vérifier que toute personne porteuse d'extranéité ne relève pas de la catégorie exclue du droit commun. Cette suspicion généralisée fait le lit de discriminations illégales qui ne font cependant que reprendre l'esprit de la loi.

Enfin, vice versa, un certain nombre de ces pratiques discriminatoires finissent par devenir légales un jour, quand la loi les entérine. La suspicion induite par la loi et l'anticipation par les pratiques des réformes législatives à venir dessinent ainsi des aller-retour entre pratiques de terrain et lois, les discours politiques relayant les unes et les autres. On retrouve finalement les trois côtés du triangle défini en introduction, à savoir la loi, les discours politiques et les pratiques professionnelles, qui délimitent l'espace au sein duquel évolue ce point d'équilibre entre protection de l'intérêt général et respect des droits fondamentaux.

Par ailleurs, la difficulté, dans la conception républicaine française, à reconnaître des différences d'origine, tant dans la recherche que dans les programmes d'action publique, avec une oscillation entre l'occultation de la différence et son interprétation surdéterminante, se retrouve dans les représentations et les pratiques des professionnels. Ces deniers peuvent en

effet exprimer une perception de la différence qui justifie la mise en avant d'un traitement « adapté » mais au détriment du droit commun.

5.6 Conclusion

On a identifié trois types de discriminations à raison de l'origine dans l'accès aux soins, selon qu'elles sont fondées sur des représentations délégitimantes ou différencialistes de la victime ou sécrétées par des logiques structurelles, en remarquant que ces trois types peuvent éventuellement être associés les uns aux autres.
En se référant au contexte politique relatif au traitement de l'étranger en France, on a pu qualifier les représentations délégitimantes au regard de trois tendances : l'ambivalence des professionnels chargés de faire accéder aux soins tout résident, dans un contexte politique qui insiste sur la répression des irréguliers ; la suspicion à l'égard de toute personne porteuse d'extranéité ; l'anticipation de lois toujours plus restrictives qui correspond de fait à une restriction des droits actuellement prévus. La représentation différencialiste peut, elle, être mise en rapport avec la conception républicaine de la différence selon laquelle celle-ci ne peut être appréhendée qu'en dehors du droit commun.

Tout au long de ces chapitres ont été donnés des exemples concrets de traitements discriminatoires dans l'accès aux soins, que l'on peut rassembler en deux groupes principaux. Certains se présentent comme des obstacles à l'accès aux soins au sens littéral du terme : sont concernés non pas les soins eux-mêmes concernés, mais bien le « chemin » pour y accéder. Les autres consistent à restreindre l'éventail des soins proposés : la restriction porte non plus sur le « chemin », mais sur la palette de soins offerts. On peut schématiquement qualifier les premiers de restriction quantitative et les seconds de restriction qualitative.

On peut présenter ainsi les exemples décrits selon cette grille classificatoire.

Les restrictions à l'accès aux soins (différences « quantitatives ») :

- délivrance restreinte des soins : réticences des médecins à accepter en consultation des patients :
    - bénéficiaires de l'aide médicale ou ne bénéficiant d'aucune prise en charge, par crainte de ne pas se faire payer (logiques structurelles)

- bénéficiaires du tiers payant, car suspects d'en abuser (représentations délégitimantes)
- perçus comme non « conformes » aux principes de la médecine, comme la femme portant le voile (représentations différentialistes[292])

- freins placés lors de l'accès à une couverture maladie :
  - connaissance insuffisante des réglementations par les professionnels (logiques structurelles)
  - textes de droits perçus comme trop généreux (représentations délégitimantes)
  - mise en place guichets « spécifiques » de la Sécurité sociale qui se révèlent inadaptés (représentations différentialistes)

- freins également placés en amont de la délivrance des soins, mais lors de l'accès à un titre de séjour pour soins (puisque la régularisation du séjour permet l'obtention de la CMU et empêche l'expulsion (et donc l'interruption thérapeutique))

Les restrictions dans l'éventail des soins proposés (différences « qualitatives ») : orientation sélective vers des offres de soins particulières, perçues comme :

- culturellement adaptées : la consultation d'ethnopsychiatrie (représentations différentialistes)
- situées aux « marges » du système : les associations (représentations délégitimantes et différentialistes)
- coûtant « moins cher à la société » : l'hôpital (représentations délégitimantes)

Certains comportements défavorables peuvent accompagner ces différences de traitement : sous-entendus, remarques désobligeantes, etc. qui là aussi relèvent d'un perçu délégimant (l'agent CPAM interpellant les demandeurs d'une AME par « y en a-t-il d'autres qui viennent se faire soigner aux frais de la France ? ») ou différentialiste (le travailleur social qui ironise sur « les différences » qui expliquent qu'un patient africain requiert une prise en charge

[292] On peut en rapprocher l'étiquetage de « syndrome méditerranéen » qui, au motif d'une symptomatologie disproportionnelle au regard de la lésion organique, justifie d'un moindre accès à l'arrêt maladie, selon une médecin conseil.

ethnopsychiatrique). Même si l'accès aux soins reste effectif, le vécu douloureux que peuvent en avoir les patients, surtout s'il est répété, risque bien de décourager ces derniers à s'y exposer à nouveau, retardant leur prochaine démarche d'accès aux soins.

6 Une illustration : la Guyane

Dans la partie précédente a été présentée une typologie des processus discriminatoires, élaborée à partir d'entretiens menés dans trois régions de France métropolitaine ; nous avons interprété ces processus au regard des politiques d'immigration et d'accès aux soins conduites au niveau national depuis une quinzaine d'années.

La partie qui s'ouvre ici propose d'appliquer au cas particulier ce qui a ainsi été classé de façon « générique ». Ce cas particulier, c'est celui de la Guyane, et plus précisément de deux villes guyanaises, Cayenne et Saint Laurent du Maroni. L'analyse va pouvoir s'appuyer sur un « contexte » plus étoffé que précédemment, mobilisant des données socio-économiques, géographiques, historiques, institutionnelles, etc., précisément situées, dont on s'attachera à repérer l'impact sur les qualifications et les traitements différentiels appliqués à « l'autre ». On fait en effet l'hypothèse que ces qualifications et ces traitements ne prennent sens qu'au sein de contextes sociaux précis ; quant aux logiques structurelles que l'on a dites à l'origine de discriminations systémiques, elles articulent une multitude d'enjeux localement situés qu'il convient de repérer.

Ce contexte est d'abord macro social. On va voir que les questions de revendication du privilège national, d'intégration des minorités et de solidarité nationale trouvent un écho particulier en Guyane, colonie du système de plantation esclavagiste, devenue département d'outre-mer il y a un demi-siècle. Mais le repérage des enjeux doit aussi être micro social. La focalisation du terrain sur deux villes permettra une prise en compte plus fine des situations concrètes dans lesquelles s'inscrivent les inégalités d'accès aux soins qui nous intéressent. Les pratiques quotidiennes des professionnels sont en effet modelées par des combinaisons précises d'éléments géographiques, professionnels, économiques, institutionnels, démographiques, etc. au sein desquelles les données identitaires ne sont qu'unes parmi d'autres.

Enfin, sur ces contextes macro et micro sociaux guyanais s'appliquent des dispositions nationales en matière d'accès aux soins et d'immigration : de l'hôpital parisien au dispensaire guyanais, les corpus réglementaires restent les mêmes. C'est au regard de ces constantes que

pourront être repérés les écarts à la loi dans lesquels se logent les discriminations, mais également les écarts par rapport à la situation métropolitaine.

La Guyane est le point de convergence d'intenses flux migratoires en provenance de pays aux histoires contrastées. La population départementale elle-même est généralement présentée comme une juxtaposition de communautés aussi étrangères les unes aux autres que le sont les communautés migrantes à leur égard. Quant au système socio-sanitaire, les professionnels chargés de le mettre en œuvre considèrent le plus souvent que, conçu ailleurs et appliqué par des Métropolitains, eux-mêmes « étrangers à la Guyane », il est inadapté au milieu guyanais.
Au total, la perception d'une « altérité », que l'on a dite susceptible de justifier de discriminations selon l'origine, caractérise en Guyane non seulement les usagers mais aussi les professionnels et l'ensemble du système sanitaire. Après l'avoir présentée, nous verrons comment la typologie sus présentée s'applique au cas guyanais. On va donc successivement présenter les deux modes de caractérisation de l'usager « autre » qui justifient des discriminations selon l'origine, les logiques structurelles responsables de discriminations systémiques puis des discriminations produites par l'association de ces divers mécanismes les uns aux autres. Enfin, un dernier chapitre permettra de complexifier cette qualification de l'altérité au sein des processus discriminatoires, grâce à l'introduction d'autres critères, notamment professionnels.

6.1 La Guyane : « concentré d'altérité »

6.1.1 Une terre d'immigration

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

6.1.1.1 Les vagues migratoires

La Guyane pré-colombienne est habitée par environ 25 000 Amérindiens dispersés sur un territoire immense. C'est au début du 16ème siècle que des Européens accostent pour la première fois en Guyane. La colonie devient française en 1604. Un demi-siècle plus tard démarre la traite des esclaves en provenance d'Afrique. La transplantation esclavagiste sera la plus importante et la plus longue des vagues migratoires en Guyane post-colombienne.
Parallèlement aux arrivages d'esclaves se succèdent les tentatives d'implantation coloniale, et leurs échecs. La sinistre expédition de Kourou reste dans les mémoires : en 1763, sur 12 000 immigrants d'origine européenne envoyés en Guyane, 7000 périssent et 3000 sont rapatriés. La Guyane acquiert sa réputation d'enfer vert.
Pendant ce temps, la population amérindienne est décimée. Plus que l'esclavage (il n'y aurait pas eu en Guyane plus de quelques dizaines d'esclaves indiens, d'après Hurault), l'importation par les Européens de germes inconnus serait responsable de l'hécatombe. Le

« choc microbien » fait des ravages chez les Amérindiens dès les décennies qui suivent leur découverte. Ils sont moins de 2000 à la fin du 19ème. Les vagues épidémiques se succèdent jusque dans les années 1950, quand est mise en place une politique de vaccination. (Chapuis, 1996)

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

Le bagne (1852-1938) est une énième tentative de peuplement, un énième échec. Les bagnards, quand ils ont survécu à l'enfer tropical, ne restent pas sur place une fois libérés.

La première immigration « spontanée » en Guyane post colombienne[293], c'est à dire non décidée depuis la métropole, est la ruée vers l'or (1880-1930). Elle est surtout le fait de Créoles issus des Antilles voisines (Sainte-Luciens et Martiniquais).

En 1946, la Guyane devient un département d'outre-mer (DOM), comme trois autres anciennes colonies françaises (Martinique, Guadeloupe et Réunion). Les postes administratifs, médicaux, etc. fraîchement créés sont pourvus par des Français de métropole, dont le nombre va progressivement s'accroître. Surtout, un vaste mouvement migratoire issu d'Amérique du Sud et de la zone caraïbe, suscité par l'Etat français en quête de main d'œuvre pour alimenter les grands chantiers départementaux, démarre à la fin des années 60. Mais la maîtrise en échappe bientôt aux autorités. Les années 80 voient l'achèvement des grands chantiers et l'envolée du chômage, tandis que les flux de migrants fuyant les difficultés économiques et politiques de leurs pays semblent toujours plus vigoureux, malgré les premières tentatives des autorités pour les enrayer. En vingt ans, l'immigration est devenue le « problème majeur » du département et fait aujourd'hui l'objet d'une politique répressive.

Présentons un à un les différents groupes ethno-raciaux distingués en Guyane.

[293] Les esclaves, les bagnards, mais aussi les travailleurs « engagés » (souvent contre leur gré et dans des conditions proches de celles des esclaves) sont des migrant contraints, pour leur main d'œuvre. L'immigration des bagnards a en outre l'objectif de peupler la Guyane.

6.1.1.1.1 Les « primo-occupants »

Après quelques tentatives de réduction en esclavage, les tribus amérindiennes ont été rapidement faites « nations libres » : nations indépendantes sous protectorat. Ce statut a perduré du 17ème siècle jusqu'en 1969, date à laquelle ceux qui ne l'avaient pas encore se sont vus proposer la nationalité française. Les Amérindiens aujourd'hui sont environ 7000, répartis en six groupes : Kalina, Palikur, Wajana, Wajampi Arawak, Emerillon. (Chapuis, 1996)
Les Kalina militent depuis le début des années 80 pour la reconnaissance de leur autochtonie, à travers des revendications culturelles, foncières et politiques à l'échelle départementale et continentale. Les seuls à avoir refusé la nationalité française en 1969, les Wajana, hésitent aujourd'hui entre l'accepter ou continuer à cultiver leur identité, via notamment le projet d'un « pays indien » transfrontalier.

Les Noirs Marrons[294] sont les descendants des esclaves d'origine africaine enfuis, aux 17 et 18èmes siècles, des plantations de l'actuel Surinam[295]. Leurs maîtres sont des colons hollandais (le Surinam est à l'époque une colonie hollandaise) ou juifs portugais venus de l'actuel Brésil. Les esclaves marrons se réfugient dans le sanctuaire de l'épaisse forêt équatoriale, où ils constituent des communautés autonomes. Devant leur nombre croissant, l'encouragement au marronnage que représente l'accueil qu'ils réservent aux esclaves venus les rejoindre et l'impact économique et psychologique de leurs déprédations sur les plantations, le gouvernement du Surinam se voit contraint de signer, à partir de 1760, des traités de paix qui leur accordent un statut légal et des territoires en forêt. En échange, les Noirs Marrons s'engagent à ne plus accueillir d'autres esclaves en fuite et même à poursuivre les bandes de nouveaux fugitifs qui pourraient se former. Ils jouiront par la suite d'une large autonomie, au sein de leur aire géographique.
Ils partagent donc avec les Créoles (descendants des esclaves émancipés) une origine africaine sur fond d'esclavage. Leurs bases socio-économiques, religieuses et linguistiques

[294] « Marron » vient de l'espagnol « cimarron » qui, dans les colonies hispaniques, a qualifié l'animal domestique retourné à l'état sauvage avant de désigner l'esclave fugitif, indien puis africain. Le terme s'est ensuite répandu dans les colonies françaises et anglaises (*maroon*). C'est fortuitement que le terme « marron » se trouve être un homonyme de la couleur de peau comme de la région (la vallée du Maroni).
L'expression de « Bushi Nenge » (homme de la forêt) est de plus en plus utilisée, c'est le nom par lequel les intéressés se désignent eux-mêmes en ndjuka (cette expression étant elle-même issue de l'anglais *Bush Negroes* ou du hollandais *Bos Negers*).

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

sont la synthèse d'apports culturels amérindiens (les Amérindiens aidaient les esclaves en début de marronnage), africains, européens (portugais, anglais et néerlandais) et judaïques. Ils parlent différentes variantes du sranan ou nengue, dont l'une, le « taki taki », est parlée en Guyane avec les non Noirs Marrons[296].

Six groupes de Noirs Marrons (Saramaka et Ndjuka qui sont les plus nombreux, Matawai, Boni ou Aluku, Paramaka et Kwinti) sont ainsi constitués.
Les derniers formés seront aussi les premiers à s'installer sur la rive française de Maroni. Ce sont les Boni, ils sont chassés de Guyane hollandaise tant par les Hollandais que par les Ndjuka (qui ont signé des traités de paix avec les colons les engageant à leur livrer les nouveaux esclaves fugitifs). La scène se passe à la fin du 18ème siècle. Les Français leur assignent un territoire et leur reconnaissent en 1860 le statut de protégés français.
En 1969, le vaste territoire de l'Inini, qui occupe tout l'intérieur de la Guyane, c'est à dire ses 9/10, est redécoupé en communes. Les 3000 Boni et Amérindiens qui y vivent sont alors « francisés » : le système administratif (déclarations de naissance à l'état civil, etc.) pénètre progressivement l'intérieur des terres. Le passage d'une rive à l'autre du fleuve reste cependant libre.
Les Boni se trouvent ainsi être les plus anciens Français noirs marrons. Ils s'impliquent dans l'orpaillage qui connaît, depuis les années 90, un regain d'activité.

D'autres Noirs Marrons les ont suivis en Guyane française. Les Saramaca, pendant la ruée vers l'or, sont recrutés pour leur expérience de la navigation fluviale par les orpailleurs créoles.
L'arrivée des Ndjuka en Guyane est beaucoup plus récente. Si certains occupent depuis longtemps, sur le Haut Maroni, le village français de Grand Santi, et si les allers-retours de part et d'autre du fleuve ont toujours été, ils vivent majoritairement au Surinam. L'ensemble des Noirs Marrons y constituent 10% de la population nationale, ils restent peu intégrés au circuit économique. En 1986 éclate un conflit armé qui les oppose au pouvoir militaire créole surinamien. Le massacre de leur population civile fait fuir 6 000 d'entre eux (ainsi que 1500 Amérindiens) sur la rive française du fleuve Maroni, 200 ans après les Boni qu'ils avaient eux-mêmes chassés. Les autorités françaises en placent une partie dans des camps sur les

[296] Pour Vernon (1993), le taki taki n'est le parler de personne, c'est simplement un bricolage permettant aux Noirs Marrons de communiquer avec les Blancs de Guyane.

communes de Saint Laurent et de Mana et leur attribuent le statut de PPDS : populations provisoirement déplacées du Surinam. Les autres, qui ne sont recensés ni comme travailleurs étrangers ni comme réfugiés, vivent à Saint Laurent ou dans des villages le long du fleuve, dont les populations doublent alors de taille. Quand la guerre au Surinam s'achève en 1992, la plupart des Ndjuka décident de rester en Guyane, refusant l'indemnité de retour proposée par le gouvernement français et se retrouvant *ipso facto* en situation irrégulière. Ils s'enfoncent dans les forêts pour y défricher des abattis clandestins et se cacher des gendarmes. Ils comparent aujourd'hui ce second « marronnage » des années 90 aux « premiers Temps » (fuite de leurs ancêtres esclaves des plantations). Ils sont désormais installés à Saint Laurent, dans les villages autour, le long du fleuve ou des routes de l'Ouest guyanais. La vie se réorganise dans ce nouvel environnement, certains d'entre eux ont pu être régularisés. Mais de nombreux Ndjuka continuent de venir s'installer en France, chassés cette fois par les difficultés économiques que connaît le Surinam depuis le début des années 80 et que la guerre a aggravées.

Si Kourou est la « ville blanche » de Guyane (avec les Métropolitains du centre spatial), Saint Laurent, principale ville de l'Ouest guyanais située au bord du fleuve Maroni, est devenu, en l'espace de quelques années, une « ville noire »[297]. En 1997, un tiers de sa population est ndjuka. (Parris, 2002)

Des six groupes de Noirs Marrons, seuls les Boni et certains Ndjuka et Saramaka vivent donc aujourd'hui en Guyane. Ils sont soit français (surtout les Boni), soit étrangers (représentant la plus forte population étrangère en Guyane en 1999), en situation régulière ou non, arrivés depuis plus ou moins longtemps, pour un total estimé à 20-25 000. Mais contrairement aux Amérindiens, représentés notamment par la fédération amérindienne de Guyane, les Noirs Marrons, divisés par des conflits interclaniques, ne semblent pas en mesure de mobiliser une identité collective pour porter des revendications communes et négocier leur inclusion politique à la société guyanaise.

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

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

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

A partir de la départementalisation en 1946, les Créoles, qui vivent surtout sur le littoral, partie la plus occidentalisée du département, investissent le système politique guyanais. L'absence de descendants des colons blancs et la marginalisation des minorités dites « tribales » (Amérindiens et Noirs Marrons) leur laissent en effet le champ libre. Leurs positions seront encore renforcées avec la décentralisation, quand l'administration française délèguera aux élus locaux (en grande majorité créoles) les pouvoirs jusqu'alors détenus par ses représentants métropolitains.

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

Mais le phénomène n'est pas que migratoire, il est aussi identitaire. Jusqu'alors, en effet, le groupe créole avait absorbé les vagues migratoires : les enfants d'un immigré, nés sur place et élevés comme les jeunes Créoles, étaient créoles. Ainsi, les immigrants de la ruée vers l'or - antillais (Ste-Lucie, Martinique, Dominique et Guadeloupe) - s'étaient bien intégrés car ils investissaient les secteurs d'activité que les Guyanais, plus intéressés par les commerces, étaient heureux de leur laisser. Les immigrés actuels sont des Haïtiens fuyant la misère et la violence de leur pays et des Noirs Marrons réfugiés de la guerre du Surinam, des Brésiliens et des Guyaniens (du Guyana) venant pour « affaires ». Les Créoles leur font porter la responsabilité de la progression de la délinquance ambiante et du chômage, leur reprochent d'entrer en compétition avec eux et craignent les forces de certaines de leurs pratiques (vaudou haïtien, rituels des Noirs Marrons), en bref, ils les rejettent : la dynamique de créolisation, l'intégration des nouveaux-venus au sein du groupe créole, n'opère plus, par repli des Créoles sur la conception de leur groupe en terme d'« ethnie », c'est à dire de

patrimoine, d'héritage, d'identité fixée[298]. (Jolivet, 1990, 1997, 2002) Résultat, ces populations d'immigrés, aux taux de natalité élevés, sont en forte croissance tandis que celle des Créoles ne progresse plus, au sein d'une population totale qui a plus que triplé : « Qu'ils [les Brésiliens, Haïtiens, Guyaniens] soient ou non en situation régulière ne change guère le sentiment xénophobe qu'éprouvent à leur égard les Créoles qui, implicitement mais fondamentalement, reprochent à ces migrants de les avoir réduits en moins de trente ans à l'état de minorité. » (Jolivet, 2002, pp. 30-31). En trente ans, la Guyane, de petit pays surtout créole un peu engourdi, est devenue un pays multiculturel en effervescence où les Créoles (environ 50 000) ne sont plus qu'un groupe parmi d'autres.

6.1.1.1.2 Les immigrés du 20ème siècle

A ces trois groupes de « primo-occupants » s'ajoutent aujourd'hui ceux arrivés au 20ème siècle.

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

L'immigration des Chinois a démarré à la fin du 19ème siècle, avec la ruée vers l'or, leurs descendants sont créoles. Les Chinois plus récemment arrivés (deuxième moitié du 20ème siècle) restent en revanche en communauté fermée, faisant venir leurs épouses de Chine. Très vite, ils sont devenus boutiquiers ou restaurateurs. Leurs épiceries, de grands bazars, ont eu bientôt raison de leurs concurrentes créoles, et aujourd'hui ils sont en quasi monopole[299].

[298] Les Créoles mettent en avant la créolité, identité de « leur » groupe ethnique, tendent à « s'ethniciser », quitte à assimiler guyanité à créolité (tandis que les Noirs Marrons et les Amérindiens cultivent leurs particularismes ethniques) et à s'affirmer comme les véritables autochtones de la Guyane. Dupuy cite en exemple Mme Taubira-Delanon, députée et créole, selon laquelle la majorité des Amérindiens actuellement présents en Guyane ayant immigré et les Noirs Marrons venant pour l'essentiel du Surinam, les Guyanais les plus autochtones seraient les Créoles. (Dupuy, 1999)

[299] L'expression « aller à l'épicerie » n'est plus usitée, remplacée par « aller chez le Chinois ».

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

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

Les Hmong, partis de Chine du Sud, ont fui le Laos puis les camps de réfugiés de Thaïlande. Dans le cadre de l'une des dernières entreprises de peuplement de la Guyane organisées par l'Etat français, un millier de Hmong ont été amenés, entre 1977 et 1979. Répartis dans deux villages où ils vivent en communauté fermée, ils pratiquent une agriculture maraîchère intensive qui assure leur réussite économique et approvisionne le département en fruits et légumes frais pour la moitié de ses besoins.

Le début de l'immigration des Brésiliens date de la fin des années 60, ils viennent travailler sur les chantiers de construction. Depuis de début des années 90, les besoins sur les chantiers se sont considérablement réduits et les Brésiliens se sont tournés vers l'artisanat, la restauration, le ménage, la vente. Nombreux sont aussi les chercheurs d'or clandestins, depuis 1995, dans les régions transfrontalières de l'Oyapock et du Maroni, où ils vivent en pleine forêt dans des conditions très difficiles. Sur les 100 000 Brésiliens venus en Guyane depuis les années 60, dont 20 à 35 000 habitent encore en Guyane, seuls 5000, vivant souvent en

communauté à Cayenne, auraient obtenu la nationalité française ou une carte de résident. (Bourdier, 2001)

L'immigration des Haïtiens a démarré dans les années 1960, suscitée par les difficultés économiques et politiques du pays. La mise en place d'un visa pour les Haïtiens, en 1980, destinée à maîtriser l'afflux d'entrées, a surtout modifié le trajet emprunté par les immigrants : au lieu d'arriver directement en avion à Cayenne, ils atterrissent à Paramaribo (capitale du Surinam) et franchissent le Maroni. Depuis, quasi tous les nouveaux arrivants sont en situation irrégulière. En 1985, ils sont déjà 20 à 25 000, alors que seulement 2500 cartes de séjour et 1700 cartes de travail ont été délivrées. (Chérubini, 2002 ; Taverne, 1991)
Ils seraient aujourd'hui 20 à 30 000, dont la moitié en situation irrégulière. Ils font depuis les années 80 l'objet d'un violent rejet de la part de la population créole.

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

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

Au total, les étrangers surinamiens (noirs marrons) et haïtiens forment les plus gros contingents d'étrangers. Ils sont aussi, avec les Brésiliens et les Guyaniens, qui sont les deux contingents suivants, les étrangers les plus précaires économiquement et le plus souvent en situation irrégulière au regard de leur séjour.

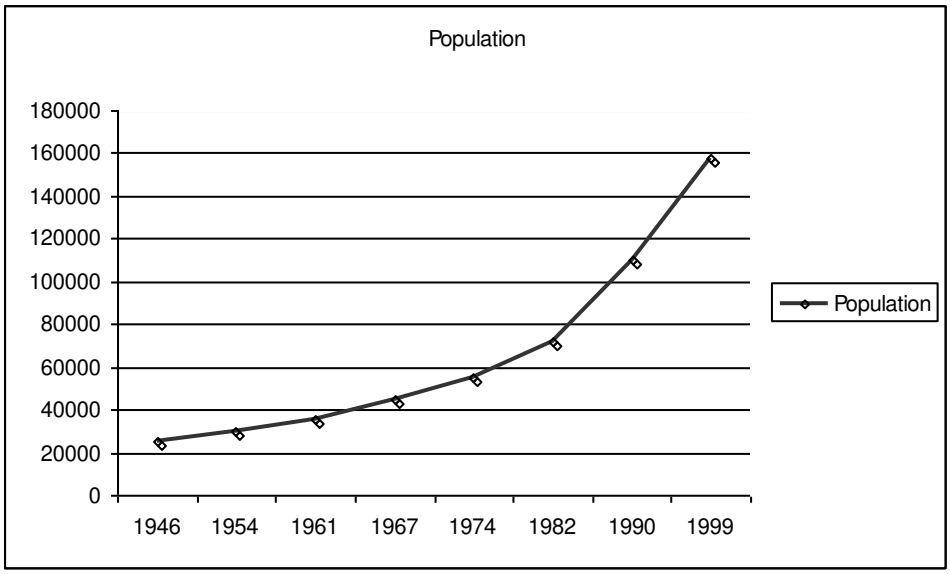
6.1.1.2 Une brutale croissance démographique

Après avoir stagné autour de 25 000 personnes pendant 350 ans, le « décollage » démographique tant attendu a démarré au lendemain de la départementalisation grâce aux progrès sanitaires et a pris une vigueur inattendue ces dernières décennies, porté pour une moitié par l'apport migratoire et pour l'autre par un taux de natalité élevé (31,7 pour mille, supérieur à ceux des autres DOM et au métropolitain (12,8) en 1999)[300] : 55 000 habitants en

[300] Les données démographiques sont issues des documents suivants : Alaux (1997) ; Assoka et al. (1996) ; Bazely et al. (2001) ; Conseil national du sida (2003) ; DDASS de la Guyane (2001, a) ; Delaneau et al. (1999).

1974, 157 000 en 1999. Entre 1990 et 1999, la population s'est accrue de plus 37% (contre 3,4% en métropole et plus que dans les autres DOM). Le recensement de 1999 sous-estimerait même la taille réelle de la population, que l'on évalue volontiers plutôt à 200 000 en 2002.

29% des personnes recensées en 1999 sont étrangères. Sa proportion élevée d'immigrés contribue à donner à la population guyanaise sa diversité ethnique et sa forte croissance, mais aussi, dernière caractéristique saillante, sa jeunesse : en 1999, 43% des habitants ont moins de 20 ans, contre 25% en Métropole.



Graphique 1 : La croissance démographique en Guyane 1946-1999

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

Le territoire guyanais se présente schématiquement comme un rectangle orienté sur sa longueur selon un axe nord-sud, dont le côté nord est le littoral et les deux longs côtés, verticaux, sont deux fleuves frontaliers (Oyapock à l'Est, Maroni à l'Ouest). Le littoral est bordé par une bande de mangrove et de savanes, tandis que la forêt couvre l'essentiel de l'intérieur. Cette forêt est difficilement pénétrable. Un réseau dense de fleuves et de rivières accidenté de sauts et de rapides est longtemps resté le seul moyen de circuler. Aujourd'hui, Air Guyane assure quelques liaisons aériennes entre différents points de l'intérieur et avec

Cayenne, mais la seule route de Guyane longe le littoral (de Saint Laurent du Maroni à Saint Georges de l'Oyapock), laissant l'Intérieur enclavé. La côte en revanche est accessible aux navires et reste donc ouverte à l'extérieur.

Le peuplement reflète cette opposition, se concentrant sur le littoral, qui ne représente que 6% du territoire. En 1999, 82% des habitants sont regroupés dans les cinq communes urbaines du littoral. Dans l'Intérieur, la population se concentre le long des fleuves, sur le Maroni surtout.

Dans ce département le plus grand de France, la densité d'habitants au kilomètre carré a doublé depuis 1982, passant de 1 à 2, ce qui reste encore fort loin des taux métropolitain (108) et des autres DFA[301] (238 en Guadeloupe, 333 en Martinique).

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

6.1.1.3 La bascule des politiques d'immigration

La Guyane a pendant longtemps importé une main d'œuvre nombreuse et bon marché, pour des travaux agricoles d'abord, puis, dans la seconde moitié du 20ème siècle, de construction, avec notamment les chantiers de la base spatiale de Kourou et du barrage de Petit-Saut. A partir des années 80, ce besoin faiblit, le chômage croit et les pouvoirs publics cherchent désormais à réfréner les flux migratoires qu'ils avaient tenté de susciter pendant plus de trois siècles. Les contrôles aux frontières sont durcis, les expulsions se multiplient. Pourtant les flux continuent, s'accroissent même. Ils sont liés aux troubles que connaissent les pays voisins (politiques en Haïti et au Surinam, économiques au Brésil et au Guyana) et à l'attrait économique de la Guyane, « corps étranger dans une région du monde qui continue à appartenir au tiers-monde. » (p. 94, Assoka et al., 1996).

Des mouvements associatifs, caritatifs ou militants, et des syndicats de juristes condamnent les méthodes répressives des autorités en matière d'immigration, regrettant que « l'obsession du peuplement » ait fait place à une inopportune « obsession de l'autodéfense » et au

[301] Département Français d'Amérique

« complexe de la citadelle » (Assoka et al.,1996)[302]. Il semble important de faire part ici de ces commentaires, émanant de milieux métropolitains basés souvent en métropole, avant d'envisager, dans les chapitres qui suivent, les représentations sur ces mêmes questions des professionnels exerçant localement dans l'accès aux soins.

Si la départementalisation de 1946 marquait une rupture avec le droit colonial (différent d'un territoire à un autre, selon le principe de spécialité), en calquant le droit des DOM sur celui de la métropole (principe d'assimilation), la possibilité d'adapter ce dernier au contexte de l'outre-mer a été maintenue et reprise par la Constitution de 1958 qui prévoit pour les DOM des « mesures d'adaptation » sur le plan législatif et administratif (art. 73).
C'est le cas de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur l'entrée et le séjour des étrangers en France, dont les aménagements autorisent en Guyane l'extension des contrôles[303] et la suppression des dispositions protectrices (pas de recours effectif contre les reconduites à la frontière ni de contrôle juridictionnel) :

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

[302] Les documents suivants ont été étudiés, en n'en conservant pour notre travail que les observations les plus récurrentes et les plus récentes : Alaux (1997), Assoka et al. (1996), Denis (1999), Duflo et al. (2006), Farine (2002), Fayman (2006), GISTI (2001), Haffner (2005), Kerhousse (1998), Martini (1999), Plein Droit (1999, 1991, 1989), Rodier (1999), Vernon (1998).

[303] Tout un chacun peut être contrôlé en l'absence des conditions habituelles (infraction, délit ou crime commis ou en préparation), dans les 20 kilomètres en deçà des frontières ou du littoral (c'est à dire là où vivent 90% de la population). En outre, au sein de la vaste « aire spéciale de surveillance du Centre Spatial Guyanais », les forces de la police et de la gendarmerie disposent de pouvoirs élargis, notamment en matière de contrôle d'identité.

Ces dispositions conduisent certains observateurs à considérer que l'administration agit « en totale liberté sans autre contrôle que la conscience des fonctionnaires. » (Assoka et al., 1996, p. 106).

Les autorités abuseraient de ces lois déjà plus répressives qu'ailleurs. De multiples plaintes seraient déposées au tribunal contre des reconduites à la frontière présumées illégales : brutales violations de domicile au cours desquelles les étrangers sont embarqués, sans ménagement et sans examen attentif de leur situation, au centre de rétention de Rochambeau. Là, on déplore la restriction des droits de visite, l'absence d'interprètes, etc. Les reconduites ont ensuite lieu sans notification d'arrêté préfectoral.
On parle de 2000 reconduites à la frontière en 1988, 12 000 en 1994 (pour 114 000 habitants en 1990), 15 000 en 1995 et autant en 1997, et environ 10 000 par an jusqu'en 2003 (dont les 2/3 depuis Saint Laurent), contre 10 000 les mêmes années pour toute la Métropole.

Bien que vivant pour la plupart en Guyane depuis longtemps, nombreux sont les étrangers à y être entrés illégalement. L'obtention d'un titre de séjour ne peut alors relever que d'une mesure de bienveillance exceptionnelle du Préfet. Pour les autres, les longs délais d'attente, avec multiples remises de convocations et demandes de justificatifs, seraient à l'origine de pratiques clientélistes (entre préfecture et associations communautaires représentant les étrangers) voire d'un véritable « racket » des étrangers (pour obtenir une place dans la file d'attente devant la préfecture, une carte de séjour, etc.).
Les demandes d'asile, déjà compliquées par les distances (l'OFPRA et la CRR[304] sont situés en région parisienne, les frais de voyage et de séjour en métropole sont à la charge du requérant) feraient l'objet d'informations erronées (les agents de la préfecture expliqueraient que l'asile ne peut pas être demandé depuis un DOM) voire de pratiques illégales menant à leur échec (il ne serait pas rare que les requérants se voient remis une simple convocation au lieu du récépissé de demande de titre de séjour, prévu par la loi et indispensable à l'accès au territoire métropolitain). En 2004, 9% des Haïtiens demandant l'asile en France ont obtenu le statut de réfugié, contre 2% si l'on ne considère que les Häitiens ayant déposé leur demande depuis la Guyane … (Haffner, 2005)

[304] L'OFPRA est l'Office français de protection des réfugiés et apatrides et la CRR est la Commission de recours des réfugiés.

Ces restrictions au séjour, légales et illégales, s'accompagneraient d'une limitation généralisée de l'accès aux droits des étrangers ainsi contraints à la clandestinité : aucun aménagement des bidonvilles dans lesquels ils louent leurs logements, refus d'inscription scolaire de leurs enfants, d'accès à l'aide médicale, etc. Le contrôle « au faciès » de l'identité affecterait en particulier tous les Noirs Marrons, qu'ils soient étrangers ou français, mais épargnerait les Créoles guyanais et les Métropolitains[305], d'où l'absence de protestation des élites politiques et administratives.

Sont en outre dénoncés l'hypocrisie et le cynisme de ces pratiques répressives. Ces dernières sont en effet populaires auprès de la population guyanaise, qui les justifie par le coût social des étrangers. Les associations de droit des étrangers suspectent au contraire que les gaspillages et la corruption sont les vrais responsables de la fiscalité locale très élevée. De plus, au lieu d'entrer en concurrence avec les Créoles sur le marché du travail, les étrangers n'occuperaient que les emplois dont ces derniers ne veulent pas. D'ailleurs les employeurs préfèreraient employer une main d'œuvre non qualifiée, bon marché et non déclarée pour mieux lui imposer leurs conditions de travail. L'aménagement minimaliste des bidonvilles par les autorités traduirait leur intérêt à garder un stock de main d'œuvre corvéable sans compromettre pour autant la santé et l'ordre publics par une marginalisation excessive.
Se dessinerait enfin un cercle vicieux : un emploi est nécessaire à l'obtention d'un titre de séjour, or les patrons préfèrent embaucher des sans papiers et les heureux étrangers enfin régularisés ne trouvent plus de travail. Ce serait l'alliance classique « entre répression du séjour irrégulier et complaisance à l'égard du travail illégal, terreau privilégié pour l'exploitation des hommes.» (Rodier, 1999).

Les trois mesures souhaitées dans l'ensemble de cette bibliographie militante sont les suivantes : répression plus active du travail clandestin, coopération renforcée avec les Etats voisins pour faire régresser l'attrait de la Guyane (modernisation par exemple des structures de santé et scolaires dans les pays d'émigration) et surtout libre circulation, à l'intérieur de la zone caraïbe, avec autorisation de travail. Or il est déploré qu'au contraire les autorités ne surveillent pas l'emploi illégal et investissent leurs forces sur la répression du séjour irrégulier, infligeant aux étrangers en situation irrégulière les conditions de vie sus-décrites.

[305] … rappelant l'époque coloniale, lorsque la couleur valait comme présomption de servitude, quand la lutte contre les « faux libres » imposait aux « vrais libres » (les esclaves affranchis) de prouver sans arrêt la réalité de leur statut de libre. (Bonniol, 1992)

Parallèlement, la politique d'intégration n'est pas appliquée en Guyane de la même façon qu'ailleurs. Si un bureau de l'ANAEM a été créé, il n'y a toujours par exemple pas de direction régionale du FASILD[306].

6.1.2 L'usage guyanais des catégories ethno-raciales

Les catégories ethno-raciales sont d'usage quotidien du temps de l'esclavage. Après l'abolition, les recensements réalisés dans les colonies distinguent encore la couleur (Blanc/Noir) et le statut (colon/libre/esclave avant 1848/coolie après), même si le second est le plus utilisé parce que les métissages compliquent les catégories de couleur et que ce qui importe avant tout, c'est le décompte des forces économiques.
A partir de 1946, les imprimés de recensement et d'état civil métropolitains sont utilisés dans les DOM, couleur et statut n'y figurent donc plus (la couleur est conservée en revanche dans les TOM). Pourtant la Guyane est le seul DOM où des recensements feront encore état d'une catégorie raciale : une population dite « primitive », répartie en « Indiens » et « Noirs », est recensée en 1954 et en 1961. (Rallu, 1998)

Surtout, l'usage banal des catégories ethno-raciales, dont l'éventualité soulève tant d'interrogations en métropole, perdure encore aujourd'hui en Guyane, dans l'expression orale comme dans les fichages écrits.
A l'hôpital de Saint Laurent par exemple, leur recueil est systématique lors d'enquêtes ponctuelles, sur les fiches de suivi des patients ou dans les bilans de l'activité de l'hôpital.

- Dans le cadre d'une enquête sur le paludisme, tout patient traité pour une crise paludique se voit remettre un questionnaire, à remplir lui-même et dont un des items est « ethnie ».
- Une case « catégorie ethnique » ou « origine » figure sur toutes les feuilles d'observation de l'hôpital. Sur celles de la maternité par exemple, l'item « origine » doit être complété par le numéro de code correspondant à l'une des quinze catégories suivantes : amérindienne brésilienne / amérindienne française / amérindienne surinamienne / autre / brésilienne (non amérindienne) / chinoise / créole / guyanienne (du Guyana) / haïtienne / hmong / métropolitaine / noire marronne française / noire marronne nationalité inconnue / noire marronne surinamienne / surinamienne (non noire marronne, non amérindienne).

[306] L'Anaem est l'Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations. Le Fasild est le fond d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations.

- Les données statistiques décrivant la population hospitalisée dans les différents services de l'hôpital associent également des catégories de nationalités et ethniques : noirs marrons/ amérindiens/créoles/métropolitains ou européens. (Cf. par exemple Meissonnier et al., 1997)

A l'opposé de la réponse « libre » faite par l'intéressé dans le premier cas, les codages complexes proposés dans les deux derniers suggèrent une volonté de « coller » au plus près des classifications utilisées oralement. Par exemple, la catégorie ethnique « noir marron » se décline selon diverses nationalités, tandis que d'autres, également ethno-raciales (exemple : créole) ou nationales (exemple : haïtien) ne sont associées à aucune autre.

Certes, le « tabou républicain » n'est pas totalement absent de la scène guyanaise. Le « rappel à l'ordre » lancé par un ministre délégué à la santé (Bernard Kouchner) en visite en Guyane en 2001, qui s'est déclaré scandalisé par la mention de l'origine « bio-ethnique » dans les dossiers médicaux de l'hôpital de Cayenne, a rendu un certain nombre d'acteurs prudents.

> A l'hôpital de Saint Laurent par exemple, le directeur et le médecin du DIM assurent ne plus avoir de statistiques de cet ordre (le document cité plus haut date de 1997), tout en reconnaissant que les médecins peuvent, par initiative personnelle, en constituer pour leurs propres services, pour un usage médical et *à leurs risques et périls*.
>
> Un médecin hospitalier explique être désormais *très politiquement correct* dans la rédaction de ses articles : *C'est à dire qu'on a le droit de parler de nationalité. Un Haïtien, on a le droit de dire que c'est un Haïtien. Un Noir Marron, on n'a pas le droit de dire que c'est un Noir Marron. On va dire que c'est un Français, éventuellement un Français du Maroni, parce que c'est une zone géographique, là on est politiquement correct, ou on peut dire que c'est un Surinamais du Maroni, mais on peut pas dire que c'est un Noir Marron. C'est un peu hypocrite, franchement ...* dans une communication, il a distingué les *Guyanais du littoral* des *Guyanais du Maroni*. Il considère nécessaire l'information sur l'appartenance ethnique pour la compréhension des données et aimerait avoir « la liberté » des auteurs nord-américains en la matière. Les rapports d'activité et les études menées dans son service utilisent les catégories Noirs Marrons (qu'ils soient français ou surinamiens), Créoles, Haïtiens, Brésiliens, Guyaniens. Mais les deux premières sont « codées » : la mention de la nationalité « yéménite » renvoie par exemple à l'ethnie « noire marronne ».
>
> De la même façon, dans une association d'aide aux malades atteints du VIH, les rapports d'activité ne font pas apparaître les nationalités. Mais sur les couvertures des dossiers individuels, une lettre indique discrètement la nationalité du patient (S pour Surinam, G pour Guyana, H pour Haïti ...).

Si donc un censure très relative s'exerce sur l'usage écrit des catégories, l'usage oral des catégories ethno-raciales reste lui complètement banalisé en Guyane, même chez les professionnels métropolitains récemment arrivés en Guyane.

6.1.3 Le système socio-sanitaire : la « double appartenance »

La Guyane française constitue, avec le Surinam, ex Guyane néerlandaise, et le Guyana, ex Guyane britannique, une enclave dans le monde hispano-lusophone de l'Amérique du Sud. Ces trois entités, posées sur l'extrémité nord du sous-continent, sont peu tournées vers ce dernier. Leur territoire étant fermé au sud par la forêt, elles s'ouvrent plutôt en effet, au nord, sur l'océan et vers l'Europe, sous la tutelle de laquelle elles ont d'ailleurs longtemps été.
Mais si le Guyana et le Surinam, en accédant à l'indépendance, se sont ouverts à l'international, la Guyane est restée dans une relation exclusive avec sa métropole, seule puissance coloniale à avoir gardé une terre en Amérique. Les écarts de niveau de vie qui se sont creusés pendant ces dernières décennies ont encore désolidarisé la Guyane française des deux autres. On a vu par ailleurs qu'outre son histoire politique, la Guyane s'en distingue par sa population : une forte majorité de Créoles a prévalu pendant longtemps en Guyane française, par faiblesse relative des populations immigrées d'Asie, au contraire importantes dans les deux autres Guyanes.
Les données populationnelles distinguent également la Guyane des autres DFA, où les Créoles sont encore plus majoritaires, par absence de Noirs Marrons et d'Amérindiens. Les données naturelles les différencient aussi, puisque la Guyane, contrairement aux autres DOM, n'est ni une île ni un archipel, mais « le morceau d'un continent enserré entre le Surinam et le Brésil, géant en plein essor et cent fois plus grand ». (Duval-Cottereau, 1994). Enfin, la Guyane est la seule terre francophone de toute l'Amérique du Sud et la moins densément peuplée des pays d'Amérique.

Au total, la Guyane dépare, au sein de son environnement (les autres Guyanes, les autres DFA et le reste du continent). « Vitrine française » en Amérique, ses caractéristiques socio-économiques et sanitaires expriment pourtant aussi son appartenance géographique. Le

tableau socio-sanitaire brossé ci-dessous va nous donner à voir les difficultés d'application du modèle socio-sanitaire français en Amérique du Sud.



Carte 1 : La Guyane française en Amérique latine

carte : Americas

6.1.3.1.1 Une société de consommation qui reste sous développée économiquement

En 1946, les quatre plus anciennes colonies françaises deviennent des DOM. Les niveaux de vie, alors proches de ceux de pays en développement, vont fortement progresser pour atteindre aujourd'hui des niveaux beaucoup plus élevés que ceux des États voisins[307]. Mais leur dépendance économique envers la métropole va simultanément s'accroître, puisque auparavant autonomes économiquement, elles bénéficient désormais de financements nationaux et européens : de « confettis de l'Empire », elles sont devenues « régions ultra-périphériques » de l'Europe, sociétés pseudo-industrielles reposant sur une économie de transfert.

Reprenons très succinctement quelques points développés par Jolivet (1982) à propos des échecs socio-économiques de la départementalisation en Guyane.
L'épuisement des gisements aurifères et la seconde guerre mondiale ont plongé le département dans une grave crise économique que la départementalisation s'est s'avérée incapable de résoudre, par inadaptation du modèle occidental à la Guyane, tant de sa logique économique capitaliste que de son système d'assistance sociale.

La mise en place de structures administratives calquées sur celle des départements métropolitains se révèle en effet inadaptée au département guyanais, trop peu développé démographiquement, ce qui induit une hypertrophie relative du secteur public.
Surtout, la départementalisation est sous-tendue par une volonté de « rattrapage économique », via l'essor du secteur industriel privé. Mais à la suite des premiers échecs économiques, une « départementalisation sociale » est mise en œuvre pour améliorer les conditions de vie grâce aux aides sociales. Le secteur public déjà pléthorique s'accroît encore, les Guyanais acquièrent progressivement les différents avantage sociaux dont bénéficient les Français de métropole : sécurité sociale, congés payés, SMIG puis SMIC[308], etc. La politique gouvernementale bascule d'une volonté d'aide au développement sur un mode capitaliste à une assistance aux personnes.

[307] Le Pnb/Ppa par habitant 1999 était en Guyane supérieur à celui des pays voisins, dont sont issus la plupart des immigrés résidant en Guyane : plus de 7 fois celui d'Haïti, plus de 3 fois ceux du Surinam et du Guyana et 1,7 fois celui du Brésil. (Sources : Ined, *Populations et sociétés,* n° 370, juillet-août 2001, et comptes économiques)

[308] Le SMIG était le salaire minimum interprofessionnel garanti ; le SMIC est le salaire minimum interprofessionnel de croissance.

Or cette politique de prestige (la fameuse « vitrine française » en Amérique voulue par de Gaule) portée par une assistance stérile ne produit qu'un pseudo-développement social. La départementalisation sociale, « cette extension à la Guyane du régime social métropolitain, sans extension parallèle du mode de production dans le cadre duquel fonctionne le régime original, va bientôt engendrer l'un des principaux blocages au développement économique » (p. 214) : les grands projets de décollage économique se succèdent, se soldant tous par des échecs en raison, précisément, des effets de la départementalisation sociale : la main d'œuvre est aussi chère qu'en Europe bien qu'aussi peu qualifiée que celle du Tiers Monde[309]. La Guyane, par sa double appartenance (département français/pays sous développé économiquement) est peu compétitive, dans la logique capitaliste. Or seul justement le développement économique pourrait rentabiliser ce système social.

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

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

En 2001, le Produit Intérieur Brut par habitant guyanais reste moitié moindre que le métropolitain[310], en raison de la forte natalité (d'où une part plus faible dans la population des personnes en âge de travailler) et surtout des faiblesses de l'activité économique, peu diversifiée, sous-industrialisée et dont le secteur tertiaire est hypertrophié : c'est une « société qui consomme mais ne produit pratiquement rien » (Chérubini, 2002). L'exploitation de l'or

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

[310] Source : comptes des départements d'outre-mer et comptes nationaux – Insee.

et la recherche spatiale européenne[311] sont les principaux secteurs créateurs d'emplois, mais les retombées de la première ne concernent qu'une partie infime de la population active de Guyane. En 2004, le taux de chômage s'élevait à 24,5 % (contre 9,8 % en métropole)[312].

Ce constat économique général, commun aux quatre DOM, est accusé en Guyane qui présente non seulement le revenu médian le plus faible (45% des ménages ont des revenus inférieurs à 50 % de la médiane métropolitaine) mais également la plus forte dispersion : le niveau d'inégalité est très nettement supérieur à celui existant en métropole. Cette inégalité s'explique en partie elle aussi par l'« importation » en Guyane du modèle administratif national, via par exemple la prime de vie chère attribuée aux fonctionnaires et aux salariés de certains secteurs comme la banque, qui accroît les revenus d'une frange de la population alors que le salaire minimum est au niveau métropolitain. (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2006)

Ces données se traduisent concrètement dans les conditions de vie des Guyanais. Les difficultés d'accès aux services de base y sont majeures : 12,8% des ménages ne sont pas raccordés au réseau d'eau (0,06% en métropole) et 6,7% ne le sont pas au réseau d'électricité (0,03% en métropole)[313]. La Guyane est le seul DOM où subsistent des bidonvilles.

La parité sociale s'est poursuivie[314], même si la législation des DOM diffère encore de celle de métropole[315], et les revenus de transfert n'ont pas cessé de croître. La Guyane est la

[311] Le Centre Spatial Guyanais installé à Kourou en 1965 est la locomotive économique de la Guyane. Occupant une superficie égale à celle de la Martinique, il forme à lui seul un pôle économique et représente le tiers des emplois. (Delaneau et al, 1999)

[312] même si le taux d'emplois dissimulés semble important, comme dans les autres DOM (estimé à 10 % de l'emploi total, soit 20 % de l'emploi privé selon une estimation récente de l'Insee, pour l'ensemble de DOM). (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2006)

[313] Source : Insee, enquête Budget 2001

[314] C'est l'égalisation des prestations sociales entre DOM et métropole : en 1993, le montant des allocations familiales versées dans les DOM s'est aligné sur celui de métropole (en 2002 pour le RMI) ; la réforme CMU a été appliquée en Guyane comme ailleurs en France dès le 1er janvier 2000.

[315] Ces départements restent régis par la loi du 11 mars 1932 alors que le régime de prestations familiales métropolitain a été institué par la loi de 1946. Pendant de nombreuses années, de multiples allocations étaient versées dans les DOM sous des conditions différentes et à des taux différents. Par exemple, les allocations familiales sont versées outre-mer dès le premier enfant, le complément familial est versé jusqu'aux 5 ans de l'enfant contre 21 ans en métropole, l'aide personnalisée au logement n'existe pas, tandis que le montant de l'allocation parent isolé (API) ne sera aligné sur celui de métropole qu'en 2007. En revanche, une allocation est versée exclusivement dans ces départements : le revenu de solidarité (RSO), attribué aux bénéficiaires du RMI de plus de 50 ans, inscrits au moins deux ans et qui souhaitent quitter le marché du travail. (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2006)

première région de France pour la part d'aides reçues de l'Etat rapportée au nombre d'habitants.

Parmi la population éligible, la part des bénéficiaires :

- du RMI (sur 1000 personnes de 20 à 59 ans) est de 133 en Guyane, contre 32 en métropole
- des mesures en faveur de l'emploi dans l'emploi salarié est de 14% en Guyane, contre 3% en métropole
- de la CmuC est de 31% en Guyane, contre 7% en métropole[316]

Ainsi, alors que les comparaisons internationales soulignent généralement un lien entre l'importance des niveaux de pauvreté et la faiblesse de l'accès aux dispositifs d'aide sociale, la situation est ici inversée, suggérant à la fois l'importance de l'effort de solidarité nationale et l'inadéquation de ses dispositifs sociaux, conçus pour une population pauvre mais en faible nombre, conduisant à la construction d'une « société de transfert », dans laquelle près d'une personne sur sept entre 20 et 59 ans est allocataire du RMI. Si ces constats sont faits dans les 4 DOM, ils sont les plus flagrants en Guyane, où l'immigration prend en outre une ampleur toute particulière. Par exemple, 48 % des allocataires du RMI y sont étrangers alors que cette proportion est de 14 % au niveau national et qu'elle est plus faible encore dans les 3 autres DOM. (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2006)

6.1.3.1.2 La difficile adaptation du système de santé

Le profil épidémiologique

Les indicateurs de santé illustrent eux aussi la double appartenance de la Guyane, politique et géographique, par la mise à l'épreuve du système de santé national dans un département inséré dans un monde en voie de développement.

La Guyane cumule en effet les caractéristiques des pays développés (prépondérance de la mortalité et de la morbidité liées aux affections cardio-vasculaires et tumorales, espérance de vie des femmes meilleure que celle des hommes) et celles des pays en développement (taux élevés de mortalité et morbidité par traumatismes et maladies infectieuses et parasitaires

[316] Source : Insee, 2004

(MIP) et en période périnatale). Ainsi, au regard de la transition épidémiologique[317], amorcée au lendemain de la départementalisation avec les premières campagnes de lutte contre le paludisme, la Guyane présente une figure originale, à mi-chemin entre son appartenance au continent sud-américain et son identité de département français[318]. Bourgarel (1994) explique la mortalité élevée par MIP, surtout dans l'Intérieur du département, par la faible maîtrise par l'homme de l'espace guyanais, avec une surface agricole faible, une surface forestière importante (90% du territoire) et la survie de nombreux systèmes pathogènes tels que la leishmaniose ou le paludisme. Le faible avancement dans la transition reflète également l'importance des flux d'immigration en Guyane depuis les années 70, issus de pays peu avancés à cet égard. La transition démographique[319] est elle aussi inachevée : la baisse de la mortalité ne s'est pas suivie d'une baisse de fécondité aussi importante qu'ailleurs car le taux de natalité augmente en raison de la forte migration issue de pays moins avancés dans la transition démographique.

Au total, la notion de transition épidémiologique permet d'appréhender la double appartenance géographique et politique de la Guyane. Si en effet le système sanitaire de la Guyane bénéficie de l'application du système de protection sociale national et de moyens financiers importants, le milieu guyanais est sensiblement différent du métropolitain, tant par ses composantes naturelles (anthropisation limitée) que populationnelles (immigration issue de l'aire caraïbe et d'Amérique du Sud). De cette confrontation naissent des indicateurs mitigés : d'un point de vue sanitaire, la Guyane ne s'apparente pleinement ni à un pays développé, ni à un pays en voie de développement.

---

[317] La transition épidémiologique, se déroule en trois phases : l'espérance de vie s'allonge une fois que commencent à décliner les maladies infectieuses et parasitaires (MIP) et la famine ; la population s'accroît ; les maladies dégénératives et les sociopathies apparaissent. Ce modèle d'évolution sanitaire, proposé par Omran en 1971, a cependant été mis en défaut dans un certain nombre d'aires géographiques, outre la Guyane.

[318] On peut comparer la Guyane avec :

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

[319] La notion de transition démographique se réfère au passage, en trois phases, d'une situation de mortalité élevée et de fécondité élevée à une situation de mortalité faible (d'abord) et fécondité faible (ensuite).

Le profil de l'épidémie de l'infection au VIH reflète particulièrement bien les difficultés de l'application du système de santé national en Guyane.

Bien que l'offre sanitaire soit bien meilleure en Guyane que dans les pays voisins, avec notamment l'accès gratuit à la trithérapie, l'ampleur[320] de l'épidémie et son profil (proportion élevée de femmes parmi les malades, prédominance de contaminations hétérosexuelles) apparaissent étroitement déterminés à un niveau régional. Ainsi en est-il des facteurs de développement de l'épidémie identifiés en Guyane, tels que le multipartenariat sexuel, les comportement pro-natalistes (frein à l'utilisation des préservatifs), les taux élevés d'infections sexuellement transmissibles (accroissent le risque de contamination par le VIH) et plus généralement la précarité. Celle-ci concerne avant tout les étrangers (plus de la moitié des patients suivis en 2001 sont étrangers (Buton, 2002)), issus de pays pauvres et durement touchés par l'épidémie et où l'accès au traitement est loin d'être généralisé (République dominicaine, Surinam, Guyana et bien sûr Haïti ont les taux les plus élevés des pays de la Caraïbe, elle-même région du monde la plus touchée après l'Afrique sub-saharienne). La lutte contre le sida représente donc une mise à l'épreuve du système de santé importé de métropole. La mise en cohérence de ce dernier au niveau international est cruciale, puisque seul l'accès gratuit aux traitements génériques dans les pays voisins pourrait freiner l'exode de malades (dans une certaine mesure seulement, puisque les malades étrangers le sont souvent à leur insu lors de leur arrivée en Guyane, émigrant pour des raisons plutôt économiques ou politiques).

L'offre de soins

L'offre de soins biomédicale

D'importantes difficultés d'accès aux soins sont décrites dans les rapports de santé publique. Elles posent à nouveau la question de la double appartenance de la Guyane, politique (la France) et géographique (l'Amérique du Sud). Elle sont mises sur le compte, d'une part, du contexte naturel guyanais : surface importante du département (87 000 km carrés), rareté des voies de circulation, etc. D'autre part, les caractéristiques de la population résidant en Guyane sont pointées : défaut de familiarisation avec les dispositifs et les procédures, obstacles linguistiques, précarité socio-économique, afflux d'immigrés accusés d'exacerber le sous-

[320] L'épidémie de VIH est nettement plus grave dans les DOM qu'en Métropole, et la Guyane est le DOM le plus touché Par exemple, l'incidence, entre le 1er avril 2001 et le 31 mars 2002, est en Guyane de 43,9 nouveaux cas de sida pour 100 000 habitants, contre 2,5 en Métropole, 3,4 à la Réunion, 6,3 en Martinique et 14,9 en Guadeloupe. (Conseil National du Sida, 2003)

équipement départemental (en terme de lits hospitaliers et de professionnels) et de rendre plus délicate encore la maîtrise des maladies infectieuses et parasitaires, en en important dans le département.

S'il est difficile, en Guyane comme en métropole, de comparer l'état de santé des étrangers à celui des Français, on peut en revanche observer que l'écart de couverture médicale, défavorable aux premiers et constaté au niveau national, est particulièrement accusé en Guyane.

Malgré l'importance de la couverture CMU en Guyane (au 31 avril 2002, 29% de la population recensée en 1999 bénéficiait de la CMU (base et/ou complémentaire), soit 37% de cette population si l'on en exclut les 20% d'étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent pas en relever (contre 10% de bénéficiaires en métropole)), une grande partie de la population reste non couverte. A l'hôpital de Saint Laurent, malgré l'activité de la PASS entièrement dédiée à l'ouverture de droits à une couverture maladie, 30 à 40% des patients n'obtiendront pas de couverture maladie à l'issue de leur séjour (certes, ce taux était supérieur à 50% avant la réforme CMU)[321].

Or les étrangers seraient les premiers concernés par ces difficultés d'accès à une couverture maladie. On reviendra longuement par la suite sur les explications qui peuvent leur être données. Donnons simplement dès à présent quelques chiffres.

Parmi les services de l'hôpital de Saint Laurent, les moins bons taux de couverture sont ceux des patientes de la maternité, or c'est le service qui comptabilise le taux le plus élevé de patients étrangers. Par ailleurs, si la CGSS de Guyane ne dispose pas de données distinguant les étrangers des Français parmi les bénéficiaires de la CMU, les chiffres de l'AME sont évocateurs. Ils sont en effet remarquablement bas au regard de l'importance de la population étrangère en situation irrégulière en Guyane, donc susceptible d'y prétendre : 5008 bénéficiaires en 2002[322] alors que plus de 20% de la population recensée en 1999 en relève théoriquement (soit 31 000 étrangers en situation irrégulière, mais probablement beaucoup plus puisqu'ils ne sont pas tous recensés). La grande majorité des étrangers en

[321] Ces données restent malheureusement approximatives. Elles sont en effet difficiles à obtenir en raison de la longueur des délais de traitement par la CGSS des demandes qui lui sont adressées et des délais par la DSDS des recours qui lui sont soumis en cas de refus de prise en charge par la CGSS (et avant la réforme, par le Conseil général).
La CGSS est la Caisse Générale de Sécurité Sociale, dont les activités incluent notamment celles des Caisses primaires d'Assurance maladie dans les départements métropolitains pour le régime général.
Les DSDS (Direction de la Santé et du Développement Social) remplacent depuis 2002 les DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) dans les DFA, avec des compétences élargies.

[322] Le chiffre est certes en progression : ils étaient 1049 bénéficiaires en 2000, 2592 en 2001 et 5008 en 2002.

situation irrégulière résidant en Guyane ne bénéficient donc pas de l'unique couverture maladie à laquelle ils pourraient prétendre, ce que confirment les enquêtes ponctuelles (exemple, Surifrance, 2001) ainsi que les rapports d'activité de la PASS de l'hôpital de Saint Laurent, principal lieu d'accompagnement aux démarches d'ouverture de droit à une couverture maladie (CMU et AME) dans l'Ouest guyanais. En 2001, la PASS a transmis à la CGSS plus de dossiers d'AME (814) que de CMU (538), alors que la proportion d'étrangers en situation irrégulière parmi les patients hospitalisés, bien que très importante, ne dépasse pas 20%.

Le pluralisme médical

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

Au sein de cet écheveau de pratiques, l'offre de soins biomédicale n'est qu'une offre de soins parmi d'autres (amérindiens, noirs marrons, créoles, haïtiens, chinois, hmong, auxquels il faut ajouter les rituels thérapeutiques des Eglises de diverses confessions (témoins de Jéhovah, Eglise adventiste), etc.). Mais la départementalisation lui a donné une place croissante, à l'image des changements rapides que connaissent les pays en voie de développement récemment exposés à la biomédecine.

> Dans la région du fleuve Maroni, sur laquelle porte spécifiquement notre étude, l'accès à la biomédecine, récent (années 50-60), s'est trouvé rapidement facilité par la « francisation » des populations en 1969 et la montée en charge de l'offre de soins biomédicale. Dès les années 80, le recours à l'hôpital semble adopté en cas de maladie grave, même si d'autres types de soins peuvent continuer simultanément au séjour hospitalier. Les Ndjuka par exemple attribuent de grands pouvoirs à la médecine occidentale qui dispose de « photos », a le courage de couper dans le corps et sait le recoudre, ou encore peut lui apporter directement du sang (alors que la médecine ndjuka ne peut que stimuler sa fabrication). Les praticiens traditionnels restent

consultés pour les maladies chroniques (lesquelles donnent classiquement lieu à des recours multiples). (Bourgarel, 1994)

Mais la biomédecine est aussi une médecine de la commodité (il est plus facile de prendre un médicament que de ramasser des plantes dans la forêt) et elle est gratuite.

Enfin, elle reste à l'écart des contraintes sociales « traditionnelles » (pas d'obligations sociales et monétaires, les soignants sont sexuellement neutres) et du sacré (elle permet de soigner des individus en situation marginale, des personnes en deuil, des femmes enceintes ou menstruées pour lesquelles il y a peu de remèdes traditionnels). (Sauvain et al., 1986)

Selon Taverne (1991), le suivi des grossesses et des jeunes enfants, réalisé en PMI, représente le moyen de familiarisation le plus fréquent à la biomédecine, et on va voir qu'aujourd'hui encore, c'est souvent à l'occasion d'un accouchement que les femmes sont sensibilisées aux démarches d'accès aux droits à une couverture maladie.

Parallèlement, les autres systèmes de soins s'enrichissent d'apports issus du biomédical, les échanges étant multidirectionnels. Le système nosologique des Ndjuka par exemple est cumulatif, empruntant aux diverses cultures en présence, dont aujourd'hui des croyances populaires du système occidental, intégrées via leurs expressions créolisées, alors que les Ndjuka avaient été privés de ces apports pendant toute la période qui a suivi leur évasion des plantations. Le recours à l'accès aux soins l'est tout autant : consulter un *obiaman* (thérapeute noir marron) de son clan n'empêche pas d'aller en consulter un d'un autre clan, ou un thérapeute haïtien, ou encore un dispensaire bio-médical. (Jolivet, 2002 ; Vernon, 1992)

Notre matériau empirique est issu d'entretiens menés auprès de professionnels de l'accès aux soins biomédicaux. La plupart des médecins interrogés attribuent une place minime aux recours « alternatifs » à la biomédecine, en raison selon eux de leur faible efficacité et de leur coût élevé (plus que celui de la biomédecine, si l'on « veut bien » faire les démarches d'accès à une couverture maladie). Cette faible prégnance des thérapeutiques traditionnelles, dans le perçu des médecins, n'est pas surprenante : si les malades essaient souvent simultanément ou successivement plusieurs types de recours aux soins, il est plutôt rare que les patients fassent part de ce foisonnement à leurs médecins, même dans les sociétés où la biomédecine semble être la mieux assise. (Benoist, 1996) Taverne (1991) fait part de ses difficultés à rencontrer des thérapeutes haïtiens en Guyane[323], ce qui laisse penser que des professionnels

[323] Taverne (1991) raconte combien il est difficile d'identifier des thérapeutes haïtiens et de les rencontrer, pour une personne étrangère à la communauté et à ses réseaux de relation, les patients refusant d'en révéler l'existence : « il n'y en a plus, c'est interdit », « j'en connaissais un, mais il est parti », « à Cayenne, il n'y en a

biomédicaux qui ne cherchent pas à en entendre parler, voire les désapprouvent car les considèrent comme des facteurs de retard ou même d'échec au traitement biomédical, ont peu de chances que leurs patients, déjà réticents, leur en parlent.
Si donc les discriminations que nous étudions portent sur l'accès aux soins biomédicaux, nous gardons à l'esprit que le champ thérapeutique est plus large que celui qui nous intéresse ici.

6.1.4 Synthèse

Au total, la Guyane se présente comme un terrain propice à l'étude des phénomènes discriminatoires dans l'accès aux soins. Les facteurs relevés en première partie y trouvent en effet un ancrage particulier.
C'est d'abord la perception d'une forte hétérogénéité au sein de la population, favorable aux processus d'altérisation. Cette perception s'appuie sur la proportion élevée d'étrangers mais aussi sur le kaléidoscope que forment les diverses communautés guyanaises, communément désignées par des catégories ethno-raciales.
C'est ensuite la critique récurrente adressée au système socio-sanitaire. On a décrit précédemment comment celui-ci peut être accusé de favoriser les étrangers au détriment des Français (représentations délégitimantes) et/ou de ne pas être adapté à la différence attribuée à une partie de la population (représentations différencialistes). Le premier discours trouve aisément prise en Guyane, la situation économique départementale notoirement difficile étant volontiers associée aux flux migratoires tout aussi notoirement massifs. Le second se nourrit des difficultés d'implantation locale du système national, mises sur le compte de la double appartenance géopolitique du département : l'inadaptation du modèle économique responsable d'une pseudo société de consommation, et surtout celle du système sanitaire qui se traduit par un paysage épidémiologique empruntant à la fois aux pays développés et à ceux en développement.
Au total, l'altérité dont il va être question, dans les processus générant des discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins, sera non seulement celle des groupes sociaux, mais aussi celle du système de soins lui-même, inadapté au contexte guyanais.

---

pas, mais allez voir à Paramaribo ou à Bélem ». C'est une protection du thérapeute qui se perçoit et est perçu par ses patients comme illégal, au regard de la biomédecine ainsi que des services de police et d'immigration.

6.2 L'enquête

6.2.1 Les conditions d'enquête

Ce terrain d'étude a été réalisé à l'occasion d'un stage d'interne en santé publique, au CISIH[324] de l'hôpital de Saint Laurent du Maroni, pendant six mois de l'année 2002.
La mission qui nous avait été impartie par notre chef de service était d'explorer les obstacles à l'accès à une couverture maladie par les patients de son service. Ces obstacles étaient en effet tels que la sortie de l'hôpital de ces patients, toujours non couverts malgré les démarches engagées pendant leur hospitalisation, faisait craindre une rupture thérapeutique. Ce souci était partagé par le directeur de l'établissement en raison des créances irrécouvrables occasionnées par l'hospitalisation de patients non couverts, reçus au CISIH mais également dans les autres services de l'hôpital. C'était aussi celui du pharmacien de l'hôpital, amené à « distribuer gratuitement » différents traitements, y compris des antirétroviraux, aux patients non couverts et sortis de l'hôpital, ou encore celui des médecins des dispensaires sur le fleuve, dans l'impossibilité d'orienter leurs patients vers des consultations spécialisées (payantes) en raison de leur absence de couverture maladie. Bref, la difficulté d'obtention d'une couverture maladie, alors que la loi en prévoyait une à l'époque pour toute personne résidente sur le territoire français, y compris en cas d'irrégularité du séjour et d'absence d'ancienneté de résidence, était une préoccupation quotidienne pour les professionnels de santé.

Ces difficultés étaient surtout rencontrées par les étrangers et les minorités de l'Intérieur. Par ailleurs, la littérature militante que l'on a présentée à propos des politiques d'immigration, mais aussi un certain nombre d'instances nationales et internationales, faisaient état de pratiques discriminatoires à l'égard des étrangers et des minorités en Guyane lors de l'accès aux droits et aux services[325]. Il semblait donc fondé de s'interroger sur la part des discriminations selon l'origine dans la production de ces difficultés.

[324] Centre d'Information et de Soins de l'Immuno-déficience Humaine

[325] Cf. par exemple les deuxième et troisième rapports sur la France de l'ECRI (la Commission européenne contre le racisme et l'intolérance mise en place par le Conseil de l'Europe) qui datent respectivement de 2000 et 2005 et jugent préoccupante la situation des non-ressortissants présents dans certains départements et territoires d'outre-mer incluant la Guyane « notamment en matière de discrimination, de droit d'asile ou d'exploitation sur le marché du travail » (troisième rapport, 2005).

Suivre le parcours de la demande d'accès aux droits à une couverture maladie nous a ainsi conduite à repérer un certain nombre d'enjeux identitaires, professionnels, géographiques, économiques, etc. qui se jouent plus généralement dans l'accès aux soins en Guyane et à mettre en évidence la part discriminatoire des difficultés constatées par les professionnels.

Le schéma d'enquête suivi en métropole l'a été également en Guyane : entretiens semi-directifs auprès de professionnels et observations de terrain, avec quelques adaptations au contexte guyanais : moins d'associations ont été rencontrées (car elles sont peu nombreuses dans le domaine médico-social) et le panel d'interlocuteurs a été élargi (agents de sous-préfecture, des forces de l'ordre, de justice, de la CAF, de l'Education Nationale, médiateurs culturels, ainsi que quelques familles d'usagers) afin de multiplier les points d'entrée.
Parmi les 97 professionnels rencontrés, on peut compter, du point de vue de la classification ethno-raciale utilisée en Guyane : 68 Métropolitains, 24 Créoles (dont 1 Surinamien), 4 Noirs Marrons (français), 1 Haïtien. Nous avons inclus dans le groupe des acteurs métropolitains 5 professionnels non français : 3 Américains, 1 Anglaise et 1 Hollandaise. Ils présentent en effet, sociologiquement parlant, des points communs avec les Métropolitains : installation en Guyane au cours de la vie professionnelle, niveau de vie relativement confortable, profession surtout investie par des Métropolitains (ils sont respectivement enseignant, infirmier, scientifique, traducteur et responsable de santé publique).

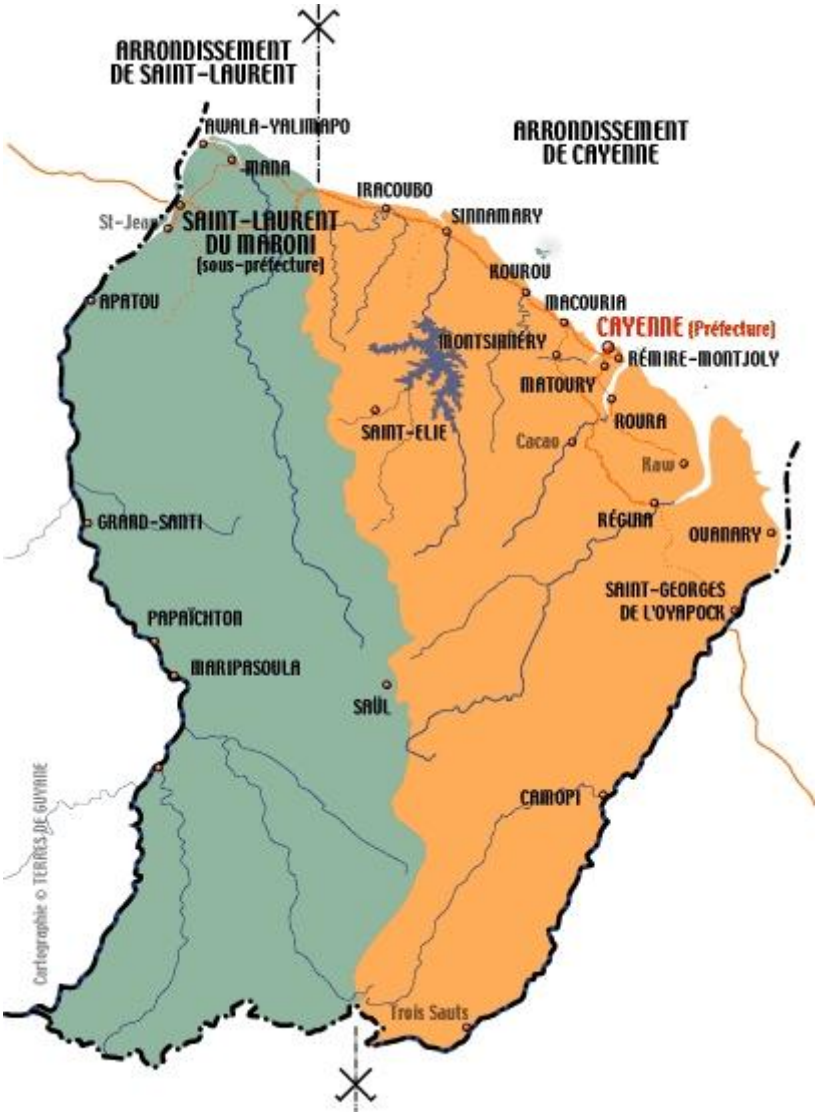
L'analyse a été menée selon les deux temps décrits précédemment : identification des attributs porteurs d'altérité, mobilisés par les professionnels pour distinguer différents sous-groupes au sein des usagers en demande d'accès aux soins ; puis identification des éventuels traitement différentiels appliqués à certains de ces groupes au nom de leur altérité ainsi perçue.
Cette analyse prend en compte non seulement la catégorie professionnelle, comme précédemment, mais aussi la catégorie ethno-raciale (professionnels métropolitains/créoles), en raison de sa prégnance et de son caractère opératoire dans les relations sociales quotidiennes. Mais là aussi, il est entendu que les typologies ainsi dressées « forcent » les interactions telles qu'elles se jouent sur la scène quotidienne. On a dit dans la partie précédente qu'on n'associait pas rigoureusement telle catégorie socioprofessionnelle à telle pratique discriminatoire. Ici, de la même façon, ce qui est décrit comme « caractéristique » de groupes désignés à la fois du point de vue professionnel et ethno-racial (par exemple, « les

agents créoles de la CGSS ») ne prétend pas épuiser toute la réalité des interactions (au risque alors de tomber dans les pièges du culturalisme qu'on cherche justement à identifier) : les individus appartenant aux groupes repérés ne correspondent pas forcément aux schémas décrits, et ces derniers peuvent concerner des individus appartenant à d'autres groupes. Il s'agit simplement de mettre en évidence des récurrences en en explicitant les ressorts sociaux.
Enfin, cette enquête a également fait l'objet de notre thèse de médecine (Carde, 2005), qui en s'intéressant plus largement aux difficultés d'accès aux soins en Guyane, reprend de façon beaucoup plus détaillée la plupart des données analysées ici.

6.2.2 L'Ouest guyanais

Sur les 86 entretiens menés, 64 l'ont été à Saint Laurent et ses environs, 19 à Cayenne et 3 dans des centres de santé de l'Ouest guyanais.
L'enquête s'est donc essentiellement déroulée dans l'Ouest guyanais, et en particulier sa sous-préfecture, la ville de Saint Laurent du Maroni, qui par sa situation au bord du fleuve Maroni, frontière avec le Surinam, se trouve à la croisée de plusieurs mouvements de populations, joignant l'Intérieur (dit « le fleuve ») au littoral (selon un axe Sud-Nord)[326] et le Surinam à la France (selon un axe Ouest-Est).

[326] Rappelons que le littoral guyanais a toujours été beaucoup plus urbanisé que l'intérieur du département et que le découpage administratif précédent l'actuel distinguait le littoral et l'Intérieur (appelé alors territoire de l'Inini).



Carte 2 : Les arrondissements de Guyane

Cartographie Terres de Guyane - Septembre 2003

© Terres de Guyane

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

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

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

Les caractéristiques départementales qui nous intéressent et que l'on a décrites ci-dessus sont exacerbées dans l'Ouest guyanais.

C'est d'abord la très forte croissance démographique.

> Depuis 1982, l'Ouest dans son ensemble croit plus que l'Est. En 1982, sur une population départementale de 73 000 habitants, 62 000 vivent à l'Est et 11 000 à l'Ouest ; en 1999, la population totale est de 157 000, celle de l'Est a doublé (120 000) tandis que celle de l'Ouest a plus que triplé (37 000).
>
> Les recensements successifs comptabilisent à Saint Laurent 6000 habitants en 1982, 14 000 en 1990 et 19 000 en 1999. En 2002, date de l'enquête, la population est estimée à 25-30 000.

Cette croissance est en rapport avec l'immigration de Noirs Marrons surinamiens.

> Saint Laurent était la ville du bagne, c'est aujourd'hui celle des Noirs Marrons, tandis que Cayenne reste la capitale administrative (multiethnique à composante créole encore importante) et Kourou la capitale des techniques et des médias (métropolitaine, la ville « blanche »).

Cette population étrangère est en grande partie en situation irrégulière …

> En 1999, 39% de la population officiellement recensée à Saint Laurent est en situation irrégulière.

… et non officiellement décomptée.

> Ainsi par exemple, un médecin tenant des permanences au poste de santé d'Organobo déclare y recevoir environ 2000 personnes, pour l'essentiel noires marronnes surinamiennes en situation irrégulière. Or seules 88 personnes ont été recensées à Organobo et ses environs en 1999.

La situation économique est plus difficile à Saint Laurent que dans les deux autres « grandes » villes de Guyane. Selon des médecins libéraux de Saint Laurent, la proportion de bénéficiaires de la CMU au sein de leurs clientèles atteindrait 80% (contre 10 à 20% à Cayenne).

Enfin, les caractéristiques épidémiologiques décrites au niveau départemental sont là aussi accentuées.

> C'est en particulier le cas de l'épidémie du VIH. Elle « flambe » dans l'Ouest guyanais, où on comptait 6,74 personnes séropositives pour 1000 habitants en 1999 contre 1,47 en 1996. Puis en 2 ans (1999-2001), la file active hospitalière a progressé de 17% à Cayenne, 8% à Kourou, mais de 92% à Saint Laurent. (Romeo, 2004)

De 1995 à 2001, la moitié des patients hospitalisés au CHOG (Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais) sont étrangers, pour la plupart surinamiens, dont un tiers en situation irrégulière[327]. La proportion de Noirs Marrons au sein des patients hospitalisés rassemble celle des patients surinamiens et une partie des français, elle serait de 70%. (DIM du CHOG, fédération hospitalière de France et al. (2002) ; Houette (1999) ; Meissonnier et al. (1997)).

L'hôpital est le principal employeur de la ville. Le personnel médical, les responsables administratifs et une partie des infirmiers sont métropolitains, le reste du personnel paramédical et administratif est créole, excepté quelques Noirs Marrons qui assurent des fonctions administratives peu qualifiées ou ménagères.
Outre l'hôpital, l'offre de soins biomédicale à Saint Laurent est constituée d'un secteur libéral (7 médecins généralistes, 2 infirmières, deux dentistes) et d'une PMI. Le reste de l'offre de soins biomédicaux dans l'Ouest de la Guyane est représentée par les centres de médecine collective. Seules trois associations[328] à Saint Laurent sont habilitées à accompagner les requérants d'une couverture maladie dans leurs démarches administratives. Aucune association ne délivre de soins, sauf une structure spécialisée dans la dialyse rénale. Les thérapeutes traditionnels noirs marrons sont nombreux à Saint Laurent (plusieurs dizaines).

De l'autre côté du fleuve Maroni, frontière de 520 km, s'étend le Surinam, ancienne Guyane hollandaise. La population surinamienne, près de trois fois plus importante que la guyanaise, s'accroît moins rapidement que celle-ci en raison surtout de son taux d'immigration négatif.
Si à Saint Laurent les Surinamiens sont noirs marrons, ces derniers ne représentent qu'un habitant sur dix au Surinam. Les Noirs Marrons du Surinam vivent dans l'intérieur du pays, qu'ils partagent avec les Amérindiens. Ceux qui vivent sur la rive surinamienne du fleuve Maroni ont pour la plupart de la famille sur la rive d'en face et les allers-retours sont fréquents. Ces brassages de population de part et d'autre du fleuve sont anciens, ils étaient déjà le fait des Amérindiens de l'époque pré colombienne.
Les caractéristiques épidémiologiques des deux populations, guyanaise et surinamienne, présentent de nombreuses similitudes. Les taux de mortalités, notamment infantiles et maternelles, sont néanmoins supérieurs au Surinam en raison des difficultés d'accès aux soins

[327] Au CISIH, ce sont 75% des patients qui sont étrangers, dont plus de la moitié en situation irrégulière au début de leur suivi (la plupart seront régularisés par la suite).

[328] L'une est spécialisée dans le VIH, l'autre la toxicomanie et la troisième la victimologie (l'abord sanitaire y est très accessoire, l'approche étant surtout juridique).

(Aldighieri et al. (2000) ; Fédération hospitalière de France et al. (2002)). Les moyens matériels et humains font en effet défaut dans les structures sanitaires surinamiennes depuis la guerre civile. Les venues pour soins d'une rive à l'autre du fleuve n'auraient cependant pas toujours suivi le sens qu'on leur connaît aujourd'hui : dans les années 70, l'offre de soins surinamienne était préférée à la française. Les habitants du fleuve, quelqu'en soit la rive, se faisaient soigner à Albina (la ville surinamienne en face de Saint Laurent) ou à Paramaribo (capitale du Surinam) plutôt que dans les dispensaires et les hôpitaux français, qui manquaient de moyens. Les choses ont changé avec la guerre du Surinam et la destruction de nombre de ses infra-structures, tandis que parallèlement l'offre sanitaire française prenait son essor. Aujourd'hui, les habitants de l'Ouest guyanais comme ceux de la rive surinamienne du Maroni ont recours aux quatre centres de santé français du fleuve, à l'hôpital et aux médecins généralistes de Saint Laurent. Il arrive d'ailleurs que le médecin du centre de santé d'Albina adresse ses malades dans un centre de santé français, à l'hôpital ou dans une pharmacie de Saint Laurent, avec un courrier ou une ordonnance, quand il a posé un diagnostic mais ne dispose pas des médicaments nécessaires[329]. Ces orientations sont acceptées par les soignants français, elles sont même parfois facilitées par les pompiers français qui viennent chercher les patients surinamiens après leur traversée du fleuve pour les amener à l'hôpital. Mais les projets de coopération ont surtout pour objectif l'amélioration de l'offre sanitaire à Albina et dans les centres surinamiens du fleuve de façon à ce que la population locale s'y fasse soigner au lieu de se rendre dans les structures françaises.

[329] Le voyage en pirogue à Saint Laurent coûtant beaucoup moins cher que les trois heures de bus jusqu'à Paramaribo, il peut être plus intéressant, pour certains médicaments, d'aller les chercher côté français, même si le patient n'y bénéficie d'aucune couverture maladie.

6.3 La délégitimation

On a qualifié précédemment de « délégitimante » la catégorisation des bénéficiaires de l'aide sociale, au nom de leur statut d'assistés (non cotisants) et de hors la loi de la société nationale (étrangers en situation irrégulière). La délégitimation s'étend à leur accès aux soins, perçu comme une charge excessive pour le système de protection sociale. Ces discours présentent volontiers les Français comme des victimes, en tant que cotisants contraints de supporter ce poids et qu'usagers privés des prestations qui devraient leur revenir au nom de la préférence nationale. La législation sociale est la cible des critiques en ce qu'elle prévoit cet accès, jugé trop large eu égard à la faible légitimité de ses bénéficiaires.
Ces représentations se traduisent dans les pratiques par l'application restrictive des textes prévoyant l'accès à une couverture maladie, en conditionnant l'ouverture de droits à des exigences abusives : l'accès aux soins des bénéficiaires de l'aide médicale est perçu comme une faveur octroyée à l'issue d'une négociation au cas par cas qui se rapproche plus de la charité ou de l'humanitaire que du droit commun, voire s'apparente à un véritable tri visant à écarter les bénéficiaires suspects de fraudes. Enfin, ces représentations et ces pratiques sont susceptibles de concerner tout étranger, voire toute personne d'allure étrangère, par « contamination » de l'illégitimité associée à la figure de l'étranger en situation irrégulière.

Nous allons présenter les catégorisations délégitimantes que certains professionnels de Guyane font de leurs publics. Une mise en perspective historique permettra de mieux comprendre les enjeux de ces catégorisations. On pourra alors exposer les pratiques concrètes, discriminatoires, opérées au nom de ces catégorisations.

6.3.1 Les représentations

En Guyane comme en métropole, ce sont surtout des professionnels administratifs qui expriment ces représentations délégitimantes, et les étrangers font partie du public ainsi catégorisé. Mais le contexte guyanais présente un certain nombre de particularités.

D'abord, ces représentations sont le plus souvent exprimées par des professionnels créoles, même s'ils ne sont pas administratifs. Ainsi, l'analyse va porter sur les représentations délégitimantes telles qu'elles sont exprimées par les Créoles. L'expression « les Créoles » à propos des acteurs les énonçant ne sous-entend cependant pas, bien sûr, que seuls les Créoles les énoncent et que tous les Créoles les énoncent. Il s'agit simplement d'un resserrement de l'analyse à leur cas particulier, pour en faire un « type de description » des acteurs exprimant ces représentations. Sauf précision contraire, tous les exemples qui vont suivre sont donc extraits d'entretiens menés auprès de professionnels créoles.

Ensuite, les « assistés », dans ces représentations, sont les étrangers issus des dernières vagues migratoires, depuis les années 60-70. La distinction entre étrangers réguliers et irréguliers vis-à-vis de leur séjour sur le territoire n'est pas aussi fréquemment invoquée que dans les discours tenus en métropole, le présupposé implicite étant que les étrangers en Guyane sont tous en situation irrégulière ou s'ils ont un titre de séjour, qu'ils l'ont obtenu « trop facilement ». Ils sont même souvent supposés, à Saint Laurent, du fait de la porosité de la frontière, être des sans papiers qui ne résident pas en Guyane mais qui y viennent ponctuellement pour profiter de son système socio-sanitaire.

Mais les assistés, ce sont également les populations guyanaises de l'Intérieur, noires marronnes et dans une moindre mesure amérindiennes. Même si ces populations ne sont pas des « nouvelles venues » sur le territoire, elles se voient reprochées le caractère récent de leur participation au système socio sanitaire, elles qui en étaient jusqu'à peu légalement exclues (du temps de l'Inini).

Ainsi, les « assistés » sont plutôt des étrangers, et plus spécifiquement des Haïtiens dans les discours tenus à Cayenne : créoles comme les Créoles de Guyane, nombreux et pauvres[330]. Ce sont plutôt des Noirs Marrons de l'Intérieur, dans les discours tenus à Saint Laurent, où ils sont particulièrement nombreux et, bien que primo-occupants[331] au même titre que les

[330] Les Haïtiens, qui représentent une des communautés étrangères les plus importantes quantitativement et dont les débuts de l'implantation sur le territoire sont antérieurs à la plupart des autres immigrations étrangères, sont en outre issus d'un pays très pauvre, ce qui « facilite » l'adoption à leur égard des discours tenus sur les étrangers qui viennent profiter de la Sécurité sociale française, gagner ou voler de l'argent qu'ils envoient ensuite au pays, etc.

[331] Quand nous faisons référence aux Noirs Marrons, sans précision de nationalité, c'est qu'il est question des Noirs Marrons français. Beaucoup des Noirs Marrons présents en Guyane sont cependant étrangers. Les Noirs Marrons étrangers, dans les discours analysés, sont tantôt assimilés au groupe des Noirs Marrons (leur attribuant des caractéristiques communes quelles que soient leurs nationalités), tantôt à celui des étrangers (les différenciant alors éventuellement des minorités guyanaises).

Créoles, sont nouveaux-venus au sein du système de protection sociale (ils étaient il y a peu résidents de l'Inini, donc exclus de ce système).
Les qualificatifs mobilisés en métropole pour contester le coût social des « assistés étrangers » (profit passif et absence d'ancienneté au sein du système de protection sociale) sont ainsi appliqués en Guyane aussi bien à des populations étrangères qu'à des populations françaises guyanaises.
Par ailleurs, les assistés, dans ces discours, outre les bénéficiaires de l'aide médicale, sont aussi ceux de la CMU[332], parmi lesquels étrangers et minorités de l'Intérieur sont supposés être surreprésentés[333].

Enfin, si le groupe des « autres » dépasse le cadre des étrangers au sens juridique du terme, celui des « nous », les assurés, se réfère en revanche à un cadre plus restreint que celui des Français. La catégorie « créole » est, dans ces discours, interchangeable avec celles de « Guyanais », de « Français » ou encore de « cotisants ».

Au total, en s'exprimant au nom des institutions officielles, avec la légitimité de l'Etat et de la Loi, les professionnels créoles peuvent faire coïncider catégories d'origine et catégories administratives (distinction assuré / assisté). L'illégitimité des assistés « contamine » celle des catégories ethno-raciales associées à ce statut administratif, à savoir les étrangers et les minorités de l'Intérieur. C'est d'ailleurs, selon Guillaumin (1972), le propre des acteurs majoritaires, d'intégrer les minoritaires dans le système symbolique qu'ils définissent eux-mêmes, cumulant l'initiative de la parole, le pouvoir d'assignation identitaire et la capacité d'action.

Ce cadre général étant posé, envisageons maintenant plus précisément les attributs associés aux groupes ainsi minorisés. Ils reprennent ceux présentés dans la typologie précédente, à savoir d'une part le bénéfice excessif avec privation des dominants (ici, les Créoles) et d'autre

[332] Les bénéficiaires de la CMU base sont des assurés sociaux (régime général de l'Assurance maladie), même si cette prestation n'est pas conditionnée par le versement de cotisations préalables.

[333] L'affirmation selon laquelle la proportion de bénéficiaires de la CMU et de l'AME est supérieure parmi les étrangers que parmi les Français est récurrente. Quoi que crédible, on ne peut pas l'attester car les agents de la Sécurité sociale interrogés (en Guyane comme en métropole) affirment ne pas être en mesure de fournir de données statistiques précisant la proportion d'étrangers parmi les bénéficiaires de la CMU (bien que cette donnée soit recueillie sur chaque formulaire de demande de CMU). On sait en revanche (cf. ci-dessus) que 48 % des allocataires du RMI y sont étrangers alors que les étrangers ne représentent « que » 29% de la population recensée en 1999.

part la conduite immorale. Cette dernière se décline différemment pour les minorités de l'Intérieur, c'est-à-dire surtout les Noirs Marrons, et pour les étrangers, avec une insistance sur l'infantilisme des premiers et la propension à la fraude des seconds.

6.3.1.1 « L'immaturité » des Noirs Marrons

Si les Créoles respectent l'organisation des revendications identitaires portées par les Amérindiens ces vingt dernières années, voire leur envient leur « autochtonie » reconnue, certaines remarques témoignent de leur mépris à leur égard, eux qui étaient il y a encore peu qualifiés de populations « primitives ».

Mais ce mépris des Créoles est surtout perceptible à l'égard des autres « ex-primitifs » guyanais, les Noirs Marrons. Ces derniers sont volontiers évoqués avec des termes suggérant un défaut de maturité, qui traduirait un processus d'assimilation inachevé.

Nous donnons ici au terme d'« assimilation » le sens que lui attribuent en particulier Francis, Warner et Smith, à savoir la transformation des nouveaux venus et la disparition de leurs groupes d'origine, assimilés dans une société d'accueil conçue comme une totalité intégrée, avec uniformisation culturelle. Il n'est donc pas question d'enrichissement mutuel des groupes en contact, comme le décrivaient les auteurs antérieurs de l'Ecole de Chicago. (Poutignat et al., 1995)

Les professionnels créoles connotent positivement cette assimilation, présentée comme le moyen d'accès à « la » civilisation scientifique et rationnelle d'une société moderne universelle. Quand on a présenté la distinction entre racisme universaliste et racisme culturel, on a associé au premier les représentations que nous qualifions de délégitimantes. Or le discours du racisme universaliste fait bien référence à une marche vers « le progrès », marche qui prétend intégrer dans la modernité les peuples croisés sur son chemin, en leur accordant un traitement individuel égalitaire (droits de l'homme et du citoyen) s'ils s'assimilent, en les exploitant ou les détruisant s'ils résistent.

Dans les discours créoles, l'assimilation est présentée comme un processus positif, mais en panne, bloqué par l'incapacité des Noirs Marrons. Cette représentation, selon Guillaumin (1972), serait caractéristique du majoritaire qui présume que le minoritaire est incapable d'acquérir « la culture », suggérant que son « insuffisance d'évolution » pourrait bien être naturelle. Ont ainsi pu être décrits chez les ex colonisés des processus mentaux pas assez

évolués, une irresponsabilité, une imprévoyance, etc., autant de qualificatifs également utilisés à l'encontre des femmes et de la classe ouvrière (classes dangereuses) à la fin du 19ème et au début du 20ème siècle. C'est cette symbolique de la « puérilité » que l'on retrouve dans certains discours créoles à l'égard des Noirs Marrons.

Or cette immaturité des Noirs Marrons, telle que la dépeignent les professionnels créoles, nuirait à l'utilisation optimale du système socio-sanitaire, dont les bienfaits seraient alors gâchés.

Ainsi, l'illettrisme et l'absence de compréhension des démarches administratives sont présentés comme des traces de l'époque pas si lointaine au cours de laquelle les Noirs Marrons étaient des étrangers de l'Intérieur, alors nommé territoire de l'Inini, où l'alphabétisation et les actes civiques tels que l'enregistrement des naissances sur les fichiers de l'état civil n'avaient pas cours. La persistance de leurs pratiques thérapeutiques traditionnelles (par *leur médecin de la forêt*) serait responsable d'une incompréhension et d'une mauvaise observance des soins biomédicaux[334]. Une puéricultrice de PMI s'irrite ainsi de ne pas trouver les jeunes accouchées à leur domicile quand elle vient les voir pour des consultations à domicile : c'est que les Noirs Marrons sont encore des *nomades*, vivant à la fois sur les deux rives du fleuve (côtés français et surinamien), qu'ils ne perçoivent pas comme une frontière, une séparation entre deux Etats, mais comme un lieu de passage, alors que les Créoles se réfèrent, eux, au territoire tel qu'il a été délimité en tant que colonie puis que département. On déplore enfin leur manque de savoir-vivre, infantile : ils entrent dans les bureaux de la PMI sans frapper, s'entêtent à reposer la même question à tout le personnel pour obtenir la réponse qu'ils veulent (un rendez-vous, une boîte de lait), ne viennent pas à leurs rendez-vous et ne s'en excusent pas, se passent devant les uns les autres en salle d'attente, etc.

Mais cette assimilation insuffisante est aussi suspecte, dans certains discours créoles, de traduire, au delà de l'incapacité, le refus de s'assimiler à la société occidentale telle qu'elle se présente via l'offre de soins et de couverture maladie.

> Pour cette puéricultrice, c'est d'ailleurs ce refus qui définit les Noirs Marrons, jusque dans leur nom : leur trait « constitutif » est leur marronnage initial, qui les oppose aux Créoles qui eux

[334] Ne transparaît pas dans ces discours le phénomène décrit par Taverne (1991, 1996), à savoir que les thérapeutes noirs marrons jouissent auprès des Créoles guyanais du plus fort capital de crédibilité, même si ces derniers méprisent volontiers ces sociétés qualifiées il y a encore peu de tribales. Les Noirs Marrons verraient en effet depuis quelques décennies leurs pratiques auréolées d'une aura de « pureté originelle », appréciée dans le contexte actuel de promotion des « cultures traditionnelles ».

ont été libérés à l'abolition de l'esclavage : *Avoir une couverture maladie, c'est se mettre dans un système, c'est respecter des lois, c'est s'intégrer. Mais est-ce qu'ils ont envie de s'intégrer ? C'est ça le problème, est-ce qu'ils désirent vraiment s'intégrer.* (...) *Le problème, quand on est intégré, c'est les lois : mais eux, ils se sont échappés, on les appelle les Noirs Marrons, ils ont pris leurs libertés, depuis les origines. Tout leur est permis, à Saint Laurent, ils prennent leurs libertés, ils nous imposent leur liberté*. Assurant connaître personnellement des Noirs Marrons intégrés, *qui ont été scolarisés, ils sont bien intégrés, il n'y a aucun problème*, la puéricultrice élude toute hypothèse sur des obstacles engendrés par la société elle-même que pourraient rencontrer les Noirs Marrons désireux de s'intégrer : pour preuve, certains y sont bien arrivés. Les Noirs Marrons ne sont donc pas les laissés pour compte de l'assimilation, ils s'en tiennent volontairement à l'écart.

Certains prédisent même que cette intégration, pathologique car partielle, par profit des avantages matériels (comme les prestations sociales) sans acceptation du cadre idéologique plus large (le système de productivité économique qui finance ces prestations) sera néfaste aux Noirs Marrons eux-mêmes : désormais incapables de se débrouiller pour trouver du lait à leurs enfants (ils viennent pleurer à la PMI pour en demander, puis le gaspillent parce qu'il leur a été donné), trop paresseux pour travailler sur leurs abattis, les grossesses précoces se multipliant par attrait pour les allocations familiales, etc. L'assimilation ne peut s'arrêter à mi-chemin : les intéressés ne pourront survivre dans la société occidentale, sans non plus pouvoir revenir à leur société traditionnelle, *au système de vie tribal, mais sans le savoir-faire, sans connaître la vie en forêt des anciens, puisqu'ils auront toujours vécu avec le modernisme*. (une aide soignante). Il y a bien ici reprise du discours de colonisateur, qui prône l'adhésion au progrès comme la seule voie possible.

6.3.1.2 Les fraudes des étrangers

Si le discours portant sur les Noirs Marrons insiste sur une intégration non réussie, celui qualifiant les étrangers évoque plutôt une invasion, celle du système socio-sanitaire et celle du territoire. Si on reproche aux premiers leur défaut d'assimilation à la société occidentale, on accuse les seconds de retourner en leur faveur les codes de cette dernière[335].

[335] Beaucoup des Noirs Marrons sont étrangers, mais quand dans les discours il est fait allusion aux Noirs Marrons sans précision de nationalité, c'est le plus souvent en référence aux Français. Quand la nationalité est précisée, les Noirs Marrons étrangers sont caractérisés par leurs exigence à l'égard de droits qu'ils connaissent trop bien (ils sont venus en Guyane pour ça) et les français par au contraire leur absence de repères et leur passivité (ils attendent que tout leur soit donné).

La Guyane, qui a connu la ruée vers l'or, attire aujourd'hui pour son système socio-sanitaire : *La Guyane, c'est l'Eldorado de l'Amérique du Sud*. Cette crainte de « l'appel d'air », exprimée également par des professionnels exerçant en métropole, est accrue en Guyane par la pauvreté des pays qui la cernent, la fluidité et la longueur de ses frontières[336] et le sentiment que l'Etat français n'oppose aucun contrôle aux flux migratoires, voire les encourage en offrant à tout étranger des droits qu'il n'a pas dans son pays, tels que la scolarisation de ses enfants ou l'accès aux soins. Les Créoles se positionnent ainsi à l'opposé des commentaires que l'on a présentés en introduction sur les politiques migratoires en Guyane, jugées excessivement répressives.

Le soin cristallise ces critiques.

Non seulement les étrangers viendraient en Guyane pour s'y faire soigner, mais en outre le soin serait si accessible que ses bénéficiaires seraient déresponsabilisés : pourquoi par exemple se donner la peine de faire les démarches nécessaires pour ouvrir des droits à une couverture maladie ou payer des factures quand l'hôpital est tenu d'accueillir les malades qui repartiront en se déclarant insolvables ou en laissant de fausses adresses ? De nombreux étrangers profiteraient ainsi de cette législation déjà très généreuse en consommant de façon abusive des services socio-sanitaires.

Les étrangers associeraient même soins et rétribution financière. Ainsi, certains d'entre eux déclareraient être venus à l'hôpital parce qu'on leur avait dit que de l'argent leur y serait donné, voire demanderaient à l'infirmière « *quand est-ce que le docteur va me donner mon argent ?* ».

Enfin, une fois intégrés via le système socio-sanitaire, les étrangers auraient toute facilité pour s'installer sur le territoire, ce système jouant le rôle de point d'accès au département. La couverture maladie et les antécédents de soins peuvent par exemple servir de preuves de l'ancienneté de la résidence en France, lors d'une demande ultérieure de titre de séjour ; certaines femmes étrangères en situation irrégulière présenteraient le carnet de santé de leur enfant né en France aux forces de l'ordre lors de contrôles dans la rue, en lieu et place d'une pièce d'identité et d'un titre de séjour, et certains agents l'accepteraient comme tels.

---

[336] Les frontières avec le Brésil et le Surinam font plus de 3000 km de longueur.

La maternité est l'exemple-type du soin associé à tous les abus. En attesterait la proportion d'étrangers dans le service d'obstétrique de l'hôpital Saint Laurent, plus élevée que dans les autres services de l'hôpital (65% des patientes en 2001), souvent en situation irrégulière (la moitié des patientes du service en 1996). Les accouchements de femmes étrangères seraient responsables du taux de natalité à Saint Laurent, le plus élevé de France[337]. L'intérêt de ces femmes serait moins sanitaire (pour la sécurité des accouchements hospitaliers ; elles se présenteraient d'ailleurs au moment d'accoucher, sans avoir pris la peine de se faire suivre en cours de grossesse) que social (« nombreux » avantages liés à la naissance en France, mais sans qu'elles consentent aux efforts demandés en contre-partie pour faire aboutir leurs démarches de couverture maladie et permettre à l'hôpital d'être remboursé ; par la suite, les allocations familiales seraient trop souvent dépensées pour servir bien d'autres intérêts que celui de l'enfant). On suspecte d'ailleurs que le versement d'allocations motive les multiparités élevées et que les « trafics de reconnaissance » soient des moyens de détourner le droit au séjour : des femmes étrangères ayant accouché en France feraient reconnaître mensongèrement leur enfant par un Français[338]. Le service accueillant le moins d'étrangers étant celui de pédiatrie (18% d'étrangers en 2001), on peut en conclure que les enfants qui naissent à Saint Laurent n'y sont pas tous suivis et donc n'y vivent pas, ce qui conforte les commentaires sur les femmes surinamiennes venant à Saint Laurent uniquement pour y accoucher. Cette multiparité est enfin perçue comme une menace démographique pour la communauté créole et l'emblème de mœurs archaïques (un agent remarque que l'espace réservé au relevé des enfants, sur les formulaires de la Sécurité sociale ou de la CAF, est insuffisant pour les familles étrangères).

Comme en métropole, ces représentations sur l'excessive générosité de la législation sociale quand elle s'applique aux étrangers et sur le profit abusif[339] qu'en font ces derniers s'appuient

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

[338] Non seulement un enfant reconnu par un Français acquiert automatiquement la nationalité française (droit du sang), mais en plus son parent étranger est protégé de l'expulsion puisqu'un enfant français est inexpulsable, et on ne peut pas séparer les familles, en vertu de l'article 8 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme qui garantit le droit de vivre en famille (notons qu'en revanche un enfant né en France mais non déclaré par un Français, qui n'a pas atteint sa majorité et n'est donc pas encore français, peut être expulsé, et ses parents avec lui s'ils sont sans papiers). Les femmes étrangères peuvent également faire reconnaître leurs enfants par des étrangers détenteurs d'un titre de séjour, ce qui permet à ces derniers de toucher des allocations familiales (mais pas de déclarer l'enfant comme français) s'ils déclarent avoir la charge de l'enfant.

[339] On peut difficilement statuer sur la « réalité » de ces abus, étant donnée la rareté des données quantitatives ventilées selon la nationalité. On peut cependant constater le faible taux de couverture par l'AME (décrit plus haut) et remarquer que les rares usagers étrangers que nous avons rencontrés semblaient largement ignorer leurs droits sociaux. Enfin, en ce qui concerne les venues pour soins, on peut noter que dans l'échantillon d'une

sur des méconnaissances patentes des règles de ce système, auquel on attribue une accessibilité plus grande qu'elle ne l'est en réalité[340]. Elles justifient alors d'une « adaptation » locale de la règle : une aide soignante exprime par exemple le souhait que les allocations familiales des étrangers noirs marrons soient plafonnées en raison de leur nombre élevé et de leur forte fécondité. Et là comme en métropole, les commentaires des pouvoirs publics vont dans le même sens. Ainsi en septembre 2005 le ministre de l'Outre-mer envisageait de remettre en cause l'accès à la nationalité des française des enfants nés en outre-mer[341] de parents étrangers. Laissant entendre les mêmes inexactitudes qu'entendues sur le terrain (sur l'acquisition de la nationalité française dès la naissance pour les enfants de parents étrangers), il suggérait que la situation « exceptionnelle » qui y prévaut (relayant les allégations sur les « fraudes » des femmes étrangères) pouvait justifier de modifications locales du droit de la nationalité. (Calvès, 2005) On va revenir plus loin sur ce dernier point ainsi que sur les pratiques discriminatoires fondées sur ces représentations délégitimantes, dont une partie a pour objectif de freiner l'accès au territoire via une restriction de l'accès aux soins.

6.3.1.3 Les Créoles, victimes accusées

Les Créoles regrettent donc que le système ne requière pas l'adhésion pleine et entière des Noirs Marrons (d'où une consommation irresponsable du système de soins, qui est gâché, par incompréhension de l'importance du soin et de son coût) et qu'il n'oppose aucune résistance aux fraudes intentionnelles des étrangers. Caractérisant le système par son hyper accessibilité, ils écartent implicitement toute hypothèse sur d'éventuelles difficultés à y accéder.

> Une infirmière libérale explique qu'elle fait payer les gens non assurés puisque de toutes façons *ils en ont, de l'argent, ils ont les allocations familiales, ils vivent des dispositifs*.

---

récente étude de l'ORS Ile de France (2006) réalisée en population générale en Guyane, 72% des personnes nées à l'étranger ne connaissent pas l'existence des traitements antirétroviraux contre le VIH (contre 56% pour les personnes nées en Guyane et 25% pour les personnes nées en métropole).

[340] De nombreux professionnels affirment que les enfants nés Guyane de parents étrangers sont français dès leur naissance (inexact sauf si l'un au moins des parents est français) et que si la maternité de Saint Laurent avait un statut international, ces étrangers ne pourraient plus bénéficier d'allocations familiales (inexact si le parent en charge de l'enfant vit en situation régulière en Guyane), ignorent qu'un titre de séjour est nécessaire au versement des allocations familiales, etc.

[341] à Mayotte mais aussi en Guyane (dans un avant projet de loi).

Les étrangers comme les « intrus » de l'Intérieur seraient même coupables de mettre en danger le système, par les flots de prestations demandées et accordées sans contrôle et sans demande d'effort en retour.

> Le soin ne se concevrait plus que gratuit, d'où une surconsommation et le refus de payer quoi que ce soit : les femmes noires marronnes refuseraient désormais d'acheter des médicaments prescrits non remboursés : *On voit des femmes parées d'or, bien habillées, mais quand on leur dit qu'il faut acheter une boîte de fumifer, elles disent que c'est impossible*.

Il est reproché à l'Etat central de laisser ouvert aux « non méritants » le système socio-sanitaire mais également le territoire et la société guyanais, les champs de l'accès aux soins et du droit au séjour étant étroitement mêlés. Face à cette invasion de « leur » territoire et de « leur » système socio-sanitaire, les Créoles expriment leur amertume.

De par leur intégration ancienne au système, ils se trouvent en effet en position d'œuvrer à l'intégration de ces non méritants : en tant que professionnels de l'accès aux soins, et en tant qu'assurés cotisants et contribuables qui assurent le financement de ce système. Par exemple, face à l'attitude infantile des Noirs Marrons, ils regrettent de devoir endosser un rôle d'éducateurs, amenés à reprendre leurs explications encore et encore, à couper court aux caprices, à négocier les efforts mutuels (par exemple, à la PMI on n'accepte de parler taki taki que si en retour les femmes essaient d'apprendre le français).

Surtout, ils se disent débordés dans leurs activités professionnelles par les flots d'étrangers et de Noirs Marrons. Si les agents CGSS reconnaissent à demi-mot certains dysfonctionnements de leur institution (les délais de traitement, les pertes des dossiers, etc.), c'est pour mieux souligner les contraintes organisationnelles auxquelles les soumet l'importance des flux de demandes. La masse de dossiers à traiter accuserait la difficulté du transfert des dossiers de l'ancienne aide médicale départementale par la DSP[342] vers la CGSS. Les étrangers et les Noirs Marrons perturberaient ainsi le fonctionnement de la CGSS par leur afflux, mais aussi par leur refus de coopération (les agents de guichet se plaignent de devoir convaincre, arracher des bribes d'information à des requérants mutiques qui agacent, suspects de passivité (Noirs Marrons) ou au contraire de connaître la législation et de cacher intentionnellement des éléments (étrangers)) et surtout par le supplément de vérifications qu'impliquent leurs dossiers : familles très nombreuses (donc beaucoup d'ayants droits à examiner), erreurs involontaires (l'illettrisme est source de nombreuses difficultés pour compléter les

[342] La DSP (Direction de la Solidarité et de la Prévention) assurait, au sein du Conseil Général, la gestion de l'aide médicale départementale, avant la réforme CMU.

formulaires, présenter les pièces justificatives attendues, etc.[343]) mais aussi déclarations sur l'honneur mensongères. Ainsi pour une responsable CMU-AME, ce sont les dossiers d'AME, c'est à dire d'étrangers en situation irrégulière, qui posent le plus de problèmes, alors même qu'ils sont les plus simples (moins de justificatifs sont demandés que pour la CMU).

Les Créoles regrettent de ne pas être reconnus comme les véritables maître d'oeuvre de ce système et de cette solidarité dont bénéficient ces « autres » (sans les cotisations des travailleurs créoles, pas de prestations à distribuer) et de ne plus être que des prestataires à leur service : *Ils ne comprennent pas que si eux ne payent pas, nous on paye. (...) pour eux, c'est la gratuité, point final, alors ils exigent* (...) *Ils ont une attitude passive : on leur doit tout.*

Les Noirs Marrons viennent demander les services qui les intéressent mais ils sont indifférents aux bribes de savoir que les Créoles voudraient leur transmettre, et qui traduisent leur intégration ancienne au système (recul que permet leur longue expérience du système occidental).

> Ils viennent par exemple réclamer des médicaments ou du lait à la PMI mais sont indifférents aux conseils hygiéno-diététiques que voudrait leur donner le personnel, voire s'en moquent, humiliant les Créoles impuissants à les contraindre à plus de discipline.
>
> Une agent de PMI regrette que le personnel de la PMI ne soit pas plus ferme en matière de langue : si on leur parlait plus français et moins taki taki, les femmes noires marronnes qui sont allées à l'école en France feraient quelques efforts pour parler français. Une anecdote qu'elle raconte illustre l'amertume des Créoles à tenir ce rôle d'éducateur dépourvu de tout moyen de pression puisque le système accorde de toutes façons aux requérants ce qu'ils veulent. Un jour, cette employée colle sur les murs de la cour où les patientes attendent leur tour des affiches présentant une formation de français gratuite. Ces affiches sont rédigées en taki taki et en français. Quand elle revient un peu plus tard pour chercher la personne suivante, elle s'aperçoit que « ses » affiches sont à terre, déchirées. Elle demande ce qui s'est passé, n'obtient pour toute réponse que des gloussements. *J'étais dégoûtée !* s'exclame-t-elle.

[343] Lors d'une demande de carte vitale, les informations issues des fichiers d'Etat civil sont confrontées avec celles des fichiers de l'Assurance maladie. Si les informations ne concordent pas, la carte vitale ne peut pas être éditée. Les divergences d'informations données aux diverses administrations peuvent être intentionnelles ou non. Les personnes analphabètes ne pouvant pas compléter elles-mêmes les formulaires requis par les différentes administrations (CAF, Assurance maladie, état-civil, Assedic, etc.), ce passage obligé par un tiers se traduit par de fréquentes approximations (par exemple, pour les dates de naissance des enfants) qui entraîneront des blocages lors de la vérification auprès des autres sources d'informations.

Les étrangers, de leur côté, non contents d'envahir le système de soins et le territoire, éventuellement en brandissant les droits que leur accorde la République (par exemple en prenant un avocat pour réclamer des places à l'école pour leurs enfants), se jouent de l'incapacité dans laquelle se trouvent les Créoles de freiner leurs abus :

> *On est ridicule face à cette situation*, constate un agent CGSS à propos des déclarations sur l'honneur en matière de résidence et de revenus, lors des demandes d'AME, acceptées puisque impossibles à vérifier, alors que souvent fausses (ce que *tout le monde sait*).
>
> La directrice d'un service de facturation hospitalier raconte comment, au lieu de donner une adresse où on pourra leur envoyer la facture pour les frais de séjour, les étrangers se contentent de répondre qu'ils habitent « *derrière le Chinois* », ou « *chez un ami* », ou prétendent qu'on leur a volé leurs papiers d'identité. Quand ils donnent une adresse d'hébergement, il est de toutes façons impossible de la vérifier car quand les agents de police passent, on leur répond que la personne vient juste de sortir.

Pire, les étrangers prennent la place des Créoles : l'offre socio-sanitaire, saturée par les intrus, n'est plus accessible à l'honnête cotisant créole.

> Une agent de PMI, assimilant « sidéens » à « étrangers » et à « assistés », raconte l'histoire de *quelqu'un, assuré social, qui a cotisé toute sa vie*, qui devait être hospitalisé en urgence, qui a dû être envoyé l'hôpital de Cayenne parce que *l'hôpital de Saint Laurent était plein à craquer, plein de sidéens !!* (…) *C'est un manque de respect par rapport à ceux qui cotisent*. *On a quand même le droit de vouloir le meilleur pour sa santé, c'est le droit du citoyen qui travaille*.

Mais prendre la place des Créoles, c'est aussi, plus largement, peu à peu leur ressembler.

> *Il y a eu une immigration haïtienne balbutiante dans les années 70, mais c'était résiduel, et à la limite je me souviens très bien, j'étais bien jeune à cette époque, tout le monde s'en amusait parce qu'on disait « on dit que tous les Nègres se ressemblent mais là on peut pas les confondre », c'était le plouc, quoi, le mec qui marchait au bord de la route avec un sabre enroulé dans du papier journal, c'était un Haïtien. Et puis petit à petit on s'est aperçu que l'Haïtien, il n'a plus de sabre, il a une débroussailleuse, il n'est plus à pieds, il a une mobylette et puis il travaille dans des sociétés, et puis il est dans le bâtiment, et puis il est chauffeur de taxi, enfin bon.* (un agent hospitalier)

Or cette assimilation se fait au dépends des Créoles.

> Cet agent qui exerce à Cayenne raconte la « façon haïtienne » d'arriver à ses fins à force de persévérance, sans provoquer le courroux des autorités et en laissant leurs victimes guyanaises sans possibilité de recours :

Voyez, le Haïtien, c'est pas le gars qui ira braquer une station service ou qui ira braquer un Chinois, pas du tout, ça, pas de problème. Mais c'est quelqu'un qui va finir par enquiquiner son environnement parce que il va grappiller tout ce qu'il peut. Si vous avez une barrière, il ne va pas passer par-dessus, mais si vous n'avez pas de barrière, il va vous piller votre avocatier, il va vous piquer vos fruits, si vous avez un abattis, ça sera votre associé, et puis au bout d'un moment, basta.

L'agent donne l'exemple des propriétaires de terrains inexploitables car protégés par un arrêté de Biotope. Les malheureux paient non seulement des impôts locaux, mais aussi des amendes pour les nombreux abattis clandestins installés par des Haïtiens qui ne respectent pas la propriété privée, encore moins l'environnement guyanais, et vivent aux frais des Guyanais contribuables.

Il s'agit d'un véritable pillage du département :

Mais toutes ces allocs-là partent sous forme de dollars en Haïti, il faut pas oublier que la diaspora haïtienne est la première source de devises ... (...) un Haïtien, il gagne toutes les aides possibles et imaginables, il travaille au noir à côté de ça et puis tout ce pognon-là, il part en Haïti. Bon, c'est le but de l'immigration, hein, il est pas venu ici, non plus, pour développer la Guyane, hein, il est venu pour lui d'abord. (...) La pression du nombre va faire qu'un jour ce truc-là, ça va péter. (...) quand je dis « ça va péter », c'est ... qu'est-ce que vous voulez que les mécontents fassent ? Rien ! S'ils font la grève des impôts, eux ils sont solvables, on va saisir. Et ils ne pourront pas aller mettre des baffes aux gens de la CAF pour qu'ils ne payent pas les allocs. Donc, quand on dit « ça va péter », c'est que les relations de mauvais voisinage vont s'établir avec les Haïtiens, moi je vois dans mon quartier, c'est bien parti déjà.

Ce professionnel raconte comment les Haïtiens ont été expulsés du carnaval guyanais. On peut supposer la force symbolique de cette expulsion, puisque selon Jolivet (1994) le carnaval, principal temps fort de la vie socioculturelle guyanaise, est un événement pétri d'enjeux identitaires. C'est en effet à la fois la dernière grande manifestation collective de la culture créole, où s'affirme la capacité guyanaise à assimiler les nouveaux venus, et l'occasion d'intégrer en tant que tels des groupes porteurs d'autres cultures et d'autres traditions carnavalesques.

On retrouve ainsi les discours tenus en métropole sur la législation sociale plus favorable aux étrangers qu'aux méritants :

Les Créoles en ont ras le bol de ces gens qui viennent et ont tout gracieusement, alors que les Créoles travaillent et gagnent 50 F de trop, alors tout est fermé.

Enfin les Créoles, dont l'activité professionnelle est bouleversée par l'afflux des « autres » et le non respect de leurs devoirs, dont le rôle d'acteurs responsables n'est pas reconnu par ceux

qui en bénéficient, et qui sont évincés en tant qu'usagers du système voire de membres de la société, se trouvent en outre, comble de l'injustice, accusés des maux que connaît la Guyane. En tant que « représentants du département », on leur attribue la responsabilité des tristes records départementaux (taux de chômage, de RMI, de CMU, déficit budgétaire des hôpitaux, etc.), stigmatisants et qui évoquent l'archaïsme, tels que le taux de natalité le plus important de France détenu par la maternité de Saint Laurent (attribué par les Créoles à des femme surinamiennes qui en outre arrivent « à la dernière minute » sans avoir été suivies en prénatal, d'où un taux élevé de pathologies périnatales) et la résurgence de pathologies importées par les étrangers (*Notre pauvre Guyane, qui a déjà son bagne sur le dos, en plus elle a ces maladies qu'on lui amène depuis l'autre côté*). La critique (« la Guyane coûte cher à la métropole car il y a beaucoup d'assistés et peu de contribuables ») devrait ainsi être reportée sur ses étrangers : des contribuables, il y en a, mais ils sont noyés dans la masse d'étrangers non cotisants.

> *Parce qu'on a tendance à dire « ha vous, les Guyanais, vous coûtez cher à la France, etc. », mais c'est pas le Guyanais qui coûte cher à la France, le Guyanais il ne coûte pas un rond à la France, ceci dit la France a décidé d'accueillir sur sa terre de Guyane, et bin qu'elle s'en donne les moyens.* (…) *Il y a des gens qui se sont décarcassés pour acheter un terrain et il y a des abattis sauvages dessus et pour les déloger c'est tout un problème.* (...) *alors la personne qui fait vite fait le bilan de ce truc-là et qui se dit « mince, ils vivent sur mon compte parce que je paye des impôts et j'ai pas droit à la moitié de ce à quoi ils ont droit, mes mômes partent en études, j'ai pas de bourse pour mes mômes parce que je gagne 200 francs de plus que le plafond, en plus ils viennent me piquer mes affaires, et après on dit que c'est moi qui coûte cher ... »*
>
> *Et ces gens ont bien raison : même sans papiers, ils vivent mieux ici que chez eux : ils ont plus d'argent que nous, ils travaillent au noir, et c'est net d'impôt.*

L'Etat français est mis en cause car il laisserait être accusées les victimes de sa politique d'immigration non assumée.

6.3.1.4 La responsabilité de l'Etat

Une particularité du discours créole, comparé à celui recueilli en métropole, réside ainsi dans le rôle donné au « troisième acteur » : entre les agresseurs (les étrangers et les Noirs Marrons) et leurs victimes (les Créoles), se tient la figure ambiguë de l'arbitre-témoin, attribuée à l'Etat.

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

D'abord, au pouvoir central (concentré ou déconcentré), perçu comme distant, en terme de kilomètres comme d'identité ethnique, est opposé un pouvoir local (le Conseil général, la DSP, la mairie ...) en prise avec une réalité de terrain conflictuelle découlant directement des décisions prises « d'en haut » par le premier. Cette distinction pouvoir central/pouvoir local est sous-tendue par une caractérisation du premier acteur elle aussi spécifique au terrain guyanais puisque le « nous » est l'habitant du département, et non de la nation, c'est le Guyanais, et plus précisément encore, le Guyanais créole.

Ensuite, les Créoles présentent leurs relations avec les « autres », dans le domaine de l'accès aux soins, comme imposées par l'Etat, puisque la législation sociale les place en position de travailler à leur intégration au système socio-sanitaire. Cette insistance sur le rôle de l'Etat est par ailleurs élargie à la question de l'immigration. En effet, si l'Etat dépeint dans le discours créole tient ce rôle de grand ordonnateur si peu conséquent, tel qu'il transparaît aussi dans certains discours métropolitains, ce n'est plus uniquement dans le cadre de la réglementation en matière de couverture maladie, c'est aussi dans celui de l'immigration. L'Etat se voit ainsi maintes fois reproché de ne pas tenter de mieux contrôler les flux migratoires qui assaillent la Guyane. Les thèmes « couverture maladie » et « droit au séjour » sont de façon générale étroitement liés dans les discours créoles, puisque les étrangers sont accusés de venir envahir la Guyane dans l'optique, d'abord, de profiter de son système socio-sanitaire. Or même s'il lui est reproché par les Créoles de ne pas l'être suffisamment, on a déjà remarqué que l'Etat affiche une volonté de plus grande fermeté, en matière de politique d'immigration, en Guyane[344] qu'en métropole, en présentant la situation migratoire locale comme dangereuse et justifiant de mesures « spécifiques » telles que l'adaptation locale des dispositifs de répression de l'immigration irrégulière voire du droit de la nationalité[345]. Même si elle est jugée trop peu

[344] Mayotte (récemment) et l'Ile Saint-Martin (dans les années 90) font avec la Guyane (de façon plus récurrente) l'objet des commentaires politiques les plus vifs en la matière.

[345] Le ministre de l'Outre-mer déclarait ainsi en septembre 2005 : « (…) A Mayotte et en Guyane, par exemple, plus d'un habitant sur quatre est un étranger en situation irrégulière. (…) Si, en métropole, on avait le même taux d'immigration clandestine, cela ferait 15 millions de clandestins sur le sol métropolitain. Vous imaginez les tensions sociales possibles. (…) A situation particulière, politique particulière. En Guyane, les frontières avec le Brésil et le Surinam ont une longueur totale de près de 3 000 kilomètres. Il est impossible de les surveiller mètre par mètre. (…) Une loi viendra dans les tout prochains mois compléter ce dispositif de mesures de gestion en

audacieuse par les Créoles, cette position ne peut que conforter les représentations délégitimantes sus-décrites et les pratiques que l'on a va présenter ci-après.

6.3.2 Mise en perspective socio-historique

Intéressons-nous maintenant à l'inscription des représentations sus rapportées au sein des rapports qu'entretiennent les Créoles avec les trois sous-groupes identifiés : l'Etat, les minorités de l'Intérieur et les étrangers[346]. Cette inscription dans des relations inégalitaires et un ordre hiérarchique s'est faite sur le long terme.

6.3.2.1 La segmentation raciale

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

Au cours de la seconde moitié du 17ème sicle, le peuplement européen ne progressant pas, démarre l'importation d'esclaves en provenance d'Afrique. Le système esclavagiste va perdurer deux siècles. Comme dans les autres plantations, les maîtres sont blancs et libres, les travailleurs sont noirs et esclaves, et la segmentation raciale devient peu à peu la clé de voûte

procédant à l'indispensable adaptation de notre droit à ces situations particulières. (…) La loi doit s'accompagner de moyens conséquents et d'une implication forte de toutes les administrations de l'Etat. Je m'engage à veiller à ce que cette politique soit appliquée de manière prioritaire par nos préfets, hauts commissaires, gendarmes, policiers, douaniers, et que l'armée puisse nous apporter son concours dans les zones difficiles. (…) » . (« Le droit du sol ne doit plus être tabou », propos de François Barouin recueillis par Sylvie Pierre-Brossolette, le Figaro, 17 septembre 2005) Le ministre envisageait par ailleurs de modifier le droit du sol à Mayotte pour dissuader les femmes étrangères de venir y accoucher, proposition qui concernait également la Guyane dans un avant-projet de la loi : les enfants nés de mère étrangère (près de 60 % des naissances en Guyane en 2004) n'auraient plus le même accès à la nationalité française que ceux nés en métropole de parents étrangers. On a dit la récurrence des commentaires tenus en Guyane sur les accouchements de femmes étrangères et on peut supposer la résonance que peuvent y trouver les propos du Ministre.

[346] Les propos développés ici s'inspirent des travaux suivants : Bonniol (1992) ; Chérubini (1986) ; Collomb (2001) ; Fauquenoy (1990) ; Gallibour (1996) ; Lingibe (1998) ; Lochak (1992) ; Marchand-Thébault (1987) ; Mam-Lam-Fouck (1987)) et tout particulièrement ceux de Jolivet (depuis 1982).

du système (en témoigne l'évolution du Code Noir[347]), elle se juxtapose à la stratification sociale (maîtres/travailleurs) et à la coupure juridique (libres/esclaves) pour donner au système son troisième « verrouillage » (Bonniol, 1992).
Son empreinte marquera cependant moins nettement qu'ailleurs - notamment dans les Antilles voisines - la structuration de la société créole guyanaise qui s'épanouira après l'abolition de l'esclavage. Ainsi, la perception de la couleur de peau n'a pas servi de moyen exclusif de différenciation sociale et la « barrière de couleur » (tous les métis rejoignent les Noirs dans le groupe de couleur, le groupe blanc restant non métissé) n'est pas prégnante en Guyane, comme en témoignent par exemple deux absences : pas de terminologie complexe pour décrire les différentes nuances de la coloration de l'épiderme, pas d'attention minutieuse portée aux généalogies.

A cette moindre rémanence de la segmentation raciale, plusieurs explications ont pu être avancées.

> Certaines s'inscrivent dans le passé esclavagiste et les difficultés du développement des plantations guyanaises. Peinant à prendre pied dans un milieu naturel hostile, isolée du trafic des armateurs (courants et vents sont défavorables à l'accès de ses côtes, et surtout elle offre peu de ressources intéressantes pour les commerçants) et présentant peu d'intérêt aux yeux de sa métropole (sinon qu'en tant que soutien logistique pour les colonies antillaises), la colonie guyanaise reste peu développée démographiquement et économiquement. Elle s'installe dans un cercle vicieux : les colons étant trop pauvres pour acheter des esclaves, leurs plantations ne peuvent pas s'enrichir. Dans la plupart d'entre elles (400 sur 500), on compte moins de dix esclaves, qui partagent souvent les conditions de vie, misérables, de leur maître (ces habitations ne représentent certes qu'une minorité des esclaves puisque ces derniers sont majoritairement regroupés dans la centaine de « grandes plantations » que compte la colonie) : la dichotomie des statuts s'en trouve peut-être amoindrie.
>
> Les autres, plus convaincantes, intéressent la suite de l'histoire guyanaise. Retenons-en trois.

[347] Le Code Noir promulgué en 1685 définit la condition juridique des esclaves, êtres meubles qui peuvent, par l'affranchissement, jouir des mêmes droits que les personnes nées libres. Ce texte oppose simplement des hommes libres à des esclaves (certes noirs).
Même si la race n'y apparaît toujours pas en tant que catégorie juridique, la seconde version du Code Noir (introduite en Guyane en 1741) oppose désormais des *Noirs* ou des *Nègres*, libres ou esclaves, à des *Blancs*, les premiers, mêmes libres, ne pouvant plus jouir des mêmes droits que les seconds. Sous la pression des colons, les textes juridiques font ainsi correspondre distinction de statut et distinction de couleur de façon à ce que ceux qui ont le statut juridique des Blancs mais qui sont de couleur (les affranchis, leurs descendants, les métis) ne puissent plus être traités comme des Blancs. (Bonniol, 1992 ; Lochak, 1992)

Après 1848, les libérés refusent de rester travailler sur les plantations, ils se dispersent sur le vaste territoire guyanais, défrichent des lopins de terre, installent leurs habitations et développent une agriculture de subsistance. Les plantations vont rapidement disparaître, incapables de faire face à la fuite de leur main d'œuvre, ni d'en faire venir suffisamment d'ailleurs (les travailleurs engagés d'Inde, etc.). Le groupe des colons blancs va s'éteindre avec elles, à la fin du 19ème siècle (ils sont nombreux à être repartis en métropole, les autres se sont métissés). Il n'y a donc plus de pôle blanc créole.
La situation est bien différente aux Antilles, où les libérés, ne jouissant pas du même espace qu'en Guyane, n'ont pas pu quitter massivement les plantations : contraints de rester sur les terres de leurs anciens maîtres, le pôle blanc créole perdure, y conservant le pouvoir économique, avec perpétuation du rapport de domination antérieur[348].

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

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

[348] Jolivet (2000) modère cependant cette assertion, en référence à la thèse de Christine Chivallon, « Espace et identité à la Martinique. Paysannerie des mornes et reconquête collective 1840-1960 », Paris, CNRS éditions.

6.3.2.2 L'assimilation et le rapport aux autres

Mais si le processus de conditionnement idéologique enclenché par le système esclavagiste guyanais ne s'attache pas, ou moins qu'ailleurs, aux aspects phénotypiques, il n'est pas pour autant absent de la société créole : c'est sous la forme de l'assimilation, au sens où l'entend Jolivet d'occidentalisation, qu'il l'imprègne toute entière. C'est une assimilation d'abord contrainte, du temps de l'esclavage (christianisation et inculcation de valeurs morales telles que celle du travail)[349], qui a pris de la puissance pendant la ruée vers l'or (les Créoles aspirent à quitter l'austérité des placers pour rejoindre les rangs des commerçants, sur le littoral) et s'est épanouie avec la départementalisation et l'importation qu'elle a impliquée, via les fonctionnaires métropolitains entre autres, du mode de vie occidental.
L'étude du processus d'assimilation nous semble ainsi potentiellement plus heuristique que celle de la segmentation raciale. Déroulons-en le fil chronologique pour mieux saisir les enjeux des positionnements identitaires des Créoles vis-à-vis des trois groupes de protagonistes qui nous intéressent, à savoir les Noirs Marrons, les étrangers et l'Etat.

Les Noirs Marrons, avec les Amérindiens, se sont vus attribués les positions les plus basses de la hiérarchie sociale. Les Créoles ont en effet non seulement adopté les valeurs et les ambitions de la société occidentale, mais ils ont aussi, dans un même mouvement, marqué leur séparation d'avec les exclus de cette dynamique[350] - une exclusion d'ailleurs pas seulement imposée, Noirs Marrons et Amérindiens n'affichant pas de désir d'intégrer ladite société et vivant entre eux dans l'Intérieur. Cette exclusion trouve en effet une traduction spatiale avec le partage administratif de la Guyane en deux arrondissements en 1930. A la bande côtière du Nord s'oppose désormais l'immense territoire de l'Inini au Sud, qui couvre les 9/10ème du pays et où résident principalement Noirs Marrons et Amérindiens, populations dîtes « tribales » (selon la terminologie couramment employée à l'époque, qui avait succédé à celle de « primitives » qui elle-même s'était substituée à celle de « sauvages », toutes

[349] Côté Surinam au contraire, la politique aux 17 et 18èmes siècles était de renforcer l'opposition culturelle entre les colons blancs et les esclaves : les premiers incitent les seconds non pas à assimiler les valeurs occidentales, mais au contraire à maintenir leur culture originelle. Résultat, Noirs Marrons et Créoles (descendants des esclaves émancipés) surinamiens partagent conceptions et pratiques, au sein d'un ensemble culturel afro-surinamien auquel n'appartiennent pas complètement les Créoles guyanais. (Vernon, 1992)

[350] On peut dresser un parallèle avec les Antilles des 18-19èmes siècles, où les mulâtres (dont le plus souvent la mère est noire et le père blanc) se démarquent des Noirs pour mieux se rapprocher des Blancs. « (…) un mulâtre hait son père et méprise sa mère. » (Schoelcher cité par Bonniol (1992))

chargées des mêmes connotations péjoratives). En 1947, seul le littoral est concerné par la départementalisation, le territoire de l'Inini se voit accordé l'ambigu statut de « nation indépendante sous protectorat ». Vingt ans plus tard, si les élus guyanais (créoles) demandent l'intégration de l'Inini au département de la Guyane, ce n'est probablement pas par solidarité avec les peuples qu'il abrite. Bien plutôt, les réserves en bauxite, or et bois que recèle ce territoire éveillent des intérêts politiques. Les subventions publiques versées aux communes étant proportionnelles à leurs populations respectives, les Amérindiens et les Noirs Marrons de l'Inini sont alors très volontiers enregistrés sur les registres d'état civil[351]. L'Etat français, heureux d'en finir avec les relents coloniaux du statut de l'Inini, accepte de supprimer celui-ci. La Guyane, désormais département français dans l'intégralité de son territoire, fait alors l'objet d'un nouveau découpage administratif en deux arrondissements, Est et Ouest.

A partir des années 70, les Créoles commencent à prendre leurs distances avec le processus d'assimilation. Celui-ci était soutenu par l'espoir de chacun de connaître une promotion sociale, pour lui-même ou pour ses enfants. Mais les tentatives successives de décollage économique départemental se sont toutes soldées par des fiascos, et bien qu'elle soit plus instruite que la précédente, la jeune génération doit faire face à un chômage important. La prise de conscience progressive de l'échec de ces projets économiques conduit à une remise en cause de l'idéologie dans laquelle ils s'inséraient. Se détournant de l'idéal occidental, les Créoles interrogent alors leur propre identité culturelle. Ces interrogations sont à l'origine d'un renversement d'attitude vis-à-vis *des étrangers*. L'intégration de ces derniers, déjà compliquée par les difficultés économiques du département (dont les Créoles leur font porter la responsabilité) est encore fragilisée par l'interrogation des Créoles sur leur identité ethnique, depuis que l'immigration importante des dernières décennies les a réduits à l'état de minorité[352] : la recherche d'une culture « authentique » - la créolité - met à mal le processus de créolisation.

[351] Depuis, les temps ont changé, les jugements déclaratifs de naissance sont désormais très difficiles à obtenir en raison de la suspicion de fraude dont fait l'objet tout individu se déclarant français mais non enregistré à l'état-civil peu après sa naissance. (cf. l'annexe sur la question)

[352] La peur de se perdre par cohabitation forcée et la hantise de la décadence, par des groupes sociaux en déclin économique ou qui ne se sentent plus représentés dans le système politique, avec interprétation de tous les problèmes sociaux par le « problème de l'immigration » et ethnicisation des relations (on en appelle à l'Etat et aux pouvoirs publics, or la nationalité est la marque statutaire assurant des avantages et des privilèges dans la concurrence), concomitamment avec le déclin des idéologies du progrès, a bien sûr était décrit également ailleurs qu'en Guyane. (cf. De Rudder, 1991) On peut par exemple rapprocher ces positions du poujadisme des années 1950 en métropole : frustration collective, ressentiment des artisans et petits commerçants qui à la fois envient et méprisent les salariés et fonctionnaires censés travailler moins mais disposer de plus d'avantages sociaux et d'un

Les concepts de créolisation et de créolité désignent deux moments d'un même phénomène - sa construction et son état final - la créolité commençant là où la créolisation s'arrête. La créolisation procède par ouverture, accueil et entraînement des nouveaux-venus. La créolité est un phénomène de fermeture qui nie les principes qui lui ont donné naissance et est avant tout une défense propre aux situations de minorité. « A la dynamique du processus de créolisation se substituent ainsi la statique et la rigidité d'une conception plus substantialiste de l'identité : on entre dans le règne de la créolité. » (Jolivet, 1997, p. 827)

Les Haïtiens en particulier ont fait les frais de ce repli identitaire, victimes ces vingt dernières années d'un violent rejet, eux qui sont pourtant créoles, parfois francophones et donc *a priori* bien placés pour se fondre plus ou moins rapidement dans la société créole guyanaise - même si bien sûr un processus d'intégration (de créolisation, en l'occurrence) implique que soient réunies d'autres conditions qu'une langue et une couleur de peau communes : les facteurs politiques et économiques, pour ne citer qu'eux, ont leur rôle à jouer dans cette dynamique éminemment complexe[353].

Ce renversement d'attitude est également décrit à l'égard des minorités de l'Intérieur. La quête de leurs racines guyanaises conduirait en effet les Créoles, par effet d'inversion, à regarder en direction de ceux qui étaient jusqu'à présent tenus à l'écart du système de valeurs occidental. Peuvent alors se voir inclus dans un mouvement identitaire « guyanisant » les Amérindiens, pour la légitimité que leur octroie leur statut d'autochtones ainsi que les Noirs Marrons, pour « l'authenticité » africaine supposée de leurs mœurs (la longue période pendant laquelle leurs communautés, sitôt nées, se sont tenues à l'écart des Blancs, serait censée leur avoir permis de préserver les éléments culturels importés d'Afrique, et ce d'autant plus que la plupart des esclaves marrons étaient bossales (nés en Afrique)). Mais cet aspect, décrit dans la littérature, n'apparaît pas dans nos données : on a dit que la caractérisation des Amérindiens et surtout des Noirs Marrons se faisait surtout sur le mode de l'infériorisation, du « retard » sur

---

avenir assuré, alors que leur propre statut se dégrade et qu'ils se sentent abandonnés. (Castel, 2003) A ceci près que le poujadisme se développe dans un contexte de développement économique et de progrès social alors que les Créoles expriment le perçu d'une dégradation générale de la société et que leurs boucs émissaires ne sont dominants que du point de vue démographique. Pour Castel, l'extrême droite aujourd'hui reprend ces thèmes en faisant de l'insécurité civile le reflet de cette dégradation générale de la société, argument qui ne peut qu'être efficace en Guyane, où les chiffres de la délinquance font la une des journaux.

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

le chemin d'une assimilation toujours connotée positivement, sans expression d'une commune origine avec eux.

Or parallèlement à cette revendication de la créolité, sont apparues des revendications identitaires chez les Amérindiens, en particulier ceux de la côte, qui ne coïncident justement pas avec l'approche créole : panamérindianisme (à l'échelle du continent tout entier) ou limitées au territoire guyanais (à l'échelle communale, aux dépends, donc, de la représentation politique créole). Ce « réveil » récent des communautés amérindiennes, qui demandent aussi à être représentées, vient perturber l'assise politique créole. Une commune kalina, gérée par des élus kalina, a ainsi été récemment créée.

Vis-à-vis de *l'Etat*, enfin, l'amertume suscitée par les échecs de la départementalisation s'inscrit dans une longue relation de dépendance, basée sur un rapport de dominé à dominant, de la colonie envers la Mère Patrie, puis du département envers l'Administration. On attend de l'Etat qu'il apporte son soutien face à la crise économique. On lui demande aussi de garantir l'intégrité et l'unité du territoire guyanais : on a vu l'insistante demande de contrôle des flux migratoires et on va décrire par exemple le refus de parler une autre langue que le créole ou le français. Pour certains observateurs, les Créoles rejettent l'immigration car, au-delà de son impact objectif en terme de rapports démographiques au sein de la population résidant en Guyane, elle ravive, outre ce sentiment de dépendance, celui de ne jamais s'être franchement libéré d'une métropole (contrairement aux Noirs Marrons), laquelle « se permet » d'implanter sur le territoire guyanais « Ariane et les Hmong[354] » quand bon lui semble et « laisse faire » l'arrivée en force des Surinamiens. ... alors que l'identité créole se fonde en partie, justement, sur cette appartenance territoriale.

Arrêtons-nous enfin sur la qualification que *les Créoles* donnent d'eux-mêmes, au sein de ces relations interethniques. Guillaumin (1972) rappelle que catégoriser, c'est désigner ce qui n'est pas le même, tandis que le même, le point de référence, l'ego, est rarement nommé ni

[354] Les Hmong devraient-ils à leur venue planifiée par l'Etat français le rejet dont ils font l'objet de la part des Créoles ? C'est ce que suggère la comparaison avec d'autres populations venues d'Orient : les Chinois, plus nombreux, plus opulents grâce à leurs activités commerciales, ne font pas l'objet de ce rejet, alors que chacun s'accorde à louer le rôle essentiel des Hmong pour la production maraîchère départementale.
Ce ressentiment des Créoles à l'égard des tentatives de l'Etat de peupler « leur » terre s'était d'ailleurs déjà exprimé juste avant l'installation des Hmong en 1977-79, avec le plan vert de 1975. Vaste plan de colonisation agricole, par implantation d'exploitants métropolitains, le plan s'était soldé par un échec retentissant. Les indépendantistes créoles de l'époque l'avaient dénoncé et qualifié de « génocide par substitution » (expression initialement formulée par Aimé Césaire dans les années 60 aux Antilles). (Lemaire, 2000)

posé en catégorie, il n'est manifesté que sous la forme la plus individualisée possible. Mais en Guyane, les majoritaires se définissent plus volontiers qu'en métropole. On a dit qu'ils s'approprient la référence au territoire et à son système socio-sanitaire (ils représentent les cotisants de la Sécurité sociale, mais aussi ses agents) pour pouvoir mieux contester l'invasion de l'un et les détournements de l'autre.

> Une Créole (0) livre cette définition de son propre groupe : elle préfère à *la définition du dictionnaire* (« *le Créole est un Européen né outre-mer* »), celle-ci, utilisée en Guyane : « *le Créole, ce n'est pas un Bushinengué, pas un Amérindien, il est né en Guyane, il parle le patois qu'on appelle le créole également. Ce sont les Noirs de chez nous, les Créoles* ». Elle reprend donc la terminologie spécifique à la Guyane (différente de l'antillaise, celle « du dictionnaire », selon laquelle un Créole est un descendant de colon blanc) : le terme « créole » renvoie aux Noirs créoles puisqu'il n'y a plus de Blancs créoles. Les attributs culturels (le patois) et raciaux (les Noirs) sont estampillés de leur origine (*de chez nous*), tandis qu'est au préalable précisée l'opposition d'avec les autres groupes qui pourraient se prévaloir de la même autochtonie : les Noirs Marrons et les Amérindiens. Est donc mise en avant l'origine locale (versus les influences antillaises et nationales), avec distinction des autres groupes qui pourraient eux aussi revendiquer cette origine locale.

Ils se présentent en outre en tant que victimes (des abus des minoritaires), et ce d'autant plus, probablement, que leur discours s'adressent à une Métropolitaine (donc peu ou prou représentante de cet Etat dont on se plaint).

Ils se positionnent d'ailleurs « du côté des Métropolitains » (telle que cette puéricultrice qui oppose *la leur* et *la nôtre* à propos des pratiques thérapeutiques traditionnelles des Noirs Marrons et des biomédicales), suggérant que c'est justement leur adhésion ancienne au modèle occidental qui leur permet de prendre du recul vis-à-vis de l'attitude des Noirs Marrons, voire de donner des conseils à ces derniers sur la façon de « s'assimiler ». Mais cette ancienne familiarisation d'avec le système occidental autorise aussi la prise de distance avec lui. Selon Jolivet, les échecs économiques de la départementalisation ont contribué à émousser peu à peu, ces vingt dernières années, l'attraction des Créoles pour le modèle occidental. Or cette prise de distance constitue elle aussi un élément de comparaison qui permet aux Créoles de se démarquer des Noirs Marrons. S'ils ont désormais tous également accès aux prestations du système socio-sanitaire, les Créoles seuls savent faire preuve de modération, et pas uniquement parce qu'ils savent, eux, que ces prestations ont un prix. Ils posent un regard critique sur les prestations du service socio-sanitaire, comme sur l'ensemble du modèle occidental promu par l'assimilation.

> Une agent PMI (20) explique par exemple que les Noirs Marrons n'éprouvent aucune inquiétude envers les vaccinations, on pourrait leur faire *vingt vaccins en même temps, sans que ça ne les inquiète*. C'est elle qui doit leur recommander de faire attention, ils lui répondent alors *« c'est le médecin qui l'a dit »*, ce à quoi elle leur rétorque que *le médecin n'a pas parole d'évangile*.

Au total, cette présentation de « l'autre » comme l'assisté social se comprend mieux à la lumière de l'histoire du groupe créole depuis la société de plantation. Après une longue période d'assimilation au modèle occidental avec intégration progressive et désirée aux arcanes du pouvoir politique, administratif et économique, confortée par une situation démographiquement majoritaire, les Créoles voient aujourd'hui fragilisés les rapports de force qui leur étaient jusqu'à présent favorables : les minorités de l'Intérieur et les étrangers sont non seulement de plus en plus nombreux mais en plus accèdent aux mêmes droits sociaux qu'eux sans pour autant avoir à faire preuve de leur volonté d'adhérer au modèle occidental[355]. Ce discours n'est bien sûr pas sans rappeler celui que les professionnels tiennent à l'égard des « assistés » en métropole, et qui est exacerbé depuis la réforme CMU. Mais la crainte de la fraude, associée à celle de l'invasion, avec amertume et colère à l'égard du manque de protection qu'offre la réglementation, semble décuplée en Guyane, comme catalysée par des facteurs économiques, migratoires et démographiques propres au département (l'échec du « décollage » économique départemental, mis sur le compte de l'immigration qualifiée de massive et du « bond » démographique des populations de l'Intérieur).

[355] Les Noirs Marrons jouissent depuis l'abolition du territoire de l'Inini en 1969 des mêmes droits sociaux que les Créoles (vote, prestations sociales, soins, etc.) tout en conservant certaines libertés dont ils jouissaient à l'époque de l'Inini, telles que l'exemption d'impôt ou de service militaire (« l'impôt du sang »), alors que pendant si longtemps ils n'ont pas cherché cette intégration, voire se sont définis en la refusant (les groupes noirs marrons nés de leur rupture d'avec le système des plantations). (Jolivet (1990 ; 1997)).
Ce ressentiment peut être mis en parallèle avec celui que décrit Bonniol (1992) chez les Blancs créoles antillais à l'égard du gouvernement de métropole, dans les temps qui suivent l'abolition de l'esclavage. Le partage de leur statut avec ceux qui il y a peu étaient encore leurs esclaves suscite chez les anciens colons une colère qui n'est pas sans rappeler celle des Créoles de Guyane vis-à-vis de l'accès des populations longtemps dîtes « tribales » aux mêmes droits sociaux qu'eux : « jusqu'où irait la fièvre égalitaire, pseudo-philantropique et négrophile dont (selon les Blancs créoles) était subitement atteint le gouvernement métropolitain ? » (Acheen, 1883, cité par Bonniol). On craint par exemple qu'avec le suffrage universel, les masses de couleur n'accèdent aux postes de responsabilité, signant le déclin de l'oligarchie des Blancs créoles.

Les Noirs Marrons, désormais très nettement majoritaires d'un point de vue démographique dans l'Ouest guyanais, arrondissement privilégié de notre enquête[356], peuvent être visés à la fois en tant qu'issus de l'Intérieur guyanais (donc anciens « primitifs ») et d'étrangers.

Mobiliser le critère du statut à l'égard de la Sécurité sociale comme un étendard du degré d'assimilation au système permet ainsi aux Créoles de se différencier de ces nouveaux-venus qui ont désormais les mêmes droits qu'eux, tout en charriant des connotations morales (dépendance, etc.). Ils regrettent en outre la position ingrate qui leur revient, supportant une charge excessive de travail puisque, de par précisément les positions professionnelles que leur vaut leur intégration ancienne au système, ils se trouvent en devoir de travailler à celle de ces flots de nouveaux-venus. Ils se sentent enfin mis en cause, en tant que représentants de la Guyane, pour les tristes scores départementaux en matière sociale et sanitaire qu'ils attribuent d'abord aux « autres ». Au total, les Créoles se présentent comme bien mal récompensés de leurs efforts pour s'assimiler et attendent de l'Etat, non plus peut-être les développements économiques promis, mais au moins qu'il leur réserve son secours.

6.3.3 Les pratiques

Envisageons maintenant la façon dont les professionnels créoles, acteurs majoritaires qui ont l'initiative de la construction des catégories, se fondent sur ces dernières pour orienter et justifier leurs pratiques, et en particulier « adapter » cette législation sociale tant décriée, puisque l'Etat semble sourd à leurs récriminations.

Caractérisant les Noirs Marrons par leur maturité insuffisante pour mériter leur intégration au système socio-sanitaire et les étrangers par leur tendance à intégrer frauduleusement ce système, certaines de ces pratiques visent à « responsabiliser » les premiers et à bloquer l'accès aux soins des seconds.

Elles portent alors le plus souvent sur l'ouverture de droits à une couverture maladie, ce qui reflète la répartition « administrative » et « sociale » des professionnels créoles (les métropolitains investissant plus le secteur du soin proprement dit, du moins en tant que médecins et infirmiers) et est conforme à la typologie présentée précédemment (la

[356] En quelques années, les populations de Saint Laurent et des villages du fleuve, de créoles sont devenues noires marronnes et ont été multipliées par 5 à 10.

délégitimation y était surtout identifiée dans des pratiques de restriction des droits à une couverture maladie).

6.3.3.1 Justifiées par le « défaut de maturation » des Noirs Marrons

Les professionnels créoles déclarent avoir conscience des difficultés qu'éprouvent les Noirs Marrons dans leurs démarches administratives et accepter de les aider à y faire face … dans une certaine mesure. Au motif en effet que ces difficultés sont en grande partie liées à une absence d'efforts de la part des usagers eux-mêmes, certains expliquent vouloir éviter de les conforter dans leur passivité infantile en distinguant aide et *assistanat* (selon les termes de l'un d'eux). On peut en donner deux exemples.

> Les difficultés linguistiques : plusieurs professionnels (administratifs et soignants) expliquent qu'il n'y en a pas car les usagers qui veulent vraiment être compris viennent avec un interprète ou font un effort pour parler créole ou français. Par conséquent, ces professionnels refusent de parler autre chose et notamment pas le taki taki avec les Noirs Marrons (comme ils refusent de parler l'anglais avec les Guyaniens).
>
> La compréhension des droits : un agent CGSS explique ne pas cocher, sur les formulaires, les cases correspondant aux items à remplir et ne pas informer oralement les usagers de la distinction AME hospitalière / totale puisque le contenu des droits est déjà précisé par écrit sur la notification, son rôle se limitant donc à l'instruction des demandes. Il se justifie en expliquant que les Noirs Marrons ont tous des enfants scolarisés qui peuvent les aider à lire formulaires et notifications et que *c'est pas à nous de faire, ça rentre dans un autre cadre, ça c'est l'instruction, c'est autre chose …(…) ça c'est la lecture, c'est pas nous, on n'est pas l'Education Nationale !* (*rire*)

Les professionnels balisent ainsi le champ de leurs responsabilités, tout en rappelant les siennes à l'Etat (via l'Education nationale).

Que des agents veuillent inciter à moins d'assistance des usagers se présentant de façon très dépendante n'est certes pas spécifique à la Guyane. Dubois (2003) par exemple le note dans son enquête sur des guichets de la CAF en métropole. Mais ces incitations s'inscrivent ici plus spécifiquement dans le rapport historiquement constitué que l'on a décrit ci-dessus, de représentations délégitimantes à l'égard de populations qui n'auraient pas eu à faire la preuve de leur volonté d'intégration au système socio-sanitaire.

6.3.3.2 Justifiées par « l'invasion frauduleuse » des étrangers

La vulnérabilité perçue du système socio-sanitaire puis du territoire guyanais à l'accès frauduleux par les étrangers justifie que soient mises en œuvre, en sus des conditions légalement prescrites, des pratiques visant à repérer les « fraudeurs ».
Cette recherche passe par l'ajout de conditions restrictives et de contrôles là où la réglementation ne les prévoit pas, voire fait prévaloir la logique des politiques d'immigration sur celle de l'accès aux soins, jugée trop laxiste, les étrangers étant considérés comme des étrangers au regard des politiques migratoires avant de l'être comme des bénéficiaires potentiels du système de soins tels que les définissent les réglementations relatives à la Sécurité sociale et à l'Aide sociale. On va voir trois types de ces pratiques restrictives, toutes fondées sur la nationalité étrangère et le soupçon de fraude qu'elle induit, en suivant une gradation des motifs justificatifs, selon qu'ils se réfèrent de moins en moins au droit à une couverture maladie et de plus en plus au droit au séjour.

6.3.3.2.1 Interdire l'accès aux soins des faux résidents

La pratique décrite ici est celle d'une assistante sociale exerçant dans un hôpital, qui cherche à repérer les étrangers qui ne résident pas en France parmi l'ensemble des requérants à une couverture maladie qu'elle est amenée à recevoir dans l'exercice de ses fonctions. Cette préoccupation, que l'on a dite également à l'esprit de professionnels en métropole, est conforme à l'esprit des textes relatifs à la couverture maladie, puisque celle-ci n'est en aucun cas destinée à des personnes (françaises ou étrangers) n'habitant pas sur le territoire national. Cependant, l'objectif explicite de cette pratique telle qu'elle est observée dans notre exemple est la restriction de l'installation des étrangers sur le territoire, en ce que l'accès à une couverture maladie favorise cette dernière. Il est donc finalement moins question de réserver la couverture maladie aux vrais résidents que de restreindre l'installation des étrangers en Guyane.

L'accès aux droits facilité par la réforme

Cette assistante sociale insiste longuement sur le soulagement apporté par le changement de gestion de l'aide médicale, lors de la réforme CMU.

> Les procédures d'attribution des aides médicales départementale et d'Etat étaient complexes, arbitraires, mal connues des travailleurs sociaux : *au cas par cas (...) il y avait des gens pour lesquels ça passait, et d'autres non (...)* c'était *au bon vouloir* des nombreux interlocuteurs qu'il fallait aller voir successivement (le secrétaire général de la mairie, la mission d'urgence, le Conseil général, la DDASS) puisque le Conseil général et la DDASS se rejetaient mutuellement la responsabilité de la prise en charge de l'aide médicale[357], rendant pénible la tâche de l'assistante sociale : *mais je souffrais, hein ! (...) c'était un véritable parcours de piste, et c'était difficile, hein, pour une professionnelle*. (...) *J'ai subi ça pendant des années.*

Sa position, à l'interface entre l'administratif, arbitraire et anonyme, et le besoin de soin d'un malade, était délicate :

> *C'était très difficile parce qu'on n'avait pas un dossier, on avait un malade qui attendait, on avait une équipe médicale qui attendait une réponse, et on avait l'impression que c'était au bon vouloir de l'administratif qui était devant nous.*

Avec la réforme CMU mise en place début 2000, se sont substituées à ces procédures celles de l'Assurance maladie, dont l'assistante sociale loue la clarté, la standardisation et la justesse.

> Par exemple, si l'AME ou la CMU est refusée, on sait pourquoi (ce peut être parce que les revenus dépassent un plafond que l'on connaît) ; même les recours sont transparents, leur procédure est précisément connue. Il n'y a de toutes façons aucun refus non pertinent.

Mais même si est bien objectivée en Guyane comme ailleurs en France l'augmentation, depuis la réforme, du nombre d'ouvertures de droits, différents éléments de son discours viennent contredire partiellement son jugement positif :

- les procédures CGSS qu'elle décrit ne paraissent pas aussi standardisées et respectueuses des textes qu'elle l'affirme (elle explique que l'évaluation des revenus se fait de façon variable, tantôt sur douze mois de date à date, tantôt sur l'année civile passée ; que l'issue des recours est fondée sur la gravité du besoin de soins, notion éminemment floue)

[357] L'AME (Aide Médicale Etat) accordée par la DDASS couvrait les personnes non résidentes ou résidentes depuis moins de trois mois en Guyane, et l'AMD (Aide médicale Départementale) du Conseil Général couvrait les personnes résidentes depuis trois mois au moins, sous condition de ressources dans les deux cas.

- elle-même ne semble d'ailleurs pas bien informée des règles : elle déclare qu'une ancienneté de résidence de trois mois est nécessaire à l'obtention de l'AME, elle évoque l'existence d'une liste de titres de séjour pour la CMU, elle ne voit pas de « problème » à ce que la CGSS accorde aux demandeurs d'asile des droits CMU qui expirent à la date de leur prochaine convocation en préfecture, quinze jours plus tard par exemple.

Au total, elle semble trop méconnaître les textes pour être à même de repérer les pratiques restrictives de la CGSS (qu'elle rapporte elle-même, mais sans les qualifier de telles) afin de nuancer son appréciation sur les « nouvelles procédures ».

L'articulation entre deux appartenances, professionnelle et communautaire

Son constat positif s'ouvre cependant immédiatement sur une inquiétude concernant le prix de cet accès :

> *La CMU et l'AME ont apporté une véritable bouffée d'air aux difficultés qu'on rencontrait pour la prise en charge des personnes en général et des étrangers en particulier. C'est une avancée sociale qui est indéniable. Le problème, après, qu'on peut se poser, est : qu'est-ce que ça représente comme charge pour la collectivité ?*

La « charge » à laquelle il est ici fait allusion n'est pas celle des malades, mais des étrangers s'installant en France, puisque selon cette professionnelle, accorder une couverture maladie à un étranger, c'est lui permettre de se faire soigner en France et c'est simultanément lui fournir une preuve d'ancienneté de sa résidence en France lors d'une demande de titre de séjour ultérieure. La *menace* qu'elle évoque est d'ordre migratoire.

La citation qui suit illustre son tiraillement entre son exercice professionnel d'aide à la personne et sa crainte de l'aide au séjour, deux aides qu'elle pose comme antinomiques :

> *Parce que quelque part, je garde toujours en tête qu'il faut éviter l'aide au séjour de l'étranger sur le territoire. Je garde toujours en tête ... il y a quand même cette menace ... de toutes façons, le dossier, j'aide à le monter. Bon, après, il peut être soumis à contrôle, et mon rôle, c'est une mission d'aide, pas une mission de contrôle .... (...) en tous cas je suis très, très vigilante ... si je sens quelque chose, je ne le fais pas ...(...) C'est à dire que vous voyez, en faisant ces dossiers-là, c'est quelque chose qui m'a toujours interpellée.*

Rappeler que sa fonction relève de l'aide et non du contrôle s'apparente à un moyen de conjurer la complexité de sa situation, comme si cette affirmation allait simplifier les choses ... car dans les faits, ou du moins ce qu'elle en décrit longuement à la suite de cette affirmation, avant de « monter le dossier », elle exerce bien une fonction de contrôle.

S'articulent ici deux intérêts, celui des personnes que suit cette assistante sociale et celui de son groupe communautaire. Ils renvoient chacun à une appartenance, l'une professionnelle (assistante sociale à l'hôpital qui aide à l'accès aux soins) et l'autre communautaire (créole, soucieuse de limiter l'invasion étrangère). L'ensemble des acteurs créoles interrogés, qu'ils soient professionnels du soin ou du social, doit ainsi concilier ces deux casquettes, professionnelle et communautaire. Mais le cas de cette assistante sociale révèle combien ce point de rencontre entre les deux intérêts est sensible au contexte professionnel. Avant la réforme, devant la difficulté à faire accepter les dossiers, l'assistante sociale consacrait son énergie à vaincre ces lourdeurs administratives, dans l'intérêt des personnes qu'elle suivait et dans celui de son institution (l'hôpital qui a intérêt à se faire rembourser). Depuis, ces lourdeurs étant résorbées, la procédure lui parait au contraire trop « facile » et l'intérêt de « la collectivité » (guyanaise, et créole, implicitement) est entré en concurrence avec celui des patients.

La pratique concrète

Cette inquiétude sur « l'aide au séjour » se traduit par un effort quotidien, de la part de l'assistante sociale, pour repérer les requérants d'une AME qui ne résident pas en France et ne viennent donc en Guyane que pour s'y faire soigner. Elle refuse de les aider à constituer leurs dossiers.

Bien que l'ancienneté de résidence de trois mois ne soit pas légalement requise en 2002 (année de l'enquête) pour l'obtention d'une AME, c'est sur ce critère que se base l'assistante sociale. Ainsi, il ne lui suffit pas que l'étranger présente un certificat de domiciliation (comme peuvent par exemple en fournir certaines associations), il faut qu'il atteste de l'ancienneté de cette domiciliation. Cette pratique, observée également en métropole, est restrictive par rapport à la loi. Elle résulte semble-t-il d'une méconnaissance de la loi par l'assistante sociale. Intéressons-nous à la « technique d'enquête » que décrit celle-ci pour l'aider à faire la part des vrais et des faux résidents, repérer ceux qui mentent parmi l'ensemble des personnes qui se déclarent résider durablement en Guyane.

> Elle demande des traces de la résidence en France, et en particulier des preuves d'antécédents de soins, parce qu'*on ne peut pas avoir résidé ici et ne jamais être allé voir un médecin*. Elle considère en effet que toute personne est informée par ceux de sa communauté des possibilités

d'accès aux soins gratuits, en PMI par exemple. Un carnet de vaccination est lui aussi fortement évocateur d'une présence en France. Il en est de même pour un antécédent de séjour hospitalier car c'est un élément qu'elle peut vérifier en interrogeant ses collègues de l'hôpital pour leur demander s'ils reconnaissent l'intéressé. Ce n'est en revanche pas le cas d'une consultation en médecine de ville : quand on lui amène de *vieilles prescriptions*, elle n'appelle pas le médecin en question pour vérifier.

Enfin, un signe attestant selon elle d'une résidence à l'étranger est l'incapacité à parler créole car en Guyane, *même s'ils restent dans la communauté, ils savent un peu parler créole* ...

Ces éléments nous semblent relever plus d'*a priori* que de réalités.

D'abord, selon une observation déjà ancienne d'une quinzaine d'années (Fauquenoy, 1990), les immigrés récents ont désormais plutôt tendance à apprendre le français (la langue de la promotion sociale) que le créole, quasiment réduit au statut de langue minoritaire au même titre que le portugais des Brésiliens ou le taki taki des Noirs Marrons.

Ensuite, pourquoi préférer le carnet de vaccination à l'ordonnance d'un médecin de ville ? Certes, il peut garder la trace de visites médicales régulières, mais les allers-retours réguliers entre le pays d'origine (notamment le Surinam) et la Guyane sont constatés par de nombreux observateurs, et permettraient d'assurer en Guyane le suivi vaccinal des enfants résidant au Surinam. De la même façon, pourquoi accorder plus de crédit à un antécédent de séjour hospitalier qu'à celui d'une consultation de ville, étant donné qu'on peut très bien s'être déjà fait hospitaliser en Guyane tout en habitant par ailleurs au Surinam ? Pour empêcher que des non résidents se fassent soigner à l'hôpital en étant pris en charge par l'AME, l'assistante sociale privilégie ceux qui s'y sont déjà faits soigner. Or quelle garantie supplémentaire a-t-elle vis-à-vis de ces derniers ? Cela revient à prendre le risque de favoriser ceux qui récidivent dans les abus qu'elle entend précisément prévenir.

Son attitude semble en fait privilégier une logique de proximité (quelqu'un de connu et reconnu par ses collègues hospitaliers est plus légitime), voire celle du soin (un « vrai » malade, c'est à dire déjà hospitalisé, est plus légitime).

Enfin, elle décrit procéder par intuition (*si je sens quelque chose, je ne le fais pas* ... (…) *je pousse l'entretien, jusqu'à que la personne finisse par dire « je vis au Surinam », je pousse*

parce que je sais) et s'appuyer sur son savoir empirique. Ce dernier repose sur des catégorisations par communauté (*avec la pratique ...* (...) *et puis selon les communautés, on connaît un peu les habitudes*) et des liens généraux de cause à effet qu'elle déduit de cas singuliers.

> Par exemple, plusieurs femmes de Saint Domingue lui ayant montré un document intitulé « pass » et portant la mention « illégal » écrite en néerlandais, après lui avoir déclaré ne pas avoir de passeport, elle en déduit que toutes les femmes originaires de Saint Domingue déclarant ne pas avoir de passeport vivent en fait en séjour irrégulier au Surinam où on leur a retenu leur passeport et remis à la place un « pass ».

Finalement, à l'arbitraire de la DSP (d'avant la réforme CMU) succède l'arbitraire des critères de distinction de l'assistante sociale pour juger lesquels des dossiers seront présentés à la CGSS. Ces critères suivent une logique de proximité (un suivi dans son institution est un gage de bonne foi), redoublent la contrainte administrative (le passeport ne sert plus seulement à prouver l'identité, mais en plus à prouver la résidence en France), dérivent directement de sa vision personnelle de ce qu'implique la vie en Guyane (avoir consulté un médecin, parler créole), relèvent de l'intuition, de « l'habitude » ... On s'éloigne des critères strictement définis du droit social (dont elle salue pourtant l'application par la CGSS) pour retrouver ceux de la charité procédant par négociation.

Comparaisons

Trois comparaisons, l'une historique et deux contemporaines, une inter-ethnique et une interprofessionnelle, permettent de mieux éclairer le processus décrit ci-dessus.

Bonniol (1992) décrit comment, aux Antilles surtout, l'idéologie du préjugé racial a survécu à la suppression du système esclavagiste qui l'avait instituée. En d'autres termes, les Noirs, une fois émancipés, étaient encore perçus comme inférieurs et traités comme tels, alors que c'était en tant qu'esclaves que leur couleur de peau avait été identifiée comme signifiante d'une identité méprisée, le système esclavagiste ayant besoin du préjugé de couleur pour perdurer. L'administration locale, blanche créole, après l'abolition, a ainsi fait obstruction à

l'application des mesures provenant de la métropole, en maintenant les traitements racialement discriminatoires désormais prohibés[358].

En Guyane de l'an 2000, on est passé brutalement d'un système notoirement défavorable aux étrangers (le fonctionnement de l'aide médicale départementale était, comme ailleurs en France, soumis aux intérêts des pouvoirs locaux ; Taverne (1991) rapporte par exemple un témoignage selon lequel les étrangers en étaient exclus d'office en Guyane) à un système théoriquement accessible à tous, Français comme étrangers. On peut suggérer que ce passage s'est accompli, toute proportions gardées bien sûr, dans un contexte de rémanence de préjugés défavorables à même de freiner l'application du nouveau système, comme en 1848.

La comparaison avec les entretiens menés auprès d'assistantes sociales hospitalières métropolitaines exerçant en Guyane suggère l'importance déterminante de l'appartenance ethnique dans l'appréhension de cette fonction d'aide de l'étranger.

Certains acteurs métropolitains expriment sur le contrôle de l'immigration et la légitimité de la présence étrangère en Guyane des positions souvent nettement divergentes de celles qu'on vient d'associer au groupe des Créoles. Au lieu de reprocher à l'Etat son laxisme en la matière, ils décrivent l'inadaptation du système national au contexte guyanais, tant naturel (frontières incontrôlables) qu'humain (les étrangers au sens juridique sont-ils réellement des intrus sur le territoire guyanais ?) et déplorent les difficultés d'obtention d'un titre de séjour en considérant que les critères de l'Etat ne sont pas appropriés (censés évaluer l'ancienneté de résidence, ils s'avèrent en complet décalage avec la réalité de la vie des étrangers en Guyane).

Ainsi, les assistantes sociales hospitalières métropolitaines expliquent aider, peu ou prou, l'obtention d'une couverture maladie même pour les personnes étrangères qu'elles savent ne pas résider en Guyane, et ce malgré leur connaissance de l'interdit légal en la matière. Elles se positionnent ainsi nettement en faveur du bien-être des personnes qu'elles suivent et de l'intérêt de l'institution hospitalière (l'hôpital a besoin de l'accord de prise en charge pour être remboursé des soins), quand l'assistante hospitalière créole met en avant l'intérêt de sa communauté d'appartenance (qu'elle affiche départementale, mais derrière laquelle on peut supposer la dimension ethno-raciale).

[358] On peut aussi citer, à propos des descendants d'esclaves américains, Alexis de Tocqueville en 1835 : « Il y a un préjugé naturel qui porte l'homme à mépriser celui qui a été son inférieur, longtemps encore après qu'il est devenu son égal. A l'inégalité réelle que produit la fortune ou la loi, succède toujours une inégalité imaginaire qui a sa racine dans les mœurs. »

On a, précédemment, évoqué la localisation variable du « seuil » de tolérance à l'égard des abus attribués aux étrangers, chez des agents CPAM et des membres d'association, en remarquant que chez ces derniers, les configurations les plus extrêmes pouvaient être observées, le sentiment d'être « aux marges » du système autorisant diverses prises de liberté. On peut faire les mêmes interprétations chez les assistantes sociales métropolitaines exerçant au sein des hôpitaux guyanais : le sentiment d'extériorité des professionnels métropolitains (sur lequel on reviendra) rejoint celui d'être aux marges, ici aux marges du système national : les critères des politiques migratoires semblent inadaptés aux réalités locales et le coût de la prise en charge sanitaire de ces étrangers, même fraudeurs, est considéré dérisoire au regard des budgets nationaux. Pour l'assistante sociale créole, c'est au contraire la législation sociale qui semble inadaptée à la réalité migratoire en Guyane.

La comparaison peut enfin être inter-professionnelle. La plupart des autres acteurs créoles interrogés mettent eux aussi en place des procédures spécifiques qui leur permettent de vérifier, en sus des procédures légales, la réalité de la résidence en France.

> Par exemple, une infirmière hospitalière profite de son statut d'élue des communes de l'Ouest guyanais pour vérifier les dires des patients étrangers déclarant vivre dans des villages du fleuve, en interrogeant les élus des villages en question.
>
> Ou encore, des agents de la DSP localisés à l'hôpital réalisaient des enquêtes à domicile, à l'époque de l'AMD, pour repérer et exclure les non résidents[359].
>
> Certains professionnels créoles pourraient même se dispenser de toute recherche d'indice prouvant la non résidence des étrangers, et trier eux-mêmes ceux qu'ils acceptent parmi les résidents, de ceux qu'ils n'acceptent pas. Quand une personne ne dispose d'aucune facture d'électricité, d'eau ou de téléphone pour prouver sa résidence, elle peut demander à la mairie de lui délivrer une attestation de résidence. Cette attestation est un élément indispensable à la constitution, notamment, d'un dossier de demande de couverture maladie ou de titre de séjour. Les personnes dont il s'agit sont le plus souvent étrangères en situation irrégulière, habitant des cabanes le long de la route ou au bord du fleuve. Or certaines mairies refuseraient de leur délivrer ces attestations. Une assistante sociale hospitalière métropolitaine, expliquant à un agent de mairie créole que la délivrance de ces attestations est une obligation légale, se serait entendue répondre que les irréguliers n'ont pas à « profiter des impôts qui financent la Sécurité

[359] La DSP avait également mis en place un système d'ouverture de droit par soin plutôt que par personne (impliquant la multiplication des démarches administratives et donc leur moindre taux d'aboutissement) afin de réduire le nombre d'ouvertures de droit AMD : *On n'avait pas pu mettre en place la carte santé car ça aurait été la porte ouverte à tous les abus et la faillite du Conseil Général*. (une responsable DSP)

sociale », exprimant le refus de permettre l'accès aux droits et donc aux soins par non reconnaissance de la légitimité de la présence sur le territoire.

Les agents de la CGSS ne décrivent pas de telles enquêtes, alors que leur rôle est précisément de délivrer les accords de prise en charge. Bien que se basant eux aussi sur une lecture restrictive des textes (en exigeant par exemple une ancienneté de trois mois de résidence), ils expliquent en effet devoir se contenter des pièces justificatives présentées et même, en l'absence de ces dernières, de déclarations sur l'honneur, tout en reconnaissant leur impuissance de fait à débusquer les fraudeurs. Alors que l'assistante sociale justifie son enquête en sous-entendant qu'elle ne fait qu'alléger le travail de contrôle de l'autorité administrative en charge de ces dossiers, elle et ses collègues « de terrain » comme l'infirmière ou les agents de la DSP et de mairie développent ce contrôle, pouvant se permettre une enquête personnalisée (interrogatoire, enquête sur les antécédents, etc.) qui se déploie au fil des rencontres avec les requérants, alors que les agents CGSS ne rencontrent qu'une fois les intéressés au cours d'une brève entrevue et s'en tiennent à leurs déclarations. On retrouve là encore l'opposition notée dans la partie précédente entre les agents des caisses de Sécurité sociale, qui affichent plus souvent le respect des textes quoi qu'ils en pensent, que les acteurs situés aux marges du système (en association ou ailleurs, comme en Guyane), qui se sentent plus autorisés à « adapter » les textes à ce qu'ils perçoivent comme les réalités de terrain.

6.3.3.2.2 Empêcher que l'accès aux soins ne soit un moyen de s'installer en Guyane

L'assistante sociale dont on vient de présenter les pratiques se réfère aux textes relatifs à l'accès aux soins, selon lesquels aucune couverture maladie ne peut être accordée à des non résidents, même si elle en a une connaissance parfois inexacte et restrictive (elle pense légale l'exigence d'une ancienneté de trois mois) et même si elle a pour objectif le contrôle migratoire. Arrêtons-nous maintenant sur une prise en considération plus importante de ce dernier objectif, au détriment des textes relatifs à l'accès aux soins : la restriction délibérée de ces derniers, à l'échelle d'une institution toute entière, pour mieux appliquer les politiques du droit au séjour.

Mme D, une responsable de cellule CMU-AME, explique qu'au début de la réforme, elle n'accordait l'AME qu'à ceux des étrangers en situation irrégulière qui étaient malades :

> *Dans les premiers temps de la réforme, il y a eu un raz de marée des personnes en situation irrégulière, qui venaient se présenter ici pour passer chercher le formulaire AME. Ils venaient non pas pour se faire soigner mais pour enclencher la démarche pour le titre de séjour. Et ils le disaient eux-mêmes : « on vient parce que la préfecture nous demande un numéro de Sécu, pour accepter notre demande de titre de séjour » !! On a mis le holà, on leur a fait comprendre qu'à la Sécu, nous travaillons pour ceux qui ont besoin de soins, nous ne sommes pas un bureau d'immigration. Alors petit à petit ça a diminué, ils ont compris, ils ont fait l'effort d'aller en préfecture pour régulariser leur situation.* (...) *Pour eux c'était la manne, ils s'imaginaient qu'un numéro de Sécu allait suffire à avoir un titre de séjour !!*
>
> Un peu plus loin, elle explique que ce n'est facile d'obtenir un titre de séjour : *Il faut montrer la volonté de résider, de travailler, d'œuvrer dans le pays, comme le disent les textes*.

On retrouve ici les caractéristiques habituellement associées aux étrangers : l'invasion liée au grand nombre (*un raz de marée*) et l'absence de mérite (ils choisissent la solution de facilité en passant par la CGSS pour obtenir un titre de séjour). Mais l'argument principal repose sur l'opposition soins/immigration : ce sont les premiers qui définissent la vocation de la Sécurité sociale, et non la seconde (« *nous ne sommes pas un bureau d'immigration* »). C'est pourtant bien dans l'objectif de limiter l'immigration et non celui de rendre un meilleur service aux malades que Mme D a instauré cette condition du besoin de soins.

Comme la condition d'ancienneté de résidence de trois mois pour l'AME, cette condition de besoin de soins est une condition restrictive par rapport aux textes[360] mais pourtant communément appliquée (en particulier par des agents CGSS et des assistantes sociales, qu'ils soient créoles ou métropolitains). Mme D sait que cette pratique n'est pas conforme aux textes et qu'elle a eu un impact significatif sur l'accès à l'AME puisque c'est selon elle l'une des raisons au faible nombre d'AME délivrées[361] (elle explique que s'il y a si peu de bénéficiaires d'AME, c'est parce que cette mesure a été prise pour en limiter le nombre).

[360] C'est en 2002 une rémanence d'une condition obsolète depuis dix ans, puisque en vigueur pour l'aide médicale d'avant sa réforme de 1992, instaurée en 1893. La demande d'une attestation du besoin de soins n'est ainsi plus justifiée, en 2002, que lorsque les soins ont déjà commencé ou sont imminents : l'attestation permet alors de demander l'accélération de la procédure voire de dater le début des soins pour permettre la rétroactivité du remboursement des soins.

[361] Environ 2500 AME délivrées en 2001 et le double en 2002, pour 31 000 étrangers en situation irrégulière recensés en 1999 (recensement très probablement non exhaustif), alors que l'on comptait 46 000 bénéficiaires de la CMU en avril 2002 (pour une population totale recensée en 1999 de 157 000 habitants, évaluée à 200 000 en 2002).

Arrêtons-nous sur les effets concrets d'une telle pratique.

D'abord, on apprend que le parcours des étrangers en situation irrégulière désireux de constituer un dossier de demande de titre de séjour prend l'allure d'un cercle vicieux puisque de son côté, la préfecture leur demande un numéro d'immatriculation, alors que du sien, Mme D décide de ne délivrer un numéro qu'aux étrangers régularisés (ou malades).

Ensuite, et alors qu'il leur est souvent reproché de ne pas faire de démarche en vue d'accéder à une couverture maladie avant tout besoin de soins (commentaire récurrent pour suggérer leur défaut d'effort puisque les soins leur sont, « par principe », assurés), il apparaît ici que de nombreux étrangers en situation irrégulière étaient, dès la mise en oeuvre de la réforme, au courant de leurs droits et désireux d'y accéder ... et que s'ils n'ont pas pu, c'était, pour certains d'entre eux du moins, en raison du refus que leur ont abusivement opposé des professionnels de la CGSS.

Par ailleurs, alors que Mme D affirme accorder désormais les AME même en dehors du besoin de soins (la « restriction » n'aurait été mise en place qu'au début de la réforme), l'occasion nous a été donnée de vérifier que cette pratique était encore d'actualité lors de l'enquête. D'abord, parmi les différents types de motifs listés sur les formulaires de refus de dossier de la CGSS, figure l'« absence de soins ou d'hospitalisation dans un établissement de santé », parfois encore coché. Ensuite, au cours d'une observation de l'activité au guichet d'accueil jouxtant le bureau de Mme D, l'agent nous a spontanément expliqué qu'elle ne délivre pas d'AME aux personnes non malades.

> Entre un couple d'étrangers. L'homme est en possession d'un titre de séjour et bénéficie de la CMU. Il demande que l'on admette sur sa CMU sa femme, enceinte, arrivée récemment en France et en situation irrégulière. L'agent déclare : « *Pour elle, ce sera une AME* », le mari demande ce qu'est une AME, l'agent répond : « *La CMU, c'est quand on a un titre de séjour, l'AME c'est quand on n'en a pas* ». L'homme parait se satisfaire de cette réponse et n'ajoute rien.
>
> Une fois le couple sorti du bureau, l'agent nous explique : *l'AME, normalement, c'est pour les soins urgents*, *alors on évite de trop donner, sinon ils se le communiquent et ça nous fait énormément de travail. Alors une femme enceinte, d'accord, mais un homme qui vient comme ça, qui est bien, pas malade, on lui demande d'aller se faire régulariser, de se faire faire ses papiers.*

A première vue, la condition du besoin de soins est justifiée moins pour faire obstacle à l'immigration en Guyane que pour éviter aux agents d'avoir « trop de travail » (les usagers informés de leurs droits « perturbent » l'activité du service). Mais il s'agit au fond du même argument : on a dit plus haut que les agents CGSS associent très directement surcharge professionnelle et afflux d'étrangers.

Surtout, une gradation est instaurée : ce n'est plus la condition du besoin de soins, mais celle du besoin de soins « urgents » qui est mentionnée, ce qui laisse imaginer le surplus d'arbitraire imparti aux agents CGSS censés évaluer ce degré d'urgence. Le statut au regard du droit au séjour puis le « degré de gravité » de la maladie fonctionnent ainsi comme des filtres qui permettent de réduire l'accès aux soins des étrangers. On n'attribue en effet un numéro de Sécurité sociale qu'aux personnes malades ou régularisées : la légitimité de la maladie et celle octroyée par la préfecture deviennent les seules valables au regard de la CGSS alors qu'elles sont théoriquement neutres au regard du droit à l'aide médicale[362]. Enfin, la notion d'urgence permet d'associer à l'AME la connotation d'humanitaire déjà évoquée ailleurs.

On peut enfin observer le défaut d'information accompagnant l'ouverture de droits : aucune explication du type de soins auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires de l'AME n'a été donnée, comme par exemple la restriction aux soins hospitaliers exclusivement en raison de l'arrivée récente de moins de trois ans sur le territoire (on est en 2002, cette distinction existe encore) ; la femme n'a pas été informée de ce que c'est grâce à son besoin de soins qu'elle a obtenu l'AME (même si c'est illégal). Ce constat sur le manque d'information donnée est évidemment à confronter aux très nombreux commentaires émanant des acteurs créoles, mais aussi métropolitains et qui concordent avec nos observations personnelles, sur la méconnaissance que peuvent avoir les assurés potentiels ou réels de leurs droits. L'effet concret de la pratique est donc particulièrement néfaste en terme d'information reçue et de couverture obtenue, fonctions pourtant premières de la CGSS.

[362] Remarquons que des filtres opérant sur les mêmes critères sont à l'œuvre dans les dispositifs réglementaires (AME ou CMU selon le statut au regard du séjour, titre de séjour pour soins uniquement si maladie grave) : les pratiques de terrain s'inspirent de l'esprit des textes, comme on l'a vu précédemment.

6.3.3.2.3 Faire concorder droit à la couverture maladie et droit au séjour

La perception d'une stricte concordance entre droit à une couverture maladie et droit au séjour est par exemple exprimée par une infirmière qui explique que les étrangers doivent, pour obtenir une couverture, obtenir l'autorisation de l'Etat : soit un titre de séjour, soit, s'ils n'en ont pas, *l'accord de la DDASS, donc de la préfecture, alors finalement ça revient au même*. ou encore par des agents CGSS qui estiment qu'un demandeur d'asile bénéficiaire de la CMU ne peut pas avoir de carte vitale parce qu'il n'a pas de titre de séjour (alors que théoriquement tout bénéficiaire de la CMU a une carte vitale).

Ces représentations sont étayées par une certaine réalité quotidienne. Par exemple, l'infirmière fait allusion à l'avant réforme CMU, lorsque les étrangers, s'ils n'avaient pas de titre de séjour, relevaient en principe de l'AMD s'ils avaient un département de résidence, de l'AME sinon, mais qui dans les faits, le Conseil Général considérant leur absence de titre de séjour comme une résidence instable, étaient systématiquement envoyés sur la DDASS pour qu'ils y demandent une AME. Quant aux demandeurs d'asile, même s'ils sont réguliers au sens où l'entend la Sécurité sociale, on a dit que leur probabilité élevée d'être déboutés, surtout en Guyane[363], en fait de probables futurs sans papiers ; ils sont alors « déjà » partiellement traités comme tels (une CMU, mais pas de carte vitale).

On a dit que les acteurs majoritaires ont l'initiative de la construction des catégories qui leur servent ensuite à orienter et à justifier leurs pratiques différencielles. Ici, faire prévaloir les critères d'identification définis par les politiques migratoires permet de qualifier les sans papiers de hors la loi plutôt que de bénéficiaires potentiels de l'aide sociale. On peut noter cependant que la stricte adéquation des catégories du droit à une couverture maladie à celles du droit au séjour peut mener à des résultats inverses à ses objectifs rationnels (la préférence nationale).

> Une responsable CGSS refuse d'accorder l'AME à un Français qui, de retour d'un séjour à l'étranger long de plusieurs années, a perdu tous ses droits à une couverture maladie, au motif que l'aide médicale est strictement destinée aux sans papiers. Comme ce Français ne peut pas non plus prétendre à la CMU car il ne satisfait pas à la condition des trois mois d'ancienneté de résidence, il ne peut finalement prétendre à rien, alors que selon les textes, les Français relèvent de l'AME en attendant les trois mois d'ancienneté de résidence qui leur permettront de basculer dans la CMU.

[363] On a présenté plus haut les difficultés locales rencontrées par les demandeurs d'asile (pour se rendre en métropole plaider leur cause, payer les frais d'un avocat, etc.).

Ainsi, les modes d'identification délégitimant qui justifient des pratiques discriminatoires ne sont pas toujours utilisés « fonctionnellement » (c'est-à-dire ici pour favoriser la préférence nationale), ils sont même parfois contre-productifs.

Ils peuvent aussi conduire à des situations simplement absurdes.

> Une agent CGSS se méfie des passeports *trafiqués*. Elle refuse par exemple les passeports présentés par les ressortissants du Guyana car *presque tous les Guyaniens s'appellent Dos Santos, alors le passeport, ça ne suffit pas*. La présence d'un titre de séjour en revanche lui *inspire plus confiance* (...) *parce qu'il y a une photo*.
>
> Au regard des critères de la Sécurité sociale (selon les directives diffusées au niveau national), le passeport est pourtant considéré aussi fiable qu'un titre de séjour. L'agent fait ainsi de la validation d'une information par le tampon préfectoral une garantie de qualité, indépendamment des directives de sa propre administration. Vice-versa, elle suspecte de fraude les étrangers en situation irrégulière, c'est à dire non « validés » par la préfecture. Or cette suspicion « systématique » des sans papiers peut mener à des pratiques absurdes. Ainsi, cet agent se méfie beaucoup des dossiers de demande d'AME adressés par les assistantes sociales de l'hôpital, qu'elle juge trop peu vigilantes sur les risques de « dossiers trafiqués » (quand elle ne les suspecte pas d'être « de mèche » avec les fraudeurs). Cette suspicion la conduit même parfois à refuser … de refuser des dossiers[364], quand ils sont « vraiment » trop mal remplis, quand *il n'y a pas même un papier d'identité pour savoir de qui on parle* … Situation paradoxale s'il en est puisque le « défaut de pièce » est justement ce qui motive la plupart des refus d'AME ...

Arrêtons-nous plus longuement sur deux pratiques exercées à l'échelle de l'institution CGSS, décidées par Mme D, une responsable CMU-AME à la CGSS.

L'AME refusée aux déboutés du droit d'asile

Mme D refuse d'accorder une AME aux déboutés du droit d'asile, s'opposant à ce sujet à un ensemble de professionnels métropolitains (inspecteurs de la DSDS, secrétaire de la commission départementale d'aide sociale, ses supérieurs à la CGSS) [365].

[364] Il arrive que le service de la facturation de l'hôpital demande à la CGSS de notifier son refus d'AME. La notification du refus de la demande d'AME signifie que l'hôpital a fait tout ce qui était en son ressort pour faire aboutir la demande d'AME. Il pourra alors passer la facture, ultérieurement, en créance irrécouvrable, et la prochaine enveloppe budgétaire qui lui sera allouée pourra tenir compte de ces frais. En l'absence de notification de refus, si le malade n'a aucun document d'identité, aucune facturation ne peut être établie, ce qui représente une perte sèche pour le budget de l'hôpital.

[365] Elle finira par accepter, sous la pression de ses supérieurs métropolitains.

La réforme de l'AME de 1999 souligne la concordance entre droit au séjour et droit à la protection sociale, puisque ceux qualifiés d'irréguliers au regard du premier se voient réservés la forme assistancielle de la couverture maladie. On a vu en première partie de ce travail que dès la sortie de ces textes, des associations métropolitaines ont dénoncé les possibles dérives de cette concordance, avec le risque que les agents de la Sécurité sociale endossent le rôle de sélection des étrangers dans une optique de contrôle des frontières. C'est précisément ce qui semble se passer ici. Mme D explique que la CGSS doit se soumettre aux critères de la préfecture et relayer les décisions du préfet :

> *C'est le préfet qui ordonne, même si c'est nous qui traitons les dossiers. (...) comme on a une compétence préfet et que le préfet a décidé que la personne devait quitter le territoire, c'est comme si le préfet avait dit « cette personne n'a pas droit à l'AME »*[366].

Elle explique ne pas pouvoir délivrer d'AME à des personnes à qui le préfet a fait savoir qu'elles devaient quitter le territoire français, puisqu'elles ne sont alors plus présentes physiquement sur ce territoire. Elle suggère ainsi un lien direct, immédiat et concret, entre l'invitation à quitter le territoire et le départ effectif des étrangers. Gommant la réalité de terrain (il y a des étrangers qui restent sur le territoire même s'ils sont invités à le quitter), elle vide l'AME de son contenu (puisque l'objectif de l'AME est d'assurer une couverture maladie à des étrangers en situation irrégulière résidant sur le territoire, donc, selon elle, dans des situations qui n'existent pas) et fait de la CGSS l'instance relais des décisions de l'autorité en matière de droit au séjour.

Ce refus d'AME à des déboutés du droit d'asile nous a été commenté par d'autres acteurs, et c'est la confrontation entre les propos tenus respectivement par une assistante sociale hospitalière créole et par une inspectrice DSDS métropolitaine qui est à cet égard intéressante.

L'inspectrice DSDS explique avoir demandé à la CGSS d'accorder une AME aux déboutés car elle considère qu'une fois leur demande d'asile refusée, ils se retrouvent en situation irrégulière vis-à-vis de leur séjour et qu'à ce titre ils relèvent de l'AME.

L'assistante sociale hospitalière n'a pas entendu l'inspectrice s'exprimer à ce sujet, elle n'en connaît la décision que par l'intermédiaire d'une collègue qui la lui a rapportée : un « téléphone arabe » propice aux ré-interprétations qui justement nous intéressent ici.

[366] L'AME est une compétence DSDS (puisque financée par l'Etat), donc du préfet, que celui-ci délègue au directeur de la CGSS. Par ailleurs, c'est l'OFPRA qui étudie les dossiers de demandes d'asile et éventuellement les rejette, mais c'est le préfet qui transmet cette décision aux intéressés, en l'assortissant d'une invitation à quitter le territoire en cas de refus.

Selon l'assistante sociale, si l'inspectrice a demandé à la CGSS d'accorder une AME, c'est au nom de l'obligation de soin :

> *L'inspecteur, il parait qu'elle a dit que ce n'était pas normal, parce que c'était un problème de soins et ce n'était pas un problème administratif ou juridique. Et que comme on n'avait pas le droit de refuser de soigner des gens parce qu'ils n'avaient pas de papiers, on ne peut pas demander à l'hôpital de faire le rôle de police*. (...) *Ce qu'a dit l'inspecteur, c'est vrai, on ne peut pas demander aux gens leurs papiers pour les soigner. On ne peut pas ne pas accepter de les soigner parce qu'ils sont expulsables.*

Ainsi, ce serait parce qu'on ne peut pas ne pas soigner un malade qu'on doit lui accorder une couverture maladie. Là encore, la législation relative à l'aide sociale est absente du raisonnement. C'est ici l'obligation de soin qui est mise en avant, comme un principe posé de façon consensuelle (*c'est vrai*), une priorité indépassable (ce reste de compassion qu'on ne peut refuser à quiconque, même à un fraudeur illégitime).

Mais le droit à l'immigration n'est pas pour autant écarté de la scène.

> Quand en effet nous lui faisons remarquer qu'ici, en l'occurrence, c'est à la CGSS et non à l'hôpital qu'il était reproché de « faire la police », elle répond : *La Sécu appliquait les textes, au fond ...* (...) *quelque part, si on a une invitation à quitter le territoire, on doit quitter le territoire. Et quelque part, donner une couverture sociale, c'est aller contre ce que la loi a dit, en fait, c'est limite.*

La loi qu'applique la Sécu serait donc celle du droit au séjour, pas celle de l'aide sociale. Et ce n'est pas non plus le droit à l'aide sociale, mais le droit aux soins, qui aurait ici contraint la CGSS. S'établit ainsi une sorte de rapport hiérarchique entre d'un côté le soin, dégagé de toute contrainte administrative, et d'un autre la couverture maladie, soumise aux critères du droit au séjour. Face à une mesure de contrôle des frontières prise de façon intempestive par des agents locaux (CGSS, créoles) puis annulée par un agent d'Etat (DSDS, métropolitaine), cette autre professionnelle locale (assistante sociale, créole) met donc en avant un principe consensuel et politiquement correct (l'obligation de soins) pour justifier la position de l'agent d'Etat sans désavouer pour autant l'agent local.

Son commentaire l'amène enfin à émettre deux réflexions faites maintes fois par ailleurs :

- *Hé oui, il faut qu'il soit payé* : c'est parce que l'hôpital est pris à la fois dans cette obligation de soins et dans ses contraintes budgétaires qu'il a fallu ouvrir des droits AME … ce qui permet de rappeler combien les étrangers coûtent cher.
- la mise en cause première de la force publique qui ne remplit pas son rôle d'expulsion des indésirables qui imposent à la Guyane leur présence, mettant ainsi dans l'embarras son système sanitaire : *Ils n'avaient plus à être ici, or les gens ne partaient pas, et allait se poser*

le problème des factures ... parce que les gens ne partent pas. Et c'est pas à l'hôpital ni à la Sécu d'expulser les gens, c'est à la force publique. (...) Mme F. [l'inspecteur] *a appelé la Sécu, et ils vont passer en AME. Et après, à la force publique, de faire en sorte que les gens ne restent pas*. Ce rappel d'une évidence (ce n'est pas à la CGSS d'expulser, *manu militari*, les indésirables) permet de suggérer un équivalent « professionnel » (la CGSS peut cependant exclure de son institution) : « la Sécu » appuie ainsi comme elle peut cette force publique par trop impuissante.

Des droits CMU ouverts le temps de la validité de la convocation à la préfecture

Deuxième exemple de soumission des critères de la CGSS à ceux de la préfecture, voici une entorse réglementaire qui concerne elle de très nombreux étrangers : tous ceux en cours de demande de régularisation de leur séjour. La CGSS leur accorde une CMU dont la durée de validité est celle de leur convocation préfecture. Ces étrangers devraient pourtant bénéficier d'un maintien de droits à la CMU (quatre ans pour la base, un an pour la complémentaire) après la perte de leur titre de séjour ou le rejet de leur demande, tant qu'ils continuent de résider en France.

Mme D explique que ce n'est qu'un an après le début de la mise en oeuvre de la réforme CMU, qu'elle a *relu les textes* et s'est aperçue que la CMU complémentaire doit être accordée pour un an et non le temps seulement de la convocation préfecture (généralement de trois mois). Ainsi, spontanément (avant lecture attentive des textes), elle avait adopté une pratique restrictive, qui ne différenciait pas la durée de validité du droit ouvert par la Sécurité sociale de celle du document remis par la préfecture.
Un autre agent CGSS raconte avoir lui aussi rectifié sa pratique après quelques mois. Désormais, il accorde la CMU pour la durée du titre de séjour, et à l'occasion de la première demande de remboursement qui suit son expiration, il demande à l'assuré de se présenter avec un nouveau titre de séjour. S'il n'en a pas, l'agent bloque la CMU. Il considère cependant ça ne pose aucun problème à l'intéressé puisque l'AME prend le relais.
Quoi qu'en dise l'agent, il y a donc bien admission à la CMU le temps de la validité du titre de séjour et arrêt de la CMU après l'expiration du titre de séjour (ou de la convocation qui en tient lieu) initialement présenté lors de l'ouverture du droit : pas immédiatement à l'expiration mais lors du premier besoin de couverture. En outre, le blocage de la CMU « pose » bien problème, puisque l'AME est une couverture moins intéressante que la CMU (moindre panier

de soins, etc.). Surtout, puisque la CGSS n'informe la personne ni de sa radiation (au motif que c'est inutile puisque la date est notifiée sur l'attestation CMU … or les étrangers sont nombreux à ne pas savoir lire), ni de sa possibilité d'ouvrir des droits AME, on peut supposer que nombre de personnes ignorent non seulement qu'elles n'ont plus la CMU mais qu'en plus elles peuvent prétendre à une AME : on trouve là une clé plausible d'interprétation au faible taux de bénéficiaires d'AME en Guyane.

Mais le point qui nous intéresse ici tient dans les deux curieuses raisons que l'agent avance pour expliquer ce défaut d'information donnée. Elles relèvent en effet encore une fois de l'interprétation des textes relatifs à l'aide sociale à la lumière des contrôles migratoires.

> D'abord, il serait inutile de demander aux étrangers qui n'ont pas pu renouveler leur titre de séjour de se présenter à la CGSS pour y demander une AME car ils ne viendraient pas, en raison de leur situation trop embarrassante : *lorsqu'on demande à la personne le titre de séjour et qu'elle ne l'a pas, c'est un peu difficile de voir cette personne venir vous dire « en fait j'ai pas de titre de séjour » (...) Et non, mettez vous à la place de cette personne*. Il est surprenant d'entendre un agent habilité à délivrer une couverture maladie à des étrangers en situation irrégulière déclarer que ces derniers ne « peuvent » pas se présenter à son guichet d'accueil tant serait honteuse leur situation.
>
> Ensuite, une telle situation serait improbable : *En fait, c'est rare de ne plus avoir de titre de séjour, surtout ici. Les titres de séjour sont systématiquement renouvelés. (...) il y a tout un tas de choses qui entrent en jeu, du fait peut-être de la frontière qui n'est pas gardée, alors à quoi bon renvoyer une personne chez elle sachant qu'elle va revenir ?*
>
> Le contrôle des frontières serait si dérisoire que les titres seraient tous renouvelés. On en arrive à la position inverse (mais pour une pratique elle aussi restrictive) de celle tenue par Mme D : justifier l'attitude adoptée quant à l'application des textes de l'Assurance maladie non plus en s'en tenant *stricto sensu* au droit au séjour, mais en se référant à la réalité sur le terrain de l'immigration telle qu'on la perçoit : la rareté du passage de la CMU à l'AME s'expliquerait alors par les renouvellements systématiques des titres de séjour[367].

[367] L'agent donne par ailleurs un autre exemple où il interprète une situation relative à l'Assurance maladie par des éléments de la réalité de l'immigration telle qu'il la perçoit, et telle d'ailleurs que la perçoivent les autres Créoles interrogés (flux incontrôlables d'étrangers attirés par les prestations sociales que les professionnels guyanais ne peuvent que leur attribuer) : s'il y a peu de bénéficiaires de l'AME, c'est parce que les étrangers obtiennent rapidement un titre de séjour (et passent donc alors en CMU).
Pour appuyer ses dires, il donne l'exemple, qu'il tient d'un employeur, d'un étranger qui a disparu deux mois après avoir été embauché. Pourquoi ? Parce que, selon lui, au bout de ce laps de temps, grâce aux feuilles de salaire que lui a données son employeur et qu'il a présentées à la préfecture, cet étranger a pu obtenir un titre de séjour. N'ayant alors plus besoin de son emploi (qui ne lui servait pas à gagner de l'argent, mais à obtenir un titre de séjour), il a quitté sans mot dire son employeur.
Cette histoire est révélatrice en ce qu'elle met en scène plusieurs acteurs classiques dans les discours créoles : l'employeur représente les Créoles, ceux qui travaillent, il est victime de l'un de ces étrangers qui retournent en leur faveur le système réglementaire (obligation pour l'employeur de délivrer des feuilles de salaires à ses

Au total, les pratiques présentées ici sont justifiées par la nécessité de faire concorder les pratiques de la CGSS au droit au séjour : tel qu'il est formellement prévu dans le premier cas (en l'occurrence : les étrangers en situation irrégulière ne restent pas sur le territoire puisqu'ils sont invités à le quitter) ; tel que l'acteur se représente son application concrète dans le second cas (en l'occurrence : les étrangers ne restent pas longtemps en situation irrégulière car on leur accorde rapidement un titre de séjour).

6.3.4 Synthèse

Les propos recueillis auprès de certains professionnels créoles nous permettent d'illustrer ce que nous avons qualifié dans la partie précédente de mode délégitimant de la perception de l'autre, justifiant de pratiques discriminatoires.

Ces Créoles caractérisent en effet leur public selon qu'il est ou non assuré social, opposant les assurés aux assistés. Sur cette distinction administrative s'en cale une autre, fondée sur l'origine, qui dépasse l'opposition présentée en métropole entre Français (assurés) et étrangers (assistés). Ici, des minorités de l'Intérieur, les Noirs Marrons (issus de « la forêt » ou « du fleuve ») forment avec les étrangers (issus des pays voisins de la Guyane) le groupe des assistés, tandis que celui des assurés est représenté par les Créoles eux-mêmes et non par l'ensemble des Français.

Les minorités de l'Intérieur (anciennes « populations tribales ») sont caractérisées par leur « primitivisme » et les étrangers (qui immigreraient « massivement ») par leur tendance à profiter frauduleusement du système de protection sociale. Les Créoles, en tant que citoyens-cotisants et en tant que professionnels de l'accès aux soins, sont amenés à œuvrer à l'intégration des uns et des autres. Ils insistent ainsi sur la lourde responsabilité de l'Etat central qui laisse le système socio-sanitaire (mais également le territoire et la société guyanais, les thèmes de l'accès aux soins et du droit au séjour étant étroitement mêlés) ouvert aux « non méritants ». On retrouve ainsi les représentations analysées en métropole sur l'attitude immorale des assistés (nouveaux-venus) et la charge qu'ils représentent pour les assurés.

---

employés, régularisation au regard du séjour sur le territoire « facile » une fois que preuve est faite de l'insertion sur le marché du travail). On peut noter que l'agent n'évoque pas les diverses autres raisons qui auraient pu motiver la disparition de l'étranger (et en particulier son expulsion pour défaut de titre de séjour).

Le défaut d'assimilation (par défaut de maturité ou de mérite) est en outre souligné dans les discours tenus en Guyane, « spécificité locale » qui se comprend mieux à la lumière de l'histoire du groupe créole depuis la société de plantation. Celui-ci a en effet connu une longue période d'assimilation au modèle occidental, contrainte du temps de l'esclavage, puis par intégration progressive et désirée aux arcanes du pouvoir politique, administratif et économique, se différenciant ainsi des groupes dits tribaux restés longtemps marginalisés au sein de la société coloniale puis départementale (Amérindiens et Noirs Marrons) et des nouveaux-venus que sont les migrants des dernières décennies. Or depuis les années 70-80, Noirs Marrons et étrangers sont de plus en plus nombreux en Guyane, leur nombre fragilisant des rapports de force jusqu'alors favorables aux Créoles. Les Créoles déplorent que ces anciens « primitifs » et les étrangers soient aujourd'hui « aussi facilement » intégrés à la société guyanaise, via notamment leur accès à une couverture maladie et aux soins, sans pour autant avoir eu à faire preuve de leur volonté d'adhérer au modèle occidental. Faire du statut à l'égard de la Sécurité sociale l'étendard du degré d'assimilation au système leur permet de se différencier de ces nouveaux-venus qui ont désormais les mêmes droits qu'eux.

Ces représentations justifient un certain nombre de pratiques discriminatoires. Les Noirs Marrons étant caractérisés par leur défaut de « maturation », qui se traduit notamment par leur passivité, les Créoles se montrent moins aidants qu'ils ne le seraient pour d'autres publics, de façon à prévenir toute dérive « d'assistanat ». Ils tentent surtout de freiner l'accès non mérité des étrangers au système de soins - via l'ouverture de droits à une couverture maladie - et leur installation qui s'ensuit sur le territoire, par une recherche des fraudeurs : application restrictive de la loi, voire mise en avant des objectifs des politiques d'immigration au détriment de celles de l'accès aux soins.

Ces pratiques ont été observées en métropole. En Guyane comme en métropole, elles s'appuient sur des connaissances erronées de la législation, y compris de la part des professionnels dont la fonction première est d'appliquer ces textes, les agents des caisses de la Sécurité sociale. Comme en métropole également, ces derniers semblent cependant les plus « contraints » par la législation : quand ils reconnaissent l'appliquer de façon restrictive, c'est en précisant que ces pratiques n'ont duré qu'un temps, alors que les professionnels de terrain (soignants ou sociaux) se montrent plus libres d'adapter les textes. Comme en métropole également, lorsque les critères de la législation relative à l'accès à une couverture maladie sont présentés comme dominés par ceux du droit au séjour, c'est la mise en avant de la légitimité du soin lui-même qui peut s'opposer aux seconds.

La situation guyanaise se présente cependant de façon plus « franche » que la métropolitaine. La situation migratoire (immigration dite « massive ») et socio-économique (qualifiée de « préoccupante ») locale offre un « ancrage » solide à ces représentations délégitimantes. Les différents exemples présentés ci-dessus nous ont permis en outre de préciser la façon dont, au-delà des chiffres et des constats « objectifs » sur la situation migratoire et sociosanitaire, la perception que peut avoir un professionnel de l'effectivité des politiques publiques menées en Guyane peut conforter ces représentations et ces pratiques : des politiques d'accès aux soins (« avec la réforme CMU, l'accès à l'AME a été suffisamment facilité pour justifier que le professionnel de terrain ajoute son propre filtre ») comme des politiques d'immigration (« nul besoin d'informer sur l'AME ni de l'accorder puisqu'il n'y a pas d'étrangers en situation irrégulière sur le territoire : soit parce qu'ils en disparaissent dès que leur titre de séjour leur a été refusé, soit parce que les titres de séjour sont facilement accordés ou renouvelés »).

La volonté affichée par l'Etat de mener en Guyane une politique d'immigration plus ferme qu'ailleurs, même si les Créoles la jugent toujours trop timide, ne peut enfin que conforter ces représentations et ces pratiques.

6.4 La différenciation

Le deuxième mode d'altérisation susceptible de justifier un traitement discriminatoire est la différenciation. La perception d'une différence radicale induit celle de besoins différents et justifie donc d'un traitement différent. On a dit que cette différence perçue n'est pas nécessairement connotée péjorativement et d'ailleurs le traitement différentiel est volontiers présenté comme étant « dans l'intérêt » de « l'autre » auquel il s'applique. On a vu qu'en métropole, cette différence peut être perçue sur le mode administratif (distinction entre la réglementation applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale et celle qui l'est aux assurés sociaux, d'où traitement séparé des uns et des autres) ou, le plus souvent, culturel (difficultés de communication et d'appréhension de l'offre de soins mises sur le compte de différences culturelles justifiant d'une offre de soins spécifique). Dans un cas comme dans l'autre, il y a orientation dérogatoire au droit commun et risque de stigmatisation des individus ainsi différenciés.

C'est également surtout sur le mode culturel que s'exprime en Guyane la représentation différentialiste. Celle-ci est le plus souvent le fait d'acteurs métropolitains, et tous les exemples qui suivent sont relatifs à des professionnels métropolitains exerçant en Guyane, sauf précision contraire. Mais l'association acteurs métropolitains/représentations différentialistes n'est pas plus exclusive (d'autres acteurs que métropolitains peuvent exprimer ces représentations) ni plus systématique (tous ne les expriment pas) que ne l'était l'association acteurs créoles/représentations délégitimantes. Il s'agit là aussi d'une tendance qui ressort de nos données et dont on fait un type de description pour analyser les représentations différentialistes et les pratiques qu'elles justifient.

6.4.1 Les représentations

La plupart des professionnels métropolitains interrogés décrivent, comme leurs collègues créoles, l'utilisation « non méritée » du système socio sanitaire par *les étrangers et les Noirs Marrons*, frauduleuse pour les uns, passive pour les autres. Mais ils la relativisent, le plus souvent, en insistant sur le « rapport différent » qu'entretiennent ces populations avec le système socio sanitaire. Ce rapport différent serait lié à des caractéristiques culturelles de ces

populations, connotées plutôt positivement. Par exemple, le « défaut de familiarisation avec le modèle occidental d'accès aux soins », présenté comme caractéristique des Noirs Marrons, est perçu comme l'expression d'une culture qui leur est propre plutôt que comme celle d'une assimilation inachevée. Certains professionnels regrettent même que l'intégration des Noirs Marrons au système socio-sanitaire national et à travers lui à la société occidentale entraîne l'effondrement de leurs sociétés dites traditionnelles, à l'inverse des professionnels créoles qui déplorent au contraire que cette intégration ne soit conditionnée par aucune exigence d'assimilation. L'altérité perçue chez ces usagers amène ainsi les professionnels métropolitains à remettre en cause l'offre de soins, perçue elle-même comme venant de l'extérieur et inadaptée au milieu, tant naturel que populationnel, auquel elle est appliquée en Guyane.

Cette inadaptation de l'offre de soins caractérise, dans les discours métropolitains, les politiques et les dispositifs d'accès aux soins élaborés en métropole, ainsi que les professionnels métropolitains venus les appliquer localement.

Les places occupées respectivement par les pouvoirs centraux et locaux dans les discours des professionnels métropolitains sont en proportions inverses dans les discours créoles et métropolitains. On a vu que *l'Etat central* occupe dans les créoles une place prépondérante (pour lui reprocher sa démission : il laisse la Guyane vulnérable aux étrangers) ; lui fait face un Conseil Général lucide mais impuissant. Les discours métropolitains comportent eux aussi des critiques à l'égard de l'Etat central. Il lui est reproché, comme dans les discours créoles, de laisser le système de soins être abusé par des usagers non responsables (mais en insistant plus sur le souhait de plus de contrôle que sur celui de plus de fermeture). Mais surtout, il est regretté que l'Etat ne tienne pas mieux compte des spécificités du milieu naturel et de la population auxquels est appliqué le modèle de santé national.

Les allusions à l'Etat central restent cependant plus discrètes qu'elles ne le sont dans les discours créoles. Les références au *pouvoir décentralisé* sont en revanche nombreuses. Elles sont péjoratives. Au-delà du Conseil Général, c'est d'ailleurs toute l'autorité locale - administrations aux mains du pouvoir politique créole – qui est visée, voire aussi l'ensemble des professionnels créoles (soignants, sociaux et administratifs). Ces derniers sont qualifiés de non seulement globalement incompétents mais également racistes et sont accusés d'être responsables d'une partie des difficultés que connaît le système de soins, notamment en opérant des traitements discriminatoires à l'encontre des Noirs Marrons et des étrangers.

Au total, les professionnels métropolitains décrivent une expérience exotique, celle d'une pratique en milieu d'outre-mer, qu'ils comparent à celle qu'ils ont pu avoir en métropole, en attribuant au « culturel » (celui des Noirs Marrons) et à « l'interethnique » (le racisme des Créoles à l'égard de ces derniers et des étrangers) une large part des écarts observés.

L'inadaptation au contexte guyanais de l'offre de soins nationale et des professionnels métropolitains exerçant en Guyane, ainsi que l'incompétence des professionnels créoles génèrent ainsi, selon les professionnels métropolitains, des difficultés d'accès aux soins dont sont préférentiellement victimes, en raison de logiques structurelles, Noirs Marrons et étrangers. Nous les présenterons dans la partie intitulée « discriminations systémiques ». La façon dont le rejet créole de ces mêmes publics vient ensuite aggraver ces difficultés sera présentée dans la partie « catégorisations de l'autre et discriminations systémiques ».

La partie présente a pour objet l'altérité perçue par les professionnels métropolitains chez certains usagers du système socio-sanitaire, à savoir les minorités de l'Intérieur et les étrangers. Cette altérité, présentée sur le mode de la différence culturelle, est censée expliquer une partie des difficultés de ces usagers à accéder aux soins.

Comme leurs collègues créoles, les professionnels métropolitains caractérisent Noirs Marrons et étrangers principalement par trois traits : l'incompréhension du système, la passivité et la consommation abusive de prestations socio-sanitaires. Mais selon eux ces traits reflètent, plus que le défaut de légitimité des intéressés, l'inadaptation de l'offre de soins qui leur est proposée.

6.4.1.1 L'incompréhension du système

Les Noirs Marrons ne connaîtraient et ne comprendraient pas leurs droits en matière de couverture maladie, ni leur droits en tant que malades. Cette incompréhension, qui déborderait la question de l'accès aux soins pour concerner l'ensemble du système socio-sanitaire, est attribuée d'une part aux pratiques professionnelles créoles, telles que le manque d'information donnée par les agents CGSS et d'autre part à des facteurs « culturels » propres aux Noirs Marrons : nomadisme (interdisant tout suivi médical régulier), attachement à « leur médecine traditionnelle », importance de la maternité (d'où refus du préservatif, grande multiparité

malgré une séropositivité au VIH), mode traditionnel de transmission de l'information (on ne « pose pas de question »). Même s'ils sont mis en rapport avec le défaut de familiarisation d'avec le système occidental (on parle par exemple des *nouveaux recensés du fleuve* pour dire combien ils sont perdus au sein des méandres du système administratif), ces éléments sont beaucoup moins connotés péjorativement d'« archaïsme » et de défaut d'assimilation que dans les discours créoles. L'assimilation à la culture occidentale est même souvent perçue comme néfaste car à risque de faire disparaître cette identité culturelle. La fréquence croissante des grossesses précoces, par exemple, serait liée à l'effondrement des autorités coutumières.

Enfin, la précarité socio-économique vient accroître les conséquences de la non-francophonie, de l'analphabétisme, du défaut de familiarisation avec « les papiers », etc. Comment par exemple conserver des justificatifs de sa résidence en France quand on vit en forêt ?

> *Vous avez déjà essayé de garder des papiers quand vous vivez dans un carbet au toit en paille et au sol en terre ? Il roule les papiers et les glisse dans les interstices de son toit en paille. Mais quelquefois les souris les mangent, ou les champignons ... Ils n'ont pas l'habitude du papier. Ils n'ont pas l'argent pour, ou ils ne pensent pas à acheter quelque chose de fermé pour garder les papiers. Ils ne savent pas ce que c'est, le papier, c'est presque magique pour eux* ... (un enseignant, à propos d'un Noir Marron vivant en forêt)

Cette incompréhension est évoquée d'un point de vue symétrique : face à la perplexité des Noirs Marrons, perdus dans le système qui leur est proposé, il y a celle des professionnels métropolitains, décontenancés par une « culture » capable de métamorphoser la donne à tel point que leurs actes professionnels n'ont plus aucun sens, tous leurs repères se trouvant bouleversés.

> Une jeune assistante sociale de collège donne quelques exemples de suivis sociaux malaisés, des histoires dont il lui semblait maîtriser si peu les tenants et les aboutissants que ses efforts se trouvaient tournés en ridicule, tant était grand le décalage entre ce qu'elle se représentait des désirs de l'élève et de sa famille et ce qu'ils étaient réellement. Pour une élève affirmant vivre chez sa tante depuis le décès de sa mère, l'assistante sociale s'inquiète, engage des démarches pour savoir à qui déléguer l'autorité parentale puis comprend incidemment que la mère est vivante, réside au Surinam et que le prétendu décès n'avait comme seul objectif que de permettre l'inscription au collège malgré la situation irrégulière de l'enfant. Des jeunes filles enceintes « disparaissent », puis réapparaissent six mois plus tard, *sans gros ventre et sans bébé*, sans qu'elle arrive à savoir si elles ont avorté ou accouché : soit une IVG est réalisée *de façon traditionnelle*, soit l'accouchement a lieu sur le fleuve et l'enfant est confié à

la grand-mère ou à un autre membre de la famille, *c'est des choses qui se font, chez les Noirs Marrons*. Tenter d'effectuer un suivi dans ces situations familiales compliquées l'amène à des bricolages peu conformes aux principes qu'on lui a enseignés : *c'est des situations rocambolesques ... c'est pas forcément très professionnel, dans l'optique de l'AS comme on l'apprend, du moins comme moi je l'ai appris à l'école, en métropole, ça n'a aucun sens (...)*

6.4.1.2 La « passivité »

Plutôt que de l'incompréhension, certains professionnels discernent de la passivité dans l'attitude des Noirs Marrons.

> La proportion de bénéficiaires de la CMU au sein de la clientèle des médecins de ville est beaucoup plus élevée à Saint Laurent qu'elle ne l'est à Cayenne et Kourou, car à Saint Laurent, *c'est une population qui est à 50% noire marronne, (...) pas forcément étrangère, mais 50% de Noirs Marrons, donc des gens qui ne travaillent pas, qui sont pas salariés vraiment, qui vivent d'allocations ...* (un médecin)

L'absence de démarche pour obtenir une couverture maladie avant que ne survienne un besoin de soins est souvent cité en exemple, elle étonne, laisse perplexe.

> Une assistante sociale cite le cas d'un jeune homme de 24 ans, français, noir marron, vivant sur le fleuve, auparavant ayant-droit de son père et qui n'a pas fait les démarches pour obtenir une couverture maladie en son nom propre après sa majorité : *Moi aussi je lui ai posé cette question-là* [de l'absence d'anticipation], *on a tous cette interrogation-là. Il m'a dit " bin j'étais pas malade ". Et en plus il te dit ça de façon ... il ne comprend même pas que toi tu te poses la question ...*

On ne trouve pas véritablement d'explication à cette absence d'anticipation, sinon par « la culture », qui s'apparente à une boîte noire qu'aucun raisonnement rationnel ne peut approcher

> Une médecin décrit comment les Noirs Marrons ne font pas leurs démarches d'ouverture de droit, *même si tu leur mâches le travail* : [car pour eux] *demain n'a pas de valeur, il n'y a pas de projet, d'avenir. A chaque jour suffit sa peine. Il n'y a pas d'anticipation. On règle les problèmes d'aujourd'hui, on verra demain pour les autres*.
>
> *C'est pas dans leurs mœurs. Et les Amérindiens, c'est pareil.* (une pharmacienne, 28, à propos de la même question)

Cette incapacité à anticiper serait aussi un obstacle à l'observance thérapeutique : ils ne comprennent pas la notion de vaccination (si les enfants sont vaccinés, c'est uniquement pour

pouvoir être admis à l'école), l'observance pour les traitements chroniques est quasi nulle malgré les arrivées en catastrophe aux urgences et les séjours hospitaliers répétés, etc.

Certes, dans de nombreux discours, cette absence d'anticipation est surtout une absence de tout effort, comme dans les discours créoles. Mais la « faute du système » prend rapidement le relais de « la culture » pour dédouaner les intéressés : le système encouragerait cette passivité en ne conditionnant pas l'offre de services socio-sanitaires à l'effort (par exemple, la gratuité des soins dispensés par les centres de santé du fleuve expliquerait que les Noirs Marrons ne fassent aucun effort pour s'affilier à une couverture maladie). Or ce serait parce que le système national y est mal adapté à la population locale qu'il y produirait des dérives plus importantes qu'ailleurs.

Arrêtons-nous sur le discours de l'animatrice d'une agence d'insertion, Mme S, qui insiste sur les effets pervers d'un système non adapté à la Guyane. Mme S déplore que les malades noirs marrons ne cherchent pas à se renseigner sur les soins dont ils bénéficient, cette passivité se trouvant encore accrue par le traitement infantilisant qu'elle inspire aux soignants : *On leur fait un truc, ils se laissent prendre en main. (...) Les gens de l'hôpital ont pris cette habitude de traiter les gens comme des enfants, et c'est eux-mêmes qui se sont comportés comme ça.*

La passivité est un attribut réparti de façon non uniforme entre les différents groupes de la population :

C'est surtout les Noirs Marrons, la race noire, et les Amérindiens. Parce que les Créoles sont beaucoup plus curieux de ce qu'on fait et les Métropolitains aussi. Les Brésiliens posent beaucoup de questions. Les Haïtiens, beaucoup moins. J'ai eu affaire à plusieurs Brésiliennes qui ont eu des problèmes de santé, et elles ont su m'expliquer pourquoi on les avait opérées, alors que les autres ... (...) Les Brésiliens, c'est des gens qui viennent d'un pays où ils sont obligés de se débrouiller. C'est pareil pour les Surinamais : un Bushinengé surinamais posera beaucoup plus de questions qu'un Bushinengé français qui a lui l'habitude de se laisser manipulé, manié ... Au niveau de l'insertion, il y a beaucoup plus de motivation chez les Surinamais que les Bushinengué français. On sent que c'est des gens qui ont du se débrouiller dans leur vie et qui sont disponibles, cherchent du travail ... (...) ce qui joue surtout c'est leur débrouillardise, on sent que c'est des gens qui ont du se battre pour survivre, faire des petits jobs de n'importe quoi, vendre des paquets de cigarettes, ils se trouveront toujours un petit quelque chose à vendre pour gagner de l'argent alors qu'un Bushinengé ou un Amérindien français, il s'installera mais ne fera rien pour essayer de gagner, même le moindre petit argent, il attendra plus qu'on l'appelle pour un travail ou une formation.

Cette passivité résulte donc pour Mme S de l'action croisée de facteurs environnementaux (un environnement difficile forme des gens combatifs, l'accès facile aux prestations sociales en France

décourage tout effort) et raciaux : au sein d'un même environnement, certains (ceux de « race noire » et les Amérindiens) seront plus passifs que les autres (Créoles et Métropolitain). Ainsi, si les Noirs Marrons français sont plus assistés que les surinamiens, c'est parce qu'ils subissent l'imposition, depuis la métropole, d'un système social localement inadapté.

Mme S explique ensuite que la situation en Guyane est différente de la métropolitaine : les bénéficiaires du RMI ne sont pas des *désinsérés*, des *cas sociaux*, même s'ils risquent de le devenir car on commence à les *parquer* et à leur faire changer de *rythme de vie*. *Ce sont des gens qu'on désinsère pour les réinsérer dans un autre système.* Alors qu'ils sont insérés dans leur communauté, on cherche à les insérer dans un système qu'ils ne connaissent pas (la recherche d'un emploi, d'une formation, d'un logement), eux qui ont l'habitude de prendre un terrain pour y construire leur maison, d'aller à la chasse et à la pêche, de planter du manioc pour faire du quack et de vendre leurs légumes. *C'est là le défaut du RMI qui s'installe en pays outremer. Ca déstabilise une population pour les stabiliser dans un truc qui ...* Ils auraient pu continuer à vivre comme ça, il y a toujours des forêts et des rivières … mais les jeunes ne veulent plus aller à l'abattis, parce que c'est trop fatigant, trop peu lucratif, il fait trop chaud. *Seuls les anciens y vont encore, ils ne restent pas à attendre quelque chose, tous les jours ils travaillent chez eux*.

On retrouve ainsi les discours créoles sur les conséquences néfastes d'une assimilation bloquée à mi-chemin (les Noirs Marrons ne connaissent plus leurs coutumes ancestrales et sont incapables de s'insérer correctement dans la société occidentale), mais en en attribuant la responsabilité au système (inadapté) plutôt qu'aux intéressés (incapables)[368]. Ces victimes d'une occidentalisation inopportune sont, plus encore que les Noirs Marrons, les Amérindiens : alors qu'ils sont plus souvent français que les Noirs Marrons, ce qui leur épargne un certain nombre d'obstacles administratifs, on les décrit comme volontiers alcooliques et chômeurs.

Les seuls vraiment qui ne font rien, à mon avis, c'est les Amérindiens, et puis alors eux, effectivement, ils boivent le RMI à longueur de journée ! Je crois que ceux qui en [de l'instauration des prestations sociales] *ont le plus souffert, ce sont les Amérindiens, parce que eux ils ne font vraiment rien, plus rien, et ils boivent.* (un médecin, 34)

Une assistante sociale regrette que la législation sociale ne soit *pas du tout adaptée à la situation économique, sociale du territoire* : les bénéficiaires ne signent pas de contrat d'insertion, ne font aucune démarche, ne sont pas suivis, parce qu'il n'y a aucun moyen en travailleurs sociaux pour accompagner les gens dans leur insertion. On se contente de multiplier les CES, les contrats emploi solidarité, puis on abandonne les gens en se disant qu'ils pourront au moins toucher le

[368] Cf. en annexe un entretien explicitant ces représentations sur l'inadaptation du système socio-sanitaire aux communautés guyanaises et son impact négatif sur ces dernières.

RMI. Cette inadaptation pervertit la population locale, par entraînement dans la société de consommation : *Il y a vingt ans de ça, les Amérindiens ne demandaient rien ! (...) Il y a vingt ans, ils avaient beaucoup plus développé le côté pêche, chasse, culture en abattis, de choses comme ça ... là, effectivement, on voit les grosses paraboles dans les villages amérindiens.*

6.4.1.3 La « consommation abusive » de prestations socio-sanitaires

Les étrangers sont plutôt caractérisés, comme dans les discours créoles, par leur consommation excessive de prestations. Les Noirs Marrons (décrits précédemment comme passifs, surtout quand ils sont français) peuvent être inclus dans la catégorie des étrangers (la passivité pour faire les démarches d'accès aux droits n'est pas incompatible avec la consommation excessive de prestations). Et comme dans les discours créoles, l'hyper accessibilité du système est mise en cause. Mais plutôt qu'une fermeture accrue du système, les professionnels métropolitains préconisent un surcroît d'éducation.

> Un médecin regrette par exemple l'exigence irresponsable de malades assistés, par hyper accessibilité de l'offre de soins : commentaire également recueilli dans les discours créoles, mais ici associé à la critique de l'importation artificielle du système : *La CMU, c'est comme ça : on offre un service gratuit, alors les gens en abusent.* (…) *Ca a été donné en bloc, sans apprentissage et sans bataille pour ça*. (…) *Le système de santé français est le meilleur du monde, mais les gens ne le savent pas. Ils ne savent pas que ce système est idyllique, et ils ne savent pas non plus qu'il est fragile et qu'il faut y faire attention*.
>
> Une responsable de santé publique explique qu'il faudrait tenir compte de l'absence de familiarisation de la population locale avec la gestion monétaire, en accroissant la proportion d'aides sociales délivrées en nature (verser par exemple les allocations familiales sous forme de vêtements, fournitures et transports scolaires), en formant les bénéficiaires à la gestion d'un budget, en raccourcissant les délais de traitement des dossiers administratifs pour éviter que des sommes importantes soient versées rétroactivement après une longue instruction, tout cela afin d'éviter que les allocataires ne gaspillent les aides perçues.

La pauvreté relative des pays voisins explique l'attrait que peut représenter la Guyane et son système socio-sanitaire, importé d'une riche métropole, aux yeux des étrangers. « *On ferait tous pareil* » revient souvent dans les discours, notamment pour expliquer la venue des femmes surinamiennes pour accoucher à Saint Laurent (pour la sécurité médicale, mais aussi les allocations familiales, la scolarisation et la nationalité française à la majorité de l'enfant, etc.) même si les professionnels métropolitains témoignent à cet égard des mêmes

méconnaissances de la législation que leurs collègues créoles (sur les conditions pour être français, toucher des allocations, etc.). Plus que de « différences » propres aux étrangers, ce sont l'extériorité du système et son inadaptation locale qui sont en cause.

Enfin, si certains acteurs métropolitains se présentent comme les victimes de ces abus, c'est en tant que professionnels (leur tâche s'en trouvant alourdie) et non en tant que cotisants (financeurs de ce système abusé par les « assistés »). Ce discours victimaire est d'ailleurs globalement beaucoup moins récurrent que chez les acteurs créoles.

6.4.1.4 Une appréhension contrastée de l'ensemble de la population résidente en Guyane

L'attention portée par les professionnels métropolitains au « culturel » se traduit également dans leur appréhension différenciée des groupes ethno-raciaux qu'ils sont amenés à recevoir dans l'exercice de leurs fonctions : ils distinguent les Noirs Marrons par leurs appartenances claniques diverses et les étrangers selon leurs nationalités beaucoup plus volontiers que ne le font les Créoles et tiennent compte des facteurs culturels, politiques, socio-économiques, etc. qui expliqueraient, selon eux, les difficultés plus ou moins grandes de ces différents groupes à accéder aux soins : les Brésiliens sont festifs mais travailleurs et rendus débrouillards par les difficultés économiques de leur pays ; les Hmong et les Chinois sont disciplinés, ne sollicitent pas les services sociaux car sont d'une part bien insérés économiquement grâce à leur travail sérieux et d'autre part pris en charge de façon communautaire ; les Guyaniens sont violents car ce sont ceux qui ont des problèmes avec la justice de leur pays qui émigrent ; les Haïtiens sont victimes du racisme des professionnels créoles, peu observants car fidèles à leurs pratiques traditionnelles et aguerris par des conditions de vie difficiles dans leur pays ; les Amérindiens on l'a vu sont à la dérive, comme hébétés par l'occidentalisation soudaine de leur mode de vie, etc. …

Les professionnels métropolitains sont également attentifs aux relations unissant les groupes ainsi différenciés, et en particulier aux tensions communautaires, lesquelles déborderaient largement le seul racisme des Créoles envers les « minoritaires » (Noirs Marrons surtout) et les étrangers. Si ce sont ces relations-là qui nous retiennent ici, c'est parce qu'elles sont les plus influentes au niveau de l'accès aux soins dans l'Ouest guyanais. Mais d'autres relations conflictuelles sont décrites, opposant les Amérindiens aux Noirs Marrons, les clans de ces derniers entre eux, le racisme des Créoles envers les Hmong et les Métropolitains (qui se

plaignent de difficultés quotidiennes à travailler avec leurs collègues créoles, hautement susceptibles envers les plus jeunes d'entre eux, nouveaux venus mais souvent plus diplômés). Par exemple, Amérindiens et Noirs Marrons se retrouveraient en concurrence en tant qu'usagers du système de soins, puisqu'ils n'en sont pas acteurs professionnels et qu'ils partagent souvent une même précarité économique. Les Amérindiens bénéficient souvent soit de la nationalité française, soit d'une plus grande ancienneté de résidence et donc d'une situation régulière au regard du séjour (pour ceux d'origine surinamienne), ce qui facilite leurs démarches d'accès aux droits. En outre, puisqu'ils étaient là, en tant qu'usagers du système de soins, « avant » les Noirs Marrons, ils « subiraient » eux aussi (comme les Créoles) de plein fouet l'arrivée massive de ces derniers depuis la guerre du Surinam. On cite par exemple les files d'attente interminables dans les centres de santé qui avant la guerre du Surinam n'étaient fréquentés que par quelques Amérindiens et se retrouvent aujourd'hui débordés par des flux de Noirs Marrons. La ségrégation, effective au niveau de l'habitat[369], serait alors désirée dans le cadre de l'accès aux soins (par exemple, les Amérindiens « abandonneraient » la PMI aux Noirs Marrons et préfèrent se faire suivre en ville).

6.4.2 Les pratiques

La différence culturelle est ainsi très présente dans les discours des professionnels métropolitains : caractérisant les Noirs Marrons, elle explique l'inadaptation de l'offre socio-sanitaire et leur difficultés d'accès aux soins ; mais elle est également mobilisée pour exprimer une appréhension contrastée de l'ensemble de la population résidante en Guyane.

Certains professionnels métropolitains tentent alors d'adapter les règles du système socio-sanitaire aux caractéristiques culturelles qu'ils décrivent chez les Noirs Marrons, de façon à faciliter leur accès à ce système. D'autres instrumentalisent plutôt les « traits culturels » ainsi identifiés, au sein de dispositifs d'accès aux soins.

[369]A Saint Laurent par exemple, un mur (*de Berlin* (79, un douanier)) a été érigé entre deux quartiers mitoyens, l'un amérindien et l'autre noir marron, à la suite de violentes échauffourées entre les deux communautés ayant provoqué mort d'homme.

6.4.2.1 Adapter l'offre socio-sanitaire aux caractéristiques culturelles perçues chez les Noirs Marrons et/ou les étrangers

On va donner d'abord deux types d'exemples volontairement opposés, même s'ils illustrent tous les deux l'adaptation du système socio-sanitaire aux caractéristiques culturelles perçues chez « l'autre » : l'un relève d'une tentative d'adaptation de la législation sociale, l'autre est un modelage de la communication du médecin avec son patient. Le premier s'inscrit dans une appréciation positive de la différence culturelle perçue, le second dans une appréciation négative. Dans le premier, il s'agit de faciliter l'accès au système tout en respectant une différence culturelle, dans le second de contraindre cet accès « malgré » la différence perçue. Mais ces deux types de pratiques sont également justifiés par l'intérêt du patient, censé bénéficier du système socio-sanitaire auquel on le fait ainsi accéder.
On va ensuite présenter les critiques émises par des professionnels métropolitains sur cette utilisation des catégories ethno-raciales et leur contenu qualifié de culturel.

6.4.2.1.1 Adapter la réglementation socio-sanitaire

Le jeune travailleur social d'une association sise à Saint-Laurent, dont une des missions est l'éducation pour la santé en matière d'infection sexuellement transmissibles (IST) et de toxicomanie, présent depuis quelques mois en Guyane, se déclare curieux des représentations et des pratiques « traditionnelles » des Noirs Marrons de l'Ouest guyanais.

> Il fait en sorte d'en prendre connaissance, tant dans sa vie privée (il explique vivre dans un quartier noir marron et éviter la compagnie des Métropolitains : *Il y a plein de trucs à apprendre. Moi, à chaque fois que je passe une soirée avec des Bushinengués, j'apprends plein de trucs et tout ...*) que professionnelle (*je suis allé sur le fleuve et j'ai trouvé ça super intéressant. On a fait de la prévention dans les écoles avec les CM jusqu'aux sixièmes. On a discuté, ça a levé des trucs super sympas*.).

Son discours présente la « culture noire marronne » comme une entité différente, et cette différence est valorisée.

> *Il y a une ambiance qui est géniale, sur le fleuve, c'est hyper gentil, on passe son temps à dire bonjour, c'est super agréable.*
>
> Les pratiques thérapeutiques traditionnelles sont perçues comme plus efficaces que la biomédecine : si les Noirs Marrons du fleuve préfèrent recourir d'abord à la médecine traditionnelle, c'est certes en raison des difficultés d'accès à la biomédecine (dispensaires loin du village, files d'attente interminables), mais c'est surtout pour la plus grand efficacité de la

première[370] : *il y a cette médecine traditionnelle qui marche quand même mieux que la médecine de France, quoi.*

Le travailleur social constate cependant que cette différence peut faire obstacle aux messages de prévention en matière de toxicomanie et d'IST.

Il évoque les « croyances » selon lesquelles le rhum bu avec des lianes amères rend le sang amer, ce qui protège des piqûres de moustiques ; les cordons auxquels sont attachées une petite fiole et des herbes, que les garçons portent autour de la taille pour se protéger de diverses maladies ; les moustiques censés transmettre le sida ; les filles qui approuvent l'usage du préservatif comme contraceptif, mais pas les garçons car *pour marier une fille, sur le fleuve, il faut lui faire un enfant, c'est le meilleur moyen, donc en fait les garçons font un trou dans le préservatif pour faire les gamins malgré tout*. Si les mères de douze ans regrettent de devoir abandonner tout projet de poursuivre leur scolarité, elles manifestent parallèlement *une fierté, aussi, à avoir un enfant*. Et de toutes façons, les femmes donnent leurs premiers enfants à la mère de leurs maris, donc ne les élèvent pas, *c'est toujours comme ça, même ici à Saint Laurent.*

Mais il explique faire preuve de tolérance envers ces traits culturels, qu'il considère respectables et donc à préserver.

Ainsi, à propos des grossesses précoces : *mais nous on n'est pas là pour se battre contre les coutumes, si l'enfant il faut le faire ... nous on leur a dit « si vous voulez faire un enfant à douze ans, faîtes-le, il n'y a aucun problème, moi je suis pas contre, mais juste, faîtes le si vous le voulez franchement. »*

Et quand ces traits culturels s'avèrent incompatibles avec le bénéfice de l'offre socio-sanitaire, il essaie d'intervenir concrètement pour adapter les conditions réglementaires de l'accès à cette dernière.

Ainsi, il ne récuse pas l'accusation, récurrente, faite aux femmes surinamiennes noires marronnes de venir accoucher à Saint Laurent dans le but de toucher des allocations familiales, mais la place sur le terrain du « culturel » : les allocations, comme la multiparité, font désormais partie intégrante du mode de vie noir marron : *c'est leur moyen de subsistance, les allocs, parce qu'elles ne travaillent pas (...) c'est un métier et tout ça ...* aussi considère-t-il qu'une mère doit les toucher même lorsque son enfant ne vit pas avec elle (cas des aînés élevés par une grand-mère au Surinam, alors que la mère vit côté français) … ce qui constitue pourtant, réglementairement, une condition rédhibitoire au versement des allocations. Cette condition devient ainsi, dans son discours, une inadaptation du système d'attribution des

[370] Il n'évite cependant pas la contradiction quand il explique que : *Tous les problèmes de santé, ils sont soignés d'abord par la médecine traditionnelle et ensuite la médecine ... quand c'est grave et que ça marche pas.*

allocations familiales au milieu noir marron : *ça pose d'énormes problèmes de Sécurité sociale* (...) *il y a de gros chocs de culture.*

Il utilise alors sa casquette de travailleur social - et de travailleur social « averti » des us et coutumes locaux - pour intercéder auprès de la CAF qui réclame des justificatifs de résidence en France des enfants (preuves indirectes qu'ils vivent avec leurs mères) : *Là, j'ai appelé la CAF en leur disant « comprenez bien, c'est des Bushinengués ! (rire) C'est pas du tout comme chez nous, l'enfant est au Surinam chez sa belle-mère, elle peut pas fournir les justificatifs pour cet enfant-là ». A la CAF, ils ont dit « mais nous on fonctionne pas comme ça, si elle justifie pas, nous on boucle les allocs ». Alors, c'est tout le problème entre les lois de Paris et la réalité de la Guyane.*

L'exotisme n'est d'ailleurs pas loin de l'archaïsme, puisque le travailleurs social considère que les lois françaises ne sont pas adaptées au « niveau d'évolution » de la population de Guyane.

En fait, la société française, elle a évolué en métropole, avec le même niveau d'évolution en métropole, et pour eux ils sont projetés dans un truc qui est vraiment bien construit, qui marche bien et tout ça mais qui est un peu ... enfin bon, c'est l'effet des DOM, hein, et particulièrement en Guyane, c'est quand même le DOM qui est le plus sauvage, on va dire, et le plus tribal !

Au total, au nom d'incompatibilité culturelle, le professionnel voudrait détourner de leur usage réglementaire les allocations, puisque celles-ci n'ont jamais été destinées à faire vivre les parents indépendamment de leurs charges familiales. En faisant jouer « l'argument culturel », il y a donc traitement discriminatoire (ou tentative), dans un sens favorable : élargissement de l'accès à des prestations au nom d'une identité culturelle assignée par l'agent professionnel. Il intervient de la même façon lors de l'accès aux soins, en utilisant sa casquette de travailleur social et en faisant jouer l'argument culturel pour détourner une règle administrative, lorsque par exemple il intercède auprès de la CGSS pour que soit accepté le dossier incomplet d'une femme noire marronne, en expliquant à l'agent créole de la CGSS : *je sais pas comment elle s'est débrouillée* [pour perdre ses justificatifs]*, mais c'est vrai que c'est pas évident, elle a pas la même culture que nous par rapport aux papiers !*

6.4.2.1.2 Adapter l'offre de soins

- ***V (médecin)*** *: Globalement, c'est quand même les Haïtiens qui sont les plus ... idiots, enfin entre guillemets, sur la compréhension d'un traitement. Il y a une incompréhension complète, là ... pour certains, hein, pour d'autres, ça marche bien.*
- *C'est une question de langue ?*
- ***V*** *: C'est pas une question de langue, c'est vraiment une question d'intellect. Il y a vraiment une case qui manque pour ... ça, c'est sûr.*
- *Ils n'ont pas l'habitude de ces prescriptions médicales ...*
- ***V*** *: C'est pas une question d'habitude, c'est qu'ils ne comprennent pas la nécessité. On a beau leur dire « tu es mort demain si tu ne fais pas ça », ils ne comprennent pas. Ca, on le fait, pour des Noirs Marrons, on leur dit « si tu prends pas ça, demain tu es mort », bon, ils comprennent, enfin ils comprennent au moins ça ! Maintenant, les Haïtiens, c'est non, tu peux leur dire « t'es mort demain », ils comprennent pas.*
- *Et vous l'attribuez à quoi, un manque de confiance dans la médecine ?*
- ***V*** *: Non, non, c'est un problème génétique, ou de malnutrition, cérébral ... : c'est à ce niveau-là. (...) c'est dans cette catégorie-là qu'on a le plus d'incompréhension. C'est pas tous les Haïtiens, c'est pas ce que je dis, mais c'est parmi eux qu'on a le plus d'inintelligents, de retardés mentaux ! (rire) Enfin, ils sont pas retardés, ils comprennent pas. Les Indiens, ils s'en fichent, c'est pas pareil. Les Noirs Marrons, c'est plus par oubli : « j'ai plus mal à la tête, donc j'oublie de prendre mes médicaments pour la tension. » Mais bon, chez les Métros, c'est pareil, le diabète, c'est pareil aussi.*
- *Et les Chinois ?*
- ***V*** *: Les Chinois, ils viennent parce qu'ils ont besoin d'être soignés, donc ils le font, ils le font s'il le faut le faire, ils sont relativement réglos, je dirais, ils viennent pas pour rien. Dans les Chinois, il y en a qui ne parlent pas, donc qui viennent avec quelqu'un d'autre, à ce moment, on arrive à bien faire rentrer ... Les Hmong, ça se passe bien aussi, ça va, comme ils font la démarche, ça passe.*
- *C'est avec lesquels que vous avez le plus de problèmes de communication ?*
- ***V*** *: En communication, on n'a pas trop de problème, c'est dans la compréhension, c'est les Haïtiens. La communication, on n'a pas trop de difficulté, je crois qu'on arrive globalement à leur faire comprendre ce qu'on veut leur dire.*

Ce médecin généraliste exerçant en libéral distingue ainsi différents groupes de patients selon leur façon de consulter et leur degré d'observance thérapeutique pour des traitements chroniques :

- les Chinois et les Hmong consultent « utile » (c'est à dire pas sans motif valable), font ce qu'il faut pour que leur démarche soit efficace (se font accompagnés d'un traducteur parce qu'ils savent que les médecins ne parlent pas leurs langues) et sont observants
- les Créoles ont un comportement proche de celui des Métropolitains
- les Noirs Marrons sont comme des enfants, vivant au jour le jour
- les Amérindiens sont indifférents
- les Haïtiens ne comprennent pas les messages du médecin

Ces descriptions sont conformes aux discours communément tenus sur les uns et les autres par de nombreux acteurs métropolitains : les Chinois et les Hmong sont travailleurs, disciplinés et efficaces, les Créoles occidentalisés, au contraire des Noirs Marrons dont les repères temporels ne correspondent pas aux métropolitains, les Amérindiens sont hébétés par l'implantation de la civilisation occidentale et les Haïtiens font l'objet des critiques les plus dures.

Par suite, anticipant une réception plus ou moins bonne de son message médical, le médecin formule de façon différentielle ce dernier. Il lui faut par exemple caricaturer l'explication, voire la parer de menaces de mort pour qu'elle « prenne » chez ces oublieux de Noirs Marrons. Mais ce chantage reste plus souvent inefficace face à un groupe, celui des Haïtiens. Autant l'attitude des Noirs Marrons peut se comprendre car il arrive même aux Métropolitains d'oublier de prendre leurs traitements, autant celle des Haïtiens relève d'un tout autre registre. Pour ces derniers, le médecin récuse tour à tour les hypothèses sur le défaut de familiarisation avec les traitements qu'il propose, de confiance dans la biomédecine ou encore de difficulté de communication (qu'il réduit à sa composante linguistique, sans relever que le créole haïtien est très différent du guyanais), pour en faire une question raciale : même s'il n'utilise pas ce terme, c'est ce qu'évoque le problème génétique auquel il fait allusion.

On voit ici comment des qualifications de « l'autre » (culturalisantes et, pour les Haïtiens, racialisantes) influencent la pratique du médecin, au moins au niveau de sa relation avec les malades.

Deux autres exemples peuvent illustrer cette « adaptation » de la communication, faite « dans le bien » des patients mais qui revient à leur nier toute capacité de libre choix pour passer outre un défaut de confiance ou de « compréhension » de l'intérêt de « leur » médecine, privilégiant l'observance à l'intime conviction.

Le consentement éclairé n'est pas indispensable à la prise d'un traitement : seule l'efficacité de celui-ci importe, or c'est au médecin de juger de cette dernière. Ce médecin explique que les gens lui *font confiance.* Il donne l'exemple de l'homéopathie. En Guyane, *l'exercice est plus facile qu'en métropole. En métropole, il faut expliquer, prouver, convaincre, sortir les études* ... Alors qu'en Guyane, les malades prennent le traitement homéopathique qu'il leur prescrit, *ils sont contents parce que çà marche ! (rire)*, même ceux qui n'avaient pas spécifiquement demandé de l'homéopathie (*moi je prescris quand j'ai envie*). Et s'il leur dit que c'est de l'homéopathie, ils ne lui demandent pas ce que c'est, *ils disent « d'accord Docteur » ! C'est ça qui est bien, c'est que je shunte toute l'explication ! (rire) Je leur dis que c'est à base de plantes ... ici, c'est bien de dire que c'est à base de plantes, parce que comme ils font des remèdes, ils disent « ha oui .. ; » l'image médecine douce, ça passe bien ...*

Dans un dernier exemple, le ressort utilisé est l'attractivité des prestations sociales, c'est à dire que le médecin fait jouer les « mauvaises raisons » de se mobiliser, celles que de nombreux acteurs regrettent justement de constater chez les Noirs Marrons, plutôt que de leur expliquer l'intérêt des soins : tant que les enfants ne sont pas vaccinés, ce médecin refuse de délivrer les certificats nécessaires pour toucher les allocations familiales (9ème mois, 24ème mois, entrée à l'école, chaque changement d'école ...) : *Les vaccinations, c'est pas qu'ils comprennent, c'est qu'on les coince à chaque fois (...) quand ils viennent pour un certificat pour la CAF, on leur dit « non, t'as pas les vaccins, on te fait pas les certificats. »*

6.4.2.1.3 Contestation de cet usage des catégories d'origine

Cette adaptation des pratiques au « culturel » (voire au « racial ») est cependant remise en cause par certains professionnels métropolitains, qui considèrent excessive la responsabilité attribuée à « la culture », au détriment des facteurs socio-économiques ou propres à l'offre de soins elle-même.

On a dit que non seulement les catégorisations ethno-raciales sont mobilisées dans les rapports écrits, mais qu'en plus leur usage oral est largement banalisé.

Un médecin raconte la difficulté, en Guyane, à appréhender un patient indépendamment de cette grille classificatoire, tant elle semble s'imposer à l'esprit de tout soignant, même animé d'une *vocation de soigner tout le monde de la même façon.*

« Machin est chinois, Truc Muche est ... » (...) toute personne, la première chose, c'est son étiquette ethnique. « Tu connais Machin ? » « C'est un quoi ? », c'est quasiment systématique. (...) des trucs auxquels on s'habitue, moi quand je vois un patient, je me demande s'il est haïtien, c'est un truc qu'il y a ici dans l'air du temps et c'est dur d'y échapper, l'étiquette ethnique ... (...) C'est vraiment un automatisme de pensée, et ça m'énerve, parce que je me rends compte que ça fait quatorze mois que je suis en Guyane, et je commence à l'avoir, cet automatisme de pensée, tellement il est prégnant.

Ces professionnels pointent ainsi les effets pervers de l'association trop systématique d'une caractéristique dite culturelle à un groupe pour faire de la première une variable explicative des comportements individuels, ce que nous avons qualifié plus haut de culturalisme.

Et puis après, les gens sont réduits à leur culture, ou à ce qui est présumé être leur culture : « un Haïtien, ça réagit comme ça, un Amérindien, ça réagit comme ça, un Brésilien, ça réagit comme ça ... » (...) *« chez ces gens-là, chez eux, ça se passe ... ».* Certes, l'appartenance ethno-raciale pourrait être associée à certaines conduites susceptibles de croiser les pratiques médicales, comme la maternité chez les femmes noires marronnes (multiparité et refus de césarienne malgré la séropositivité au VIH, en rapport avec l'importance sociale de la fécondité mais surtout la crainte que la pauciparité et la césarienne ne fassent suspecter l'infection), mais la plupart des traits censés décrire les comportements des membres d'un groupe seraient en fait des caricatures péjoratives : si par exemple, selon les principes de la religion vaudou, le traitement du sida implique effectivement un retour en Haïti, on ne peut pas en conclure que tous les patients haïtiens feront le voyage au pays.

Privation de soin versus particularisation de l'universel

L'adaptation de la prise en charge aux caractéristiques attribuées aux individus selon leur appartenance ethno-raciale peut avoir pour conséquence une offre de soins réduite, par anticipation d'une moindre capacité d'observance[371].

C'est par exemple les refus de proposer un traitement antirétroviral à un patient séropositif pour le VIH au motif que son appartenance nationale ou ethnique permet d'anticiper chez lui un défaut d'observance, au nom d'une prétendue « *barrière culturelle* » (…) *on traitait moins bien les gens sous prétexte de culture !!* (un médecin). Certains professionnels ne jugeraient

[371] C'est l'approche « prédictive » de l'observance, contre laquelle « Moatti et Spire proposent de penser les comportements individuels en termes dynamiques (prenant en compte la trajectoire de la personne et évaluant dans la durée son comportement), et relationnels, c'est à dire ne sous-estimant pas la responsabilité du système de soins lui-même dans la production sociale de la non-adhérence aux soins. ». (Buton, 2002, p. 70)

pas même utile d'expliquer ce que c'est que l'infection au VIH et le suivi médical requis aux femmes noires marronnes vivant sur le fleuve chez lesquelles est découverte une séropositivité au moment de leur accouchement, en raison du présupposé d'absence de suivi ultérieur associé à cette origine ethno-raciale : « *Vous savez bien que ces gens-là, vous ne les reverrez jamais !* » (un médecin, rapportant les propos d'une sage femme)

Buton (2002) signale à l'inverse des préjugés « favorables » qui s'avèrent jouer paradoxalement en défaveur des groupes qui en font l'objet.

Ainsi, les Créoles (surtout s'ils sont « de bonne famille »), les Amérindiens du littoral et les Hmong seraient réputés, selon le personnel soignant, ne pas être à risque de séropositivité et feraient par conséquent moins souvent l'objet de tests de dépistage … au motif que les premiers ne correspondent pas aux figures « typiques » du séropositif telles qu'elles sont définies en métropole (homosexuels, usagers de drogues, étrangers, etc.) et que les autres, aux pratiques sexuelles strictement encadrées, seraient endogames (ce qui serait en fait de moins en moins vrai, surtout chez les plus jeunes).

Dans d'autres cas, la volonté d'adapter le traitement aux caractéristiques perçues procède au contraire d'un « plus », mais un « plus » qui rejoint finalement le soin optimal que tout un chacun pourrait se voir proposé : l'offre de soins qualifiée de « particularisante » relève alors en fait de l'universel.

Un médecin, ardent défenseur de l'attention portée au culturel et aux catégories ethno-raciales et qui revendique avoir *imposé* l'usage de variables ethniques dans les observations médicales ou les enquêtes épidémiologiques, explique : *vous ne pouvez pas aborder des problèmes médicaux sans savoir si vous avez affaire à un Wajana, à un Métro ... (...) Parce que vous n'allez pas soigner un Juif comme vous allez soigner un catholique ...*

Il donne deux exemples pour illustrer l'importance de cette connaissance de l'origine ethno-raciale :

- le personnel hospitalier oblige une femme hmong à se laver dans une baignoire, sans tenir compte de la « pudeur caractéristique » des Hmong. La femme s'enfuit, terrifiée, car un médecin et des externes sont entrés dans sa chambre alors qu'elle était nue dans la baignoire.
- un Amérindien d'Antécume Pata (un village en « zone protégée » amérindienne) est hospitalisé pour un problème dermatologique. Malgré son refus réitéré, sa lésion est biopsiée. Il tente alors de se pendre.

Il n'est pourtant pas nécessaire de connaître « la culture » d'un patient pour savoir qu'il faut mieux éviter de porter atteinte à sa pudeur ou de le traiter contre son gré.

Dans les premiers cas, la perception différencialiste justifie d'un abaissement des normes de prise en charge (par réduction de l'offre de soins) ; dans les suivants (qui nous semblent moins fréquents), elle justifie au contraire d'une offre de soin telle qu'elle devrait être « idéalement » proposée à tout un chacun, de façon universelle.

« Prophéties auto-réalisantes »

On signalé en première partie que ces traitements discriminatoires basés sur une prétendue « distance culturelle »[372], consistant en des orientations dérogatoires ou restrictives systématiques, renforcent les préjugés, voire les construisent, fonctionnant alors comme des « prophéties auto-réalisantes » (de Rudder et al., 2000). C'est ce qui se passe quand des soignants, parce qu'ils présument que les Noirs Marrons ne sont pas suffisamment familiarisés avec le système de soins occidental pour être observants, ne leur proposent aucun suivi, lors d'un dépistage positif du VIH. Si les Noirs Marrons sont alors ceux des malades séropositifs les moins bien suivis, c'est au moins en partie parce qu'ils sont *a priori* considérés comme tels par les professionnels. De la même façon, ils sont peu informés des possibilités d'accès à une couverture maladie car leur est prêté un comportement « au jour le jour » incompatible avec la compréhension de l'intérêt d'une couverture maladie, ce qui a pour effet d'en faire une population effectivement très mal couverte, ce qui vient là aussi perpétuer le préjugé.

Occultation des insuffisances de l'offre socio-sanitaire

L'insistance sur le « culturel » occulte les insuffisances de l'offre socio-sanitaire elle-même. Ainsi, l'observance aux traitements, qualifiée de particulièrement mauvaise en Guyane, est volontiers interprétée comme dérivant de caractéristiques culturelles, même - on vient de le voir ci-dessus – quand le défaut d'observance n'est pas constaté mais supposé *a priori*, sans remise en question des pratiques médicales et plus généralement du système de soins dans lequel elles s'inscrivent.

[372] De Rudder et al (2000) définissent la « distance culturelle » comme une appréciation subjective et en partie idéologique, soumise au sens commun, socialement construite au cours des rapports ethniques et dépourvue de consistance en dehors de ces rapports, mais pourtant considérée comme une évidence. On explique ainsi par exemple la situation inférieure des étrangers sur le marché de l'emploi non en fonction de pratiques discriminatoires mais de « handicaps » tenant aux caractéristiques de ces populations et de « distance culturelle ».

Buton (2002) donne l'exemple des patients VIH perdus de vue haïtiens dont les médecins expliquent la sortie du système de prise en charge par leur retour au pays pour y recourir à des pratiques magico-religieuses au lieu de s'interroger par exemple sur une éventuelle crainte de ces patients à rester dans la file active en raison du risque de rupture du secret médical.

Le salarié d'une association d'aide aux malades du sida considère que les médecins ne prennent pas suffisamment en compte les difficultés de transport de leurs patients et interprètent trop facilement l'irrégularité de leur venue aux rendez vous médicaux par des facteurs dits « culturels » (responsable d'une « motivation insuffisante » à se faire suivre) au lieu de s'interroger sur une éventuelle amélioration à apporter à l'organisation des soins.
Les réseaux de transports collectifs guyanais sont notoirement insuffisants, les taxis collectifs affichent des tarifs bien trop élevés pour une population aux faibles revenus, et leurs rotations n'ont rien de régulier (ils démarrent quand ils sont pleins). Si on ajoute à cela les distances géographiques (seules deux équipes hospitalières sur un département grand comme le Portugal), les charges familiales souvent élevées et le tabou qui entoure le sida, on comprend mieux que des rendez-vous soient manqués : *une séropo qui a huit gamins, qui est perdue dans un bled, qui a pas un rond, qui ne peut en parler à personne ... la difficulté que c'est pour venir à votre rendez vous à une heure précise !*
Or l'hôpital ne propose aucune aide aux patients. Des solutions simples pourraient pourtant être mises en place, telles que la distribution de bons de transport ou l'organisation d'un transport associatif allant chercher les patients à leur domicile.

De la même façon, de nombreux discours insistent sur l'absence d'anticipation dans les démarches d'accès à une couverture maladie (la couverture maladie ne serait trop souvent demandée qu'une fois le besoin de soins avéré), interprétée comme traduisant un mode de vie centré sur le court terme. Même si d'autres facteurs sont pointés du doigt (analphabétisme, difficultés financières pour récupérer les pièces nécessaires, etc.), peu d'acteurs remarquent à quel point deux éléments majeurs dans cette absence d'anticipation sont directement dessinés par le système de soins lui-même : la configuration de l'offre de couverture maladie, qui situe les lieux d'ouverture de droits dans les lieux de soins, et l'importance du besoin de soins pour la bonne marche des demandes de couverture maladie.

Le lieu d'ouverture de droits à une couverture maladie le plus accessible aux populations de l'Intérieur et étrangères est l'hôpital.
Au niveau de l'Ouest guyanais, les structures de la CGSS

- sont peu accessibles : aucune permanence n'est tenue sur le fleuve ; accéder à l'annexe CGSS de Saint Laurent implique, quand on habite en dehors de la ville, de franchir les

barrages de douaniers généralement postés sur la route à l'entrée de la ville (décourageant pour les sans papiers). A cette annexe de Saint Laurent, les files d'attente sont interminables.

- n'offrent pas l'accompagnement nécessaire à la constitution de dossiers d'une population souvent non francophone et/ou illettrée.

Or peu de relais, excepté l'hôpital, offrent cet accompagnement : quasi absence de service social de secteur dans l'Ouest guyanais et tissu associatif très pauvre. De plus cet accompagnement extérieur est crucial en raison des dysfonctionnements de la CGSS (il faut appuyer personnellement le dossier, rester vigilant sur les applications restrictives des textes, surveiller le défaut d'envoi des attestations et les pertes de dossiers, etc.).

Résultat, les requérants convergent vers un lieu de soins, l'hôpital de Saint Laurent, puisqu'à la PASS, l'agent aide à remplir les formulaires et parle taki taki. Un certain nombre de professionnels soignants orientent d'ailleurs plus facilement leurs patients dépourvus de couverture maladie vers la PASS que vers la CGSS (même la CGSS orienterait des personnes non hospitalisés vers la PASS !) et c'est souvent à l'hôpital, à l'occasion en particulier d'un accouchement, que les femmes sont pour la première fois de leur vie sensibilisées à la question de la couverture maladie.

Le besoin de soins est souvent nécessaire à l'ouverture de droits.

Pour justifier ou au moins accélérer ces démarches, les assistantes sociales joignent un certificat médical ou un bulletin d'hospitalisation au dossier de demande de couverture maladie (pensant à tort que c'est réglementairement requis, ou pour simplement accélérer les délais de traitement par la CGSS) tandis que de leur côté, les agents CGSS ont au moins pendant un temps refusé les demandes d'AME émanant de personnes non malades (par méconnaissance des textes / pour ne pas faciliter l'accès à un titre de séjour / pour ne pas avoir trop de travail). Enfin, l'agent PASS explique aux personnes qu'elle ne peut les aider dans leurs démarches que si elles sont hospitalisées, sans toujours semble-t-il les informer de leurs droits potentiels à une couverture maladie même en cas de non hospitalisation, ces dernières entendant donc qu'elles ne pourront en obtenir une que si elles sont hospitalisées.

Au total, l'accès à une couverture maladie apparaît grandement facilité par le besoin de soins concomitant (attesté dans le dossier d'ouverture de droits, et justifiant de la prise en charge par un professionnel hospitalier à même d'accompagner la démarche). Il semble dans ces conditions abusif d'attribuer entièrement à la « culture » des Noirs Marrons leur absence de couverture en l'absence de besoin de soins.

Occultation des facteurs socio-économiques

La variable ethno-raciale devrait surtout, selon certains professionnels, signaler des conditions socio-économiques susceptibles de faire obstacle à l'observance, dans le cadre d'une approche globale du patient où c'est la prise en compte du contexte de vie général (caractérisé selon le statut marital, l'âge, l'ancienneté de l'installation en Guyane, la qualité du logement, le séjour régulier ou non en France, etc.) qui permet d'évaluer les capacités d'observance thérapeutique.

> Une patiente a été dépistée séropositive au VIH à l'occasion de son accouchement. Elle est guyanienne, strictement anglophone. Ce médecin passe la voir tous les jours pendant les quatre jours de son séjour à la maternité, en restant une heure avec elle les deux premiers jours, pour lui expliquer la situation, lui prescrire un bilan et lui donner un rendez-vous ultérieur au CISIH. S'il porte une telle attention au début de prise en charge, c'est par référence à l'idée générale selon laquelle le suivi est souvent particulièrement difficile avec les Guyaniens, l'immigration guyanienne actuelle étant constituée de gens très désocialisés et en grande précarité : *guyanienne, 2ème enfant, qui vient d'arriver, probablement qu'elle est en situation de précarité et probablement que j'ai intérêt à bien l'accrocher pour pouvoir la suivre*.
>
> Or, malgré son effective précarité, cette patiente a accepté de se faire suivre, ce qu'elle n'aurait probablement pas fait si sa séropositivité lui avait été sommairement annoncée comme elle l'est si souvent aux Guyaniennes, pré-jugées non observantes. La qualité de l'annonce qu'il lui a faite, cruciale pour le suivi ultérieur, n'a en revanche rien de spécifique, en ce qu'elle fait appel à un argumentaire universel : *la dame, elle vient d'avoir un gosse, qu'elle a envie de voir grandir, c'est ni georges-townien, ni haïtien, ni tout ce qu'on veut, c'est assez humain, et ma foi ce genre d'arguments c'est quand même entendu par à peu près tout le monde*.
>
> Quant aux facteurs socio-économiques que l'origine guyanienne à permis au médecin de repérer, il est important qu'il les garde en tête, une fois le suivi enclenché, pour accepter l'irrégularité de ce dernier : l'état de santé est *la énième priorité* pour cette femme contrainte de se prostituer pour survivre, en attendant sa carte de séjour pour soins, et pour laquelle venir à un rendez vous implique de trouver un moyen de parcourir, pour elle et ses deux enfants, les quatre kilomètres qui séparent son domicile de l'hôpital.

L'insistance sur « le culturel » tend à gommer ces éléments socio-économiques susceptibles d'intervenir dans les difficultés d'observance et nie au patient sa capacité, quelle que soit sa culture, à comprendre l'importance de l'observance dans l'enjeu, universel, de la souffrance.

Vice versa, « la culture », par ses caractéristiques « positives », peut être mise en avant pour écarter tout obstacle à l'accès aux soins.

> Un médecin insiste sur les caractéristiques culturelles des Noirs marrons qui leur permettraient de faire aboutir leurs démarches d'accès aux soins même en cas de difficultés socio-économiques, par entraide communautaire : quand il faut compléter les dossiers d'ouverture de droits à une couverture maladie (*Ils s'aident pas mal entre eux, ils sont assez solidaires de ce côté-là*) ou payer des soins (*Les gens, ici, ils sont quand même pas sans argent, ils ont de l'argent ou ils ont de la famille qui peut leur prêter de l'argent, moyennant une rétribution en nature, c'est à dire « tu me gardes les enfants, tu fais mon abattis », entre eux, après, ils s'arrangent).* Or ce même médecin explique par ailleurs qu'exerçant en libéral, il n'a pas à - et n'a de toutes façons pas le temps de – s'occuper « des papiers » (démarches pour obtenir une couverture maladie), ce qui ne lui permet donc pas de vérifier ses dires.

L'occultation des caractéristiques socio-économiques, derrière l'insistance sur l'appartenance ethno-raciale, peut enfin être sujette aux manipulations politiques.

> Un médecin donne l'exemple d'une enquête épidémiologique qui pourrait conforter des préjugés portant sur des groupes ethniques, par mise en avant, sous forme de relation de cause à effet, d'une association entre ethnicité et maladie, en occultant les autres déterminants en jeu (socio-économiques en particulier) : *Par exemple, une belle étude sur le sida qui dise : « vous voyez, le sida, c'est les Haïtiens », voilà. Il y a un tas de gens qui seraient ravis qu'on fasse un truc comme ça.* Les communautés étrangères sont en effet sur représentées dans les files actives du VIH pour au moins deux raisons non « culturelles » :
>
> - le VIH est *une maladie de la précarité et de la promiscuité sexuelle*, or la Guyane est la région la moins précaire de son aire géographique, donc les étrangers qui y vivent font partie de la population la plus précaire
> - craignant que leur séropositivité ne soit connue (la confidentialité étant mise à rude épreuve en Guyane), des Créoles guyanais « bien connus en ville » et à pouvoir d'achat élevé préfèrent se faire suivre en dehors du département (c'est la « médecine Air France »). Ils ne sont donc pas inclus dans les statistiques des files actives des hôpitaux guyanais.

<u>« Alibi » à des mesures de rétorsion</u>

La focalisation sur « le culturel », au dépends des autres facteurs susceptibles d'influencer l'observance, autorise alors des mesures de rétorsion.

Les médecins dans l'Ouest guyanais s'irritent des taux élevés de grossesses non suivies[373]. Pour inciter les patientes à se faire suivre en prénatal, différentes mesures sont prises. Dans certains dispensaires du fleuve, les médecins refusent de recevoir les femmes enceintes si elles n'ont pas fait faire l'échographie correspondant à leur terme (les obligeant alors à aller consulter un médecin de ville à Saint Laurent, ce qui implique des frais du voyage en pirogue plus les honoraires du médecin en cas de défaut de couverture maladie). Au moment de l'accouchement à l'hôpital de Saint Laurent, la menace (certes rarement mise à exécution, mais toujours présente) est que l'obstétricien de l'hôpital renvoie celles qui ne sont pas encore en travail si elles ne se sont pas faites régulièrement suivre en cours de grossesse. Enfin le carnet de santé de l'enfant n'est plus remis aux accouchées qui ne sont pas faites suivre en prénatal.

D'autres explications que culturelles peuvent pourtant expliquer le défaut de suivi prénatal, telles que l'isolement géographique, le manque d'information, le coût, les difficultés administratives et la situation irrégulière (risque d'arrestation).

6.4.2.2 Instrumentaliser « la culture » au sein d'un dispositif d'accès aux soins

Les caractéristiques culturelles peuvent également être mobilisées au sein de dispositifs particuliers, par des « professionnels de la culture » ou par des personnes d'une même appartenance ethno-raciale, avec le risque alors d'occulter l'existence de difficultés d'accès aux soins ayant pour origine des défauts de l'offre socio-sanitaire ou des difficultés socio-économiques.

6.4.2.2.1 Le médiateur culturel

Le médiateur culturel d'un hôpital guyanais peut être chargé par les médecins de, schématiquement, mettre à jour les raisons d'un défaut d'observance, souvent d'ailleurs constaté cliniquement ou biologiquement en dépit des affirmations contraires de l'intéressé[374].

[373] En 1996, 1 accouchement sur 5 à la maternité de Saint Laurent fait suite à une grossesse peu ou pas suivie et seules 33% des femmes enceintes en Guyane bénéficient d'au moins 7 visites en cours de grossesse, contre 90% en France. (Meissonnier et al., 1997)

[374] Buton (2002) remarque qu'en Guyane le contrôle de l'observance aux antirétroviaux, dans le cadre du traitement d'une infection par le VIH, s'effectue essentiellement via la mesure de la charge virale (en l'absence de dosages médicamenteux), menant à une équivalence simplificatrice voire erronée entre mauvaise observance et échec thérapeutique.

Dans un des services de cet hôpital, les consultations du médiateur et du médecin sont séparées : le médiateur discute seul avec le patient, puis fait part au médecin de ce que le patient lui a confié, cette fois en l'absence de ce dernier, les entrevues se passant donc deux à deux, sans jamais réunir patient, médiateur et médecin. Selon certains observateurs, cette dissociation pourrait épargner au médecin une réflexion sur sa propre responsabilité dans le défaut d'observance, en particulier sur la qualité de la relation médecin-patient, et faire du deuxième le seul responsable de « ses » problèmes d'observance. Un médecin ironise ainsi sur la fierté des professionnels (métropolitains) en Guyane qui, forts de la diversité ethnique du département, s'auto proclament *pionniers du culturel* ... alors que, rappelle-t-il, expliquer au patient le traitement et s'assurer qu'il l'a compris relève bien du rôle de tout médecin, indépendamment de l'intervention d'un médiateur : *si on veut qu'il y ait un enjeu thérapeutique entre le médecin et le patient, il faut quand même que ce soit le médecin qui mette cet enjeu thérapeutique dans la balance, et pas un tiers*. Le médecin, en déléguant abusivement au culturel une responsabilité dans les problèmes thérapeutiques, se retire ainsi, dans le même mouvement, de cet aspect pourtant fondamental de son exercice.

Le recours au médiateur culturel n'est cependant rejeté par aucun des médecins rencontrés. Mais ceux qui émettent le plus de réserves quant à l'usage des variables ethno-raciales en médecine préfèrent travailler avec lui par complémentarité et non par substitution d'un professionnel par un autre : il n'est pas question que le médiateur fasse la consultation du médecin à sa place, ni que ce dernier s'arroge des compétences culturelles, la consultation doit être multidisciplinaire, associant assistante sociale, psychologue, médecin et médiateur, pour aborder la personne dans la globalité de ses problèmes de façon à ce que chacun apporte sa propre réponse. La prise en compte des critères « culturels » peut alors permettre, en adaptant au mieux la prise en charge, de donner à celle-ci une qualité optimale, la particularisation de l'évaluation des besoins n'ayant pour seule justification que l'universalité de la qualité de prise en charge à laquelle elle doit faire accéder.

6.4.2.2.2 Un recrutement sur critères d'origine

Arrêtons-nous sur un dernier exemple de la prise en compte de « la culture » par des professionnels métropolitains, via son instrumentalisation dans un dispositif d'accès aux droits à une couverture maladie.

Conditions de travail de l'agent PASS

La tâche de l'unique agent PASS d'un hôpital guyanais est lourde : elle a pour mission de s'occuper de l'ouverture de droits à une couverture maladie (et de leurs renouvellements) des patients vus en consultation externe à l'hôpital, mais aussi de tous les patients hospitalisés (ce que ne font en général pas les PASS des hôpitaux métropolitains, les assistantes sociales des différents services de l'hôpital s'en chargeant), dont une forte proportion est justement dépourvue de couverture maladie.

- Un défaut de compétences techniques censé être compensé par une origine particulière

Il apparaît un net contraste entre des responsabilités cruciales pour le budget de l'hôpital (les dossiers non complétés ou non envoyés assez rapidement à la CGSS restent des impayés) et les compétences techniques peu assurées de l'agent.
Celle-ci n'est pas assistante sociale, elle était emploi-jeune au service de la facturation de l'hôpital depuis quelques mois lorsqu'elle a été mutée à la PASS. Un responsable administratif de l'hôpital reconnaît son défaut de formation compte tenu de l'ampleur de sa tâche, mais le relativise, considérant que le plus important est son appartenance ethno-raciale : elle est noire marronne, comme la grande majorité des patients de l'hôpital et en particulier ceux qui sont dépourvus de couverture maladie ; c'est d'ailleurs ce qui a principalement motivé son recrutement : *La PASS existe, ça pourrait être mieux, les compétences sont peut-être pas à la hauteur, mais on est dans la réalité sur le terrain, avec tout ce que ça peut vouloir dire (...) On a privilégié le fait que si elle n'a pas eu de formation, elle l'a acquise sur le terrain, elle parle la langue*. (…) [Les assistantes sociales de l'hôpital, toutes métropolitaines, certes compétentes sur les réglementations] *n'ont peut-être pas une connaissance des réseaux et du mode de fonctionnement des gens … les familles, les noms, les ethnies … et je pense que quelqu'un qui est quand même originaire d'une ethnie, d'une*

communauté, connaît plein de choses qu'on ne connaît pas. C'est ça qui est important. C'est ce qu'on a privilégié, mais le côté connaissance technique a été un peu laissé de côté.

Les assistantes sociales de cet hôpital soulignent également l'importance de la qualité de l'accueil offert par la PASS. Le choix d'une agent noire marronne leur parait en ce sens judicieux, le temps passé à l'aide au remplissage des dossiers donnant l'occasion d'un véritable échange, permis par une proximité culturelle qui dépasse le fait de parler la langue : les agents de la PASS *sont d'ici, sont issues quand même ... sont nées ici, noires marronnes, parlent taki taki, donc il y a un échange aussi* [avec les patients]*, c'est pas uniquement ... elles prennent soin, elles prennent grand soin d'établir un contact avec les gens, c'est important, elles sont pas là uniquement pour remplir un dossier, elles aident justement au remplissage du dossier ; à la Sécurité sociale ils se contentent de distribuer les dossiers.*
Elles ne connaissent d'ailleurs pas précisément l'organisation de la PASS (parlent « des agents » alors qu'il n'y en a qu'une, confondent le rôle de la PASS avec celui du bureau des admissions situé à côté, ne savent pas si la PASS relance les patients qui n'amènent pas les pièces justificatives, etc.).
Par ailleurs, les assistantes sociales comme le responsable administratif insistent sur la distinction entre le rôle des premières et celui de l'agent PASS : celles-là ne devraient s'occuper que des dossiers de couverture maladie urgents et compliqués, laissant les autres aux soins de celle-ci. Les assistantes sociales insistent d'autant plus sur ce point qu'elles sont en conflit avec les soignants de l'hôpital, auxquels elles reprochent de leur adresser tous les patients qui ont besoin d'une aide pour obtenir une couverture maladie, et de les *noyer* avec ces tâches qui ne nécessitent pas leurs compétences propres.

- Mise en difficulté de l'agent PASS

L'agent PASS se déclare incapable de quantifier son activité (nombre de dossiers traités, etc.), qu'elle considère trop lourde pour pouvoir l'assumer seule correctement.
Hésitant sur les textes qu'elle est censée appliquer, elle évoque spontanément et à plusieurs reprises son manque de formation lors de son recrutement, en tant qu'emploi-jeune.

> Elle explique son absence de formation (*Au départ, moi je ne savais pas quoi faire, qui avait droit ... moi j'ai été plongée là-dedans à la PASS* ...), de supérieur direct pour l'encadrer (*Avant j'avais un chef de bureau, mais maintenant je suis rattachée directement à la direction, je n'ai plus de chef de bureau*), d'expérience professionnelle (*En fait, comme je*

venais de ... En fait, c'est mon premier poste dans la vie professionnelle, je suis pas très ... c'est mon premier emploi, vous savez ... j'ai des difficultés pour communiquer, maintenant avec l'expérience, ça va mieux ...). Elle explique s'être formée *sur le tas*, notamment lors de ses appels téléphoniques à la CGSS de Cayenne à propos de dossiers précis.

Elle décrit par ailleurs des relations partenariales quasi absentes, alors qu'elles sembleraient cruciales dans le contexte « abandonnique » qu'elle évoque (pas de chef, pas de formation, une charge de travail excessive).

Elle parait isolée au sein de l'hôpital. Elle ne connaît pas précisément le fonctionnement des admissions, dont le bureau jouxte pourtant le sien et dont l'activité est en lien direct avec la sienne puisque ce sont des agents des admissions qui passent chaque matin dans les services informer les entrants de la nécessité de descendre à la PASS constituer un dossier de couverture maladie s'ils n'en ont pas déjà une. Elle dit ne pas avoir de relation avec les assistantes sociales (elle n'évoque qu'une seule entrevue avec l'une d'elles) alors que celles-ci pourraient se montrer d'un grand secours technique.

Les seules relations extra hospitalières que l'agent PASS décrit sont celles qu'elle entretient avec la CGSS, qu'elle appelle ponctuellement pour des demandes d'informations.

Ses contacts sont donc très ciblés, à l'image de l'unicité de la fonction qui lui est dévolue (ouverture de droits à une couverture maladie).

Ces relations, en plus d'être très ponctuelles, semblent plus ou moins conflictuelles.

La plupart des professionnels interrogés, qu'ils soient hospitaliers ou non, ignorent peu ou prou le fonctionnement de la PASS, ce qui a pour résultat d'en perturber l'activité (y sont par exemple orientées des personnes non soignées à l'hôpital).

Surtout, les agents CGSS que l'agent PASS a joints par téléphone lui ont paru peu enclins à répondre à ses demandes de renseignements : *comme s'ils avaient pas le temps, ils avaient autre chose à faire (...) je pensais qu'un agent aurait pu me ... parce que moi si je suis dans un bureau et que je peux fournir une réponse à quelqu'un, une information, je le ferai. Mais il y a certains qui ...* Par exemple, son minitel ne donne aucune information concernant l'ouverture des droits AME, ce qui est très pénalisant dans sa pratique quotidienne, mais elle n'ose pas signaler le problème à la CGSS. Les relations avec l'agent de l'annexe CGSS locale paraissent particulièrement insatisfaisantes : à demi-mot, elle laisse entendre qu'elle est obligée d'appeler la CGSS à Cayenne car quand elle appelle l'agent local pour lui demander quelles pièces manquent à un dossier refusé, il répond qu'il ne donne des informations qu'à l'intéressé lui-même … et à Cayenne, on lui demande pourquoi elle n'appelle pas l'annexe locale … Ce n'est

pas un défaut de compétence qui serait en cause : *la plupart du temps, ils savent*, mais bien un *problème d'accueil*.

Suite logique à cette absence quasi-totale de dialogue avec ses partenaires, l'agent PASS ne connaît pas l'organisation des étapes en amont (bureau des admissions) et en aval (CGSS) de son intervention, au sein du processus qui aboutit à l'ouverture des droits, ce qui est *a priori* préjudiciable à son activité.

Par exemple, elle sait qu'au-delà d'un certain délai après le début des soins, les dossiers de demande de couverture maladie envoyés à la CGSS ne permettront pas, même en cas d'acceptation, de couvrir les frais d'hospitalisation rétroactivement. Mais elle n'en connaît pas la durée, ce qui parait curieux étant donné que passé ce délai, son activité n'a plus d'objet.

L'agent PASS adopte néanmoins un positionnement non critique envers ses partenaires professionnels (la direction hospitalière, les assistantes sociales, la CGSS (à demi-mot)), mettant en cause plutôt ses propres carences (d'expérience professionnelle et de connaissances techniques) pour interpréter ses difficultés d'exercice.

Elle se montre également très « neutre » à propos des différents groupes d'usagers qu'elle est amenée à suivre. Selon elle, les seules raisons pour lesquelles les Noirs Marrons, notamment surinamiens, tardent plus à faire aboutir leurs démarches que les autres patients, sont financières (pour par exemple payer le voyager à Paramaribo où sont délivrés les extraits d'acte de naissance), elle ne mentionne en particulier aucun défaut d'effort de leur part. Vice versa, elle prend la défense de la direction hospitalière vis-à-vis des usagers, à propos par exemple des carnets de santé des nouveaux-nés non remis aux parents tant que leurs mères n'ont pas fait la démarche d'ouverture de droits (*C'est pas par méchanceté* leur explique-t-elle).

Elle souligne elle aussi l'importance de la qualité de son accueil, insistant en particulier sur le fait qu'elle parle taki taki, car *c'est déjà difficile de comprendre les papiers*.

Elle semble en fait assumer le rôle qui lui a été dévolu, de médiatrice entre les administrations d'un côté, les usagers de l'autre.

Sa position est cependant ambiguë. Comme les travailleurs sociaux, elle est partagée entre normes institutionnelles, bien public et intérêt des usagers, à cette particularité près qu'elle a été recrutée pour sa présumée connivence avec ces derniers ... ses réponses sur la réalité des fausses déclarations souvent attribuées aux Noirs Marrons (quant aux revenus trop élevés

pour prétendre à la CMU ou à l'AME ou aux venues d'étrangers pour faire se soigner en Guyane) sont embarrassées, elle répond d'abord *Je leur conseille de ne*…, s'interrompt et rit.

Au total, on constate une exacerbation des relations de pouvoir inscrites dans des rapports professionnels et ethno-raciaux, aux dépends de l'agent PASS.
La situation est en effet la suivante :

- un agent est recruté pour son appartenance ethnique noire marronne et non pour ses compétences administratives (l'insistance sur la nécessaire proximité culturelle pour effectuer les tâches « simples » de l'agent PASS est d'ailleurs paradoxale : les tâches « complexes » des assistantes sociales ne nécessitent-elles aucune connivence culturelle avec les usagers ?)
- un facteur extérieur à la PASS vient ensuite isoler cet agent de ses collègues *a priori* les plus proches, les assistantes sociales : les relations conflictuelles que celles-ci entretiennent avec les soignants les amènent en effet à insister sur le rôle « Sécu » de la PASS, pour mieux s'en désolidariser et ainsi se dérober aux pressions qu'exercent les soignants pour les impliquer sur ces questions.
- l'agent PASS, seule face à sa tâche et insuffisamment formée, se trouve alors soumise à une difficulté relationnelle accrue vis-à-vis des agents CGSS, qui sont créoles : l'inégalité « technique » vient exacerber une relation interethnique où cette appartenance au groupe noir marron la place déjà dans une position de dominée.

On peut en effet comparer sa situation avec celle des assistantes sociales, amenées elles aussi à traiter avec les agents CGSS. Les relations avec ces derniers sont décrites par la plupart des acteurs professionnels rencontrés (intra ou extra hospitaliers) comme difficiles : peu joignables par téléphone, refusant des dossiers sans s'expliquer, etc. Il faut une « forte assurance personnelle » pour gérer ces relations.
La seule des assistantes sociales qui affirme avoir de bonnes relations - polies, sérieuses, efficaces - avec Mr S., un agent CGSS de l'annexe locale, raconte que celui-ci lui a, à son arrivée en poste, opposé le refus qu'il a signifié à l'agent PASS, à savoir qu'il ne veut pas donner d'informations par téléphone. Elle lui a alors proposé de raccrocher, composer le numéro du standard de l'hôpital, demander l'assistante sociale, retomber sur elle et vérifier ainsi qu'elle est bien assistante sociale à l'hôpital. C'est ce qu'il a fait, et depuis il se montre coopératif. Elle estime que son refus initial était un gage de sérieux. Par ailleurs, elle souligne

que si leurs relations sont bonnes, c'est parce que l'agent CGSS sait que les dossiers dont elle s'occupe et pour lesquels elle le dérange sont tous urgents et graves. Enfin, intervient la reconnaissance des pairs : si un dossier est bloqué à la CGSS, elle peut faire jouer son partenariat avec les assistants sociaux d'autres institutions, qui sont pour la plupart métropolitain, pour le débloquer (par exemple avec l'assistant social de la CAF, qu'elle tutoie, pour un défaut de notification du numéro d'allocataire : *ça se règle en cinq minutes*).
Ces témoignages contrastent avec celui de la jeune agent PASS, intimidée, parlant un français hésitant, qui, elle, gère tous les dossiers et pas uniquement les plus urgents et ne peut compter sur aucun soutien professionnel intérieur ou extérieur à son institution ... on l'imagine mal s'imposer à l'agent créole de l'annexe CGSS locale, en poste depuis plus de dix ans.

Conséquences pour les usagers

Cette mesure a des effets différenciés entre les usagers.

- Des inégalités de traitement au sein des usagers ?

On a dit que les professionnels métropolitains décrivent les conflits qui opposent les différents clans de Noirs Marrons les uns aux autres. Ainsi, selon l'un d'eux, enseignant, la « proximité culturelle » des usagers avec l'agent de la PASS n'a pas que des effets positifs.

> Il donne l'exemple d'un homme auquel l'agent PASS aurait refusé d'apporter son aide pour obtenir une couverture maladie au motif qu'il n'était pas hospitalisé, sans lui préciser qu'il avait cependant des droits et pouvait se rendre directement à l'annexe CGSS pour se les faire ouvrir. L'enseignant met cette omission, qu'il estime volontaire, sur le compte de l'appartenance de l'agent à un autre clan noir marron que celui de l'homme (respectivement ndjuka et saramaka, décrits comme traditionnellement hostiles).

Sans que l'on sache ici si les identités ethniques respectives des deux interlocuteurs étaient véritablement en jeu, ou s'il ne s'agissait que d'une « simple » omission de la part de l'agent, on peut remarquer la « dangerosité » potentielle de la tentative d'utilisation d'éléments ethniques comme de simples outils décontextualisés. La classification ethno-raciale selon tel ou tel trait plus ou moins réifié (qui est le fait des acteurs dominants, en l'occurrence ici des acteurs institutionnels tels que le responsable administratif et les assistantes sociales) est un processus d'étiquetage globalisant, basé sur des similarités simplificatrices et indépendant de

ce que les individus ainsi nommés pensent de leur appartenance à telle ou telle collectivité[375]. En d'autres termes, il ne suffit pas de mobiliser certains critères identitaires (noirs marrons/non noirs marrons) pour faire le tour de la question identitaire et assurer par exemple un rapprochement systématique entre un agent et son public. L'appartenance identitaire se décline selon un ensemble complexe de catégorisations (selon le clan (ndjuka, boni, etc.), le lignage, le village d'origine, etc.) dont l'absence de prise en compte peut rendre contre-productive la mobilisation d'une partie seulement de ces attributs identitaires. Alors que le responsable administratif attribue à son public une identité « noire marronne » et considère par conséquent que pour répondre à ses besoins, il suffit de placer une agent noire marronne à la PASS, ce même public peut se percevoir de façon plus hétérogène, cette hétérogénéité pouvant même prévaloir sur la commune appartenance « noire marronne ».

- Une adhésion forcée au système socio-sanitaire

Le recrutement de l'agent noir marron est censé résoudre les difficultés d'ordre culturel à l'accès aux droits à une couverture maladie. Le responsable administratif insiste par ailleurs sur l'intelligence « universelle et pragmatique » des Noirs Marrons surinamiens, déclarant à plusieurs reprises qu'*on ferait tous pareil*, à propos de leurs venues pour accoucher en France ou pour y faire des trafics. Cette intelligence, selon lui, leur permet de réussir leurs démarches administratives, une fois qu'ont été prises en compte leurs particularités culturelles grâce au service de la PASS. Il n'évoque en particulier pas de difficultés d'accès aux soins d'autre nature que culturelles, telles que socio-économiques. L'absence de démarches de leur part n'est alors plus « excusable » et des mesures « coercitives » peuvent être prises à l'encontre de ceux qui ne mèneraient toujours pas leurs démarches d'ouverture de droit. Par exemple, la pharmacie hospitalière ne distribue plus gratuitement de médicament, et notamment d'anti-rétroviraux, aux personnes non couvertes par une prise en charge ; les carnets de santé de santé des nouveaux-nés[376] ne sont plus remis à leurs mères si elles ne sont pas couvertes.

[375] Cf. De Rudder et al. (2000), ainsi que Poutignat et al.(1995), s'appuyant sur les travaux de Bart (1969) et Amselle (1985)

[376] La force de persuasion de cette disposition est fondée sur les nombreux intérêts que sont censés présenter les carnets de santé aux yeux des femmes surinamiennes (plus que sur l'intérêt médical pour les enfants) :

- il faut envoyer à la CAF les feuillets des examens obligatoires de l'enfant pour prétendre aux allocations familiales.
- le carnet de naissance d'un enfant né en France est réputé protéger de l'expulsion les femmes étrangères dépourvues de titre de séjour (ce que confirment des gendarmes interrogés).
- les vaccinations ont été les premiers soins occidentaux acceptés par la population du Maroni, dans les années 70 ; le carnet a alors longtemps été le seul document avec lequel les gens pouvaient attester de

Le responsable administratif justifie ces mesures en déclarant qu'elles ont pour objectifs le remboursement de l'hôpital pour les soins qui y ont été dispensés, mais également, plus largement, l'accès aux droits des intéressés : à un médecin s'occupant de patients séropositifs qui regrette : *« on n'a pas le droit de demander aux gens de faire une démarche supplémentaire »*, il rétorque *« attendez, moi je travaille pas pour leur restreindre leurs droits, je travaille pour leur ouvrir des droits et pas qu'à l'hôpital, qu'ils puissent aussi accéder au réseau ville hôpital et aux médecins de ville »* : il ne les prive donc pas d'un droit mais leur permet (bon gré mal gré) d'accéder à des droits élargis.

Mais les avis divergent quant à la pertinence de ces mesures. Par exemple, les détracteurs de la rétention du carnet déplorent les risques médicaux auxquels elle expose les enfants (leurs antécédents obstétricaux et néo-natals ne pouvant pas être connus lors d'une consultation de ville par exemple). Résultat de ces divergences d'appréciation, cette mesure est contournée par un certain nombre de professionnels : un médecin de ville, quand il reçoit pour la première fois une femme en fin de grossesse, lui prescrit au plus vite un bilan et une consultation avec une sage femme pour que l'insuffisance du suivi en cours de grossesse soit moins flagrante ; dans les dispensaires du fleuve et à la PMI de Saint Laurent, on remet, sur des critères variables (par exemple, si l'enfant a un mois, mais pas s'il est plus âgé), un carnet de santé ou au moins une fiche en carton aux femmes qui n'en ont pas eu à la maternité. Au total, cette mesure coercitive a des effets différenciés selon que les femmes savent ou non à qui s'adresser pour la contourner (en PMI par exemple), ce qui introduit encore de l'inégalité de traitement entre les usagers.

6.4.3 Synthèse

Les discours recueillis auprès de professionnels métropolitains nous permettent d'illustrer ce que nous avons qualifié dans la partie précédente de mode différentialiste de perception de « l'autre », ainsi que les pratiques discriminatoires qu'il justifie.
Certains de ces professionnels interprètent en effet l'incompréhension et la passivité des usagers noirs marrons ainsi que le profit frauduleux des étrangers moins comme des signes de

---

leur résidence en France, pour par exemple faire admettre leurs enfants à l'école ; c'est souvent le seul document que détiennent les femmes noires marronnes pour justifier de leur identité.

leur illégitimité que comme ceux de leurs particularités culturelles et de l'inadaptation de ce système socio-sanitaire importé de métropole au contexte guyanais. Ainsi, quand les Créoles regrettent que l'intégration des Noirs Marrons ne soit conditionnée par aucune exigence d'assimilation, les Métropolitains redoutent l'assimilation brutale de ces derniers et l'effondrement de leurs sociétés dites traditionnelles. Cette sensibilité au culturel s'exprime également dans leur appréhension différenciée des différents clans de Noirs Marrons, des autres groupes ethno-raciaux de Guyane et des étrangers selon leurs nationalités.

Certains professionnels métropolitains tentent ainsi d'adapter les règles du système socio-sanitaire aux caractéristiques culturelles qu'ils décrivent chez les Noirs Marrons, soit pour faciliter leur accès au système tout en respectant la différence culturelle perçue, soit pour contraindre cet accès « malgré » cette différence. Cette adaptation des pratiques au « culturel » est cependant remise en cause par d'autres professionnels métropolitains qui considèrent excessive la responsabilité attribuée à « la culture », au détriment des facteurs socio-économiques ou propres à l'offre de soins elle-même. Ces professionnels pointent ainsi les effets pervers de l'association trop systématique d'une caractéristique dite culturelle à un groupe pour faire de la première une variable explicative des comportements individuels tels que l'observance, ce que nous avons qualifié de culturalisme.

D'autres professionnels instrumentalisent les « traits culturels » qu'ils identifient chez leurs publics, au sein de dispositifs d'accès aux soins (le recrutement sur critères ethniques d'un agent administratif, l'intervention d'un médiateur culturel). Mais là encore, le risque est que soient simultanément occultées les difficultés d'accès aux soins d'autre nature telles que socio-économiques ou en rapport avec l'offre socio-sanitaire. L'inégalité de traitement ainsi produite (par justification d'une contrainte au nom de la prise en compte d'une dimension culturelle censée être caractéristique des usagers) peut être renforcée par une inégalité entre les usagers concernés : soit parce que l'utilisation d'éléments ethno-raciaux comme de simples outils décontextualisés ne tient pas compte de la complexité du système identitaire dont il est issu, soit parce que la mise en place de tels dispositifs, diversement appréciée par les professionnels, donne lieu à une application également diverse.

6.5 Les discriminations systémiques

Les discriminations systémiques sont des traitements différentiels dans l'accès aux soins opérés indépendamment de toute altérisation, même s'ils ont pour victimes privilégiées des groupes de personnes susceptibles d'être par ailleurs catégorisées au nom d'une origine différente. Elles relèvent de logiques structurelles et affectent en métropole principalement les étrangers, surtout s'ils sont en situation de précarité.

L'inadaptation du système socio-sanitaire national au contexte guyanais et les dysfonctionnements des institutions guyanaises affectent prioritairement l'accès aux soins des populations de l'Intérieur et/ou étrangères qui sont elles aussi caractérisées par une fréquente précarité socio-économique.

6.5.1 Inadaptation du système national

Les rapports de santé publique pointent de graves difficultés d'accès aux soins qui tiennent pour partie à l'inadaptation du système sanitaire français au contexte naturel guyanais.

Le défaut de prise en compte des particularités locales de la pathocénose[377] par les politiques de santé affectent principalement les populations de l'Intérieur.

> Par exemple, les anti-paludéens ne sont pas remboursés (hors prescription hospitalière) car sont considérés comme des « médicaments de confort » en métropole, alors qu'ils sont d'utilisation fréquente et indispensable dans l'Intérieur du département (de façon générale en effet, les MIP sévissent plus dans les zones rurales de l'intérieur du département que sur son littoral, en raison notamment du défaut d'équipement (sanitaire, d'eau courante, de réfrigérateur)).
>
> Les campagnes de prévention du VIH ne sont pas adaptées au profil épidémiologique départemental (comme l'incidence élevée chez les femmes), et s'adressent à des Métropolitains. Une campagne en direction des Créoles a cependant été lancée en 2002, mais rien n'est fait envers les minorités.

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

Surtout, il existe de profondes inégalités spatiales d'accès aux soins, entre l'Intérieur et le littoral. L'offre de soins en Guyane est en effet non seulement globalement insuffisante (taux de lits et de personnels médicaux et paramédicaux pour 1000 habitants bien inférieurs aux métropolitains) mais en outre inégalement répartie : les zones rurales et isolées du Maroni et de l'Intérieur sont les moins bien pourvues, étant peu accessibles et de plus faible densité d'habitants[378]. 21 centres de médecine collective représentent la seule offre de soins dans les communes de l'Intérieur, où ils peinent à couvrir des territoires immenses, accessibles par voir fluviale ou aérienne. L'accès dans ces centres est gratuit et l'urgence est prise en charge grâce aux liaisons héliportées avec l'un des trois centres hospitaliers urbains (Cayenne, Saint Laurent, Kourou), mais le dépistage et le suivi après hospitalisation posent des difficultés, par absence de consultations spécialisées, impossibilité de réaliser des examens complémentaires (biologie, radiologie) et absence de prise en charge par la CGSS des transports pour les consultations spécialisées hospitalières des populations de l'Intérieur. En outre, les médecins des centres ne sont pas présents tous les jours (ils font des tournées à l'intérieur de leur secteur), et certains postes restent vacants (difficultés du recrutement).

Mais les discriminations induites par la faiblesse de l'offre de soins ne sont pas que géographiques (envers les habitants de l'Intérieur), elles sont aussi économiques, affectant les résidents plus précaires. Les réticences de nombreux praticiens libéraux à accepter les patients bénéficiaires de la CMU, en raison des tarifs de remboursement qui leur sont opposés, peuvent, dans ce contexte de carence d'offre, se traduire par de véritables exclusions des soins. Or ces patients précaires, bénéficiaires de la CMU, sont le plus souvent étrangers ou issus des minorités de l'Intérieur. Autre exemple de discrimination économique, c'est la prise en charge du VIH. Réalisée exclusivement à l'hôpital, au sein de services repérés comme tels, la crainte d'être reconnus dans les couloirs des services VIH peut décourager les patients de se faire suivre ou simplement dépister. Or ceux des patients qui ont les moyens financiers de se faire suivre hors du département (en Guadeloupe, voire en métropole (la « médecine Air France ») sont créoles. On a déjà signalé que les inégalités économiques, plus élevées que partout ailleurs en France, sont en partie liées à l'« importation » en Guyane du modèle administratif national, via par exemple la prime de vie chère attribuée aux fonctionnaires et

[378] Les inégalités sont également patentes entre le département et la métropole, puisque même sur le littoral, la densité de population est encore insuffisante pour rentabiliser un plateau technique sophistiqué ni permettre la présence de toutes les spécialités, ce qui implique de réaliser des évacuations sanitaires vers les Antilles ou la métropole.

aux salariés de certains secteurs comme la banque. Cette « importation » et les inégalités qu'elle engendre se traduisent ainsi dans des inégalités d'accès aux soins.

Ces inégalités spatiales et économiques sont des discriminations indirectes selon un critère de l'origine, puisqu'en pâtissent d'abord les Noirs Marrons et les Amérindiens qui vivent dans l'Intérieur, ainsi que les étrangers (qui vivent plutôt dans les zones urbanisées), qui partagent, avec les minorités de l'Intérieur, les situations les plus précaires économiquement.

6.5.2 « L'incompétence locale »

Les services administratifs, nombreux à être assurés par des professionnels créoles, sont régulièrement épinglés par les professionnels métropolitains. Arrêtons-nous plus précisément sur les difficultés dans l'accès aux soins imputées aux dysfonctionnements de deux institutions, le Conseil Général et la CGSS.

6.5.2.1 Le Conseil Général

Les professionnels métropolitains interrogés, qu'ils soient sociaux, soignants ou administratifs, y compris ceux exerçant dans des institutions sous tutelle départementale (médecins des centres de santé et de PMI), déclarent regretter l'incompétence du Conseil Général. En matière d'accès aux soins, les critiques portent sur trois domaines : la polyvalence de secteur, l'ancienne aide médicale départementale et les centres de santé.

> Sur la dizaine de postes ouverts dans l'Ouest guyanais pour les assistants sociaux de secteur, un seul est pourvu (le Conseil Général ne répondrait pas aux candidatures), ce qui réduit considérablement les possibilités d'accompagnement aux démarches d'accès aux droits à une couverture maladie. Seuls les travailleurs sociaux exerçant dans le secteur associatif peuvent pallier ces carences, or ils sont fort peu nombreux, ainsi que ceux de l'hôpital, mais ils ne s'occupent que des personnes hospitalisées.

Avant la mise en place de la CMU, la gestion de l'aide médicale départementale (AMD) était notoirement déficiente : refus d'accorder l'AMD[379] puis retard important au remboursement des hôpitaux pour les frais afférant aux dossiers finalement acceptés et gestion obsolète des dossiers (aucune informatisation).

Le Conseil Général a géré l'ensemble des centres de santé de 1986 à 2000. En janvier 2000, suite à la critique sans appel de l'IGAS dans un rapport de 1998 du fonctionnement des centres dont l'entretien est jugé « déplorable », la gestion de la partie curative (c'est à dire les dispensaires) est transférée à l'ARH (agence régionale d'hospitalisation) via l'hôpital de Cayenne, tandis que la préventive (les centres de prévention et de vaccination, CPV) reste sous la tutelle du Conseil Général. Deux ans plus tard, alors qu'est saluée la reprise en main des dispensaires par l'hôpital, on déplore encore l'abandon dans lequel sont laissés les CPV : bâtiments en ruines, rupture de l'approvisionnement en vaccins[380] et carnets de vaccination, absence de fiabilité du stockage des vaccins, de l'acheminement des prélèvements sanguins et des examens réalisés au laboratoire départemental, etc. De cette carence flagrante de moyens attribués aux CPV résulte un déséquilibre au sein-même de chaque centre (qui associe préventif et curatif)[381].

Ce sont les populations de l'Intérieur (vivant dans l'Ouest (pour l'absence de polyvalence de secteur) et relevant des centres de santé) et les plus précarisées (bénéficiaires de l'ancienne AMD), c'est-à-dire là encore les minorités et les étrangers, qui sont les plus directement concernées par ces problèmes.

6.5.2.2 La CGSS

L'incompétence décrite par certains professionnels métropolitains à propos de l'ensemble des administrations serait « aveugle » aux catégories ethno-raciales, elle affecterait tous les

[379] On a déjà signalé que les bénéficiaires de la CMU sont beaucoup plus nombreux que ceux de l'ancienne AMD, cet écart donnant une idée du nombre de personnes qui auraient alors pu être couvertes à cette époque (8500 dossiers d'AMD au 31 décembre 1999 (soit moins de 8500 personnes bénéficiaires, puisqu'il y avait un dossier par soin, donc possiblement plusieurs dossiers par personne), pour 32 000 bénéficiaires de la CMU fin 2000 et 46 000 au 31 avril 2002 (ainsi que 5008 bénéficiaires de l'AME en 2002)).

[380] A Camopi, sur le fleuve Oyapock, le décès par coqueluche de deux enfants amérindiens, suite à plusieurs années d'absence de vaccination, a marqué les esprits, symbolisant les conséquences dramatiques des carences du Conseil Général.

[381] Le passage à l'ARH s'est accompagné d'une revalorisation des salaires et de l'amélioration des moyens attribués au côté curatif. Le déséquilibre qui en résulte engendrerait des tensions entre « médecins curatifs » et « médecins préventifs » d'un même centre.

usagers. Ainsi, nombreux sont les acteurs métropolitains à déclaré en avoir pâti, à titre personnel.

> Un exemple souvent donné est le temps de transfert du dossier d'assurance maladie de la métropole à la Guyane : neuf à onze mois, voire deux ans, parfois après perte une ou deux fois du dossier (alors qu'il a fallu trois semaines pour un transfert la Réunion-Paris pour l'un des Métropolitains interrogés).

Les difficultés rencontrées par des usagers créoles sont citées pour mieux démontrer la récurrence des dysfonctionnements administratifs (sous-entendant que si la victime était étrangère et/ou noire marronne, on pourrait mettre la difficulté sur le compte de sa maladresse ou de la mauvaise intentionnalité de l'agent qui a traité son dossier).

> Un médecin a dû par exemple refaire à une femme enceinte créole quatre fois sa déclaration de grossesse, parce que les trois premières avaient été perdues par la CAF : *quand c'est une patiente qui travaille, qui est créole, qui est bien cortiquée, qui connaît bien le parcours, et que quatre fois elle demande la feuille, moi je dis « mais c'est pas possible ! »*

On va cependant constater que ces dysfonctionnements pénalisent de façon générale préférentiellement les étrangers et les Noirs Marrons.

CGSS, CAF, COTOREP[382], préfecture et mairies font l'objet des mêmes critiques principales : délais excessif pour l'instruction des dossiers et fonctionnement tatillon dont la complexité finit par constituer de véritables imbroglios. Pour la CGSS, on déplore en particulier les points suivants à l'annexe de Saint-Laurent.

6.5.2.2.1 L'insuffisance de moyens

Quand les agents CGSS mettent cette insuffisance sur le compte de l'afflux de demandes émanant notamment d'étrangers, les Métropolitains rétorquent qu'il y a refus d'embaucher et absence d'anticipation de l'accroissement des besoins induit par la réforme CMU. Cette insuffisance de moyens entraîne divers dysfonctionnements.

> Les files d'attente dans les centres : chaque matin, dès trois ou quatre heures, une vingtaine de personnes se postent aux portes du bâtiment de l'annexe CGSS qui n'ouvrent pourtant qu'à 7 heures 30, sans être pour autant assurées de se voir remettre un ticket par le vigile. Ces files d'attente sont accrues par les délais excessifs de traitement des dossiers : une partie des

[382] Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

personnes qui attendent leur tour ne viennent que pour demander des nouvelles de leur dossier déposé il y a plusieurs mois et resté sans réponse depuis. Cette attente se répercute sur le fonctionnement de la PASS de l'hôpital, déjà débordée, où affluent les usagers lassés d'attendre en vain à l'annexe CGSS.

Les usagers les moins à l'aise avec les démarches administratives (non francophones, analphabètes) pâtissent préférentiellement de cette attente (les autres l'évitent en envoyant leur dossier par la poste). Au sein de la file d'attente sont décrites des discriminations économiques, certains prenant cinq ou dix tickets pour les revendre ensuite et le vigile faisant « payer les bons numéros ».

Une autre conséquence de l'insuffisance de moyens est la longueur des délais de remboursement des médecins libéraux pour les consultations CMU-AME (cinq à six mois, jusqu'à ce qu'à la suite d'un mouvement de protestation des médecins, le recrutement d'un agent supplémentaire les réduise à quelques semaines). Les médecins ont alors des réticences à accepter les patients qui en sont bénéficiaires, comme en métropole, surtout ceux qui relèvent de l'AME dont le retard est le pire. Or ces derniers, étrangers en situation irrégulière, ne peuvent le plus souvent pas ouvrir de compte bancaire ni postal (par refus des établissements concernés), d'où l'impossibilité pour eux de se faire rembourser une consultation dont ils auraient avancé les frais. On a dit que la faible densité médicale guyanaise traduit ces réticences par une exclusion des soins (puisque le patient refusé par un médecin a peu d'alternatives). Les bénéficiaires de l'AME rencontrent également des difficultés dans les pharmacies, pour les mêmes raisons (3 mois de délai pour le remboursement des pharmacies).

Enfin cette insuffisance de moyens se répercute lors du traitement des dossiers de demande de couverture maladie :

- pression des files d'attente et des piles de dossiers à traiter sur les agents CGSS qui ne prennent pas le temps d'informer les usagers de leurs droits ni de transmettre leurs décisions (ni au professionnel qui a accompagné la demande, ni au domicile du patient, d'où ignorance des requérants de l'issue de leurs démarches).
- délais excessifs d'ouverture des droits (trois à huit mois pour l'AME et la CMU complémentaire), aggravés par les distances (il faut transférer les dossiers déposés à Saint Laurent vers Cayenne puisque aucun personnel n'est prévu à Saint Laurent pour les traiter sur place).
- pertes de dossiers : ce problème est exacerbé par les défauts de communication de la CGSS et les délais de traitement. Comment savoir en effet si l'absence de réponse à un dossier signifie qu'il a été perdu, qu'il n'est pas encore traité, ou qu'il l'a déjà été mais qu'aucune attestation n'a été envoyée à l'intéressé ?? L'affaire se complique d'autant plus qu'un dossier refusé par

> la CGSS n'est pas enregistré (l'original du dossier est renvoyé à l'intéressé sans être saisi) : si on appelle la CGSS et que celle-ci répond que le dossier n'est nulle part, on ne peut donc pas savoir si le dossier a été perdu ou refusé et renvoyé à une mauvaise adresse …
>
> Ces dysfonctionnements affectent là encore les usagers les moins au fait des démarches, surtout s'ils ne sont pas accompagnés par un professionnel, or on a dit la pénurie de travailleurs sociaux dans tout l'Ouest guyanais.

Au total, les usagers préférentiellement affectés par ces dysfonctionnements sont les moins à l'aise avec les démarches administratives (non francophones, analphabètes), surtout s'ils ne sont pas accompagnés par un professionnel (surtout dans l'Ouest) et les plus précaires, c'est-à-dire les minorités et les étrangers.

Une conséquence de l'ensemble de ces dysfonctionnements est ainsi que la demande d'ouverture de droits à une couverture maladie n'aura de réelles chances d'aboutir que lorsque le requérant est aidé par un assistante sociale. Celle-ci relance la CGSS, demande qu'on fasse passer le dossier « par-dessus la pile en attente », négocie s'il manque encore un justificatif. Pour la CMU, alors qu'elle est censée être accordée sur présentation de tout titre de séjour, ou même d'une convocation en préfecture attestant simplement de ce qu'une demande de titre de séjour est en cours, la CGSS de Guyane n'accepte les récépissés qu'en cas de suivi par une assistante sociale (dont atteste le coup de tampon sur le dossier) et/ou d'une urgence médicale (d'où l'importance du certificat médical associé au dossier), deux situations de fait souvent associées (on a vu qu'en l'absence de service social de secteur, les assistantes sociales de l'hôpital n'acceptent de suivre que des personnes hospitalisées). L'appui par un professionnel extérieur permet donc passer outre les dysfonctionnements principaux de la CGSS … au prix d'un accroissement des délais pour les autres dossiers, puisque le traitement en urgence d'un ou deux dossiers vient, chaque jour, retarder encore un peu plus la résorption du retard de traitement de la masse des dossiers « anonymes ».

La situation irrégulière au regard du séjour peut encore compliquer l'accès aux travailleurs sociaux des administrations (crainte de se faire arrêter, ficher), d'autant plus que nombre d'étrangers, vivant au bord de la route ou des fleuves, doivent, pour se rapprocher d'un interlocuteur à même de les aider dans leurs démarches, franchir les barrages des gendarmes généralement postés sur la route juste à la sortie des villes.

> La population consultant au poste de santé d'Organobo (situé dans la forêt de l'Ouest guyanais, à distance du fleuve) est constituée de Noirs Marrons surinamiens en situation irrégulière pour la plupart, en grande précarité sociale, plus encore que celle du fleuve car privée des liens familiaux qu'entretiennent les va et vient entre les deux rives. La plupart de

ces « déplacés » (ils sont arrivés pendant la guerre) ne sont pas francophones et ne scolarisent pas leurs enfants par incapacité à payer le bus de ramassage et la cantine scolaires. Leurs habitations sont disséminées dans l'épaisseur de la forêt, bénéficiant pour à peine la moitié d'entre elles de l'eau courante. Déjà peu en relation les uns avec les autres, ils n'ont aucun contact avec des services sociaux ou administratifs : une permanence CGSS se tient deux fois par mois à Iracoubo, ce qui représente jusqu'à 150 km de route pour certains d'entre eux, or quasiment aucun ne possède de véhicule motorisé. Le médecin du centre estime qu'environ 4% de ses 2000 patients ont une couverture maladie, et la plupart de ces rares bénéficiaires, en cas de refus d'un médecin traitant de prendre leur CMU ou leur AME, ne savent pas compléter et envoyer leur feuille de soins à la CGSS pour se faire rembourser.

6.5.2.2.2 L'application restrictive des textes

De nombreux acteurs déplorent l'application restrictive des textes CMU-AME :

- justificatifs demandés par excès :
    - CMU et AME : extrait d'acte de naissance même en cas de présentation d'un passeport, relevé d'identité bancaire
    - CMU : certificat de scolarité, titre de séjour d'une durée supérieure à trois mois (avec refus des récépissés de renouvellement de titre de séjour)
    - AME : résidence de trois mois au moins, besoin de soins, certificat de vaccination, deux certificats médicaux, un de ville et un hospitalier, lorsque l'AME, au bout de trois ans, de hospitalière devient totale, refus des attestations de résidence écrites à la main (contraignant les requérants à avoir recours à un écrivain public muni d'un ordinateur)
- ouverture de droits CMU uniquement le temps de la validité du titre de séjour ou de la convocation préfecture
- refus d'AME opposé aux déboutés du droit d'asile

Là encore, ces applications restrictives affectent les étrangers et les usagers les moins à même de surveiller les erreurs de traitement de leur dossier, surtout s'ils ne sont pas accompagnés par un professionnel. Les étrangers pâtissent particulièrement de certaines d'entre elles. Les étrangers en situation irrégulière ne peuvent par exemple pas se procurer de relevé d'identité bancaire puisque les établissements bancaires refusent de leur ouvrir des comptes.

Arrêtons-nous en particulier sur la question des déclarations sur l'honneur. La CGSS ne les accepte pas pour justifier d'une identité ou d'un domicile.

Or étrangers et populations de l'Intérieur disposent moins souvent de documents d'identité.

Les Noirs Marrons de l'Intérieur, qu'ils soient français ou surinamiens, en sont généralement dépourvus. Quand leur naissance n'a pas été enregistrée à l'état civil, ils doivent demander un jugement déclaratif de naissance, procédure longue et à l'issue incertaine en France (en raison de la méfiance des agents de justice à l'égard des étrangers, suspects de vouloir se procurer des papiers français par ce biais). Les Surinamiens doivent eux faire le déplacement à Paramaribo (la capitale du Surinam). Certains Brésiliens, bien que déclarés à l'état civil brésilien, n'auraient pas de papier d'identité car au Brésil la carte d'électeur peut faire office de carte d'identité. Les Guyaniens quant à eux détruiraient parfois leur passeport pour ne pas être expulsés (le Guyana n'acceptant pas le retour de ses ressortissants si le pays qui les expulse ne prouve pas leur nationalité guyanienne). Il arriverait aussi que des Brésiliens se débarrassent du leur pour ne pas être expulsés trop loin (ceux détenteurs d'un passeport sont reconduits à Belém, tandis que ceux dépourvus de passeport le sont à Oyapock, c'est à dire juste de l'autre côté de la frontière avec la Guyane). Enfin, même ceux disposant d'un passeport doivent se procurer un extrait de naissance (par exigence abusive de la CGSS), ce qui les contraint à en demander un dans leur pays d'origine (or le retour au pays peut être onéreux) ou dans leur consulat à Cayenne s'il y en a un (avec le risque de se faire arrêter sur le chemin Saint Laurent-Cayenne s'ils sont en situation irrégulière, puis de devoir payer un bakchich au personnel consulaire pour faire aboutir leurs demandes).

La CGSS n'accepte pas non plus les déclarations sur l'honneur pour les justificatifs de domicile.

On a dit la pénurie de logements et le taux élevé de logements insalubres. Les problèmes se posent pour les personnes :

- dans l'incapacité d'obtenir un justificatif de leur domicile : courrier non distribué, logement non raccordé au réseau électrique ou d'adduction d'eau, ou bien alimenté par un branchement « sauvage ». Or minorités et étrangers sont plus souvent dans ces situations de précarité.
- hébergées chez un particulier : les étrangers en situation irrégulière ont plus de difficultés à obtenir une attestation d'hébergement puisqu'il est interdit de les héberger.

Les étrangers sont en outre victimes de la conjugaison de cette application restrictive des textes et de ces dysfonctionnements aux contraintes liées aux réglementations qui leur sont spécifiques. Ainsi, les renouvellements de demandes d'un titre de séjour, à recommencer chaque année pour certains, impliquent ceux, conjoints, de couverture maladie, puisque la CGSS n'ouvre les droits CMU que jusqu'à l'expiration du titre de séjour présenté. Il s'ensuit de longs temps d'attente auprès de ces deux administrations.

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

Bref, l'interruption des droits CMU à l'expiration du titre de séjour (en dépit du maintien de droit théorique de un an pour la CMU complémentaire et de quatre ans pour la CMU base) associée aux délais de traitement des demandes de renouvellement de carte de séjour par la préfecture (un ou deux mois) et à ceux, ensuite, d'ouverture de nouveaux droits CMU (plusieurs mois), démultiplient leurs effets respectifs.

Ces effets en cascade se répercutent dans les pratiques des professionnels de l'accès aux soins. Par exemple, les pharmaciens vérifient par minitel que les droits à une couverture maladie sont ouverts avant de délivrer les ordonnances. En cas de renouvellement en cours de ces droits (situation fréquente, étant donné les délais d'instruction des demandes), ils refusent de délivrer les médicaments. Or seuls les étrangers sont concernés par les besoins de renouveler leurs droits, puisque pour les Français le maintien des droits est automatique.

Au total, les dysfonctionnements de la CGSS affectent préférentiellement les populations les moins à l'aise avec les démarches administratives, vivant dans l'Ouest caractérisé par une carence d'accompagnement par des travailleurs sociaux, précaires et isolées géographiquement, c'est-à-dire les minorités de l'Intérieur et les étrangers (lesquels sont en outre spécifiquement affectés par certains pratiques restrictives).

6.5.3 Synthèse

Les discriminations indirectes selon l'origine constatées en Guyane sont liées à des dysfonctionnements institutionnels (Conseil général et CGSS principalement) mis par les observateurs métropolitains sur le compte de l'incompétence des professionnels créoles. Par ailleurs, un autre élément intervient dans la production de ces discriminations indirectes en

Guyane, c'est l'inadaptation du système national au contexte local (pathocénose, taille du département et conditions de circulation).

C'est via des critères géographiques et socio-économiques que ces processus se traduisent par des discriminations indirectes sur l'origine, puisqu'ils affectent principalement les étrangers, mais également les Français vivant dans l'Intérieur du département. Sont en effet concernées les personnes résidant dans des zones dont l'offre socio-sanitaire est insuffisante (minorités de l'Intérieur), en situation de précarité économique, peu rompues aux démarches administratives et non francophones (minorités et étrangers) et enfin plus vulnérables aux exigences abusives de justificatifs par la CGSS (étrangers).

6.6 Quand les processus se mêlent les uns aux autres

Les discriminations systémiques décrites ci-dessus à l'encontre des étrangers et des minorités de l'Intérieur peuvent voir leurs effets démultipliés par des catégorisations de « l'autre » procédant par délégitimation et opérées par les professionnels créoles.

6.6.1 Traitement défavorable de tous « les autres » et préférence pour « les siens »

Selon certains Métropolitains, l'incompétence créole peut se mâtiner d'hostilité envers tout non Créole (métropolitain, étranger, etc.). Les Créoles mépriseraient *tout ce qui n'est pas guyanais,* avec une définition de l'identité guyanaise restreinte à sa composante créole, considérant en particulier que la résidence en Guyane assortie de la nationalité française ne garantit en rien l'identité guyanaise : *Une Française de Maripasoula n'est pas guyanaise, elle est Bush. Un vrai Guyanais, c'est pas quelqu'un qui vit en Guyane depuis quinze ans, c'est un Créole guyanais ; un Amérindien, c'est pas un Guyanais.*
Cette « préférence » communautaire s'exprimerait à différents niveaux de l'accès aux soins : par une répartition géographique inégale de l'investissement du pouvoir politique local, en particulier en matière de santé, et lors de l'accès aux soins des individus.

6.6.1.1 L'implication des autorités locales

On a évoqué plus haut le refus du pouvoir local créole de tenir compte des appartenances communautaires dans le découpage du territoire pour constituer des « communautés ethniques » (comme l'avaient par exemple demandé les Hmong de Cacao désireux de faire de leur village une commune afin que leurs problèmes spécifiques (entretien des routes, etc.) soient pris en compte), par crainte des bouleversements démographiques (fécondité élevée des minorités de l'Intérieur) et politiques (accès des autres communautés aux postes aujourd'hui tenu par des Créoles)[383] qu'elles pourraient déclencher. L'homogénéité créole du pouvoir

[383] On peut noter à ce propos d'une part la faiblesse du corps électoral en Guyane, favorable à la représentation politique créole en raison de la présence de nombreux étrangers n'ayant pas le droit de vote (à Saint Laurent, on

local ainsi maintenue permettrait d'exercer une préférence pour « les siens ». Le Conseil Général se voit ainsi accusé de clientélisme communautaire. Son déficit budgétaire chronique, que l'on a dit responsable de graves carences de l'offre de soins, serait dû à son sureffectif embauché par connaissances[384] et serait encore creusé par des dépenses décidées au nom d'intérêts particuliers. Les instances décisionnelles, toutes situées à Cayenne (où vivent la majorité des Créoles et où siègent les administrations), négligeraient l'Ouest et tout l'Intérieur du département, sous-dotés en équipement médical, social et administratif[385].

> Le Conseil Général s'abstiendrait de recruter dans l'Ouest guyanais pour compenser l'effectif pléthorique sur Cayenne. Le Conseil national du sida (2003) rappelle les très lourds endettements des Conseils Général et Régional qui, bien que non spécifiques à la Guyane, lorsque cependant « ils aboutissent, comme en Guyane, à priver toute une population déjà défavorisée de l'accès à des soins élémentaires et à des conditions de vie décentes, ils deviennent insoutenables et appellent à des mesures d'urgence. » (p. 40) Le maire de Saint Laurent aurait d'ailleurs demandé la création d'un deuxième département en Guyane, de façon à ce que les grandes administrations y soient représentées et en finir avec la centralisation à Cayenne.

6.6.1.2 Les politiques de santé

Cette négligence envers les « autres » se traduirait directement au niveau des politiques de santé.

> On a déjà mentionné les insuffisances des actions de vaccinations sur les fleuves et plus généralement les carences des centres de médecine collective de l'Intérieur ; de la même

---

compte 3000 électeurs parmi les 25 000 habitants en 2002) et d'autre part le taux élevé d'abstention (aux élections législatives de juin 2002, les deux représentants élus ont rassemblé 11000 suffrages (dont 3000 pour celui de l'Ouest) pour 51 000 inscrits). (Buton, 2002 ; Conseil National du Sida, 2003)

[384] Gallibour (1996) évoque l'importance des réseaux personnels pour trouver un emploi, les pratiques clientélistes des élus locaux et l'attribution par la mairie de Cayenne de postes supplémentaires ne correspondant pas à une activité réelle.

[385] Cette négligence à l'égard des populations de l'Intérieur guyanais était déjà patente à l'époque coloniale, dans cet espace qui, précisément, nécessite de lourds aménagements pour permettre la mise en œuvre efficace des politiques de santé. Bourgarel (1994) rappelle qu'au début du 20ème siècle, l'ensemble des « grands bois », c'est à dire tout l'espace intérieur, où vivent « les orpailleurs et les populations tribales (…) [et qui] représente la vie sauvage, la non-civilisation et suscite peu d'intérêt chez les résidents du littoral » (p.70) est considéré peu touché par le paludisme, contrairement à la zone du littoral où vivent les Européens ... alors que c'est en fait la zone la plus affectée. Or une politique sanitaire nécessite un investissement soutenu. A la même époque par exemple, Cayenne et Saint-Laurent sont peu atteints car les eaux dormantes y sont drainées, contrairement à Kourou qui ne fait l'objet d'aucun effort d'aménagement.

façon, on reproche aux pouvoirs locaux de tolérer (voire d'en profiter) les activités d'orpaillage illégales et pourtant fort visibles qui polluent les fleuves de l'Intérieur, mettant en danger la santé des populations qui y vivent.

Aucune attention ne serait portée aux particularismes culturels des minorités de l'Intérieur : une médecin de la PMI avait passé du temps à élaborer un guide sur l'allaitement destiné aux Noirs Marrons, avec ses propres dessins et des commentaires en taki taki. Elle l'a envoyé au Conseil Général et n'en a plus jamais entendu parler.

Cette négligence exacerberait les difficultés dans l'accès aux soins déjà mécaniquement induites par les distances géographiques.

Les dossiers de demande de couverture maladie déposés à l'annexe de Saint Laurent, en l'absence de personnel pour les traiter sur place, doivent être acheminés au centre de Cayenne, ce qui induit des délais de traitement supplémentaires, des pertes de dossiers et l'incapacité de l'agent de Saint Laurent à donner des informations sur un dossier particulier aux personnes qui se présentent à son annexe. La permanence des médecins conseil n'est plus tenue à Saint Laurent, faute de local, d'où l'obligation pour les résidents de l'Ouest guyanais de faire le déplacement à Cayenne.

La « préférence pour les siens », de son côté, est pratiquée par les professionnels créoles.

Un agent CGSS créole décrit comment, depuis la réforme CMU, les personnes qui passent à son guichet sont désormais pour la très grande majorité des bénéficiaires de la CMU. Leur afflux encombre la salle d'attente, décourageant la venue des salariés et des employeurs qui ne peuvent pas attendre si longtemps leur tour. Cette situation justifie pour l'agent un traitement différent de ces derniers, dans un sens favorable : il accepte de leur donner ses explications par téléphone et de leur fixer des rendez-vous, ce qu'il ne fait pas avec les bénéficiaires de la CMU. L'agent prend ainsi acte de l'association « statut au regard de la protection sociale » et « origine ethno-raciale » (il explique lui-même que les bénéficiaires de la CMU sont pour la plupart étrangers et/ou noirs marrons et les employés et salariés créoles) pour favoriser « les siens ».

6.6.1.3 L'accès aux soins des individus

Enfin, l'accès aux soins des individus (et non plus des populations) serait lui aussi largement dépendant de ce clientélisme.

On évoque des pressions exercées dans la décision de soins particuliers (par pression auprès des médecins pour prescrire une évacuation sanitaire ou une cure par exemple, ou auprès des responsables de la CGSS pour en accepter le remboursement).

Dans la salle d'attente de la CGSS, le vigile (créole) réserverait les premiers numéros aux personnes qu'il connaît[386]. L'agent de la caisse de l'hôpital (créole) serait moins regardant sur les justificatifs de paiement des patients quand il les connaît.

Mais c'est surtout lors du traitement routinier des dossiers administratifs (tels que ceux de demande de couverture maladie) que jouerait la reconnaissance « des siens », par le patronyme ou à l'initiative de l'intéressé (le « coup de fil » à une connaissance en poste dans l'administration) afin qu'on place son dossier « par dessus la pile » ou qu'on lui épargne des vérifications poussées … traitements préférentiels qui, dans le contexte sus-décrit de carence d'information donnée, de délais excessifs chroniques et de complexité kafkaïenne des procédures, peuvent avoir un impact majeur sur l'issue des demandes. Or les étrangers, les Noirs Marrons (et les Amérindiens) sont moins susceptibles de connaître personnellement ces professionnels puisque ces postes sont essentiellement tenus par des Métropolitains et des Créole. La difficulté pour tous « les autres », symétrique à cette préférence pour les siens, se traduirait par des délais allongés d'instruction des dossiers qui associés au traitement tatillon et à l'absence d'information donnée aux intéressés, génèreraient des difficultés qui affecteraient elles aussi préférentiellement les Noirs Marrons et les étrangers, moins à même de protester.

Une pharmacienne métropolitaine explique avoir du mal à obtenir des informations de la CGSS pour ses clients en demande d'une couverture maladie : *ils prennent un malin plaisir, à Cayenne, à retourner les dossiers ...* Elle s'entend répondre : *« mais quand on vient en Guyane, il faut savoir attendre », ils sont très hautains, que ce soit n'importe qui qui les appelle, donc j'imagine le pauvre Noir Marron qui leur téléphone, c'est même pas la peine. (...) Même les Métros, ils ont leurs bébés inscrits sur leur carte à sept ou huit mois, c'est quand même aberrant ! (...) parce qu'ils estiment que c'est eux qui sont maîtres du truc, ils ont les dossiers en main, ils en font ce qu'ils veulent, ils font passer le dossier qu'ils veulent quand ils veulent, qu'elle me dise pas qu'ils respectent la pile dans le bon sens parce qu'il suffit de râler une ou deux fois ... (...) quand ils téléphonent, on les rembarre tout de suite, on ne veut même pas répondre à leurs questions, moi quand je téléphone, en tant que pharmacienne, déjà, ça passe un petit mieux (...) je me dis « le pauvre gars, haïtien ou quoi que ce soit, qui monte son dossier, il doit ... (...) Les Créoles, ils ont tous les postes, ici, ils le savent, qu'ils sont les maîtres de ce qui se passe ici ... ils en profitent ...*

[386] C'est une assurée métropolitaine qui s'en plaint : exclue puisque ne connaissant pas l'agent de sécurité, et peut-être plus susceptible d'être choquée par une procédure peu habituelle dans les salles d'attente des CPAM de métropole, ce qui suggère que nombre de discriminations subies par les Noirs Marrons n'ont pas été recueillis par l'enquête puisque elle procédant par entretiens des professionnels plus que des usagers.

Dubois (2003), enquêtant sur la réception des usagers dans des guichets de la CAF en métropole, note combien cette temporalité imposée (attente au guichet, délais de traitement des dossiers, versement des prestations) « concrétise en effet la force de l'institution et la faiblesse de ceux qui en dépendent ». (p. 54)

Au total, la ségrégation dans l'habitat (les Créoles vivent sur le littoral, surtout à Cayenne, tandis que le reste du département est majoritairement habité par des non Créoles) et la répartition déséquilibrée des appartenances communautaires sur le marché du travail (les Créoles dans les administrations, exceptées celles de l'Etat déconcentré), induisent des discriminations indirectes envers les non Créoles et offre l'espace à l'expression de traitements différentiels favorables envers les Créoles qui s'avèrent indirectement pénaliser « les autres ». Parmi ces derniers, les Noirs Marrons se trouvent être particulièrement défavorisés car surreprésentés dans les territoires négligés par les autorités locales. Avec les étrangers, ils sont les plus vulnérables aux dysfonctionnements sus-cités, qu'aggravent encore les traitement favorables que s'accordent entre eux les Créoles.

6.6.2 Traitement défavorable de « certains autres »

En sus de la « reconnaissance des siens », des acteurs métropolitains suspectent chez leurs collègues créoles le rejet de certains « autres ». Des traitements discriminatoires dans l'accès aux soins associeraient ainsi les difficultés structurelles sus-décrites (inadaptation du système national au contexte guyanais et « incompétence locale ») à des catégorisations explicitement péjoratives de ces usagers.

Les dysfonctionnements présentés ci-dessus pourraient alors aussi être intentionnels, destinés à freiner l'accès aux soins des étrangers et des Noirs Marrons.
Ce serait le cas au niveau des politiques de santé menées par le Conseil Général, à travers par exemple la gestion déplorable des centres de santé (par refus de s'impliquer sur la santé des minorités) et l'absence d'action de lutte contre le sida au motif que cette maladie relève d'une « compétence Etat », et surtout que le sida est attribué aux étrangers[387].

[387] Le Conseil national du sida (2003) rapporte le refus du Conseil Général de s'impliquer sur une épidémie qui, selon les termes de ce dernier, « vient d'ailleurs ».

Ce serait également le cas pour tous les dysfonctionnements présentés ci-dessus dans le traitement des dossiers de la CGSS, « aggravés » en cas de reconnaissance d'un patronyme noir marron et/ou étranger (dossiers bloqués, exigence de pièces intempestives, informations non données, etc.). Une fonctionnaire d'Etat (DSDS) déclare d'ailleurs tenter d'alerter le Ministère des exigences excessives des agents CGSS créoles et déplore que celui-ci les tolère, estimant qu'il revient à l'Etat de s'opposer au non-respect des droits décrétés au niveau national. Elle décrit finalement un sentiment d'être « lâché » par l'Etat, qui rappelle celui des Créoles ...

> Les besoins d'interprétariat, déjà soulignés en métropole, sont décuplés par l'afflux d'étrangers et de membres des minorités ne parlant ni créole ni français. Or non seulement quasi aucun poste d'interprète n'est prévu, mais en plus les professionnels créoles refuseraient souvent de parler autre chose que français ou créole au motif que « *on est français et on n'a pas à parler le dialecte* » (une médecin métropolitaine rapportant les propos d'un agent créole) et exigent des non francophones qu'ils viennent accompagnés d'un traducteur, même quand ils seraient eux-mêmes capables de parler la langue de l'usager. On a vu que des professionnels créoles interrogés justifient ces refus par leur volonté de ne pas « assister » les usagers.
>
> A la caisse de l'hôpital, la demande par l'agent créole de leur carte vitale aux patients ne serait pas seulement une mesure inutile (il n'y a pas de lecteur de carte à la caisse et il y est noté moins d'informations que sur l'attestation papier), elle serait surtout discriminatoire, directement, dans son application (*c'est certaines personnes de la caisse et c'est avec certains patients*. ... plutôt les patients étrangers (une assistante sociale métropolitaine)) et indirectement, dans ses effets : les personnes dépourvues de carte vitale (et qui donc seront pénalisées par cette demande) sont en effet les personnes affiliées sous un numéro provisoire, c'est à dire tous les bénéficiaires de l'AME et les personnes nées à l'étranger dont le numéro définitif est en cours de constitution, c'est à dire surtout des personnes étrangères nées à l'étranger.

Arrêtons-nous sur quelques exemples relatifs à l'accès aux soins eux-mêmes, qui montrent la façon dont des données structurelles amplifient les conséquences des traitements intentionnellement discriminatoires.

> Dans les services de soins de l'hôpital de Saint Laurent, les patients créoles refuseraient de partager leur chambre d'hôpital avec des Noirs Marrons. Mais n'étant pas suffisamment nombreux pour être rassemblés dans des chambres à plusieurs lits, ils seraient placés dans des chambres seules. La conjugaison de leur rejet des Noirs Marrons (catégorisations

délégitimantes) et de leur petit nombre (données structurelles) se traduirait ainsi par un traitement favorable à leur égard (chambres seules).

La plupart des professionnels métropolitains décrivent des pratiques discriminatoires de la part des soignants créoles à l'égard des patients étrangers et noirs marrons, fondées sur des représentations délégitimantes : façon brutale de s'adresser à eux, tutoiement, « réflexions » sur le coût de leurs soins et la charge de travail qu'ils imposent au personnel, défaut d'accompagnement et d'information sur les soins réalisés, refus de parler taki taki pour traduire les explications d'un médecin métropolitain qui ne le parle pas[388] ou de parler anglais à des patients guyanaiens.

Ces pratiques seraient particulièrement mal vécues par les Noirs Marrons quand ils sont hospitalisés à Cayenne, puisqu'à Saint Laurent, la majorité de la population hospitalisée étant noire marronne, quelqu'un qui ne parle que taki taki peut toujours se faire comprendre.

Or les populations de l'Intérieur n'ont pas d'autre choix que de se rendre à Cayenne pour certains soins spécialisés, en raison de l'absence de l'offre sanitaire adéquate à proximité de leur domicile. Par exemple, les femmes de Maripasoula sont systématiquement transférées à Cayenne en fin de grossesse, grâce à une ligne aérienne qui relie régulièrement cette commune - qui est la plus en amont sur le fleuve Maroni - à Cayenne[389]. A l'inconfort d'un séjour hospitalier de plusieurs semaines en fin de grossesse, loin de l'entourage familial et dans un environnement où le taki taki n'est pas parlé couramment (données structurelles), se conjuguerait le racisme du personnel créole. Résultat, de plus en plus de femmes de Maripasoula refuseraient désormais d'être hospitalisées à Cayenne, préférant venir accoucher à Saint Laurent, à deux journées au moins de pirogue (mais facilement le double en saison sèche), contre 45 minutes d'avion pour Cayenne.

6.6.3 Synthèse

Les conséquences des discriminations systémiques à l'encontre des étrangers et des minorités de l'Intérieur sont considérablement aggravées par des catégorisations de « l'autre ». Ces catégorisations, de type délégitimantes, seraient, de l'avis des professionnels métropolitains, opérées par des professionnels créoles. Ces derniers, en poste dans les administrations locales

[388] La langue serait également un élément fédérateur entre les Créoles antillais et guyanais qui, bien que « frères ennemis » sur certains points de vue, parleraient créole entre eux pour que les membres métropolitains de l'équipe soignante ne les comprennent pas.

[389] Les femmes des communes en aval de Grand Santi viennent, elles, par pirogue, accoucher à Saint Laurent.

seraient à même en effet de favoriser les usagers de leur propre communauté et/ou de défavoriser directement ceux de communautés différentes, en particulier issus des minorités et étrangers, via le désintérêt politique pour l'Intérieur et des pratiques clientélistes dans le traitement des dossiers individuels. La faiblesse de la densité de l'équipement sanitaire dans l'Intérieur contraint par ailleurs les populations qui y vivent à venir sur le littoral pour y être soignées, où elles seraient alors vulnérables aux pratiques racistes des Créoles.

6.7 Mise en contexte « microsocial »

Les représentations et les pratiques décrites jusqu'à présent ont été envisagées dans le cadre d'une typologie générale distinguant discriminations directes, fondées sur une perception délégitimante ou différencialiste, et discriminations indirectes, systémiques.
Nous avons donné pour exemples de discriminations fondées sur une perception délégitimante des pratiques opérées par des professionnels créoles, et pour exemples de discriminations fondées sur une perception différencialiste des pratiques opérées par des professionnels métropolitains. Mais il ne s'agit que de « types de description », dont l'identification ne doit évidemment pas occulter l'existence des configurations particulières. Les pratiques différentielles ne se répartissent en effet pas « en bloc » selon l'appartenance ethno-raciale des acteurs. Ces derniers, au sein d'une même communauté, peuvent élaborer diverses représentations à l'égard des « autres », à l'origine de pratiques discriminatoires également diverses. On a vu par exemple que l'importance attribuée à la « différence culturelle » peut faire l'objet de débats au sein des professionnels métropolitains.

Prolongeons cette réflexion en examinant la façon dont sont contextualisées les définitions de l'altérité, par complexification des repérages de profils ethniques et professionnels grâce à l'articulation d'enjeux professionnels, politiques, institutionnels, etc. A l'opposé de la « contextualisation » macro-sociale (au regard principalement des politiques d'immigration et de l'accès aux soins) sur laquelle s'est achevée la partie présentant les processus discriminatoires en métropole, les lignes qui suivent entendent situer l'analyse au niveau microsocial pour saisir les configurations d'enjeux identitaires et professionnels propres à chaque acteur.

6.7.1 Interférences des enjeux professionnels avec les positions associées à la communauté ethno-raciale

Les positions à l'égard de « l'autre », telles qu'on les a présentées selon le groupe ethno-racial (créole ou métropolitain), peuvent être modulées par les contextes professionnels. On va envisager ici une série d'exemples situant ces enjeux professionnels à différents niveaux.

6.7.1.1 Les dispositifs de l'accès aux soins

On a vu combien le perçu que peut avoir un professionnel des dispositifs de l'accès aux soins dans lesquels s'insère sa propre activité peut influencer cette dernière, en jouant sur l'influence respective que sont susceptibles d'exercer « l'intérêt communautaire » et l'intérêt professionnel ».

> C'est le cas de cette assistante sociale créole qui a réorienté sa pratique à la suite d'un changement législatif aux conséquences organisationnelles patentes (depuis la réforme CMU-AME, la CGSS gère la couverture maladie des personnes relevant de l'ancienne AM, laquelle était prise en charge par la DSP et la DDASS ; les ouvertures de droit sont désormais beaucoup plus faciles). Se détournant des intérêts de son institution (remboursement de l'hôpital) et de celui des personnes suivies, sa pratique a pu s'orienter vers des intérêts plus « communautaires » (protection de la communauté guyanaise, et implicitement créole, contre l'invasion par les étrangers) sous la forme d'une restriction de l'accès aux soins d'une partie de son public.

6.7.1.2 Les enjeux institutionnels

L'élément professionnel décisif peut aussi résider dans l'intérêt de l'institution à laquelle appartient l'acteur concerné. Ainsi, une position vis-à-vis de « l'autre » partagée par des professionnels d'une même communauté ethno-raciale peut se traduire par des oppositions entre ces mêmes professionnels, au nom de leurs contextes d'exercice respectifs.

> Le reproche fait par les Créoles à l'Etat de ne pas suffisamment s'opposer aux flux migratoires élevés se traduit concrètement, au sein de relations inter-institutionnelles guyanaises, par un jeu d'accusations mutuelles, chaque institution en trouvant une autre, plus « Etat » pour lui faire porter la responsabilité des frais engendrés par le soin des étrangers, au nom de « ses » principes de solidarité. Ainsi, parmi les Créoles qui rejettent la prise en charge socio-sanitaire des étrangers au nom des catégorisations délégitimantes sus décrites, tous déclinent ce rejet selon leurs intérêts institutionnels propres : ceux de la CGSS s'opposent à ceux de l'hôpital, lesquels s'opposaient, avant la réforme CMU, à ceux de la DSP, pour se rejeter mutuellement la responsabilité de cette prise en charge.
>
> Avant la réforme CMU, c'était le bras de fer entre la DSP (Conseil Général) et l'hôpital, à qui ne paierait pas les frais d'hospitalisation des non assurés sociaux (le plus souvent des étrangers en situation irrégulière) : la DSP, tenue d'accorder une AMD aux

étrangers déclarant résider en Guyane, menait des enquêtes pour prouver que les étrangers hospitalisés et demandeurs d'une AMD ne résidaient en fait pas en Guyane et ne pouvaient donc pas être pris en charge au titre de l'AMD (mais relevaient alors éventuellement de l'AME, donc de la DDASS ; dans le cas contraire (le plus fréquent), l'hôpital ne se faisait pas rembourser).

Depuis la réforme, l'aide médicale n'est plus que d'Etat, mettant donc un terme au partage de compétence Etat-département et c'est entre la CGSS et l'hôpital que se sont déplacés les échanges de dossiers. Quand la CGSS peut prouver le défaut de résidence stable d'un étranger en situation irrégulière et peut donc refuser de lui accorder l'AME, l'hôpital se tourne vers l'Etat (Ministère de la santé), dernier recours pour se faire rembourser les frais d'hospitalisation, en tant que AME humanitaire : « A l'Etat de payer pour ces étrangers qu'il impose aux Guyanais », expliquent en substance des agents des admissions hospitalières, à Saint Laurent comme à Cayenne … mais tous les dossiers envoyés jusqu'à présent sont restés sans réponse.

C'est donc finalement l'hôpital qui « perd » le plus souvent la bataille. Son déficit budgétaire est notoire et il est d'ailleurs perçu comme le principal acteur humanitaire par la plupart des agents, créoles ou non, interrogés à l'extérieur de l'hôpital. Ainsi ces acteurs, quelle que soit leur profession, orientent vers l'hôpital ceux qu'ils considèrent relever de « l'humanitaire » : les sans-couverture maladie, les sans-titre de séjour, les sans-allocations familiales, les sans-papier d'identité, et ils sont nombreux. L'hôpital assume ainsi le rôle qu'on a observé au niveau associatif en métropole (rappelons que le tissu associatif est particulièrement mince et fragile en Guyane).

C'est plus précisément vers la PASS de l'hôpital que sont orientées ces personnes. La PASS permet ainsi de décharger l'ensemble des acteurs, y compris de la CGSS (aux dires de plusieurs agents administratifs hospitaliers, la CGSS adresserait à la PASS des personnes dépourvues de couverture pour qu'on les aide à déposer une demande … à la CGSS). C'est alors un nouveau coup de boomerang pour ces « sans » ainsi orientés sur l'hôpital, car celui-ci les réadresse vers la DSDS (auparavant dénommée DDASS) ou la CGSS.

6.7.1.3 La fonction professionnelle

Il peut s'agir aussi de la fonction même de l'acteur concerné. Ainsi, la position d'un acteur peut s'afficher à contre-courant de l'argumentaire généralisé au sein de sa communauté ethno-raciale, quant cela va dans le sens de sa fonction professionnelle.

Un médiateur culturel dépeint avec force détails les récriminations des Créoles à l'égard des étrangers et notamment leur amertume devant le « pillage » de leur département. Mais dès qu'il s'agit de santé, la critique tombe :

- la saturation de l'offre de soins (hôpital surchargé, etc.) est liée à la mauvaise évaluation du besoin de soins par les pouvoirs publics et non aux étrangers malades qui auraient bien tort de ne pas profiter de cette offre
- les pratiques traditionnelles, responsables d'interruption thérapeutique, ne sont pas méprisables (sa fonction professionnelle du médiateur consiste d'ailleurs justement à amener les patients à respecter une bonne observance des traitements prescrits par les médecins hospitaliers, tout en tenant compte de ces pratiques traditionnelles)
- le défaut de couverture maladie de nombreux étrangers est à mettre en rapport avec le peu d'incitation en ce sens qui émane d'un système qui privilégie d'abord l'accès aux soins eux-mêmes.

Au total, il différencie nettement son identité de Créole guyanais et celle de professionnel du soin et souligne que sa pratique ne peut être influencée par la première.

Cette influence de la fonction professionnelle sur les représentations à l'égard des divers groupes ethno-raciaux est particulièrement patente quand il s'agit de représentations sur le groupe ethno-racial auquel appartient l'acteur lui-même.

C'est le cas de professionnels noirs marrons qui tiennent des discours très différents quant au public noir marron lui-même : les agents des admissions hospitalières et l'agent de la PASS du même hôpital, toutes trois noires marronnes, commentent différemment le manque d'effort couramment reproché aux Noirs Marrons pour faire ouvrir des droits à une couverture maladie.

Les premières reprennent les propos régulièrement tenus par les Créoles sur l'absence d'effort des patients noirs marrons pour mériter les soins qui leur sont accordés pendant leur hospitalisation. Elles décrivent souffrir quotidiennement de leur passivité, ayant à les relancer jusque dans leurs chambres d'hôpital pour leur demander de s'occuper d'engager des démarches pour avoir une couverture maladie qui permettra à l'hôpital d'être remboursé. Mais leurs discours ciblent *ceux du fleuve*, c'est à dire les Noirs Marrons qui viennent des villages en amont de Saint Laurent, ce qui leur permet implicitement de se distinguer d'eux, puisqu'elles mêmes vivent en ville, et simultanément, en reprenant les catégorisations des Créoles, de revaloriser leur propre statut.

L'agent de la PASS tient elle un discours très neutre, s'abstenant de critiquer les administrations mais aussi les usagers noirs marrons (soulignant leurs difficultés financières plutôt que leur défaut d'effort, pour expliquer leur absence de démarches administratives,

surtout s'ils sont étrangers et habitent sur le fleuve). Cette attitude peut s'expliquer par deux facteurs professionnels. D'abord, l'agent ne reçoit que les patients qui viennent lui amener leurs justificatifs, qui sont donc suffisamment motivés pour faire ces démarches. Ensuite, c'est en tant que noire marronne qu'elle a été placée à ce poste, dans un rôle de médiatrice entre d'un côté une administration gérée par des Métropolitains ou des Créoles et d'un autre des patients noirs marrons.

6.7.1.4 Les relations professionnelles

Les pratiques de ses partenaires professionnels telles qu'elles peuvent être perçues par un acteur peuvent influencer l'activité de celui-ci. Ainsi, on a dit que les professionnels métropolitains décrivent des pratiques restrictives chez leurs collègues créoles, leur faisant porter la responsabilité d'une large part des difficultés d'accès aux soins. Certains modifient ainsi leurs pratiques au regard de l'incompétence voire du racisme attribués à leurs partenaires créoles.

Un médecin explique noter volontiers ses consultations avec le numéro d'assuré social d'un parent ou d'un ami de son patient noir marron, quand celui-ci n'est pas assuré, car il considère que ce défaut d'affiliation est lié aux carences (par incompétence et racisme) de la CGSS, administration qualifiée de créole.

Une assistante sociale hospitalière préfère restreindre les possibilités des personnes qu'elle suit, plutôt que les accompagner dans des démarches d'ouverture de droit qui les exposeraient aux pratiques restrictives créoles. Elle déconseille en effet formellement aux Haïtiens de demander l'asile et aux Brésiliens séropositifs pour le VIH de demander un titre de séjour pour soins, car selon elle, ces demandes leur seront systématiquement refusées. Or elle estime qu'il leur faut mieux rester en situation irrégulière, « invisibles », en bénéficiant d'une AME, plutôt que jouir d'une situation régulière, le temps du traitement de leur demande d'asile (plus d'une année) ou de demande d'un titre pour séjour pour soins, puis connaître un sort pire encore que l'initial, sans avoir plus droit à aucune couverture maladie, puisque la CGSS refuse (abusivement) d'accorder une AME si l'intéressé s'est vu au préalable refuser un titre de séjour pour soins ou le statut de réfugié. On voit ici comment une interprétation locale restrictive des textes sur l'accès aux soins (la CGSS refuse l'AME aux étrangers qui se sont vus notifier un refus du droit au séjour) est reprise par une professionnelle pour orienter les individus sur leur démarche d'insertion en France (la demande d'asile, le titre de séjour).

La première de ces pratiques (celle du médecin) a un effet favorable pour les intéressés (ils n'ont pas à payer leur consultation alors qu'ils ne sont pas assurés), la seconde consiste en une

restriction supplémentaire (même si, de l'avis de la professionnelle en cause, c'est dans leur intérêt à plus long terme). Il s'agit dans tous les cas de traitements différentiels selon l'origine – donc des discriminations selon l'origine - fondés sur la représentation qu'a le professionnel des pratiques de ses partenaires.

Les positions à l'égard de « l'autre » peuvent également être influencées par les relations professionnelles vécues au quotidien par l'acteur.

C'est ce que suggère l'observation des pratiques des assistantes sociales métropolitaines de deux hôpitaux vis-à-vis des étrangers : ces pratiques apparaissent modulées par la qualité des relations entretenues entre équipe sociale et équipe soignante au sein de chacun de ces hôpitaux.

Les assistantes sociales du premier hôpital insistent sur l'importance des efforts d'intégration des étrangers lors de leur demande d'un titre de séjour pour soins ou de couverture maladie. Cette insistance sur l'importance « du social » dans la qualité d'un dossier fait écho à leur insistance sur « le social » dans leurs fonctions d'assistantes sociales, qu'elles cherchent à faire valoir auprès des soignants de l'hôpital. Elles expriment en effet une grande frustration quotidienne dans leurs relations avec les médecins de leur hôpital, qu'elles accusent d'indifférence au social ou pire de réduction du rôle des assistantes sociales au travail administratif d'ouverture de droits à une couverture maladie, les accaparant avec des tâches administratives qu'elles considèrent ne pas relever de leurs fonctions. Elles soulignent en revanche que la présentation des facteurs sociaux dans les dossiers est une tâche qui leur est spécifiquement impartie.

L'assistante sociale d'un service de l'autre hôpital, qui exerce dans un climat professionnel globalement plus serein (sa place est précisément définie au sein de son service et son action y est unanimement appréciée), déclare ne pas avoir à mettre en avant ces éléments dans un dossier de titre de séjour pour soin.

Cette différence de posture induit un discours et une pratique très différents quant au « mérite » de l'étranger en situation irrégulière en demande d'un droit (titre de séjour pour soin ou AME), et on revendra plus loin sur les dimensions potentiellement discriminatoires de ces pratiques : les éléments sociaux pris en compte par les assistantes sociales (et en particulier le jugement sur « les efforts d'intégration » de l'étranger) apparaissent ainsi moins liés aux procédures réglementaires d'ouverture de droits (puisque les textes relatifs à la régularisation pour soins ou à l'AME ne mentionnent pas ces éléments) qu'au contexte d'exercice professionnel.

6.7.1.5 L'ancienneté professionnelle

Enfin, l'ancienneté en poste peut également influencer les représentations à l'égard de « l'autre ». Les pratiques à l'égard des demandes de jugement déclaratif de naissance (JDN)[390] (cf. annexe) illustrent l'articulation des enjeux ethno-raciaux, professionnels et institutionnels au sein de l'appréhension de « l'autre » par les professionnels.

La confrontation des discours de ces professionnels permet de retrouver la typologie métropolitains / créoles décrite dans les chapitres précédents. Les premiers justifient la mesure dérogatoire que représentent les JDN au nom d'arguments historiques et culturels. Les seconds réclament plus de fermeté devant les demandes frauduleuses et s'irritent de l'aveuglement de l'Etat en la matière. Mais cette confrontation des discours permet aussi de complexifier cette typologie, en introduisant le jeu de deux facteurs qui modulent les positions métropolitaines, lesquelles accordent pourtant toutes une grande importance à la différence culturelle des requérants, notamment noirs marrons.

Il s'agit d'abord de l'ancienneté du séjour de ces professionnels métropolitains. Ceux qui sont récemment arrivés ne mettent pas en cause les déclarations des Noirs Marrons, chez lesquels ils perçoivent une altérité culturelle qui suffit à valider leurs dires, qui n'a pas à être questionnée. Les plus anciennement installés en Guyane témoignent au contraire de ce que l'intégration des Noirs Marrons au système socio-sanitaire français s'est accompagnée, avec la déstabilisation des instances d'autorité traditionnelles, de nombreux abus dont il faut se méfier. Dans un cas comme dans l'autre, cette perception de l'altérité culturelle se traduit par une critique du système socio-sanitaire national, dont on cherche à adapter les règles pour mieux en permettre l'accès (pour les professionnels nouveaux-venus) ou dont au contraire on regrette les dommages causés par l'application trop systématique (pour les plus anciens).

Il s'agit ensuite du type d'exercice de ces professionnels métropolitains. Une assistante sociale explique adhérer aux déclarations du patient plutôt qu'aux critères de la procédure elle-même car pour elle prime l'enjeu social plus général dans lequel s'insère la demande de JDN : elle choisit la logique « sanitaire » contre la logique « bureaucratique ». Les agents de la maison de justice qui gèrent ces demandes de JDN s'en tiennent, eux, strictement aux critères relatifs à cette procédure.

Au-delà de la typologie Créoles/Métropolitains qui permet de reprendre les catégorisations susdites de la délégitimation et de la différenciation, cette réflexion sur les JDN met ainsi en

[390] Les JDN permettent l'inscription à l'état civil de la naissance sur le territoire français, avec à la clé reconnaissance de la nationalité française (sous conditions d'âge et de résidence en France). Leur obtention améliore l'accès aux soins puisque la nationalité française facilite l'obtention d'une couverture maladie et protège de l'expulsion, et la présentation de documents d'identité (dont sont souvent dépourvus les requérants d'un JDN), quelle que soit la nationalité, est indispensable à l'obtention d'une couverture maladie.

évidence l'impact de deux types de facteurs qui façonnent l'appréhension différentialiste des Métropolitains : l'ancienneté du séjour et la fonction professionnelle, se traduisant par des pratiques concrètes dans le traitement des requérants d'une JDN.

Au total, les associations présentées précédemment (Créoles/délégitimation ; Métropolitains/différenciation) sont complexifiées par le contexte professionnel, que l'on peut appréhender au niveau des dispositifs dans lesquels s'inscrit l'activité de chaque acteur professionnel, de l'intérêt de l'institution au sein de laquelle il exerce, de la fonction qui y est la sienne, des relations qu'il entretient avec ses collègues et de son ancienneté en poste, ces différents éléments influençant les positionnements respectifs de l'intérêt communautaire et de la fonction professionnelle.

6.7.2 L'évaluation de la légitimité de « l'autre »

Pour terminer ce chapitre, arrêtons-nous plus longuement sur les positions des professionnels métropolitains à l'égard de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en demande d'une régularisation pour soins : quels sont les critères mobilisés pour évaluer la légitimité de cet « autre » et comment ces évaluations se traduisent-elles concrètement.

En dépit de positions communes sur des préalables « de base » concernant la légitimité de la présence étrangère en Guyane et celle de l'accès aux soins de façon générale, ces positions et les pratiques qu'elles sous-tendent varient en effet considérablement. Elles s'inscrivent en marge des situations balisées par le droit puisqu'elles sont prises au regard de critères peu ou mal définis réglementairement, voire elles s'affranchissent délibérément de la sphère juridique, quand ces critères réglementaires sont décrétés inadéquats au regard du contexte guyanais. Or les pratiques que justifie cette évaluation sont déterminantes pour l'accès aux soins de ces étrangers, dont le professionnel décidera ou non de soutenir la demande de titre de séjour pour soins.

6.7.2.1 Les « accords de base » dans les représentations

6.7.2.1.1 L'inadaptation des politiques migratoires nationales à la situation guyanaise

Les Métropolitains semblent, dans leur majorité, d'accord pour constater en matière d'immigration une nouvelle expression de l'inadaptation du système national au contexte guyanais, tant naturel (frontières fluviales donc incontrôlables) que social. Ils considèrent en effet que les critères du droit au séjour sont inadéquats et qu'il faudrait porter une plus grande attention à l'histoire locale des populations : on ne devrait pas interdire l'accès au territoire à des populations qui y ont toujours vécu, même si elles sont étrangères et en situation irrégulière d'un point de vue juridique.

De nombreux acteurs métropolitains considèrent que le contrôle de l'immigration irrégulière est moins sévère en Guyane qu'en métropole, caractérisé par: peu de contrôles et peu d'expulsions. Par exemple, le port d'un carnet de santé d'un enfant né en Guyane protègerait une femme en situation irrégulière de l'expulsion (ce que confirme les forces de l'ordre interrogées) Cette « tolérance particulière » des agents chargés de contrôler l'immigration irrégulière serait liée à des particularités locales tant physiques (il est impossible de contrôler des frontières fluviales, alors à quoi bon essayer) que populationnelles : les étrangers tels que la loi les définit ne seraient pas tous de « vrais » étrangers à la Guyane. La dénomination ethno-raciale, couramment mobilisée en Guyane, vient en effet bousculer l'ordre établi par les catégorisations juridiques.

- Les Amérindiens surinamiens, que les agents des forces de l'ordre créditeraient de plus « d'autochtonie » que les Noirs Marrons surinamiens, ne seraient jamais reconduits à la frontière, alors que les seconds le sont tous les jours ; de même, à qualité équivalente de leurs dossiers, ils verraient leurs demandes de régularisation plus souvent acceptées (Assoka et al., 1996) [391]
- Certains Métropolitains suggèrent en outre qu'on est noir marron avant d'être surinamien et s'interrogent : le Maroni représentant pour les Noirs Marrons une voie de circulation

[391] Dès les touts débuts de la colonisation, les Amérindiens ont bénéficié d'un régime de faveur par rapport aux Africains. S'ils définissaient Amérindiens comme esclaves africains avant tout par leur altérité radicale, raciale (« *la bestialisation, où les matières mêmes de leurs corps diffèrent foncièrement de celles du corps européen* » (Doriac, 1987), les colons et les missionnaires européens réservaient des traitements différents aux uns et aux autres : alors qu'ils étudiaient avec intérêt la culture des premiers, ils méprisaient celle des seconds, et s'il fallait prendre soin des « Nègres » car sinon ils mourraient, le mode de vie des Amérindiens était considéré plus sain que celui des colons. Surtout, bien que tous appréhendés avec un exotisme mêlé d'horreur, les Amérindiens étaient perçus comme des êtres doux et étaient déclarés citoyens à la fin du 18ème siècle, tandis que les Noirs l'étaient comme des êtres violents qu'il fallait réduire par la violence esclavagiste. (Doriac, 1987; Marchand-Thébault, 1987)

plus qu'une séparation entre deux Etats, comment peut-on décréter que les uns sont français et les autres surinamiens, puis exiger des uns et des autres qu'ils restent dans leurs « Etats » respectifs, alors que la population qu'ils forment est une et se répartit de part et d'autre du fleuve ? Rappelons qu'à l'époque de l'Inini (c'est-à-dire jusqu'en 1969), les populations de l'Intérieur vivaient selon leur droit coutumier, n'étaient pas fichées dans les registres de l'Etat civil et n'avaient pas besoin de justificatifs d'identité pour circuler entre le Surinam, la Guyane et le Brésil.

- Les discours des représentants des forces de l'ordre sont particulièrement éloquents. Selon un gendarme, la moitié de la population de Saint Laurent est étrangère. Les membres de familles qui vivent sur la rive d'en face, viennent leur rendre visite de temps à autre : *on va pas les en empêcher ! C'est comme si moi on m'empêchait d'aller visiter de la famille à Paris !* Un douanier explique que si on arrivait à bloquer la frontière, *on scinderait les familles en deux*. Un gendarme considère que les Créoles, qui *râlent beaucoup* et sont *racistes*, n'aimant pas plus les Métropolitains que les Noirs Marrons, ne sont pas de *vrais Guyanais* … lesquels sont *ceux qui se sont enfuis dans la forêt*, c'est à dire les Noirs Marrons.

Est ainsi reconfigurée une échelle des légitimités de la présence sur le territoire français, totalement émancipée des critères réglementaires nationaux.

Pour ce qui est de la régularisation des étrangers sur place, de nombreux Métropolitains insistent sur les difficultés d'obtention d'un titre de séjour, quand on a vu que les Créoles déplorent volontiers, au contraire, trop de facilité en la matière. Ainsi, les Métropolitains mettent en cause eux aussi l'Etat, mais pour lui reprocher de laisser les étrangers entrer sur le territoire pour ensuite les condamner à une vie de clandestinité. Si en effet les agents des forces de l'ordre sont qualifiés de « tolérants » à l'égard de la présence en Guyane des étrangers en situation irrégulière, la sous-préfecture, elle, s'en tiendrait à une application stricte voire restrictive de la réglementation, pour la délivrance des titres de séjour à ces mêmes étrangers[392]. Les professionnels de l'accès aux soins soulignent que les critères de l'Etat en matière d'évaluation des demandes de régularisation ne sont pas appropriés : censés évaluer l'ancienneté de résidence, ils s'avèrent en complet décalage avec la réalité de la vie des étrangers en Guyane, surtout si ces derniers y étaient installés bien avant la mise en œuvre de cette réglementation et l'arrivée des fonctionnaires chargés de l'appliquer.

[392] Ainsi, si les professionnels métropolitains que nous avons interrogés ont un avis différent de celui émanant de la littérature présentée en introduction sur le contrôle des frontières, les deux points de vue se rejoignent pour déplorer un accès restreint aux titres de séjour. On a dit que les Créoles que nous avons interrogés rejoignent les Métropolitains sur le premier point mais s'en éloignent sur le second, considérant que l'accès aux titres de séjour est également relativement facile.

Un exemple illustre cette extériorité des procédures et ses conséquences dramatiques (rapporté par une médiatrice, CR). Quelle est la pertinence, voire la légitimité de la réglementation nationale en matière de droit au séjour, élaborée ailleurs, mise en oeuvre par des acteurs nouveaux-venus en Guyane et appliquée à des populations dont l'essentiel de l'existence s'est déroulée sur place mais en-dehors de ce cadre réglementaire ?

Domini est né au Surinam mais a toujours vécu à la Forestière, un village situé sur le fleuve, côté français, entre Saint Laurent et Apatou. Il est aujourd'hui âgé de plus de 70 ans, sa femme est malade, ses fils et petit fils sont au chômage, ses filles et petites filles peinent à élever leurs sept ou huit enfants respectifs, et lui court *de petit job en petit job*, comme il l'a toujours fait ... et s'il tombait malade ? Il n'a aucun justificatif d'identité et par conséquent ni titre de séjour ni couverture maladie.

Depuis longtemps, CR le pressait d'engager des démarches à Paramaribo pour obtenir des documents d'identité. Et ce matin-là, il lui présente enfin, fièrement, un passeport fraîchement émis ... CR se renseigne à la sous préfecture de Saint Laurent pour voir s'il va lui être possible d'obtenir - pour la première fois de sa vie ! - une carte de séjour. Elle a bon espoir : Domini est connu de tous, à la Forestière, y compris des gendarmes. Au bureau des étrangers, elle est accueillie par une jeune femme qui lui demande où se trouve la Forestière, qui ne sait pas non plus où se trouve Apatou (premier bourg important sur le fleuve en amont de Saint Laurent) et lui signale que le dossier de demande de titre de séjour doit comporter le maximum de documents attestant de l'ancienneté de la présence en France. Or

- Domini n'a jamais eu de fiche de paye (il n'a fait que des « jobs » non déclarés) et les attestations orales ne sont pas acceptées.
- Son domicile n'est pas raccordé au réseau électrique ni téléphonique, il n'a donc pas de facture ; il habite sa propre case, donc n'a pas de quittances de loyer : *il est chez lui !* … donc aucun document ne prouve sa résidence.
- Une attestation du maire d'Apatou (qui le connaît bien) ne sera pas acceptée.
- Ses enfants ont des cartes de séjour et ses petits enfants sont français mais ça ne compte pas (seule la nationalité française de ses enfants aurait pu jouer).
- Ses enfants n'ont quasiment pas été scolarisés, et de toutes façons il n'y en aurait pas trace, c'était il y a trop longtemps.
- CR a un dernier espoir : qu'il ait été soigné au dispensaire d'Apatou, peut-être y aura-t-il une fiche ...

Il appartient à un monde qui n'existe plus ...

Les premiers « désaccords » entre Métropolitains surviennent quand, alors qu'est soulignée cette extériorité du système de contrôle de l'immigration et sont déclarés inadéquats ses

critères, il s'agit de prendre concrètement position sur la légitimité des divers groupes d'étrangers en Guyane : lesquels des étrangers sont « les plus » légitimes ? Sont-ce par exemple les Surinamiens noirs marrons, parce qu'ils ont toujours vécu de part et d'autre de la frontière, ou bien les Haïtiens, parce qu'ils représentent la communauté étrangère la plus anciennement immigrée en Guyane ??

6.7.2.1.2 La légitimité de l'accès aux soins de tous

Les professionnels de l'accès aux soins métropolitains insistent par ailleurs tous sur la légitimité de l'accès aux soins, dès lors qu'est avéré le besoin de soins, passant outre les conditions réglementaires de couverture maladie, de droit au séjour et de résidence en France.

Pour la couverture maladie, les assistantes sociales hospitalières interrogées inversent le raisonnement réglementaire : plutôt que de faire de la couverture maladie un moyen d'accès aux soins, ce sont les soins qui permettent d'obtenir une couverture maladie. Elles considèrent en effet que le besoin de soins est nécessaire à l'obtention d'une couverture maladie des étrangers en situation irrégulière (ce qui est une restriction au regard de la réglementation) et que le besoin de soins « urgents » permet d'accélérer l'instruction des demandes de couverture maladie (ce qui une façon de pallier les délais excessifs de la CGSS).

Pour le droit au séjour, le besoin de soins est censé réduire le risque d'expulsion : les agents des forces de l'ordre souvent n'expulsent pas les étrangers en situation irrégulière qui leur présentent un certificat médical attestant de ce qu'ils sont suivis pour maladie grave à l'hôpital ; ils accompagnent vers l'hôpital les femmes enceintes contrôlées sur une pirogue en cours de traversée du fleuve et en chemin pour une consultation médicale (parce qu'*on ne va pas faire des kilomètres à une femme enceinte,* explique un douanier), etc. Et de la même façon qu'elle contraint la CGSS à accorder une couverture maladie, l'urgence médicale contraint la sous préfecture à délivrer un laisser passer (qui permet de survoler des territoires non français) aux étrangers en situation irrégulière pour lesquels est nécessaire une évacuation sanitaire en Métropole (alors qu'elle refuse parfois ce laisser passer aux déboutées du droit d'asile convoqués à Paris pour un recours à la commission de recours des réfugiés). Le besoin de soins légitime aussi le droit au séjour dans le cadre de la régularisation par un titre de séjour pour soins. Certains Métropolitains regrettent d'ailleurs le contraste entre les difficultés d'obtention d'un titre de séjour par la grande majorité des sans papiers, exclus de quasi tout droit social, et la relative facilité avec laquelle certains en obtiennent un au titre de leur maladie. Ainsi, des

étrangers vivant clandestinement en Guyane depuis dix ans ne se voient proposés que des titres de séjour pour soin. Selon une assistante sociale, les Surinamiens qui ont reçu une prime de retour dans leur pays (après avoir été réfugiés en Guyane pendant la guerre du Surinam) et qui sont depuis fichés à la sous préfecture en tant que tels ne pourront jamais être régularisés … sauf par un titre de séjour pour soins.
Les Métropolitains pointent les risques de détournement de cette légitimité du soin (l'utiliser pour accéder à une reconnaissance des droits sociaux plutôt que pour se soigner), des rumeurs circulent sur quelques cas de contaminations volontaires au VIH en vue d'obtenir un titre de séjour (le sida, *c'est l'autoroute* : certes, il reste quelques obstacles mais si peu, par rapport au parcours suivi par le commun des étrangers sans papiers).

Enfin, pour la résidence en France, aucun des professionnels métropolitains interrogés ne condamne les venues pour soins d'étrangers malades qui se présentent dans une structure de soins française alors qu'ils n'ont pas d'argent pour payer leurs soins et qu'ils ne résident pas en France. Un douanier par exemple considère qu'une des raisons pour lesquelles le strict contrôle du fleuve ne serait pas tenable est qu'il *empêcherait les gens de se soigner* … et qualifie même de *corrects* les étrangers malades qui ne viennent en Guyane que le jour de leur rendez vous, s'abstenant de présence irrégulière le reste du temps ! ! Les soignants interrogés déclarent ne pas avoir de réticences à délivrer des soins à des étrangers venus en France se faire soigner. En revanche, certains soulèvent le cas des étrangers non seulement venus en France pour s'y faire soigner, mais qui continuent, une fois le traitement débuté, à résider à l'étranger, ce qu'ils condamnent car considèrent comporter des risques pour l'efficacité thérapeutique. Il y a donc déplacement du motif de rejet de l'étranger malade : on ne rejette pas celui qui est venu pour se faire soigner, mais celui qui, informé de l'importance des soins nécessaires, ne fait pas ce qu'il faut pour rester en France le temps des soins. Enfin, les cinq assistants sociaux de l'hôpital de Saint Laurent interrogés sur cette question affirment plus ou moins ouvertement aider les étrangers malades venus pour se faire soigner alors qu'ils n'habitent pas en France, à se faire ouvrir des droits à l'AME. Ils savent pourtant que l'absence de résidence en France exclut théoriquement de tout droit à une couverture maladie, voire souvent croient à tort qu'une ancienneté de trois mois de résidence est nécessaire à l'obtention de l'AME. Concrètement, ils proposent à l'étranger malade de demander à un membre de sa famille ou de sa communauté qui habite à Saint Laurent de lui faire un certificat d'hébergement de complaisance.

La plupart des professionnels métropolitains interrogés estiment ainsi que rendre possible l'accès à un soin optimal est un devoir auquel nul ne peut échapper, et ce dans l'intérêt du patient avant celui de leurs institutions respectives (ils s'efforcent par exemple de faire obtenir

une couverture maladie dans le but premier de permettre la continuité des soins après la sortie de l'hôpital et ensuite seulement afin d'assurer le remboursement de celui-ci) ou celui de la société (si les médecins recherchent une efficacité maximale de leurs traitements, c'est moins pour éviter la dissémination du VIH que pour servir l'intérêt du patient).

Au total, ils expriment la perception d'une légitimité élargie (par rapport aux critères nationaux réglementaires) de la présence des étrangers sur le territoire et de leur accès aux soins. Le système national est perçu comme inadapté au contexte local, incapable d'appréhender correctement la « différence » que présente la population étrangère en Guyane, du point de vue de son séjour et de son accès aux soins. Ce discours s'oppose donc à celui des Créoles qui perçoivent, eux, un défaut de légitimité du public étranger, défaut au nom duquel ils mettent en œuvre des pratiques restrictives (au regard des critères réglementaires nationaux) lors de leur accès aux soins. Voyons maintenant si les pratiques des Métropolitains s'inscrivent de façon cohérente à la suite de leurs catégorisations : vont-elles en effet dans un sens de facilitation de l'accès aux soins de ces étrangers ?

6.7.2.2 Des pratiques divergentes

Au-delà des « accords de base » présentés ci-dessus, des désaccords apparaissent nettement dans les pratiques quotidiennes de ces professionnels métropolitains, confrontés à un nombre considérable d'étrangers non expulsés mais en difficulté pour prétendre à des droits sociaux puisque non régularisés.

Ainsi, alors qu'ils parlent d'une seule voix sur ces préalables de base (légitimité de la présence et de l'accès aux soins des étrangers), les professionnels métropolitains ne soutiennent pas de façon unanime toutes les demandes de titres de séjour pour soins, ces titres qui permettent non seulement à un étranger de se voir reconnue la légalité de sa présence en France, mais en plus de lui assurer une qualité de soins bien meilleure que celle à laquelle il pourrait prétendre s'il restait en situation irrégulière. L'hétérogénéité des pratiques en la matière est une sorte de mise à l'épreuve des déclarations sur l'objectif premier de recherche du soin optimal[393].

[393] Certes, la légitimité de l'accès aux soins n'est pas directement concernée (même en cas de non régularisation, l'étranger peut toujours se faire soigner avec une AME), mais celle du soin « optimal » l'est bien (on est mieux

Des positions relatives à l'exercice professionnel de chacun s'avèrent prendre toute leur importance.

Ainsi en est-il de la définition du soin.

> Par exemple, le suivi d'une séropositivité au VIH, sans prescription d'antirétroviraux, correspond-il à une « prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui [le malade] des conséquences d'une exceptionnelle gravité » (selon les termes de la loi 11 mai 1998 dite loi Chevènement) ?

Entre en jeu également la vision que chaque professionnel a de sa fonction.

> Par exemple, les médecins se déclarant les plus réceptifs à toute demande de certificat pour une demande de titre de séjour pour soins sont, d'une part, les médecins libéraux qui déclarent ne pas connaître la procédure, mais se considèrent comme des *prestataires de service* (26) en la matière et d'autre part, un médecin militant qui par principe veut soutenir toute demande. Entre ces deux extrêmes se situent tous les autres médecins interrogés, qui s'investissent dans la procédure en pesant soigneusement les arguments dans chaque cas.

Enfin et surtout il est question de mérite, que le médecin, dès lors qu'il se situe entre les deux extrêmes précités, mais aussi l'assistante sociale qui va aider remplir le dossier, désirent évaluer avant d'apporteur leur concours à la démarche de l'étranger.

> Les médecins posent de nombreuses questions à cet égard. Un patient non observant ne cherche-t-il pas un titre de séjour plutôt que le soin lui-même ? Et si oui, peut-on lui reprocher cette priorité ? Est-ce que de toutes façons l'adhésion au traitement ne s'obtiendra-t-elle pas plus facilement une fois la situation matérielle améliorée grâce au titre de séjour ? La menace de non renouvellement du certificat médical au bout d'un an (le titre expirant au bout d'un an) ne constitue-t-elle pas un chantage à l'observance ? Peut-on soumettre les patients étrangers à cette forme d'injonction thérapeutique alors que l'observance est le plus souvent insuffisante chez des Français ? On a vu que le mérite, selon certains médecins, c'est aussi la décision prise par le patient de rester habiter en Guyane (au lieu de faire des allers-retours au pays d'origine), non pas qu'ils condamnent la venue pour soins en tant que telle, mais qu'ils estiment que cette décision de résider en France traduit le sérieux avec lequel le patient s'implique dans son traitement. Or comment apprécier la volonté de résidence de l'étranger ? Ce dernier peut en effet, surtout s'il est séropositif, avoir toutes les peines à se trouver un hébergement sur place même s'il le désire.
>
> Des éléments de la situation sociale de l'étranger malade peuvent être pris en compte par les médecins, tels que la précarité économique pour prédire un défaut d'accès aux soins en cas de retour au pays d'origine, et des attaches familiales en Guyane qui au contraire peuvent

---

soigné avec une CMU, des revenus (droit aux prestations sociales et à l'emploi) et l'assurance d'un séjour stable sur le territoire).

augurer d'une bonne observance en cas d'obtention du titre de séjour (grâce à un soutien familial local). Certaines assistantes sociales mobilisent également ces éléments sociaux, non pas pour prédire une plus ou moins bonne observance, mais pour attester de l'intégration de l'étranger, c'est-à-dire de son mérite. Elles insèrent ainsi dans les dossiers un certificat de scolarité des enfants ou une demande de prestations sociales, et ce d'autant plus que l'argument sanitaire leur parait « insuffisant », notamment pour les Brésiliens séropositifs pour le VIH (qui ont plus de difficultés que les autres étrangers à obtenir un titre de séjour pour soins car leur est opposé l'accès aux traitements dans leur pays d'origine) et des étrangers atteints d'une maladie moins notoirement grave que le VIH (comme le diabète) ou en voie de guérison. L'argument du mérite par l'intégration vient ainsi se substituer à la raison médicale, lorsque les assistantes sociales mettent en avant des éléments sociaux qu'elles jugent légitimes pour valider une demande de séjour.

Les positions diverses que les professionnels prennent face aux demandes d'un titre de séjour pour soins sont par ailleurs modelées par le contexte d'exercice.

Ce contexte est défini en particulier par la qualité des relations partenariales.

On a vu ci-dessus l'exemple des assistantes sociales à l'égard des éléments évocateurs d'intégration, auxquels elles attribuent une importance d'autant plus grande qu'elles ont besoin d'affermir leurs compétences propres vis-à-vis de l'équipe soignante.

Surtout, il l'est semble-t-il par les sources dont dispose le professionnel pour s'informer sur les étrangers.

Ainsi, les médecins expriment des avis divergents sur l'accès aux soins des étrangers séropositifs s'ils devaient rentrer dans leur pays d'origine. La plupart des étrangers séropositifs demandeurs d'une carte de séjour pour soins sont issus d'un nombre limité de pays (Haïti, Surinam, Brésil, Guyana). Parmi ces quatre pays, il est assez notoirement connu que c'est au Brésil que les antirétroviraux sont les plus accessibles, grâce à la production locale de génériques. Mais comment chaque Brésilien pourra-t-il profiter de cette « meilleure » accessibilité au niveau national ?

Selon Bourdier (2001 ; 2002 ; 2003), la distribution gratuite des anti-rétroviraux n'est pas homogène dans tout le pays (au détriment notamment des régions pauvres du Nord et du Nord Est, mitoyennes de la Guyane, et marquées par une progression de l'épidémie) et les traitements des maladies opportunistes ne bénéficient pas du même accès. Un professionnel hospitalier guyanais, créole d'origine brésilienne, décrit ainsi les files d'attente dans les centres de santé brésiliens où sont délivrés les antirétroviraux. Elles tournent autour des pâtés de maisons, s'étirant parfois sur une semaine, jour et nuit, donnant lieu à des trafics (certaines personnes non malades s'y plaçant pendant deux ou trois jours pour ensuite vendre leur place,

à un prix d'autant plus élevé que leur tour approche, à des malades trop fatigués pour supporter cette attente). En amont de ces files d'attente, il faut également prendre en compte les distances pour accéder aux centres de santé.

Or c'est évidemment pour les plus précaires des Brésiliens que l'accès y est le plus difficile, et si les malades brésiliens qui se trouvent en situation irrégulière en Guyane, tels que les orpailleurs, rentraient au Brésil, ils y intègreraient la couche la plus précaire de la population. Par conséquent, plusieurs médecins travaillant avec ce professionnel et informé par lui de ces difficultés, évaluent l'accessibilité des traitements selon les situations individuelles, *au cas par cas* (et non selon l'accessibilité réputée dans le pays d'origine). L'un d'eux propose par exemple de prendre en compte la situation économique qui serait celle de l'intéressé s'il retournait « chez lui » et celle de sa région d'origine, pour en déduire l'accessibilité du dispensaire où il serait suivi (en considérant qu'elle serait moindre dans les zones rurales).

Un autre médecin, exerçant dans une autre ville que les médecins dont on vient de présenter les positions, et dont l'un des patients brésiliens lui a raconté avoir pu se procurer des médicaments au Brésil après y avoir été expulsé, considère que les traitements médicamenteux sont suffisamment disponibles au Brésil. Il n'associe d'ailleurs pas la venue en France à la fuite d'une situation de grande précarité au Brésil, estimant que les conditions de vie des Brésiliens au Brésil ne peuvent pas être pires que celles qu'ils connaissent en tant qu'orpailleurs en Guyane. Ainsi, pour évaluer la capacité d'accéder aux soins une fois de retour au Brésil, il prend plutôt en compte le soutien familial. Quand un Brésilien se présente à lui, à moins qu'il ne déclare avoir fait sa vie en Guyane, avec femme et enfants, le médecin essaie toujours d'abord de le convaincre de rentrer chez lui, parce qu'il pense que, entouré par la famille qu'il retrouvera au Brésil, il y sera mieux pour suivre son traitement.

Au total, l'évaluation de l'accès aux soins au pays, selon les sources d'information variables dont disposent les médecins, repose sur des critères tout aussi variables : données générales au niveau d'un pays versus situations particulières, région d'origine et situation économique versus soutien familial. Elle se traduit concrètement au travers de positions opposées : la précarité des orpailleurs en Guyane tend à jouer en leur faveur dans un cas (ils seraient également précaires au Brésil) et en leur défaveur dans un autre (leur situation au Brésil ne pourrait qu'être meilleure).

Ce constat invite donc à articuler « souplement » ces différents critères entre eux (l'origine géographique, l'insertion familiale ou la situation économique) plutôt que de s'en tenir à l'un d'eux uniquement, avant d'en déduire une conduite à tenir. Sinon est pris le risque de favoriser les étrangers de telle origine à ceux de telle autre, de poser un seuil de « densité de réseau relationnel » et notamment familial à partir duquel on déclare une personne « insérée », ou un degré de pauvreté à partir duquel un candidat à la régularisation doit inspirer la compassion …

Toutes ces questions s'inscrivent dans le quotidien des professionnels. Les médecins s'interrogent sur le soin (un suivi sans traitement en est-il un ?), les critères prédictifs d'un moindre accès au traitement (l'absence de soutien familial ou la précarité économique ?) ou d'une meilleure observance (un antécédent de bonne observance, la régularisation du séjour ou la décision de s'installer en Guyane ?). Les assistantes sociales, quant à elles, cherchent à évaluer le mérite des patients qu'elles suivent. Or les réponses que donnent les professionnels à ces questions peuvent influencer très concrètement et très diversement l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, même s'ils s'y déclarent tous, *a priori*, favorables.

Remarquons enfin que cette hétérogénéité a elle-même des conséquences concrètes. Les interactions requérant-professionnel, caractérisées chacune par les attributs du requérant et la valeur que le professionnel donne à ces attributs, dessinent une mosaïque au sein de laquelle tout requérant potentiel doit trouver le chemin, la combinaison « attributs du requérant-valeurs qui leur sont données » qui sera la plus favorable à sa demande. Cette hétérogénéité donne ainsi lieu à des inégalités supplémentaires.

> Par exemple, un étranger se voyant refusé par son médecin hospitalier le certificat médical nécessaire à son renouvellement de titre de séjour pour soins peut venir consulter un médecin généraliste de ville et obtenir de lui le certificat en question. Les généralistes de ville déclarent en effet ne pas être sourcilleux lors de la rédaction du certificat et se conformer aux *desiderata* des étrangers, lesquels connaissent bien mieux qu'eux-mêmes la procédure à laquelle ils les font participer (surtout lors d'une demande d'un renouvellement).
>
> Mais les étrangers « non avertis » des positions des différents médecins peuvent également être aiguillés par un professionnel afin de trouver la « bonne configuration ». Ainsi, l'assistante sociale d'un hôpital dont les médecins ont des pratiques divergentes reconnaît qu'elle oriente les patients ne satisfaisant pas aux conditions requises par les uns vers le médecin aux critères les plus larges en la matière : *moi je leur dis « ouais, vous êtes suivi par ce médecin, mais si vous descendez d'un étage ... ».*

6.7.3 Synthèse

Ce dernier chapitre explore l'élaboration des catégories de l'altérité en complexifiant les profils ethno-raciaux et professionnels caractérisés jusqu'à présent (Créoles/administratifs/délégitimation ; Métropolitains/soignants/différenciation).

Le discours sur l'altérité et la pratique qu'il justifie paraissent en effet configurés par un emboîtement complexe d'enjeux identitaires et professionnels propres à chaque acteur. Les positions à l'égard de « l'autre », telles qu'elles sont communément exprimées par le groupe ethno-racial, peuvent ainsi être modulées par des éléments du contexte professionnel de l'acteur, extérieurs ou propres à son institution, ou encore en rapport avec sa situation personnelle (fonction, relations avec ses collègues, ancienneté en poste). Ces différents éléments influencent le poids relatif des enjeux communautaires et professionnels.

La question des titres de séjour pour soins telle qu'elle est appréhendée par les professionnels métropolitains permet de cerner plus précisément les éléments qui entrent en jeu dans l'évaluation de la légitimité de l'accès aux soins des étrangers.

Les Métropolitains interrogés semblent d'accord pour considérer que d'une part les lois françaises sur l'immigration sont inappropriées au contexte local, tant naturel (frontières fluviales) qu'humain (les étrangers au sens juridique du terme ne le sont pas toujours du point de vue historique et culturel) et que d'autre part rendre possible l'accès à un soin optimal est un devoir auquel nul ne peut échapper, indépendamment des conditions légales régissant cet accès aux soins. Mais en dépit de ces positions communes sur la légitimité de la présence étrangère en Guyane et celle de l'accès aux soins de façon générale, les pratiques de ces professionnels varient considérablement puisqu'ils ne soutiennent pas tous toutes les demandes de titres de séjour pour soins. Des positions relatives à l'exercice professionnel des uns et des autres (qu'est-ce que le soin, de l'avis d'un médecin, ou le mérite, de celui d'une assistante sociale) ainsi que les sources d'information dont ils disposent s'avèrent influer notablement leurs pratiques à l'égard des étrangers en demande d'un titre de séjour pour soins. Sont ainsi dessinées, au total, une série de traitements différentiels fondés sur l'origine, réalisées en marge des situations balisées par le droit et dont la diversité illustre à nouveau la difficulté à situer un consensus social à propos de l'accès aux soins des étrangers. Enfin, la diversité même de ces pratiques inégalitaires introduit encore de l'inégalité de traitement, puisque chaque usager pourra être traité différemment selon le professionnel auquel il s'adresse.

6.8 Conclusion

L'analyse de ce terrain guyanais a permis de retrouver les processus d'altérisation et les traitements discriminatoires qu'ils justifient identifiés à partir de notre terrain métropolitain.

La délégitimation trouve en Guyane un terrain de prédilection. Les visions pessimistes repérées en métropole et sur lesquelles s'ancre ce processus d'altérisation, sont ici des lieux communs - la « déferlante migratoire », les budgets publics largement déficitaires, le taux élevé de personnes dépendantes des minima sociaux[394] - avec en outre une insistance spécifique sur la situation sanitaire, et en premier lieu « la flambée » de l'épidémie de sida, suspecte d'être importée par les étrangers. Nous avons analysé ces représentations telles qu'elles sont exprimées par des professionnels créoles. Elles mettent en avant l'idéologie du progrès (quand elles visent les minorités de l'Intérieur considérés insuffisamment assimilées) et la logique du mérite (à propos des étrangers suspects de frauder). Les Créoles se présentent eux-mêmes comme des victimes, contraints par une législation sociale nationale jugée inadaptée car trop généreuse d'œuvrer à l'intégration de ces nouveaux venus (anciennes « tribus » et nouveaux migrants) qui fragilisent « leur » système socio-sanitaire. Nous avons interprété cette posture dans le cadre de la menace de renversement des rapports de forces (démographiques, économiques et sociales) qui leur étaient jusqu'à présent favorables.
Ces catégorisations justifient chez certains professionnels créoles de pratiques restrictives lors de l'accès aux droits à une couverture maladie qui reposent comme on l'a vu en métropole mais de façon plus manifeste sur des catégorisations issues des principes relatifs à la répression de l'immigration plutôt qu'à l'accès aux soins. Leurs conséquences sinon leur objectif est de freiner l'accès des étrangers au système de soins - via l'ouverture de droits à une couverture maladie - et leur installation qui s'ensuit sur le territoire, instrumentalisant le sanitaire à des fins de contrôle migratoire.

La différentiation se trouve elle favorisée en Guyane par la désignation quotidienne des individus selon leur groupe d'appartenance ethno-raciale et les difficultés d'implantation locale du système national de santé. Nous l'avons identifiée, même si là non plus nous

[394] Rappelons par exemple que les allocataires du RMI représentent près d'une personne sur sept entre 20 et 59 ans et que près de la moitié d'entre eux sont étrangers. (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2006)
.

n'entendons pas qu'il y ait association exclusive, chez des professionnels métropolitains. Ces derniers semblent d'autant plus enclins à qualifier de différents leurs publics qu'ils se perçoivent eux-mêmes comme des étrangers au département. Ils insistent notamment sur la « différence culturelle » qui caractériserait les minorités de l'Intérieur et les étrangers et à laquelle le système socio-sanitaire national serait inadapté.
Ces professionnels métropolitains déduisent de ces différences la nécessité de pratiques spécifiques à l'égard des publics ainsi repérés. Certains tentent d'adapter les règles du système socio-sanitaire à l'altérité culturelle qu'ils perçoivent chez leur public, de façon à leur en faciliter l'accès. D'autres instrumentalisent plutôt certains « traits culturels » au sein de dispositifs d'accès aux soins. Les risques dans tous ces cas sont la réification de la différence perçue, avec occultation des facteurs autres que culturels susceptibles d'influer sur l'accès aux soins (données socio-économiques et carences de l'offre socio-sanitaire), coercition (forcer l'accès aux soins) ou au contraire limitation de l'accès.

Des discriminations systémiques sont également identifiables en Guyane, dérivant de la ségrégation dans l'habitat (Créoles sur le littoral, minorités dans l'Intérieur où l'inadaptation de l'offre de soins nationale est la plus patente) et des disparités socio-économiques (la partie la plus précaire de la population, plus vulnérable aux dysfonctionnements institutionnels, est constituée par les minorités de l'Intérieur et les étrangers). La surreprésentation des Créoles dans les postes administratifs (et para-médicaux, dans une moindre mesure) permet de faire l'hypothèse que des représentations délégitimantes viennent accentuer ces effets de système, dans la production des traitements discriminatoires dont pâtissent préférentiellement minorités et étrangers.

Cette analyse articulée autour des deux processus étudiés en première partie, la délégitimation et la différenciation, permet ainsi d'opposer deux groupes d'acteurs, repérés par leurs appartenances ethno-raciales respectives, les Créoles et les Métropolitains. Nous avons analysé leurs perceptions de « l'autre » et les pratiques discriminatoires qu'elles justifient à la lumière de leurs places dans la société guyanaise. Les premiers, soumis depuis plus de deux siècles à un processus d'assimilation, reprochent à « l'autre » son défaut d'assimilation et la menace que son intrusion fait peser sur leur statut de dominants. Les seconds affirment une conscience aigue de leur propre extériorité, qui va de pair avec la différence perçue chez « l'autre ». Leurs rapports respectifs à l'égard de l'Etat sont cohérents avec ces représentations. Les premiers lui reprochent de laisser faire l'invasion départementale par des

« autres », qu'ils soient guyanais ou non. Les seconds regrettent qu'il ne prenne pas suffisamment en compte les spécificités culturelles locales. Ces représentations sont également cohérentes avec l'appréciation faite des politiques migratoires, jugées insuffisamment répressives pour les uns, trop pour les autres, amenant à justifier des pratiques parfois radicalement opposées. Par exemple, sur la question des « touristes pour soins », les Créoles mettent en œuvre des contrôles supplémentaires pour les repérer et faire obstacle à leur accès aux soins tandis que les Métropolitains les tolèrent au nom du respect de leur différence culturelle et de leur « autochtonie », voire les encouragent. Au total, l'utilisation des variables d'origine s'avère indispensable à la compréhension des enjeux sous-tendant des processus discriminatoires selon l'origine en Guyane. Mais à l'intérêt de l'usage de ces variables on doit aussitôt opposer une première limite : les enjeux identitaires ainsi identifiés ne prennent sens que dans le contexte guyanais étudié et leur transposition dans un autre contexte leur ferait perdre leur signification. La seconde limite est que les processus à l'œuvre dans les discriminations dans l'accès aux soins ne peuvent être réduits à des mécanismes linéaires et homogènes selon les catégories de l'origine. Cette première typologie (Créoles/délégitimants ; Métropolitains/différencialistes) doit en effet être complexifiée selon les configurations professionnelles propres à chaque acteur, modelant son appréhension « de l'autre » et les pratiques discriminatoires qu'elle peut justifier. Un dernier chapitre a ainsi focalisé l'attention sur les contextes professionnels précis, autorisant l'identification de divergences au sein des mêmes communautés ethno-raciales.

Les pratiques discriminatoires envisagés dans cette partie ont un impact considérable puisqu'il n'existe pas ou quasiment pas en Guyane de voies alternatives à la CGSS (pour l'accès aux droits), à l'hôpital ou à la médecine libérale (pour l'accès aux soins). En métropole en effet, quand le droit commun (en terme droits sociaux ou de soins) est inaccessible, en raison éventuellement de pratiques discriminatoires, « l'autre », qu'il soit le précaire et/ou l'étranger, peut se tourner vers les marges du système que sont les « consultations précarité » associatives ou hospitalières. Ces dispositifs, certes non présents sur tout le territoire et au fonctionnement quotidien fréquemment saturé, peuvent permettre de pallier les carences du droit commun, surtout pour l'accès aux droits et l'initiation des soins. Or ils n'existent quasiment pas en Guyane sous forme associative et les PASS des hôpitaux sont rares et peu accessibles (car ouvertes uniquement aux personnes hospitalisées).
De la même façon, certaines pratiques restrictives à l'accès à une couverture maladie à l'égard des étrangers en situation irrégulière ayant cours quotidiennement en Guyane en 2002,

l'étaient également mais ponctuellement (car de façon variable selon les CPAM) en métropole (par exemple, demande abusive d'une ancienneté de résidence en France de trois mois ou de justificatifs papiers au lieu de déclarations sur l'honneur)[395]. Or les usagers résidant en Guyane ne peuvent se rendre dans un département voisin pour échapper aux pratiques restrictives exercées par la CGSS de leur département de résidence. En outre, la centralisation du dispositif CGSS accentue l'uniformisation des pratiques professionnelles (plusieurs des exemples relatifs à des pratiques restrictives de la CGSS relèvent de décisions d'une même responsable ; son influence est considérable tant auprès des agents CGSS que des professionnels extérieurs à la CGSS, qui l'appellent sur sa ligne directe en cas de dossier compliqué ou urgent ou de demande d'information sur les textes relatifs à la CMU ou l'AME).

On retrouve cependant le « garde-fou » identifié en métropole, à savoir l'accès aux soins en cas de maladie grave. Ainsi, si pour un certain nombre d'acteurs, surtout créoles, l'immigration représente un danger pour la santé publique, celle-ci jouant le rôle d'alibi pour renforcer le contrôle migratoire, aucun d'entre eux ne remet explicitement en cause le principe de l'accès aux soins en cas de maladie grave. Cette légitimité du soin peut même permettre de passer outre des restrictions initiales de l'accès aux soins. Par exemple, après avoir abusivement refusé d'accorder une AME en raison d'une résidence de moins de trois mois, la CGSS acceptera ce même dossier en cas de « maladie grave ». Mais cette « exceptionnelle légitimité » du soin urgent se fait au détriment du soin « ordinaire », en en entérinant le traitement restrictif. Les assistantes sociales hospitalières interrogées (qu'elles soient créoles ou métropolitaines) n'acceptent par exemple plus de constituer des dossiers de demande d'AME que si des soins « urgents » sont prévus.

[395] avant d'ailleurs d'être généralisées au niveau national quelques mois plus tard lorsque la réforme de l'AME de 2003 les a « légalisées ». Ce terrain guyanais, que l'on a présenté comme une illustration « exacerbée » des processus observés en métropole, peut l'être aussi comme un « précurseur », dans l'évolution législative que l'on a décrite.

7 Conclusion

Nous référant à la définition juridique de la *discrimination*, nous avons cherché à identifier des traitements différentiels, défavorables et illégitimes, qu'ils s'objectivent à un niveau individuel (discrimination directe) ou collectif (discrimination indirecte). Le juriste apprécie cette illégitimité au regard de la loi (illégalité). Le sociologue doit, lui, tenir compte plutôt de normes sociales (ce qui est acceptable socialement) que notre travail s'est efforcé de repérer.

Nous nous sommes appuyée sur l'approche sociologique de la discrimination, quand elle a *l'origine* pour critère, pour poser les axes principaux de notre méthodologie. Selon cette approche, ce que le droit qualifie de discrimination directe s'inscrit dans une interaction entre deux individus au cours de laquelle le premier, en situation de domination, perçoit chez le deuxième une différence radicale et justifie au nom de cette dernière qu'un traitement différentiel lui soit appliqué. La discrimination indirecte relève elle de logiques structurelles qui conduisent des traitements apparemment neutres au regard de l'origine à affecter préférentiellement certains groupes caractérisables par leur origine commune, du moins telle qu'elle est socialement perçue. Nous nous sommes donc attachée à repérer d'une part des discriminations directes, traitements défavorables justifiés par la perception d'une altérité, et d'autre part des discriminations indirectes résultant d'effets de système.

Le champ de la santé publique nous a permis de caractériser le troisième élément de notre objet d'étude : la discrimination selon l'origine, quand elle s'exerce dans le domaine de *l'accès aux soins*, génère des inégalités sociales entre des groupes caractérisés par leur origine. Elle peut ainsi être rapprochée des autres processus producteurs d'inégalités sociales dans l'accès aux soins entre des groupes caractérisés selon diverses variables, socio-économiques ou de sexe par exemple.

L'origine est cependant une variable moins aisément repérable que d'autres et cette difficulté à nommer l'origine a fait l'objet du quatrième angle d'approche de notre objet d'étude. La nationalité et le lieu de naissance, catégories de l'origine les plus couramment utilisées en France, ne correspondent en effet pas nécessairement aux catégories opératoires dans l'acte perceptif dont procède la discrimination.

Nous avons donc réalisé une série d'entretiens auprès de professionnels de l'accès aux soins, complétés par quelques observations sur leurs lieux d'exercice, afin de repérer d'une part les catégories de l'altérité perçue par ces professionnels et d'autre part les traitements différentiels qu'ils justifient en leur nom.
Revenons brièvement sur nos principaux résultats, dont la présentation s'est déclinée en trois parties.

L'étranger, au sens de non national, est la catégorie de l'altérité la plus fréquemment mobilisée dans les discours que nous avons recueillis. Cet étranger est d'autant plus perçu comme un « autre » qu'il est précaire. Dans la première de nos trois parties, nous nous sommes donc intéressée à la place faite à « l'autre », *étranger et/ou précaire*, dans les politiques de l'accès aux soins.
Il est apparu que la ligne de partage entre assistance et assurance s'est progressivement superposée à celle qui sépare les étrangers en situation irrégulière des autres résidents. Ainsi, la précarité qui fait de l'étranger « un autre » au sein des politiques d'accès aux soins est à la fois économique (c'est le bénéfice de l'aide sociale) et administrative (c'est l'irrégularité au regard du séjour).

Nous avons ensuite présenté une *typologie des processus discriminatoires* élaborée à partir de l'analyse d'un terrain réalisé en métropole. Deux modes de caractérisation de « l'autre » justifiant le cas échéant des traitements discriminatoires ont été distingués.
Le premier procède par délégitimation, c'est-à-dire que l'altérité est caractérisée avant tout comme un défaut de légitimité. Les politiques d'immigration menées en France depuis une trentaine d'années, en insistant sur la répression des étrangers irrégulière, favorisent une suspicion généralisée de fraude à l'encontre de tout étranger. Ces représentations délégitimantes peuvent être exprimées par les professionnels de l'accès aux soins, elles sont alors confortées et matérialisées dans des lois et des dispositifs qui restreignent l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière. Mais si elles portent explicitement sur ces derniers, à la fois « hors la loi » de la société nationale (en tant qu'irréguliers au regard de leur séjour) et « assistés » du système socio-sanitaire (en tant que bénéficiaires de l'aide sociale), elles débordent cette catégorie juridico-administrative pour contaminer une figure cette fois sociale, celle de l'étranger. C'est dans cet écart entre les catégories prescrites par la loi et celles opératoires dans les relations sociales que s'apprécie le caractère discriminatoire des pratiques restrictives justifiées au nom de ces représentations.

Le second mode de caractérisation de l'autre relève de la différenciation. La perception d'une différence, sans être nécessairement associée à un défaut de légitimité, justifie d'une orientation préférentielle vers un service dérogatoire au détriment du service proposé au « tout venant ». Ce type de caractérisation et de traitement qu'elle justifie illustre l'ambiguïté de l'appréhension de la différence « à la républicaine » qui ne peut se faire qu'en dehors du droit commun.

Des discriminations indirectes ont également été repérées, engendrées par des dysfonctionnements institutionnels affectant préférentiellement les étrangers en situation de précarité.

Enfin, ces différents processus s'associent les uns aux autres : représentations de délégitimation et de différenciation ne sont pas « étanches » l'une à l'autre, elles sont susceptibles de se croiser dans un même discours et de renforcer en outre des effets de système.

Cette typologie a permis d'opposer des catégories d'acteurs professionnels, selon leurs fonctions (administratifs / soignants / sociaux) et leurs secteurs d'exercice (associatif / institutionnel / libéral) et dans une moindre mesure leurs régions d'exercice (caractérisées par la population d'étrangers). Une troisième et dernière partie a permis d'affiner cette *contextualisation des enjeux* à l'œuvre dans le processus discriminatoire en appliquant cette typologie à l'analyse d'un terrain resserré aux deux villes d'un même département, la Guyane française. Les caractéristiques locales y offrent un large espace d'expression aux arguments susceptibles d'étayer des représentations et des pratiques discriminatoires : bénéficiaires de l'aide sociale et étrangers y sont, proportionnellement à la population départementale, bien plus nombreux qu'ailleurs en France et la perception d'une importante « hétérogénéité culturelle » au sein de la population est relayée par des dénomination ethno-raciales communément mobilisées. En outre, les difficultés d'adaptation du système de soins national au contexte guyanais génèrent des inégalités géographiques et économiques dans l'accès aux soins qui, conjuguées à la stratification etnno-raciale de la population résidant en Guyane, se traduisent par des discriminations indirectes selon l'origine.

Les pratiques discriminatoires s'y déploient ainsi sur un « contexte » qui leur est propice. Ce dernier a pu être saisi à un niveau macro-social (géographique, démographique, politique, etc.) mais aussi micro-social (via l'inscription dans des enjeux professionnels et institutionnels précisément repérés), ce qui a permis de nuancer et de complexifier le rôle des

variables de l'origine et professionnelles dans la production de discriminations dans l'accès aux soins.

Enfin, cette étude en terrain d'outre-mer permet de tester l'intérêt de l'usage de catégories de l'origine autres que la nationalité et le pays de naissance. Si en effet la plupart des chercheurs en France s'accordent pour constater l'inadéquation de ces catégories pour l'étude des discriminations, leurs avis divergent quant à la nécessité d'en élaborer d'autres pour appréhender le phénomène discriminatoire. L'analyse de ce terrain guyanais montre l'utilité pour le chercheur de se saisir des catégories de l'origine telles qu'elles sont mobilisées par les acteurs sociaux, si cependant elles sont croisées avec un ensemble de variables professionnelles, géographiques et socio-économiques et précisément situées au regard des enjeux identitaires locaux. L'usage de ces catégories permet alors de mieux comprendre la mécanique du phénomène discriminatoire (au croisement de logiques identitaires et structurelles) et d'en repérer ses effets (par caractérisation des groupes victimes).

A l'issue de ce travail, des recommandations peuvent être émises pour prévenir les pratiques discriminatoires selon l'origine dans l'accès aux soins[396].

On a dit que les représentations *délégitimantes* à l'égard des étrangers s'inscrivent dans un contexte de politiques publiques qui présentent l'arrivée d'étrangers sur le territoire national comme un « problème » pour la société nationale[397]. Du point de vue des politiques d'accès aux soins, on a décrit la restriction, ces dernières années, de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et leur isolement au sein d'une couverture maladie spécifique, au motif que les étrangers viennent abusivement profiter du système de soins national. Promouvoir au contraire une solidarité à l'égard de tous les résidents, affranchie des critères du droit au séjour en intégrant les étrangers en situation irrégulière au sein des dispositifs prévus pour le reste de la population résidant en France, grâce à l'instauration

[396] Notons que des recommandations concernant la lutte contre les discriminations selon l'origine dans l'état de santé - et non pas dans l'accès aux soins - insisteraient moins sur les actions à mener auprès des professionnels et des dispositifs de soins que sur celles à engager pour lutter contre les processus discriminatoires qui engendrent, en amont du système sanitaire, des inégalités économiques et sociales (dans l'accès à l'éducation, l'emploi, le logement, etc.).

[397] Fassin et al. concluaient ainsi en 1997 qu'une politique de réouverture des frontières (« pour une politique de l'hospitalité ») pourrait permettre à l'inverse de restaurer les conditions d'un rapport à l'autre à même de contrer la vague de xénophobie.

d'une couverture maladie véritablement universelle, ne pourrait qu'avoir un impact favorable tant sur les représentations (s'opposant à la stigmatisation des « exclus ») que sur les pratiques (mettant un terme au « tri » complexe entre les étrangers relevant de l'AME et ceux relevant de la CMU) des professionnels.

Au-delà des représentations, il faudrait aussi lutter contre les pratiques concrètes justifiées par les représentations délégitimantes et qui vont dans le sens d'une restriction des droits pourtant prévus par la loi.

D'abord, le rappel de leurs obligations légales aux professionnels semble indispensable : notamment les droits et les procédures relatifs à la couverture maladie et au titre pour soins et l'obligation de soigner, même en l'absence de prise en charge sociale (dans les hôpitaux) ou de couverture par la CMU ou l'AME (en libéral) … ce qui ne dispense pas de faire accéder aux droits à une couverture maladie pour optimiser la prise en charge sanitaire car les soins « de dépannage » ne suffisent pas.

Cette lutte bénéficierait ensuite d'un supplément de transparence dans les pratiques. Par exemple, la remise d'un récépissé d'enregistrement des dossiers aux personnes déposant une demande de couverture maladie ou de titre de séjour pour soins devrait être systématique, elle préviendrait les refus non motivés, les disparités de délais de traitement et les « pertes » de dossiers. De la même façon, la diffusion publique des instructions techniques remises aux personnels des CPAM et de la CNAM s'opposerait à l'arbitraire qui peut présider au traitement des dossiers d'étrangers.

Enfin, deux points préconisés dans la prévention des discriminations à l'embauche peuvent être discutés ici. Le premier concerne la suppression des outils susceptibles de véhiculer des préjugés, comme la nationalité étrangère ou le nom, avec des *curriculum vitae* anonymisés et plus généralement la professionnalisation des procédures afin qu'elles ne tiennent plus compte que des critères objectifs en rapport précisément avec le profil de poste. Il parait difficile de l'appliquer pour des dossiers de demande de couverture maladie et encore plus dans les services de soins. C'est pourtant le cas parfois. On a donné l'exemple, dans nos développements, d'un responsable CPAM qui tait aux membres des commissions attribuant des prestations extra-légales tous les éléments susceptibles d'être « porteurs d'extranéité » (nationalité, nom et prénom, statut de demandeur d'asile, de bénéficiaire de l'aide médicale) dans les dossiers qu'il leur soumet. Cette recherche des solutions là où elles sont concrètement possibles implique la sensibilisation des professionnels, on reviendra sur l'importance de celle-ci. Le deuxième point recommandé dans le domaine de l'emploi devrait en revanche rester une mesure exceptionnelle dans celui de l'accès aux soins. C'est l'accompagnement du

demandeur d'emploi par des réseaux de parrainage. Si certains membres d'associations sont parfois contraints d'accompagner le requérant d'une couverture maladie au guichet de la Sécurité sociale et si cet accompagnement est généralement efficace (sur la qualité des informations données au requérant et sur le respect de ses droits), il est inenvisageable de généraliser (manque d'effectif des associations) ce qui ne doit être considéré que comme un dernier recours.

Le défi de la prévention des représentations *différencialistes* et de leurs pratiques discriminatoires est celui-ci : il faut éviter que la perception d'une différence ne prive de l'accès au droit commun (en orientant vers le dérogatoire, en créant des dispositifs spécialisés), tout en tenant compte de cette différence et des freins qu'elle peut constituer pour l'accès au droit commun, surtout quand elle recoupe les problèmes liés à la précarité socio-économique (prévention des discriminations *indirectes*). Il s'agit donc de faciliter l'accès à l'universel sans que l'adaptation aux spécificités ne donne lieu à une approche particularisante. La voie doit ainsi être tracée entre deux séries d'écueils, les « politiques de la différence » (par surestimation des spécificités, notamment culturelles, et délégation vers les filières particulières) d'une part, les « politiques de l'indifférence » (par occultation des inégalités d'accès à l'universel) d'autre part. (Fassin, 2001)
Proposer des « approches spécifiques » mais « des solutions communes », pour rendre accessibles à tous les structures sanitaires de droit commun. (Roy, 1986) implique donc d'à la fois prendre en compte la diversité des usagers du système de soins et faciliter l'accès aux structures de soins de droit commun, quelle que soit l'origine des patients.

Le premier point consiste par exemple à mettre en place des dispositifs d'interprétariat (mise en réseau des compétences du personnel sur place ou recours à un service professionnel joignable téléphoniquement par exemple), traduire des brochures d'information dans diverses langues, développer des pôles ressources sur l'accès aux soins des étrangers (structures associatives mais aussi interlocuteurs locaux privilégiés dans les DDASS, CPAM, CAF, préfectures, l'ANAEM), former des professionnels à l'interculturalité (en croisant les données culturelles avec les données socio-économiques et en insistant sur les « ressemblances » autant que sur les « différences culturelles »), créer des postes de médiateurs culturels, etc. Cet aspect, indispensable, a ses limites. C'est en particulier, comme on l'a dit plus haut, le risque que la prise en compte se mue en une spécialisation sujette à l'enfermement et à la stigmatisation (on a parlé de la « bipolarisation » des discriminations). Une association délivrant des informations par téléphone sur le VIH/SIDA, Sida info service, a par exemple

mis en place des lignes en langue étrangère qui n'ont pas remporté le succès escompté auprès de leurs utilisateurs potentiels, par inadéquation des services proposés aux besoins ressentis.

Il faut donc tenir également compte du deuxième point sus-mentionné, à savoir la facilitation de l'accès aux structures de soins de droit commun quelle que soit l'origine des patients. C'est notamment ce qui est mis en place pour faciliter l'accès aux soins des plus précaires (on a dit que les personnes d'origine étrangère sont non seulement surreprésentées parmi la partie la plus précaire de la population résidant en France, mais qu'en plus le facteur précarité agit en synergie avec le facteur origine pour produire des discriminations, notamment indirectes). On peut citer par exemple le développement des liens entre les structures médico-sociales pour éviter la multiplication de démarches inutiles, la multiplication des postes d'assistantes sociales, la mise en place d'équipes de soins pluridisciplinaires (pour faire prendre conscience à l'ensemble des professionnels (assistante sociale, infirmière, psychologue, médecin, etc.) des difficultés repérées par chacun d'entre eux), la prise en charge des dossiers de créances irrécouvrables dans les hôpitaux (étude des possibilités d'ouverture de droit, création d'un fond spécial de compensation), etc. Il s'agit bien, dans tous ces exemples, de faciliter l'accès de tous aux dispositifs prévus pour tous. Les dispositifs prévus spécifiquement pour les usagers les plus précaires portent cependant toujours le risque décrit ci-dessus à propos des dispositifs destinés aux personnes d'origine étrangère d'évoluer en dispositifs spécifiques. C'est par exemple le risque de ségrégation au sein de lieux de soins « spécifiques » tels que les consultations précarité (associatives et PASS), surtout si la mise en place de ces dernières « dédouane » les professionnels extérieurs d'œuvrer à l'insertion dans le droit commun des populations concernées.

On a dit que les programmes de lutte contre l'infection au VIH, après une longue occultation des inégalités affectant les étrangers dans leur exposition au virus et la prise en charge de leur maladie, développent aujourd'hui des actions qui leur sont plus spécifiquement destinées. La « stratégie à double niveau » du programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004-2006 présente ainsi l'ambition de repérer les particularités des étrangers et des personnes d'origine étrangère sans les y enfermer. Elle cible d'une part des canaux et des acteurs spécifiques censés permettre d'atteindre certains groupes de personnes pour répondre à des besoins spécifiques (« agir en direction des migrants en tant que groupes spécifiques »). D'autre part, elle s'attache à sensibiliser tous les services de droit commun, c'est-à-dire l'ensemble des structures et pas seulement celles qui sont spécifiquement dévolues à l'accueil des populations migrantes, pour qu'y soient proposés

des conseils préventifs, des actes de dépistage, de soins et de prise en charge adaptés à leur situation (« agir en direction des migrants en tant que composante de la société française »).

L'expérience des pays anglo saxons dans la gestion des « différences » est également riche d'enseignement. On a dit qu'y sont utilisées, dans le cadre de recherches et d'actions en santé publique, outre la nationalité et le pays de naissance, des variables ethno-raciales qui font sens dans le processus discriminatoire. Certaines de ces actions sont applicables en France malgré la rareté de telles variables (interprétariat, formation interculturelle des professionnels, création de postes de femmes-relais, etc.). D'autres ne le sont pas, comme par exemple la représentation équilibrée des différentes minorités ethniques au sein du personnel de santé (sinon sous représentées aux postes et dans les services les plus prestigieux), destinée à améliorer la confiance des patients issus de ces minorités envers le système de soins[398]. En France, non seulement est-il impossible d'évaluer précisément cette répartition ethnique pour prétendre l'équilibrer, par absence de variables adéquates,[399] mais en plus peut-on suggérer que l'inégalité de statut dont sont victimes les médecins étrangers non ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et/ou à diplôme extra-communautaire exerçant dans les hôpitaux français ne contribue pas, bien au contraire, à faciliter les relations des malades d'origine extra-communautaire avec les médecins communautaires et vice versa. La régularisation de leurs conditions de travail pourrait semble-t-il au contraire favoriser ces relations.

On a pu remarquer, dans la présentation de nos résultats, combien les différents types de processus discriminatoires sont susceptibles de se recouper. Or les mêmes croisements sont à l'œuvre dans les stratégies de prévention des discriminations. Ainsi, la prise en compte de la différence « perçue ou réelle » chez certains groupes d'usagers du système de soins sera

[398] Ainsi peuvent être proposés des dispositifs de discriminations positives à l'admission des étudiants issus des minorités dans les universités de médecine aux Etats-Unis (Saha et al, 2000) et des campagnes de recrutement des élèves infirmiers des groupes ethniques minoritaires en Grande-Bretagne (Lassale, 1997).

[399] Même si le type d'action en découlant commence à être envisagé dans d'autres domaines. Cf. le projet Aequalis mené par l'Institut de Développement Social dont un des objectifs est de favoriser l'insertion dans les professions sociales de personnes d'origine étrangère ou ethniquement discriminée (actuellement sous représentées).

d'autant moins discriminatoire que ces mêmes groupes ne feront pas l'objet de représentations délégitimantes.

Massé (1995) donne l'exemple du Québec où selon lui, c'est, parce que l'immigration est désirée et perçue comme une ressource économique, démographique et politique, qu'il apparaît « normal » que la société se dote des services socio-sanitaires adéquats aux immigrés, culturellement adaptés, soit en sensibilisant les professionnels déjà en place à l'interculturalité, soit en mettant au point des services ethnicisés (offerts et gérés par des membres de chacun des groupes ethno-culturels).

On peut enfin espérer que la lutte générale contre les discriminations quels qu'en soient le critère et le domaine d'application, engagée par les pouvoirs publics depuis la fin des années 90 - avec l'évolution de leur traitement juridique et la mise en place de dispositifs destinés à faciliter les recours (COPEC, HALDE) - aura un impact sur celles fondées sur l'origine quand elles se développent lors de l'accès aux soins, même si ce domaine n'est qu'exceptionnellement cité en exemple dans cette lutte (au contraire de l'emploi surtout, du logement ou de l'éducation). Mais plus que les condamnations effectives pour discriminations (rares, voire exceptionnelles dans le domaine du soin), qui servent principalement la lutte contre les discriminations directes, la médiatisation du phénomène discriminatoire nous semble à même d'exercer un effet positif en matière de prévention.

Cette publicisation, qui bénéficierait d'un relais par les instances ordinales et professionnelles, pourrait s'inspirer des actions de sensibilisation, de formation et d'accompagnement des professionnels qui sont réalisées dans le domaine de l'emploi. Ces actions permettent de pointer des dysfonctionnements institutionnels et des préjugés qui, s'ils sont pour la plupart déjà connus, méritent qu'on en explicite les effets dans l'accès aux ressources (l'emploi en l'occurrence) de certains usagers. Pour une efficacité maximale, Noël (2006) recommande que ces actions prennent en considération les conceptions de l'efficacité et de la justice des acteurs concernés et proposent des axes de résolution congruents avec l'organisation existante, articulant les valeurs et les pratiques issues de leur registre de « professionnalité ». Plutôt que de chercher à importer des valeurs extérieures (comme les discours antiracistes) qui risquent de ne convaincre que les professionnels déjà convaincus, il serait plus indiqué de s'appuyer sur les principes qui fondent déjà leur activité (Service public, égalité de traitement, égalité des chances).

Cette stratégie semble applicable au domaine de l'accès aux soins. D'abord, présenter la discrimination dans l'accès aux soins comme un processus producteur d'inégalités sociales dans l'accès aux soins permettrait d'en inscrire la lutte dans l'objectif plus général de réduction de ces inégalités, dont on a dit l'importance dans l'affichage des politiques de santé menées en France ces dernières années. Ensuite, la notion d'égalité des droits, volontiers revendiquée par les professionnels du service public, pourrait être opportunément discutée au regard de la question de l'égalité concrète. Enfin, des arguments strictement économiques et de santé publique confirment l'importance d'offrir à tous des soins rapides et efficaces.

Les études relevant de la « sociologie des pratiques discriminatoires » (Noël, 2003) peuvent s'inscrire dans cet objectif de sensibilisation au phénomène, en portant à la (re)connaissance publique les mécanismes des discriminations et leurs effets. Si notre travail peut participer de ce mouvement, alors aura-t-il déjà atteint une partie de ses objectifs.

8 Références

8.1 Discriminations et accès aux soins

ADAM, Philippe ; HERZLICH, Claudine (1994) : « Sociologie de la maladie et de la médecine », Paris : Nathan, 127 p.

AIACH, Pierre (2000) : « De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques », *Les inégalités sociales de santé*, LECLERC, A. ; FASSIN, D., *et al.* (dir), Paris : Inserm, La Découverte, 448 p., pp. 83-91

AIACH, Pierre ; CEBE, Dominique (2000) : « Différenciations sociales dans l'utilisation du système de soins, propositions pour une approche de la consommation médicale », *Les usagers du système de soins*, CRESSON, G. ; SCHWEYER, F-X. (dir), Rennes : Ed ENSP, 352 p., pp. 75-83

AIACH, Pierre ; CARR-HILL, Roy ; CURTIS, Sara ; ILLSLEY, Raymond (1987) : « Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne », Paris : Inserm, la Documentation française, 205 p.

AIACH, Pierre ; FASSIN Didier (2004) : « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du Praticien*, 54(20), pp. 2221-2227

ALFANDARI, Elie (1990) : « Introduction au dossier « Immigration et protection sociale » », *Revue de droit sanitaire et social*, 1990, pp. 5-16

ALGAVA, Elisabeth ; BEQUE, Marilyne (2004) : « Le vécu des attitudes intolérantes ou discriminatoires : des moqueries aux comportements racistes », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 290, 2004, 12 p.

AUGUST, Patrick ; VEISSE, Arnaud (1999) : « Droit à la santé et situation d'exil : accéder au système de santé en Ile-de-France », *Informations Sociales*, n° 78, pp. 74-81

AUVRAY, Laurence ; DOUSSIN, Anne ; LE FUR Philippe (2003) : « Santé, soins et protection sociale en 2002 », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, n°78, décembre 2003, 8 p.

BALIBAR, Etienne (1988) : « Racisme et nationalisme », *Race, nation, classe. Les identités ambiguës*, BALIBAR, E. ; WALLERSTEIN, I. (dir), Paris : La Découverte, 307 p., pp. 54-92

BATAILLE, Philippe (dir.) ; GUEDJ, Jérôme ; AUTAIN, Clémentine (2000) : « Une forme méconnue de discrimination : les emplois fermés aux étrangers (secteur privé, entreprises publiques, fonctions publiques) », Note n°1 du GED, mars 2000, 34 p.

BENNEGADI, Rachid ; BOURDILLON, François (1990) : « La santé des travailleurs migrants en France : aspects médico-sociaux et anthropologiques », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol 6, n°3, 1990, pp. 129-143

BEQUE, Marilyne (2005) : « Le vécu des attitudes intolérantes ou discriminatoires par les personnes immigrées et issues de l'immigration », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 424, septembre 2005, 8 p.

BERAUD, CL. (2000) : « Projets et réformes », *Santé publique. Etat des lieux, enjeux et perspectives*, POMEY, M. ; POULLIER, J. ; LEJEUNE, B. (dir), Paris : Ed Ellipses, 687 p., pp. 521-538

BERCK, Marc L. ; SCHUR, Claudia L. ; CHAVEZ Leo R. ; FRANKEL, Martin (2000) : « Health care use among undocumented Latino immigrants : is free health care the main reason why Latinos come to the United States ? A unique look at the facts », *Health affairs*, vol 19, n° 4, juillet-août 2000, pp. 51-64

BERTHELIER (1974) : « Hygiène mentale de l'adolescent migrant », *Les enfants de travailleurs migrants en Europe*, centre international de l'enfance, Paris : Ed ESF, 151 p., pp. 97-102

BERTOLOTTO, Fernando ; JOUBERT, Michel (1997) : « L'approche des cumuls de fragilité (sanitaires, sociales, juridiques et institutionnelles) ; les migrants et la santé : leçons d'évaluation », *Prévenir*, n°32, pp. 83-102

BERTRAND, D. (2000) : « L'historique de la protection sociale », *Santé publique. Etat des lieux, enjeux et perspectives*, POMEY, M. ; POULLIER, J. ; LEJEUNE, B. (dir), Paris : Ed Ellipses, 687 p., pp. 483-490

BIHR, Alain ; PFEFFERKORN, Roland (1999) : « Déchiffrer les inégalités », Paris : Syros, 417 p.

BLANPAIN, Nathalie ; PAN KE SHON, Jean-Louis (1997) : « L'assurance complémentaire maladie : une diffusion encore inégale », *Insee Première*, n° 523, juin 1997, 4 p.

BLEICH, Erik (2003) :« Histoire des politiques françaises antidiscrimination : du déni à la lutte », *Hommes et Migrations*, n°1245, 2003, pp. 6-18

BLISKO, S. (1994) : « La santé des migrants d'origine sub-saharienne », *Migrations Etudes*, juin 1994, 8 p.

BLOCH, Alice (2000) : « A new era or more of the same ? Asylum policy in the UK », *Journal of Refugee Studies*, vol 13, n°1, pp. 29-42

BLUM, Alain (1998) : « Comment décrire les immigrés ? A propos de quelques recherches sur l'immigration », *Population*, n° 3, 1998, pp. 569-588

BOCOGNANO, A ; DUMESNIL, S. ; FREROT, L. ; LE FUR, Ph. ; SERMET, C. (1999) : « Santé, soins et protection sociale en 1998 », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, n°24, décembre 1999, 6 p.

BODY-GENDROT, Sophie (2003) : « L'universalisme français à l'épreuve des discriminations », *Hommes et Migrations*, n°1245, 2003, pp. 19-28

BOISGUERIN, Bénédicte (2005) : « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2004 », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 433, 2005, 4 p.

BOLLINI, P. (1992) : « Health policies for immigrant populations in the 1999s. : a comparative study in seven receiving countries », *International Migration*, vol. XXX, 1992, pp. 103-119

BONNET, Doris (2000) : « Au-delà du gêne et de la culture », *Hommes et Migrations*, n° 1225, 2000, pp. 23-38

BORGETTO, Michel (2000) : « Brèves réflexions sur les apports et les limites de la loi créant la CMU », *Droit Social*, n° 1, 2000, pp. 30-38

BORGETTO, Michel (2003) : « Logique assistancielle et logique assurancielle dans le système français de protection sociale : les nouveaux avatars d'un vieux débat », *Droit Social*, n° 1, 2003, pp. 115-124

BOURDELAIS, Patrice (2000) : « L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne », *Les inégalités sociales de santé*, LECLERC, A. ; FASSIN, D., *et al.* (dir), Paris : Inserm, La Découverte, 448 p., pp. 27-39

BOURDILLON, F. ; BENNEGADI, R. (1992) : « Migration and Health. What does the future hold ? », *International Migration*, vol. XXX, 1992, pp. 199-205

BOURDILLON, F. ; LOMBRAIL, P. ; ANTONI, M. ; BENREKASSA, J. ; BENNEGADI, R. ; LELOUP, M. ; HURAUX-RENDU, C. ; SCOTTO, J.C. (1991) : « La santé des populations d'origine étrangère en France », *Social Science and Medicine*, vol 32, n° 11, 1991, pp. 1219-1227

BRIXI, Omar ; DURAND-ZALESKI, Isabelle ; GREMY, François (2002) : « Annexe 5 : questionnements sur la protection Sociale et l'Assurance maladie », *Questionnements et propositions sur la politique de santé en France*, groupe de travail de la Société française de santé publique, GREMY, François (dir), février 2002, 54 p., pp. 41-45

BRIXI, Omar ; LANG, Thierry (2000) : « Comportements », *Les inégalités sociales de santé*, LECLERC, A. ; FASSIN, D., *et al.* (dir), Paris : Inserm, La Découverte, 448 p., pp. 391-402

BRUCKER, Gilles (1989) : « Les migrants », *Santé Publique*, BRUCKER, G. ; FASSIN, D. (dir), Paris : Ed Ellipses, 1989, 848 p., pp. 781-812

BUREE-CASSOU, Dominique (1993) : « Les « sans-papiers » en France : livrés à l'arbitraire et à l'exclusion ... », mémoire de maîtrise de sciences et techniques des organisations sanitaires et sociales, Université Paris IX, 73 p.

CALVES, Gwénaële (2002) : « Il n'y a pas de race ici ; le modèle français à l'épreuve de l'intégration européenne », *Critique internationale*, n° 17, 2002, pp. 173-186

CARDE, Estelle (2006) : « « On ne laisse mourir personne ». Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, n°16, 2006, pp. 57-80

CASTEL, Robert (2003) : « L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ? », Paris : La République des idées, Seuil, 95 p.

CASTEL, Robert (1999) : « Les métamorphoses de la question sociale », Paris : Gallimard, Folio (reed Fayard, 1995), 813 p.

CHAMBARETAUD, Sandrine (2000) : « Conditions de vie et inégalités de santé », *Mesurer les inégalités. De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, DANIEL, C. ; CLAINCHE C. (eds), Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, collection MiRe, 222 p., pp. 201-205

CHATURVEDI, N. (2001) : « Ethnicity as an epidemiological determinant – crudely racist or crucially important ? », *International Journal of Epidemiology*, vol 30, 2001, pp. 925-927

COGNET, Marguerite (2002) : « La santé des immigrés à l'aune des modèles politiques d'intégration des étrangers », *Bastidiana*, n° 39-40, 2002, pp. 97-130

COL, J.Y. (1989) :« L'accouchement en France des patiente nées en Afrique Noire », *Revue Française de Gynécologie-Obstétrique*, n° 84, 1989, pp. 425-434

COLLINS, Sharon M. (2003) : « La ségrégation par la fonction, paradoxe de l'Affirmative Action » », *Hommes et Migrations*, n°1245, 2003, pp. 65-73

CONG, H.Q. ; LECOMTE, T. ; MIZRAHI, A. ; MIZRAHI, A. ; LUCIOLLI, E. ; RAUNA, P. ; DUPAS, P. ; JACOB, A. (1992) : « Recours aux soins et morbidité des défavorisés 1988-1989-1990 », CREDES, juin 1992, 63 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. ; DE POUVOURVILLE, G. ; POULLIER, J.-P. ; CONTANDRIOPOULOS, D. (2000) : « A la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXIème siècle », *Santé publique. Etat des lieux, enjeux et perspectives*, POMEY, M. ; POULLIER, J. ; LEJEUNE, B. (dir), Paris : Ed Ellipses, 687 p., pp. 637-667

COOK, John (2000) : « La caractérisation des usagers par le personnel de santé », *Les usagers du système de soins*, CRESSON, G. ; SCHWEYER, F-X. (dir), Rennes : Ed ENSP, 352 p., pp. 9-12

COOPER, Lisa A. ; ROTER, Debra, L. ; JOHNSON, Rachel, L. *et al.* (2003) : « Patient-Centered Communication, Ratings of Care, and Concordance of Patient and Physician Race », *Annals of Internal Medicine*, vol 139, pp. 907-916

COOPER, Richard. S. (2001) : « Social inequality, ethnicity and cardiovascular disease », *International Journal of Epidemiology*, 30, pp.S48-S52

CORIN, E. (1996) : « La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie », *Etre ou ne pas être en bonne santé ; biologie et déterminants sociaux de la maladie*, EVANS, Robert G. ; BARER, Morris L. ; MARMOR, Théodore R. (dir) Montréal et Paris : Les Presses de l'université de Montréal et John Libbey Eurotext, 359 p., pp. 103-141

COUFFINHAL, Agnès ; DOURGNON, Paul ; GEOFFARD, Pierre-Yves ; GRIGNON, Michel ; JUSOT, Florence ; LAVIS, John ; NAUDIN, Florence ; POLTON, Dominique (2005) : « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de

santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes », *Questions d'économie de la santé*, série synthèse, n° 93, 2005, 8 p.

COUFFINHAL, Agnès ; DOURGNON, Paul ; GEOFFARD, Pierre-Yves ; GRIGNON, Michel ; JUSOT, Florence ; LAVIS, John ; NAUDIN, Florence ; POLTON, Dominique (2005) : « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé », *Questions d'économie de la santé*, série synthèse, n° 92, 2005, 6 p.

CRESSON, Geneviève. ; SCHWEYER, François-Xavier. (dir), (2000) : « Introduction », *Les usagers du système de soins*, CRESSON, G.. ; SCHWEYER, F-X. (dir), Rennes : Ed ENSP, 352 p., pp. 9-12

CURTIS, Sarah (1990) : « La santé des groupes ethniques minoritaires en Grande-Bretagne », *Agora, éthique, médecine, société*, n° 13, 1990, pp. 33-40

DANIEL, C. ; CLAINCHE C. (2000) : « Mesurer les inégalités. De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations », Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, collection MiRe, 222 p.

DAUGAREILH, Isabelle (2005) : « L'audace retenue du Comité européen des droits sociaux », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n°4, 2005, pp. 555-564

DAUGAREILH, Isabelle (2000) : « Le rôle de l'Etat dans les politiques sociales et le droit applicables aux migrants : l'exemple de la France », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, pp. 241-271

DAUGAREILH, Isabelle (1997) : « Les prestations sociales non contributives et les étrangers non communautaires », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n° 33 (1), 1997, pp. 189-199

DEBROISE, André (1992) : « Les migrants et la santé », séminaire interprofessionnel de l'ENSP, décembre 1992, 17 p. + annexes

DE KONINCK, Maria ; FASSIN, Didier (2004) : « Les inégalités sociales de santé, encore et toujours », *Santé, Société et Solidarité*, n° 2, 2004, pp. 5-16

DELBECCHI, G ; JOLLET, C. ; FLEURY, F. ; FONTAINE, A. ; VEISSE, A. (1999) : « Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés en Ile-de-France : charité et continuité des soins : des logiques divergentes ? », *La Presse Médicale*, 1999, pp. 1-5

DELHOUME, Bernard (2001) : « L'aide sociale générale », *La protection sociale en France*, 3ème éd, Paris : la Documentation française, 2001, 184 p., pp. 96-100

DE RUDDER, Véronique (1991) : « Le racisme dans les relations interethniques », *L'Homme et la Société*, n°4, 1991, pp. 75-92

DE RUDDER, Véronique (1985) : « L'obstacle culturel : la différence et la distance », *L'Homme et la Société*, n°77-78, 1985, pp. 23-49

DE RUDDER, Véronique ; POIRET, Christian ; VOURC'H, François (2000) : « L'inégalité raciste : l'universalité républicaine à l'épreuve », Paris : PUF, 213 p.

DESSAINT, Louis ; FOURNIER, Cécile (1998) : « Egalité des droits, égalité des chances : l'accès aux soins », *Revue française des Affaires sociales*, 1998, n°4, pp. 43-56

DEVRIES, Martine ; RIVOLLIER, Elisabeth ; GEERAERT, Jean-Pierre (2005) : « Obtenir l'AME », *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, n°29, 2005, pp.46-47

DEWITTE, Philippe (2003) : « France-Etats-Unis, faire la différence », *Hommes et Migrations*, n°1245, 2003, p. 1

DIANI, Marc ; LOZES, Patrick (2005) : « Pourquoi les morts noirs laissent-ils indifférents ? », Observatoire de inégalités, 26 octobre 2005

DINH, Quang Chi (1998) : « Les inégalités sociales de la mortalité infantile d'estompent », *Economie et Statistique*, n°314, 1998, pp. 89-106

DOURIS, Vincent (2002) : « La question du séjour des étrangers malades », *Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, BOZON, M. ; DORE, V ; FASSIN, D. *et al.*., Paris : anRs, 129 p., pp. 67-70

DRUHLE, Marcel (2000) : « Fin de siècle et inégalités sociales en France : l'amorce d'un débat ? », *Les inégalités sociales de santé*, LECLERC, A. ; FASSIN, D., *et al.* (dir), Paris : Inserm, La Découverte, 448 p., pp. 41-52

DUBOIS, Vincent (2003) : « La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère », Paris : Economica, coll. Etudes Politiques, 2ème éd (1ère éd, 1999), 202 p.

DUCASTELLE ; CHESNAIS (dir) (1992) : « Etrangers et protection sociale », Centre national d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale, 1992, 113 p.

DUPEYROUX, Jean-Jacques (2000) : « La fin et les moyens », *Droit Social*, n° 1, 2000, pp. 4-6

DURAFFOUR, Annick ; GUITTONNEAU, Claudine (1991) : « Le coût social de l'immigration » et « les dépenses de santé », *Face au racisme : tome 1 : les moyens d'agir*, TAGUIEFF, P-A (dir), Paris : La Découverte, 241 p. p. 154-161

DURAFFOURG, M. (2000) : « Un demi-siècle de protection sociale après 1945 », in *Santé publique. Etat des lieux, enjeux et perspectives*, POMEY, M. ; POULLIER, J. ; LEJEUNE, B. (dir), Paris : Ed Ellipses, 687 p., pp. 491-497

ECRI (European Commission Against Racism and Intolerance) (2005) : « Troisième rapport sur la France, adopté le 25 juin 2004 et rendu public le 15 février 2005 », Strasbourg, Commission européenne contre le racisme et l'intolérance, 52 p.

ECRI (European Commission Against Racism and Intolerance) (2000) : « Second rapport sur la France, adopté le 10 décembre 1999 et rendu public le 27 juin 2000 », Strasbourg, Commission européenne contre le racisme et l'intolérance, 28 p.

EL GHOZI, Laurent (1999) : « Action en faveur de l'accès aux soins et de l'insertion des gens du voyage. L'expérience de l'ASAV à Nanterre », *Migrations Société*, vol. 11. n° 63, 1999, pp. 103-108

EPSTEIN, Arnold ; AYANIAN, John (2001) : « Racial Disparities in Medical Care », *the New England Journal of Medecine*, vol 344, n° 19, pp. 1471-1472

ESSED, Philomena (1991) : « Understanding Everyday Racism ; An Interdisciplinary Theory », Newbury Park, London, New Delhi : Sage Publications, 321p.

EVANS, Robert G. (1996) : « Introduction », *Etre ou ne pas être en bonne santé ; biologie et déterminants sociaux de la maladie*, EVANS, Robert G. ; BARER, Morris L. ; MARMOR, Théodore R. (dir), Montréal et Paris : Les Presses de l'université de Montréal et John Libbey Eurotext, 359 p., pp. 13-35

EVANS, Robert G. ; STODDART, G. L (1996) : « Produire de la santé, consommer des soins », *Etre ou ne pas être en bonne santé ; biologie et déterminants sociaux de la maladie*, EVANS, Robert G. ; BARER, Morris L. ; MARMOR, Théodore R. (dir), Montréal et Paris : Les Presses de l'université de Montréal et John Libbey Eurotext, 359 p., pp. 37-73

FASSIN, Didier (2002) : « L'invention française de la discrimination », *Revue française de science politique*, vol. 52, n° 4, 2002, pp. 403-423

FASSIN, Didier (2002) : « Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux », *Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, BOZON, M. ; DORE, V ; FASSIN, D. *et al.*, Paris : anRs, 129 p., pp. 1-11

FASSIN, Didier (2002) : « De l'Assurance maladie aux inégalités de santé », *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, n° 17, 2002, pp. 41-45

FASSIN, Didier (2002) : « Politiques du corps et reconnaissance de l'altérité : nouvelles questions posées par l'immigration et la société française », *Recherches Sociologiques*, n° 2, 2002, pp. 59-74

FASSIN, Didier (2001) : « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », *Critique de la Santé publique : une approche anthropologique*, DOZON, J-P ; FASSIN, D. (2001) Paris: Balland. 362 p., pp. 181-208

FASSIN, Didier (2001) : « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 2001, (17) 2, pp. 139-151

FASSIN, Didier (2001) : « Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida », *L'Homme*, n° 160, 2001, pp. 37-162.

FASSIN, Didier (2001) : « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, vol 19, n°4, 2001, pp. 5-34

FASSIN, Didier (2001) : « Sens et puissance de la santé publique », IREV Nord pas de Calais, pp. 21-24

FASSIN, Didier (2001) : « La santé des immigrés et des étrangers : méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance », *Précarisation, risque et santé*, JOUBERT, M. ; CHAUVIN, P. ; FACY, F. ; RINGA, V. (dir), Paris : INSERM, collection question en santé publique, 472 p., pp. 187-196

FASSIN, Didier (2001) : « The biopolitics of otherness. Undocumented forigners and racial discrimination in French public debate », *Anthropology Today*, vol 17, n°1, 2001, pp. 3-7

FASSIN, Didier (2000) : « Qualifier les inégalités », *Les inégalités sociales de santé*, LECLERC, A. ; FASSIN, D., *et al.* (dir), Paris : Inserm, La Découverte, 448 p., pp. 123-144

FASSIN, Didier (2000) : « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *les notes de recherche du CRESP*, mai 2000

FASSIN, Didier (2000) : « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et Migrations*, n° 1225, 2000, pp. 5-12

FASSIN, Didier (2000) : « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes », *L'Homme*, n°153, 2000, pp. 231-250

FASSIN, Didier (2000) : « Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises », Paris : Karthala, 344 p.

FASSIN, Didier (2000) : « Inégalité, genre et santé, entre l'universel et le culturel », *Tant qu'on a la santé. Les déterminants socio-économiques et culturels de la santé dans la relation entre les femmes et les hommes*, PREISWERK, Y. (dir), Berne/Genève : UNSECO/DDC/IUED, pp. 119-130

FASSIN, Didier (1999) : « L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida », *Sciences sociales et Santé*, vol 17, n°4, 1999, pp. 5-36

FASSIN, Didier (1999) : « Santé : des inégalités sociales sans droit de cité », *Mouvements*, 1999, n°4, pp. 49-57

FASSIN, Didier (1999) : « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses*, n°35, 1999, pp.146-171

FASSIN, Didier (1999) : « Santé et immigration : les vérités politiques du corps », *Cahiers de l'URMIS*, n°5, 1999, pp. 69-76

FASSIN, Didier (1998) : « Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? », *Plein Droit*, n° 38, 1998, pp. 29-35

FASSIN, Didier (1997) : « La santé en souffrance », *Les lois de l'inhospitalité : les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, FASSIN, D., MORICE, A. ; QUIMINAL, C. (dir.), Paris : La Découverte, coll. Essais, 279 p., pp. 107-123

FASSIN, Didier ; CARDE, Estelle ; FERRE, Nathalie ; MUSSO-DIMITRIJEVIC, Sandrine (2001) : « Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins », rapport d'étude n° 5, Bobigny, CRESP, 197 p. + annexes

FASSIN, Didier ; GRANDJEAN, Hélène ; KAMINSKI, Monique ; LANG, Thierry ; LECLERC, Annette (2000) : « Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », *Les inégalités sociales de santé*, LECLERC, A. ; FASSIN, D., *et al.* (dir), Paris : Inserm, La Découverte, 448 p., pp. 13-26

FASSIN, Didier ; GRANDJEAN, Hélène ; KAMINSKI, Monique ; LANG, Thierry ; LECLERC, Annette (2000) : « Perspectives pour la recherche et pour l'action », *Les inégalités sociales de santé*, LECLERC, A. ; FASSIN, D., *et al.* (dir), Paris : Inserm, La Découverte, 448 p., pp. 429-436

FASSIN, Didier ; MORICE, Alain ; QUIMINAL, Catherine (dir.) « Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers », Paris : La Découverte, coll. Essais, 1997, 279 p.

FASSIN, Eric (1997) : « Discours sur l'inégalité des races. *The Bell Curve* : polémique savante, rhétorique raciale et politique publique », *Hérodote*, n°85, 1997, pp. 34-61

FELDBLUM, Miriam (1993) : « Paradoxes of ethnic politics : the case of Franco-Maghrebis in France », *Ethnic and Racial Studies*, vol 16, n° 1, 1993, pp. 52-74

FERRE, Nathalie (2001) : « Sur le terrain des discriminations », *Plein droit*, n°49, 2001, pp. 8-11

FERRE, Nathalie (2001) : « Développements juridiques. Egalité et discriminations », *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, FASSIN, D ; CARDE, E. ; FERRE, N. ; MUSSO-DIMITRIJEVIC, S., rapport d'étude n°5, Bobigny, Cresp, 197 p. + annexes ; pp. 21-36

FERRE, Nathalie (1997) : « La production de l'irrégularité ». », *Les lois de l'inhospitalité : les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, FASSIN, D., MORICE, A. ; QUIMINAL, C. (dir.) Paris : La Découverte, coll. Essais, 1997, 279 p., pp. 47-64

FILLAUT, Thierry (1997) : « Le système de santé français 1880 1995 », Rennes : ENSP, coll. aide-mémoire, 78 p.

GILLOIRE, Augustin (2000) : « Les catégories d' "origine" et de "nationalité" dans les statistiques du SIDA », *Hommes et Migrations*, n° 1225, 2000, pp. 73-82

GISTI (2000) : « L'accès aux soins des étrangers : débats et évolution du droit », *Hommes et Migrations*, n° 1225, 2000, pp. 101-110

GOFFMAN, Erving (1975) : « Stigmate. Les usages sociaux des handicaps », Paris : Ed de Minuit, 175 p.

GOLDBERG, Marcel ; MELCHIOR, Maria ; LECLERC, Annette ; LERT, France (2003) : « Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 51, 2003, pp. 381-401

GOLDBERG, Marcel ; MELCHIOR, Maria ; LECLERC, Annette ; LERT, France (2002) : « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences Sociales et Santé*, vol 20, n°4, 2002, pp. 76-128

GOLLOT, Annie Paule (1989) : « Revendication aux droits, la maladie et le handicap chez le migrant », *le Bulletin de liaison et d'information du Centre de Sécurité sociale des travailleurs migrants*, n°1-2, 1989, pp. 10-12

GRIGNON, Michel ; PERRONNIN, Marc (2003) : « Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, n°74, 2003, 6p

GRIGNON, Michel ; POLTON, Dominique (2000) : « Inégalités d'accès et de recours aux soins », *Mesurer les inégalités. De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, DANIEL, C. ; CLAINCHE C. (eds), Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, collection MiRe, 222 p. pp. 188-200

GRIVOIS, Jean-Philippe ; HALLEY DESFONTAINES, Virginie ; CAUMES, Eric (2004) : « Pathologie infectieuse chez les migrants », *La Revue du Praticien*, 54(20)

GUILLAUMIN, Colette (1994) : « Un bon vieux néo-racisme… », *Pluriel recherche : Vocabulaire historique et critique des relations inter-ethniques,* n°2. Paris : L'Harmattan, pp. 5-8

GUILLAUMIN, Colette (1972) : « L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel », Paris : Ed Mouton ; Co (réedition, 2002, Ed Gallimard), 347 p.

GUIRAUDON, Virginie (2004) : « Construire une politique européenne de lutte contre les discriminations : l'histoire de la directive « race » », *Sociétés Contemporaines*, 2004, n°53, pp. 11-32

GURALNIK, Jack ; LEVEILLE, Suzanne G. (1997) : « Annotation : Race, Ethncity, and Health Outcomes – Unraveling the Mediating Role of Socioeconomic Status », *American Journal of Public Health*, 87, 5, 1997, pp. 728-730

HAMADACHE, Nadia (1999) : « L'accès des immigrés âgés aux droits et prestations sociales : un combat juridique mené au niveau associatif », *Gérontologie et Société*, n° 91, 1999, pp. 65-76

HARGREAVES, Alec G. (1995) : « Immigration, « Race » and Ethnicity in Contemporary France», Londres, Routledge

HATZFELD, Henri (1991) : « Du paupérisme à la Sécurité sociale 1850-1940 », Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 344 p. (1ère édition 1971, Paris, Armand Colin)

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE (2002) : « La santé en France 2002 », Haut Comité de la santé publique, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, janvier 2002, 410 p.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE (1998) : « Etrangers et Français d'origine étrangère », *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* , Haut Comité de la santé publique, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, février 1998, 366 p., p. 272-279

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE (1995) : « Accès aux droits : de l'élargissement à la généralisation », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 12, 1995, p. VIII-XXI

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE (1994) : « La santé en France. Rapport général », Haut Comité de la santé publique, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Paris : la Documentation française, novembre 19945, 335 p.

HAUT CONSEIL A L'INTEGRATION (2005) : « La condition sociale des travailleurs immigrés âgés », Avis du Haut Conseil à l'Intégration, mars 2005

HAUT CONSEIL A L'INTEGRATION (1998) : « Lutte contre les discriminations : faire respecter le principe d'égalité », Rapport au Premier Ministre, Paris, La documentation Française, coll. des rapports officiels, 1998, 127 p.

HERAN, François (2004) : « Cinq idées reçues sur l'immigration », *Population et Sociétés,* n°397, 2004, 2 p.

HERZLICH, Claudine (2003) : « La santé et le social », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n°51, 2003, pp. 377-380

HURAUX-RENDU, C. ; ATTALI-MAROT, C. ; BOURDILLON, F (1984) : « La migration familiale : pathologie de la femme migrante et des nouveaux-nés, étude des facteurs de risque et recherche des mesures préventives », *La Revue du Praticien*, tome XXXIV, n°57, 1984, pp. 3231-3239

INSEE (2005) : « Les immigrés en France », coll. Références, 162 p.

INSEE (1994) : « Les étrangers en France », série Contours et Caractères, 160 p.

JOIN-LAMBERT, Marie-Thérèse (2001) : « Préface », *Précarisation, risque et santé*, JOUBERT, M. ; CHAUVIN, P. ; FACY, F. ; RINGA, V. (dir), coll. « question en santé publique », Paris : INSERM, 472 p., pp. XI-XIII

JOINT-LAMBERT, Marie-Thérèse ; BOLOT-GITTLER, Anne ; DANIEL, Christine ; LENOIR, Daniel ; MEDA, Dominique (1997) : « Politiques sociales », Paris : Presses de Sciences Po et Dalloz, 718 p.

JOUGLA, Eric ; RICAN, Stéphane ; PEQUIGNOT, Françoise ; LE TOULLEC, Alain (2004) : « Disparités sociales de mortalité », *La Revue du Praticien*, 54(20), pp. 2228-2232

JULIEN-LAFERRIERE, François (2000) : « Droit des étrangers », PUF, coll. Droit fondamental, Droit politique et théorique, Paris : PUF, 499 p.

JULIEN-LAFERRIERE, François (1997) : « 8 janvier 1981 : les étrangers et l'aide sociale », *Les grands avis du Conseil d'Etat*, Dalloz, 1997, pp. 179-188

JUSOT, Florence ; COURALET, Pierre-Emmanuel ; LENGAGNE, Pascale (2006) : « Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé », *La lettre de la Mire*, n°9, 2006, pp. 6-8.

JUSOT, Florence ; POLTON, Dominique (2005) : « La lutte contre les inégalités dans les politiques et les programmes nationaux de santé », *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, n°50, 2005, pp. 33-36

KARMI, G. (1994) : « Equity and health of ethnic minorities », *Migrations Santé*, n°78, 1994, pp. 77-86

KINGTON, Raynard S. ; SMITH, James P. (1997) : « Socioeconomic Status and Racial and Ethnic Differences in Functional Status Associated with Chronic Diseases », *American Journal of Public Health*, 87, 5, pp. 805-810

KLIEWER, E. (1992) : « Epidemiology of diseases among migrants », *International Migration*, vol XXX, 1992, pp. 141-165

KRETSCHMAR, Cyril ; EBERMEYER, Sophie ; DEHOUMON, Mathieu (2004) : « Programme d'Action communautaire de lutte contre les discriminations. Résumé du rapport des experts juridiques indépendants sur la transposition de la législation européenne sur la

discrimination (juin 2004). Les discriminations selon l'origine raciale ou ethnique. France », 17 juin 2004, 6 p.

KRETSCHMAR, Cyril ; EBERMEYER, Sophie ; DEHOUMON, Mathieu (2004) : « Programme d'Action communautaire de lutte contre les discriminations. Résumé du rapport des experts juridiques indépendants sur la transposition de la législation européenne sur la discrimination (juin 2004). Les discriminations selon la religion ou la croyance. France », 17 juin 2004, 6 p.

KRIEGER, Nancy (2003) : « Does racism harm helath ? Did child abuse exist before 1962 ? On explicit questions, critical science, and current controversies : an ecosocial perspective», *American Journal of Public Heath*, vol 93, n°2, 2003, pp. 194-199

KRIEGER, N. (2001) : « Theories for social epidemiology in the 21st century : an ecosocial perpective », *International Journal of Epidemiology*, vol 30, pp 668-677

KUNST, Anton E. ; GROENHOF, Feikje ; MACKENBACH, Johan P. (2000) : « Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens », *Les inégalités sociales de santé*, LECLERC, A. ; FASSIN, D., *et al.* (dir), Paris : Inserm, La Découverte, 448 p., pp. 53-68

LAFORE, Robert (2000) : « La CMU : un nouvel îlot dans l'archipel de l'assurance maladie », *Droit Social*, n° 1, 2000, pp. 21-29

LAMOUR, Patrick (1994) : « L'accès aux soins des réfugiés et des « sans-papiers » », *Prescrire*, tome 14, n° 143, 1994, pp. 496-501

LAMOUR, Patrick (1994) : « Quand l'hôpital ferme ses portes », *Plein Droit*, 26, pp. 21-24

LANG, Thierry (2000) : « Inégalités de santé :des constats à leur interprétation. L'exemple des maladies cardio-vasculaires », *Mesurer les inégalités. De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, DANIEL, C. ; CLAINCHE C. (eds), Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, collection MiRe, 222 p. pp. 175-187

LANG, Thierry ; RIBET, Céline (2000) : « Les maladies cardio-vasculaires », *Les inégalités sociales de santé*, LECLERC, A. ; FASSIN, D., *et al.* (dir), Paris : Inserm, La Découverte, 448 p., pp. 223-238

LANG, Thierry ; FASSIN, Didier ; GRANDJEAN, Hélène ; KAMINSKI, Monique ; LECLERC, Annette (2002) : « France », *Reducing inequalities in health. A european perspective*, MACKENBACH, J. ; BAKKER, M. (eds), London, New York : Routledge, 357 p., pp. 214-222

LANGLET, Marianne (2005) : « Les étrangers malades en France : le droit au séjour en danger », *le journal du sida*, n°169, 2004, pp. 20-22

LANQUETIN, Marie-Thérèse (dir.), LATRAVERSE, Sophie ; PATARIDZE, Nicolas (2000) : « Le recours au droit dans la lutte contre les discriminations : la question de la preuve », Note n° 2 du GELD, octobre 2000, 97 p.

LAROQUE, Marie-France (1999) : « Protection sociale et migrants », *Gérontologie et Société*, n° 91, 1999, pp. 31-48

LA RUCHE, G. ; BRUNET, B. (2005) : « Autorisation de séjour pour soins des malades étrangers en France : enquête sur les avis de médecins inspecteurs de santé publique », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol 53, n°6, 2005, pp. 645-657

LASSALLE, Didier (1997) : « Les minorités ethniques en Grande-Bretagne : aspects démographiques et sociologiques contemporains », Paris, L'Harmattan, 402 p.

LE FUR, Philippe ; PERRONNIN, Marc (2003) : « L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002 », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, n°76, 2003, 6 p.

LEQUET, Diane (1996) : « Etendue de la couverture maladie selon la nationalité », *Echanges Santé-Social*, n° 84, 1996, pp. 41

LEVIS, Daniel (1990) : « Une allocation de congé parental d'éducation peut-elle être refusée aux étrangers ? Conclusions sur Conseil d'Etat, 30 juin 1989, Ville de Paris, Bureau d'aide sociale de Paris c/M. Lévy », *Revue française de droit administratif*, 6 (4), 1990, pp. 575-579

LEVY, Catherine ; MONY, Patrick ; VOLOVITCH, Pierre (2000) : « La CMU : ce qui doit changer », *Droit Social*, n°1, 2000, pp.57-60

LOCHAK, Danièle (2001) : « L'humanitaire, perversion de l'Etat de droit », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 19, n°4, 2001, pp. 35-42

LOCHAK, Danièle (1999) : « Français et étrangers sont-ils égaux en droits ? », *Zaàma*, n°1, 1999, pp. 18-21

LOCHAK, Danièle (1997) : « Les politiques de l'immigration au prisme de la législation sur les étrangers », *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, FASSIN, D. ; MORICE, A. ; QUIMINAL, C. (dir) Paris : La Découverte, coll. Essais, 279 p., pp. 29-45

LOCHAK, Danièle (1996) : « Ce que sont les lois Pasqua », *L'antiracisme dans tous ses débats*, BITTERLIN, L. (dir), Paris : arléa-corlet, France pays arabes, coll. Panoramiques, 379 p., pp. 97-107

LOCHAK, Danièle (1995) : « Emploi et protection sociale, les inégalités du droit », *Hommes et Migrations*, n° 1187, 1995, pp. 25-31

LOCHAK, Danièle (1992) : « La *race* : une catégorie juridique ? », *Mots*, n° 33, 1992, pp. 291-303

LOCHAK, Danièle (1987) : « Réflexions sur la notion de discrimination », *Droit Social*, n°11, 1987, pp. 778-790

LOMBRAIL, Pierre ; PASCAL, Jean ; LANG, Thierry (2004) : « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », *Santé, Société et Solidarité*, n° 2, 2004, pp. 61-72

LOMBRAIL, Pierre (2000) : « La difficulté de mesurer l'impact du système de soins sur l'état de santé d'une population », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 33, 2002, pp. 48-49

LOMBRAIL, Pierre (2000) : « Accès aux soins », *Les inégalités sociales de santé*, LECLERC, A. ; FASSIN, D., *et al.* (dir), Paris : Inserm, La Découverte, 448 p., pp. 402-418

LOMBRAIL, P. ; BRODIN, M. ; BOURDILLON, F. (1990) : « Principales questions soulevées par la santé des migrants », *La Revue du Praticien-Médecine Générale*, n° 85, 1990, pp. 67-72

LOT, Florence (2000) : « Les données étrangères sur le sida dans la population étrangère en France », *Hommes et Migrations*, n°1225, 2000, pp. 83-88

LOT, F. ; LARSEN, C.; VALIN, N. ; GOUEZEL, P.; BLANCHON, T.; LAPORTE, A. (2004) : « Parcours sociomédical des personnes originaires de l'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°5, 2004, pp. 17-20

MAGUER, Annie (1999) : « Catégorisations institutionnelles et spontanées dans les services publics », *Mouvements*, n°4, 1999, pp. 30-36

MAILLE, Didier, TOULIER, Adeline ; VOLOVITCH, Pierre (2005) : « L'aide médicale d'Etat : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n°4, 2005, pp. 543-554

MAILLE, Didier ; VEISSE, Arnaud (2000) : « Exclus des soins à l'heure de la CMU : comment réintégrer le système de santé ? », *La revue du praticien, médecine générale*, tome 14, n° 502, 2000, pp. 1111-1114

MAILLE, Didier ; VEISSE Arnaud (2000) : « Les demandeurs d'asile et la couverture maladie universelle. Comment intégrer le système de santé ? », *Proasile*, 2000, pp. 14-16

MANN, Jonathan (1998) : « Santé publique : éthique et droits de la personne », *Santé Publique*, vol 10, n°3, pp. 239-250

MARIE, Romain (2000) : « La Couverture Maladie Universelle », *Droit Social*, n° 1, 2000, pp. 7-20

MARMOR, T. ; BARER, M.L. ; EVANS, R.G. (1996) : « Les déterminants de la santé de la population : comment améliorer l'état de santé dans les pays démocratiques ? », *Etre ou ne pas être en bonne santé ; biologie et déterminants sociaux de la maladie*, EVANS, R. G.. ; BARER, M. L.. ; MARMOR, T. R. (dir) Montréal et Paris : Les Presses de l'université de Montréal et John Libbey Eurotext, 359 p., pp. 223-236

MASSE, Raymond (1995) : « Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé », Montréal/Paris : Gaëtan Morin Editeur, 499 p.

MATH, Antoine ; SPIRE, Alexis (1999) : « Sept millions d'emplois interdits », *Plein Droit*, n° 41-42, 1999, pp. 3-7

MECHALI, Denis (1990) : « Pathologie des étrangers ou des migrants. Problèmes cliniques et thérapeutiques, enjeux de santé publique », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol 6, n°3, 1990, pp. 99-127

MERIEM, Abdelmadjid (1993) : « Sociologie et psychiatrie dans l'approche de la maladie mentale des immigrés maghrébins », *Sociologie Santé*, n°9, 1993, pp. 111-131

MESRINE, A. (1999) : « Les différences de mortalité par milieu social restent fortes », in *La Société française, Données sociales*, BEAUMEL, C. *et al.*, pp. 228-35.

MICHELAT, Guy (1975) : « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », *Revue française de Sociologie*, XVI, 1975, pp. 229-247

MIZRAHI, Andrée ; MIZRAHI, Arié (2000) : « Les étrangers dans les consultations des centres de soins gratuits », *Hommes et Migrations*, n° 1225, 2000, pp. 94-100

MIZRAHI, An. ; MIZRAHI, Ar. ; WAIT, S (1993) : « Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France », CREDES, Juin 1993, 62 p.

MOGNISS, H. Abdallah (2003) : « Grande-Bretagne : le racisme institutionnel sur la sellette », *Hommes et Migrations*, n°1219, 1999, pp. 32-43

MONCORGE, Claude ; PICARD, Hervé (1997) : « Présentation de la population accueillie et soignée en France dans les Centres de soins de « Médecins du Monde » », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 1997, 181, n° 8, pp. 1701-1713

MOUVEMENTS (1999) : « Le modèle français de discrimination : un nouveau défi pour l'antiracisme », *Mouvements*, n° 4, 1999, pp. 5-8

MOUVEMENTS (1999) : « De la lutte des classements et de l'antiracisme». Table ronde, *Mouvements* 1999, n° 4, pp. 67-80

MUNTANER, Carles; NIETO, F. Javier ; O'CAMPO, Patricia (2001) : « The Belle Curve : On Race, Social Class, and Epidemiological Research », *American Journal of Epidemiology*, vol114, n°6, 1996, pp. 531-536

MURARD, Numa (2001) : « La protection sociale », Paris : La Découverte, coll. repères, 121 p.

MUSSO-DIMITRIJEVIC, Sandrine (2000) : « L'accès aux soins des étrangers en situation précaire », *Hommes et Migrations*, n° 1225, 2000, pp. 88-93

NAUDE, Anne-Jeanne (2000) : « Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration », *Hommes et Migrations*, n°1225, 2000, pp.13-22

NOEL, Olivier (2006) : « Idéologie raciste et production de systèmes discriminatoires dans le champ de l'Apprentissage », *Travailler*, 2006, n°16, pp. 15-35

NOEL, Olivier (2003) : « Comment prévenir les discriminations raciales à l'emploi en France ? », *Hommes et Migrations*, n°1246, 2003, pp. 44-52

NOEL, Olivier (1999) : « Intermédiaires sociaux et entreprises : des coproducteurs de discrimination ? », *Hommes et Migrations*, n°1219, 1999, pp. 5-17

NOIRIEL, Gérard (2001) : « Les jeunes « d'origine immigrée » n'existent pas », *Etat, nation et immigration. Vers une histoire du pouvoir*, NOIRIEL, G., Paris : Belin, 400 p., pp. 221-229 (initialement paru dans : B. Lorreyte (dir), *Les Politiques d'intégration des jeunes issus de l'immigration*, Paris, L'Harmattan, 1989, pp. 211-221)

NOIRIEL, Gérard (1999) : « L'immigration dans la société française, aperçu historique », *Formation Emploi*, n°165, 1999, pp. 103-114

NOIRIEL, Gérard (1990) : « L'héritage révolutionnaire », *Accueillir*, n°165, 1990, pp. 6-10

NORTHRIDGE, Mary E. ; SHEPARD, Peggy M. (1997) : « Comment : Environmental Racism and Public Health », *American Journal of Public Health*, 87, 5, 1997, pp. 730-732

OBOLER, Suzanne (2003) : « Après le 11 septembre : les nouvelles « cibles raciales » du patriotisme américain », *Hommes et Migrations*, n°1245, 2003, pp. 54-64

PATERSON, Iain ; JUDGE, Ken (2002) : « Equality of access to healthcare », *Reducing inequalities in health. A european perspective*, MACKENBACH, J. ; BAKKER, M. (eds), London, New York : Routledge, 357 p., pp. 169-187

PENEF, Jean (2000) : « Le malade des urgences », Paris : Ed Métaillé, 190 p

PHARO, Patrick (2001) : « Le sens de la justice. Essais de sémantique sociologique », coll. Sociologies, Paris : PUF, 145 p.

PHILLIPS, Kathryn A. ; MAYER, Michelle L. ; ADAY, Lu Ann (2000) : « Barriers to care among racial / ethnic groups under managed care : ethnic minorities continue to encounter barriers to care in the current managed care-dominated U.S. health care system », *Health affairs*, vol 19, n°4, 2000, pp. 65-75

PIERRET, Janine (1984) : « Les significations sociales de santé : Paris, l'Essonne, l'Hérault », *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, AUGE, M. ; HERZLICH, C. (dir), Paris : Archives Contemporaines, coll. ordres sociaux, 278 p. ; pp. 217-256

PLEIN DROIT (1989) : « Sécurité sociale : des inégalités tenaces », *Plein Droit*, n°7, 1989, pp. 28-29

POIRET, Christian (2003) : « Criminalisation de l'immigration et sociologie des relations interethniques », *Hommes et Migrations*, 2003, n°1241, pp. 6-19

POIRET, Christian (1999) : « Au travail, le bonneteau de l'ethnicité », *Mouvements*, n°4, 1999, pp. 17-23

POULLIER, Jean-Pierre (2000) : « Une leçon de paradoxes : apports et problèmes des comparaisons internationales », *Santé publique. Etat des lieux, enjeux et perspectives*, POMEY, M. ; POULLIER, J. ; LEJEUNE, B. (dir), Paris : Ed Ellipses, 687 p., pp. 542-552

POUTIGNAT, Philippe ; SREIFF-FENART, Jocelyne (1995) : « Théories de l'ethnicité », Paris : PUF, 270 p.

PREVENIR (2003) : « Les immigrés dans leur champ social et de santé », n°7, 1983

PRISSE, N. ; POSTEL-VINAY, N. ; BASSET, B. *et al.* (2004) : « Inégalités sociales de santé. Conjuguer approches cliniques et populationnelles », *La Revue du Praticien*, tome 54, 2004, pp. 2209-2210

RAYNAUD, Denis (2005) : « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance complémentaire », *Etudes et résultats*, DREES, n°378, 2005, 12 p.

RECHTMAN, Richard (2000) : « De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries », *Hommes et Migrations*, n°1225, 2000, pp. 46-62

REY, Jean-Louis ; FILLON, Jean-Claude (1999) : « L'assurance maladie des immigrés retraités », *Gérontologie et Société*, n° 91, 1999, pp. 57-63

ROY, Philippe (1986) : « La santé des migrants : des besoins spécifiques … de défavorisés », *Le Quotidien du Médecin*, 3 février 1986

ROVAN, Joseph (1983) : « Des Français contre les immigrés », *L'Histoire*, n° 57, 1983, pp. 6-17

SABBAGH, Daniel (2004) : « Discrimination positive et déségrégation. Les catégories opératoires des politiques d'intégration aux Etats-Unis », *Sociétés contemporaines*, n°53, 2004, pp. 85-99

SABBAGH, Daniel (2002) : « Universités américaines : la fin des préférences raciales ? », *Critique internationale*, n° 17, 2002, pp. 159-171

SAHA, Sommnath; ARBELAEZ, Jose J. ; COOPER, Lisa A. (2003) : « Patient-Physician Relationships and Racial Disparities in the Quality of Health Care », *American Journal of Public Heath*, vol 93, n°10, pp. 1713-1719

SAHA, Somnath ; TAGGART, Sara H. ; KOMAROMY, Miriam ; BINDMAN, Andrew B. (2000) : « Do patients choose physicians of their own race ? To provide the kind of care consumers want, medical schools might be able to justify using race as an admissions criterion », *Health affairs*, vol 19, n°4, 2000, pp.76-83

SAVIGNONI, Alexia ; LOT, Florence ; PILLONEL, Josiane ; LAPORTE, Anne (1999) : « Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France », Saint-Maurice : Institut national de Veille Sanitaire, avril 1999

SAYAD, Abdelmalek (1999) : « La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré », Paris : Le Seuil, coll. Liber, 437 p.

SENAT (2006) : « L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé », Les documents de travail du Sénat, série « législation comparée », n° LC 160, mars 2006, 35 p.

SERANGE-FONTERME, Renée (1983) : « La consommation médicale des immigrés ». *Prévenir*, n°7, 1983

SIMON, Patrick (2003) : « Le logement social en France et la gestion des « populations à risque » », *Hommes et Migrations*, n°1246, 2003, pp. 76-91

SIMON, Patrick (2003) : « L'impasse de l'analyse statistique dans une France sans « races » », *Hommes et Migrations*, n°1245, 2003, pp. 42-53

SIMON, Patrick (2002) : « La catégorisation statistique des « immigrés ». Analyse des inégalités et lutte contre les discriminations », *Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, BOZON, M. ; DORE, V ; FASSIN, D. *et al.*, Paris : anRs, 129 p., pp. 15-31

SIMON, Patrick (2000) : « Les discriminations ethniques dans la société française : une synthèse » IHESI, INED, janvier 2000, 34 p.

SIMON, Patrick (1999) : « Vers des statistiques ethniques ? », *Plein Droit*, n°41-42, 1999, pp. 32-35

SIMON, Patrick (1998) : « Nationalité et origine dans la statistique française : les catégories ambiguës », *Population*, n° 3, 1998, pp. 541-568

SIMON, Patrick ; STAVO-DEBAUGE, Joan (2004) : « Les politiques anti-discrimination et les statistiques : paramètres d'une incohérence », *Sociétés Contemporaines*, 2004, n°53, pp. 57-84

SOLOMOS, John ; BACK, Lee (1994) : « Conceptualising racisms : social theory, politics and research », *Sociology*, vol 28, n° 1, 1994, pp. 143-161

SPIRE, Alexis (2005) : « Etrangers à la carte. L'administration de l'immigration en France (1945-1975) », Paris : Grasset, 402 p.

SPIRE, Alexis (1999) : « Ambiguïtés d'une mesure des origines », *Plein Droit*, n° 41-42, 1999, pp. 36-39

STANOJEVICH, Elodie Aïna ; CYTRYNOWICZ, Judith (2004) : « Les enjeux de la communication en direction des populations migrantes », *Transcriptases*, 114, pp. 43-46

SURAULT, Pierre (2004) : « La détermination des inégalités sociales de santé », *La Revue du Praticien*, 54(20), pp. 2233-2240

TAGUIEFF, Pierre-André (1996) : « Les raisons d'un échec patent : les sept péchés de l'antiracisme », *L'antiracisme dans tous ses débats*, BITTERLIN, L. (dir), Paris : arléa-corlet, France pays arabes, coll. Panoramiques, 379 p. pp. 13-24

TAGUIEFF, Pierre-André (1991) : « Les métamorphoses idéologique du racisme et la crise de l'antiracisme », *Face au racisme : tome 2 : analyses, hypothèses, perspectives*, TAGUIEFF, P-A. (dir), Paris : La Découverte, 336 p., pp. 13-63

THAYER, C. (1994) : « Prise en charge de la santé des populations immigrée : étude comparative en France et en Angleterre », *Santé Publique*, 1994, n°3, pp. 283-299

TOULLIER, Adeline (1997) : « En matière de protection sociale : fidélité à la « logique Pasqua » », *Plein Droit*, n°36–37, 1997, pp. 48-51

TOULLIER, Adeline ; BAUDET, Véronique (1998) : « La protection sociale des étrangers âgés : vivement la retraite ? », *Plein Droit*, n°39, 1998, pp. 50-53

TOULLIER, Adeline ; MATH, Antoine (1999) : « L'accès aux soins des étrangers depuis la loi Pasqua : consensus politique sur la santé », *Plein Droit*, n°41-42, 1999, pp. 27-30

TRIPIER, Maryse (1999) : « De l'usage de statistiques « ethniques » », *Hommes et Migrations*, n°1219, 1999, pp. 27-31

TUDOR HART, Julian (1971) : « The inverse care law », *The Lancet*, n° 405, 1971

VEISSE, Arnaud (2000) : « Des patients dans la salle d'attente de la société », *Fondations*, n°11, 2000, pp. 27-35

VERBOUD, Mathieu (1993) : « La prise en charge chaotique des exclus », *Le journal du sida*, n°52-53, 1993, pp. 27-28

VEUGELERS, P.J. ; YIP, A.M. (2003) : « Socioeconomic disparities in heath care use : does universal coverage reduce inequalities in health ? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, n°6, 2003, pp. 424-428.

VIET, Vincent (1999) : « La France immigrée. Construction d'une politique 1914-1997 », Paris : Fayard, 188 p.

VIOSSAT, Louis-Charles (2001) : « Protection et institutions sociales », *La protection sociale en France*, Paris : la Documentation française, 3ème éd, 184 p., pp. 61-67

VOURC'H, François ; DE RUDDER, Véronique (2002) : « Discriminations ethnistes et racistes : nommer, compter, corriger » *Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, BOZON, M. ; DORE, V ; FASSIN, D. *et al.*, Paris : anRs, 129 p., pp. 53-67

WANNER, Philippe ; BOUCHARDY, Christine ; KHLAT, Myriam (1997) : « Causes de décès des immigrés en France 1979-1985 », *Migrations Santé*, n°91, 1997, pp. 9-38

WANNER, Philippe ; KHLAT, Myriam ; BOUCHARDY, Christine (1995) : « Habitudes de vie et comportements en matière de santé des immigrés de l'Europe du Sud et du Maghreb en France », *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, 1995, n° 43, 1995, pp. 548-559

WEIL, Patrick (2004) : « Un plan pour l'égalité », *Le Monde*, 13 décembre 2004

WIEVIORKA, Michel (1998) : « Le racisme, une introduction », Paris : La Découverte / Poche ; Syros, coll. Essais, 166 p.

WOLMARK, Cyril (1999) : « Les responsabilités sans le statut », *Plein Droit*, n° 41-42, 1999, pp. 16-20

ZITOUNI, Ismaël (2005) : « CMU et Aide médicale : où en est-on ? », *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, n°29, 2005, pp. 52-53

8.2 Guyane

ALAUX, Jean-Pierre (1997) : « Des DOM en mini-droit », *Plein Droit*, n°36-37, 1997, pp. 59-62

ALDIGHIERI, S. ; EERSEL, M.; MALATRE, X. ; OOMS, M. (2000) « Le Surinam, un partenaire clef pour une coopération régionale en santé publique dans les Guyanes », *Médecine Tropicale*, 2000, 60, 4, pp. 323-327

ARTIERES, Philippe (1999) : « Un peuple du milieu : les Ndjuka du Maroni », *Plein Droit*, n° 43, 1999, pp. 20-21

ASSOKA, CCFD, GISTI, MEDEL, CIMADE, SAF ; SM (1996) : « En Guyane : comme une guerre de basse intensité », *En Guyane et à Saint-Martin : des étrangers sans droits dans une France bananière*, rapport de mission, mars 1996 ; Association solidarité Karaïb, Comité catholique contre la faim et pour le développement, Groupe d'information et de soutien des travailleurs immigrés, Magistrats européens pour la démocratie et les libertés, Service œcuménique d'entraide, Syndicat des avocats de France, Syndicat de la magistrature, 145 p., pp. 91-128

BAZELY, Pierre ; CATTEAU, Christine (2001) : « Etat de santé, offre de soins dans les départements d'Outre-mer », Document de travail, DREES, n°14, juin 2001, 22 p.

BENOIST, Jean (1996) : « Singularités au pluriel ? », *Soigner au pluriel*, BENOIST, J. (dir), Paris : Karthala, 1996, 520 p., pp. 5-16

BENOIST, Jean (1996) : « Prendre soins », *Soigner au pluriel*, BENOIST, J. (dir), Paris : Karthala, 1996, 520 p., pp. 491-506

BONNIOL, Jean-Luc (1992) : « La couleur comme maléfice », Paris : Albin Michel, 304 p.

BOURDIER, Frédéric (2003) : « Les illusions du grand partage », *Vues d'Afrique. Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, GOBATTO, I. (dir), Paris : MSA/Karthala, 19 p.

BOURDIER, Frédéric (2002) : « Malades et maladies en exil : les migrations brésiliennes vers la Guyane à l'épreuve du sida », *Sciences sociales et santé*, vol 20 (3), 2002, pp. 5-28

BOURDIER, Frédéric (2001) : « Trajectoires sociales entre l'Amazonie française et brésilienne des personnes contaminées par le VIH », *Migration et Santé*, Paris, 104, pp. 79-90

BOURGAREL, Sophie (1994) : « Santé et géographie en Guyane », Paris : L'Harmattan, 237 p.

BOURGAREL, Sophie (1990) : « Les réfugiés surinamiens en Guyane », *Etudes créoles*, vol XIII, n°2, pp. 43-50

BUTON, François (2002) : « La lutte contre le VIH/sida en Guyane. Dispositifs et représentations », Centre Universitaire de Recherches Administratives et Politiques de Picardie (CURAPP), décembre 2002, 91 p.

CALVES, Gwénaële (2005) : « Le droit du sol selon François Barouin : l'amalgame et le mensonge », Observatoire des inégalités, 19 septembre 2005

CARDE, Estelle (2005) : « L'accès aux soins dans l'Ouest guyanais. Représentations et pratiques professionnelles vis-à-vis de l'altérité : quand usagers et offre de soins viennent « d'ailleurs » », thèse de médecine (santé publique), Université de Toulouse, 380 p.

CHAMBRON, Nicole (1998) : « De la diversité des besoins à l'égalité des droits », *L'accès au droit en Guyane*, PEYRAT, D. ; GOUGIS-CHOW CHINE, M.-A. (coord), Cayenne : Ibis Rouge, Petit Bourg, 179 p., pp. 71-88

CHAPUIS, Jean (1996) : « L'identité dans le prisme de la maladie et des soins », *Soigner au pluriel*, BENOIST, J. (dir), Paris : Karthala, 520 p., pp. 37-70

CHERUBINI, Bernard (2002) : « Interculturalité et créolisation en Guyane française », Paris : L'Harmattan, 270 p.

CHERUBINI, Bernard (1988) : « Cayenne et ses étrangers : du discours aux pratiques », *Les étrangers dans la ville : le regard des sciences sociales*, SIMON-BAROUH, I. ; SIMON, P.-J. (dir), Paris : L'Harmattan, 435 p., pp. 396-409

CHERUBINI, Bernard (1986) : « Dynamique de l'ethnicité et identité culturelle à Cayenne », Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, Centre national de documentation des départements d'outre-mer (CENADDOM), avril 1986, 71 p.

COLLOMB, Gérard (2001) : « Les rapports interculturels dans l'Ouest guyanais : un point de vue kali'na », *Territoire, mémoire, identités en situation pluriculturelle : le cas de l'Ouest guyanais, rapport 1998-2000*, COLLOMB, G. ; JOLIVET, M.-J., Mission du patrimoine ethnologique « ethnologie et patrimoine dans les DOM-TOM », 82 p., pp. 41-59

COLLOMB, Gérard ; JOLIVET, Marie-José (2001) : « Territoire, mémoire, identités en situation pluriculturelle : le cas de l'Ouest guyanais, rapport 1998-2000 », Mission du patrimoine ethnologique « ethnologie et patrimoine dans les DOM-TOM », 82 p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA (2003) : « Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer », Rapport suivi de recommandations du Conseil national du sida, 96 p.

COUPPIE, Pierre ; BISSUEL, François ; SOBESKY, Milko *et al.* (2002) : « Traditional medicine, HAART and HIV infection : a prevalence study in Grench Guiana », XIV International AIDS Conference; 2002

DDASS de la GUYANE (2001) : « Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) Guyane, 2000/2001/2002 », édition juin 2001, 71 p.

DDASS de la GUYANE (2001) : « 4ème conférence régionale de santé de la Guyane : améliorer l'accès aux soins des plus démunis », 18 janvier 2001

DELANEAU, Jean ; BIMBENET, Jacques ; BOYER, Louis *et al.* (1999) : « La Guyane : une situation sociale et sanitaire préoccupante », Commission des Affaires Sociales, Les rapports du Sénat, n° 246, 57 p.

DENDIEVEL, Judith (2003) : « Observance thérapeutique chez les patients infectés par le VIH suivis au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais », thèse de Médecine, Université de Lille, 2003

DENIS, Isabelle (1999) : « Un îlot d'exception dans une République indivisible », *Plein Droit*, n°43, 1999, pp. 24-27

DORIAC, Neuville (1987) : « Eléments en vue du repérage de l'idéologie médicale au XVIIIème siècle dans l'esclavage des nègres », *Deux siècles d'esclavage en Guyane française : 1652-1848*, BRULEAUX, A.-M.; CALMONT, R. ; MAM-LAM-FOUCK, S. (dir), Paris : L'Harmattan, 341 p., pp. 91-101

DSDS de la Guyane (2001) : « Situation du Sida en Guyane », Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la santé et du développement social, 1er décembre 2001

DUFLO, Marie ; MONY, Patrick (2006) : « L'outremer, laboratoire de la « lutte contre l'immigration clandestine ». Mayotte, Guyane et Guadeloupe, cibles du projet de loi relatif à l'immigration », Collectif Outre-mer (CCFD - Cimade - Comede - Collectif Haïti – GISTI - LDH - Médecins du monde - Secours catholique), 5 avril 2006, 11 p. (*Mayotte, alerte sur une situation d'exception*, Collectif Outre-mer, conférence de presse, 7 avril 2006, 37 p.)

DUPUY, Francis (2001) : « Frontières ethniques dans le Haut Maroni », *Territoire, mémoire, identités en situation pluriculturelle : le cas de l'Ouest guyanais, rapport 1998-2000*,

COLLOMB, G. ; JOLIVET, M.-J., Mission du patrimoine ethnologique « ethnologie et patrimoine dans les DOM-TOM », 82 p., pp. 60-82

DUPUY, Francis (1999) : « Brèves remarques sur la question autochtone en Guyane », *Droit et Cultures*, n°37, pp.149-153

DUVAL-COTTERAU, Eric (1994) : « Société, cultures et troubles psychiques dans la région de Saint-Laurent du Maroni (Guyane française) », thèse de Médecine, Université de Montpellier, 1994

ECRI (European Commission Against Racism and Intolerance) (2000) : « Second rapport sur la France, adopté le 10 décembre 1999 », Strasbourg, le 27 juin 2000.

FAUQUENOY, Marguerite (1990) : « Dimensions de la Guyanité ou Langue et Identité en Guyane », *Etudes créoles*, vol. XIII, n°2, 1990, pp. 53-68

FAYMAN, Sonia (2006) : « Démolitions très politiques en Guyane », *Plein Droit*, n°68, 2006

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE ; MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES (2002) : « Collaboration frontalière de santé dans la vallée du Maroni », 35 p. + annexes

FOSSE, Gilbert (1998) : « Témoignage de la communauté des Noirs-Marrons », *L'accès au droit en Guyane*, PEYRAT, Di. ; GOUGIS-CHOW CHINE, M.-A. (dir), Cayenne : Ibis Rouge, Petit Bourg, avril 1998, 179 p., pp. 105-107

GALLIBOUR, Eric (1996) : « Du bidonville au logement social. L'accès des immigrés haïtiens à l'habitat en Guyane française », Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, CNRS, programme interdisciplinaire de Recherche sur la ville, 311 p.

GIRAUD, Michel (1999) : « Contre les crispations identitaires : découpler nationalité et citoyenneté », *Plein Droit*, n°43, 1999, pp. 3-6

GISTI (2001) : « La situation juridique des étrangers dans les DOM », Groupe d'information et de soutien des immigrés, Les cahiers juridiques, mai 2001, 32 p.

HAFFNER, Jean (2005) : « Trois visites dans les territoires d'outre mer Guyane, Guadeloupe et Mayotte. Extrait de la Synthèse du rapport DOMTOM et ASILE 2005 », Secours Catholique, 4 p. (*Mayotte, alerte sur une situation d'exception*, Collectif Outre-mer, conférence de presse, 7 avril 2006, 37 p.)

HOUETTE, Claire (1999) : « Etude d'un cas de médiation culturelle dans le domaine de la santé, à Saint-Laurent-du-Maroni, en Guyane française », thèse de Médecine, Université de Tours, 1999

JOLIVET, Marie-José (2002) : « Migrations et sida en Guyane, ou les pièges d'une situation complexe », *Sciences Sociales et Santé*, vol 20, n°3, 2002, pp. 29-36

JOLIVET, Marie-José (2002) : « D'une créolisation à l'autre, ou les voies de l'interculturel », *Territoire, mémoire, identités en situation pluriculturelle : le cas de l'Ouest guyanais, rapport 1998-2000*, COLLOMB, G. ; JOLIVET, M.-J., Mission du patrimoine ethnologique « ethnologie et patrimoine dans les DOM-TOM », 82 p., pp. 17-40

JOLIVET, Marie-José (2000) : « Espace, mémoire et identité », *Autrepart*, n°14, 2000, pp. 165-175

JOLIVET, Marie-José (1997) : « La créolisation en Guyane. Un paradigme pour une anthropologie de la modernité créole », *Cahiers d'Etudes africaines*, 148, XXXVII-4, 1997, pp. 813-837

JOLIVET, Marie-José (1994) : « Créolisation et intégration dans le carnaval de Guyane », *Cahiers des Sciences Humaines*, 30 (3), 1994, pp. 531-549

JOLIVET, Marie-José (1990) : « Entre autochtones et immigrants : diversité et logique des positions créoles guyanaises », *Etudes créoles*, vol. XIII, n°2, 1990, pp. 11-32

JOLIVET, Marie-José (1982) : « La question créole », Paris, ORSTOM, coll. Mémoires n° 96, 503 p.

KERHOUSSE, René (1998) : « L'accès au droit des populations étrangères en Guyane », *L'accès au droit en Guyane*, PEYRAT, D. ; GOUGIS-CHOW CHINE, M.-A. (dir), Cayenne : Ibis Rouge, Petit Bourg, avril 1998, 179 p., pp. 145-171

LEMAIRE, Xavier (2000) : « La France en Guyane ou le pouvoir ultra-périphérique. Sociologie de l'action administrative et institution imaginaire de la différence culturelle dans un département français d'Amérique », thèse de sociologie, Paris, EHESS, 2000, 951 p.

LINGIBE, Patrick (1998) : « Genèse de l'accès au droit en Guyane », *L'accès au droit en Guyane*, PEYRAT, D. ; GOUGIS-CHOW CHINE, M.-A. (dir), Cayenne : Ibis Rouge, Petit Bourg, avril 1998, 179 p., pp. 49-70

MAM-LAM-FOUCK, Serge (1987) : « Apogée, déclin et disparition du système esclavagiste (première moitié du XIXème siècle) », *Deux siècles d'esclavage en Guyane française : 1652-1848*, BRULEAUX, A.-M. ; CALMONT, R. ; MAM-LAM-FOUCK, S. (coord.), Paris : L'Harmattan, 341 p.

MARCHAND-THEBAULT, Marie-Louise (1987) : « L'esclavage en Guyane sous l'ancien régime », *Deux siècles d'esclavage en Guyane française : 1652-1848*, BRULEAUX, A.-M. ; CALMONT, R. ; MAM-LAM-FOUCK, S. (coord.), Paris : L'Harmattan, 341 p., pp.11-62

MARTINI, Jean-François (1999) : « Session de rattrapage pour l'état civil guyanais », *Plein Droit*, n°43, 1999, pp. 22-23

MEISSONIER, M ; RODRIGO, J (1997) : « Les besoins en soins des populations migrantes dans le secteur de Saint Laurent du Maroni Guyane française », Présentation du service médical de la région Antilles-Guyane

ORRU, Jean-François (2001) : « Les communes isolées de la Guyane et la France, de la colonisation à la globalisation », thèse de Géographie, Aménagement et Urbanisme, Université de Paris, 2001

PARRIS, Jean-Yves (2002) : « Une controverse politique : l'interrogatoire posthume chez les Marrons ndjuka (Surinam, Guyane) », thèse d'Anthropologie sociale et ethnologie, Université de Paris, 2002

PEYRAT, Didier (1999) : « Le droit comme ressource », *Droit et Cultures*, n°37, pp. 155-163

PLEIN DROIT (1999) : « Les expulsions d'étrangers : une police hors-la-loi », *Plein Droit*, n°43, 1999, pp. 28-31

PLEIN DROIT (1999) : « Un an après la loi Chevènement ... le point sur la réglementation », *Plein Droit*, n°41-42, 1999, pp. 64-65

PLEIN DROIT (1991) : « Guyane : le travail clandestin se porte bien », entretien avec un inspecteur du travail, *Plein Droit*, mars 1991, pp. 43-44

PLEIN DROIT (1989) : « La traite des immigrés en Guyane », entretien avec Jean Yves Urfié, *Plein Droit*, août 1989, pp. 34-37

RALLU, Jean-Louis (1998) : « Les catégories statistiques utilisées dans les DOM-TOM depuis le début de la présence française », *Population*, n°3, pp. 589-608

RODIER, Claire (1999) : « Les entorses au principe d'assimilation », *Plein Droit*, n°43, 1999, pp. 9-10

ROMEO, Miguel (2004) : « Dépistage du VIH dans le service de dermatologie du Centre Hospitalier de Cayenne de 1985 à 2003 », thèse de Médecine, Université de Bordeaux, 2004

SAUVAIN Michel ; VERNON, Diane ; FLEURY, Marie (1986) : « Système de santé moderne et pratiques traditionnelles de santé chez les Noirs Marrons de Guyane et du Surinam », ORSTOM, février 1986

SURIFRANCE (2001) : « Projet villages-santé : un recensement des besoins sociaux et sanitaires des populations habitant le long de Route nationale 1 de Crique Margot à crique Organabo », Surifrance, Saint-Laurent du Maroni, Guyane française, avril 2001, 27 p.

TAVERNE, Bernard (1996) : « La construction sociale de l'efficacité thérapeutique, l'exemple guyanais », *Soigner au pluriel*, BENOIST, J. (dir), Paris : Karthala, 520 p., pp. 19-35

TAVERNE, Bernard (1991) : « Un « docteur-feuille » à Cayenne ; santé, culture et société chez les immigrés haïtiens de Guyane française », thèse d'Anthropologie, Université d'Aix Marseille, 1991

VERDIER, Raymond (1999) : « Introduction », *Droit et Cultures*, n°37, pp. 7-16

VERNON, Diane (1998) : « L'accès à quel droit pour les peuples du fleuve ? », *L'accès au droit en Guyane*, P., Didier ; GOUGIS-CHOW CHINE, M.-A. (dir), Cayenne : Ibis Rouge, Petit Bourg, avril 1998, 179 p., pp. 109-116

VERNON, Diane (1993) : « « Choses de la forêt ». Identité et thérapie chez les Noirs Marrons Ndjuka du Surinam », *Jeux d'identités. Etudes comparatives à partir de la Caraïbe*, JOLIVET, M.-J. ; REY-HULMAN D. (dir), Paris : L'Harmattan, pp. 261-281

8.3 Rapports d'activité, communiqués de presse, dépêches

ACT UP (2004) : « Aide Médicale Etat, note pratique », communiqué de presse, 26 mars 2004

ACT UP (2004) : « Un rapport en toc », communiqué de presse, 24 mars 2004

ACT UP (2003) : « Le ministre de la santé va-t-il laisser les sans papiers mourir sans rien faire ? », communiqué de presse, 18 novembre 2003

ACT UP (2003) : « Les étrangers malades : Mattei et Dab ont trahi leurs engagements », communiqué de presse, 12 novembre 2003

ACT-UP (2000) : « Une Couverture Médicale qui n'a d'Universelle que le nom », *Action*, n° 29, 2000, Act-Up Paris, p. 2

ACT-UP (1997) : « Malades étrangers : entre peine de mort et bons sentiments », *Action*, n° 46, mars 1997, p. 20-21

ADMEF (1994) : « Rapport d'activité de l'action pour les droits des malades étrangers en France », Action pour les droits des malades étrangers en France, 31 décembre 1994, 17 p.

AILLET, Véronique (1998) : « « J'avais beau leur expliquer ... » : rapport d'étude sur l'accessibilité aux soins : enquête auprès des patients de la mission France de Médecins du Monde », Médecins du Monde, septembre 1998

BADER, Jean-Michel (2000) : « La grande misère sanitaire de la Guyane », *le Figaro*, 7 septembre 2000

BISSUEL, Bertrand (2000) : « Un agent de la Sécurité Sociale jugé pour provocation à la haine raciale », *Le Monde*, décembre 2000

BOUCHER, Eric (1997) : « L'inextricable situation des sans-papiers malades », *Accueillir*, 1997, n°210, pp. 10-11

CATRED (2000) : « Suppression répétée de prestations : les étrangers sont suspectés de non résidence », *Le bulletin du CATRED*, n°1, 2000, p. 3

COLLECTIF « SANTE POUR TOUS » (2003) : « Le gouvernement persiste à vouloir supprimer la protection maladie et l'accès aux soins pour les étrangers sans papiers », communiqué de presse, 1er décembre 2003, 2 p.

COMEDE (2005) : « Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale », 440 p.

COMEGAS (2003) : « Lettre ouverte au président du Conseil de l'Ordre des Médecins », 18 décembre 2003, 2 p.

DESFEMMES, Françoise (2000) : « Lettre à Monsieur le Directeur de l'Hôpital Necker-Enfants Malades », janvier 2000

FARINE, Frédéric (2002) : « En Guyane, des clandestins sont candidats au sida », *La Croix*, 9 décembre 2002, p. 8

FARINE, Frédéric (2002) : « Le tabou guyanais cache l'ampleur de l'épidémie », sur RFI.fr, 04 juillet 2002

FIDH, LDH, GISTI (2003) : « Aide médicale d'Etat : graves menaces contre l'accès aux soins », communiqué de presse, 1er décembre 2003, 2 p.

GISTI (2000) : « La protection sociale des étrangers en France après la création de la CMU », *les cahiers juridiques*, septembre 2000, 72 p.

GISTI (1997) : « Le guide de la protection sociale des étrangers en France », Paris : Ed La Découverte ; Syros, 360 p.

LALLEMAND, Dominique (2000) : « Le dispositif d'accueil au bord de l'implosion », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2190, 2000, pp. 21-22

MEDECINS DU MONDE (2005) : « Rapport de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde 2004 », juillet 2005, rapport écrit par Georges Fahet, Françoise Cayla, Nadège Drouot ; Nathalie Simonnot, 195 p.

MEDECINS DU MONDE (2000) : « Enquête à Paris sur la réalité de la loi du 27 juillet 1999, portant création de la CMU et rénovation de l'AME », septembre 2000, dossier réalisé par Sylvie Capitant, 19 p.

MEDECINS DU MONDE, Mission France de Grenoble (1995) : « Un accueil médico-social ouvert aux étrangers en situation de précarité », *Ecarts d'identité*, n° 72–73, 1995, p. 24–26

MEDECINS SANS FRONTIERES (2003) : « Programme Accès aux Droits Sociaux des Etrangers à Marseille (sept 2001-déc 2002) », 43 p.

MEDIAMETRIE (2001) : « Post test films sida, Martinique, Guadeloupe et Guyane », 48 p.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE (2000) : « Suivi CMU, état de la situation en Ile de France au 29 septembre 2000 », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DRASS d'Ile de France, préfecture de la région Ile de France, 14 p.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE (1999) : « Guide de la personne-relais : la couverture maladie universelle en pratique », 15 décembre 1999, 11 p.

MNISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES (2006) : « Praticiens à diplômes étrangers hors Union européenne », communiqué du 12/01/06, 2 p.

MOUVEMENT CONTRE LE RACISME ET POUR L'AMITIE ENTRE LES PEUPLES (1996) : « L'accès aux soins pour les sans-papiers », in *Rapport Pari d'Egalité 1995 / 96*, Fédération de Paris du MRAP, p. 25-27

NATHAN, Hervé (2003) : « Budget : les manouches et les étrangers paieront », *Libération*, 4 décembre 2003

OBSERVATOIRE DES INEGALITES (2004) : « Etrangers : l'ampleur de la discrimination », 14 février 2004

OBSERVATOIRE DU DROIT A LA SANTE DES ETRANGERS (2006) : « La CNAM entend exclure de la complémentaire CMU plus de 6000 étrangers gravement malades »,

lettre ouverte à M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et M. Frédéric Van Roekeghem, Directeur de la CNAMTS, Pars, 23 mars 2006, 2 p.

OBSERVATOIRE DU DROIT A LA SANTE DES ETRANGERS (2003) : « Rapport d'observation », juin 2003, 55 p.

OBSERVATOIRE DU DROIT A LA SANTE DES ETRANGERS (2001) : « Rapport d'observation, année 2000 », juin 2001, 47 p.

OBSERVATOIRE DU DROIT A LA SANTE DES ETRANGERS (2000) : « Bilan après six mois d'application de la loi CMU », juin 2000, 9 p.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE (2006) : « Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2005-2006 », Paris : La Documentation française, 166 p.

OBSERVATOIRES REGIONAL DE LA SANTE ILE DE FRANCE (2006) : « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004 », avril 2006, 290 p.

ROY, Philippe (1986) : « La santé des migrants : des besoins spécifiques … de défavorisés », *Le Quotidien du Médecin*, 3 février 1986

SEVILLA, Jean-Jacques (2003) : « Les désagréments de la discrimination positive », *Le Monde*, 7 mars 2003

SUD SANTE SOCIAUX (2004) : « Et maintenant les travailleurs sociaux en garde à vue ! »

SYNDICAT de la MEDECINE GENERALE (2003) : « Soins aux étrangers : des dispositions radicales et dangereuses », Communiqué de presse, 30 novembre 2003, 2 p.

TAERON, Corinne (2003) : « Aide Médicale Etat : le rapport inique de l'Igas », *le journal de la démocratie sanitaire*, n° 158, septembre 2003, pp. 19-21

WAK, Odette (2000) : « Seraient-ils les « bouche-trous » de la santé publique française ? », *Tribune de l'immigration*, n° 37, janvier 2000, p. 15-16

9 SIGLES ET ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ADRI : Agence pour le Développement des Relations Interculturelles

AMD : Aide Médicale Départementale

AME : Aide Médicale Etat

ANAEM : Agence Nationale d'Accueil des Etrangers et des Migrations

APS : Autorisation Provisoire de Séjour

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CISIH : Centre d'Information et de Soins de l'Immuno-déficience Humaine

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CODAC : Commission Départementale d'Accès à la Citoyenneté

COMEDE : Comité médical pour les Exilés

COPEC : Commission pour la Promotion de l'Egalité des Chances et la Citoyenneté

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRE : Commission for Racial Equality

CRR : Commission de Recours des Réfugiés

CSP : Catégorie Socio Professionnelle

CST : Carte de Séjour Temporaire

DFA : Département Français d'Amérique

DOM : Département d'Outre Mer

DPM : Direction de la Population et des Migrations

DDASS : Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSDS : Direction de la Santé et du développement Social

DSP : Direction Départementale de la Solidarité et de la Prévention

ECRI : Commission européenne contre le racisme et l'intolérance

FASILD : Fond d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations (anciennement FAS, Fonds d'Action Sociale)

FIDH : Fédération Internationale des Droits de l'Homme

GELD : Groupe d'Etude et de Lutte contre les Discriminations (anciennement GED, Groupe d'Etude des Discriminations)

GISTI : Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés

HALDE : Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité

HCI : Haut Conseil à l'Intégration

INED : Institut National des Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

JDN : Jugement Déclaratif de Naissance

LDH : Ligue des Droits de l'Homme

LICRA : Ligue Internationale Contre le Racisme et l'Antisémitisme

MDM : Médecins du Monde

MGIS (l'enquête) : Mobilité Géographique et Insertion Sociale

MIP : Maladie Infectieuse et Parasitaire

MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique

MSF : Médecins Sans Frontières

MRAP : Mouvement contre le Racisme et pour l'Amitié entre les Peuples

ODSE : Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

TGI : Tribunal de Grande Instance

TOM : Territoire d'Outre-Mer

ZEP : Zone d'Education Prioritaire

10 Annexes

10.1 Recueil des données

Ensemble des professionnels rencontrés au cours de l'enquête

- administratifs : agents de la Sécurité sociale, inspecteurs de santé publique, agents des services de facturation des hôpitaux, etc.
- professionnels du soin : médecins, dentistes, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, pharmaciens
- travailleurs sociaux : assistants sociaux, éducateurs ; sont également inclus dans cette catégorie les membres d'association dont une fonction importante est l'accompagnement dans les démarches administratives, notamment d'accès aux soins, ainsi que les médiateurs culturels rencontrés dans les hôpitaux de Guyane
- autres professionnels

Métropole

78 professionnels ont été rencontrés.

	Administratifs	**Professionnels du soin**	**Travailleurs sociaux**	**Autres**	**Total**
Caisse de la Sécurité sociale	13	1	1		15
Administration déconcentrée ou décentralisée de l'Etat	3	5			8
Hôpital	1	7	13		21
PMI, dispensaire, centre médico-social, agence d'insertion		1	2		3
Libéral		2			2
Association		9	17	3 (a)	29
Autres					
Total	**17**	**25**	**33**	**3**	**78**

Tableau 3 : Professionnels rencontrés en métropole

(a) Ce sont tous les trois des juristes

Ile de France

- <u>Administratifs</u>
  - CPAM, Paris (service accueil extérieur : la responsable)
  - CPAM, Seine Saint-Denis (service AME : la responsable)
  - DDASS, Paris (service solidarité-insertion : le responsable)
  - DDASS, Paris (service accueil des primo arrivants : la responsable)

➢ Professionnels du soin

Institutions[400]

- DDASS, Seine Saint Denis (service régularisations pour soins : deux infirmières)

Associations

- CIMADE, Seine Saint-Denis (un médecin)
- COMEDE, Paris (un médecin)

➢ Travailleurs sociaux

Institutions

- Hôpital Saint-Antoine, Paris (PASS : un assistant social)
- Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris (PASS : une cadre socio-éducatif)
- Hôpital Avicenne, Bobigny (service des urgences : un assistant social)
- CRAMIF (une assistante sociale)

Associations

- ACT-UP, Paris (pôle régularisations pour soins : le coordinateur)
- Foyer AFTAM, Seine Saint-Denis (une assistante sociale)
- AIDES, Seine Saint Denis (une assistante sociale)
- CIMADE, Paris (pôle accès aux droits : une responsable)
- CIMADE, Seine Saint-Denis (une assistante sociale)
- CIMADE, Paris (pôle régularisations pour soins : un accompagnant)
- COMEDE, Paris (un assistant social)
- Médecins du Monde, siège national (Missions France : la coordonnatrice)

➢ Autres professionnels

Associations

- CATRED, Paris (une juriste)
- GISTI, Paris (un juriste)
- SSAE, siège national (une juriste)

Aquitaine

➢ Administratifs

- CPAM, Gironde (la responsable du service accueil)
- CPAM, Gironde (un agent des guichets délocalisés)

[400] Cette catégorie correspond aux 4 premières lignes des tableaux.

➢ Professionnels du soin

Institutions
- Hôpital psychiatrique, Cadillac (un psychiatre, exerçant par ailleurs à l'association Géza Roheim et dans un CMS)
- Hôpital des enfants, Bordeaux (une puéricultrice)
- PMI, Talence (un médecin)
- DDASS, Gironde (service des régularisations pour soins, un médecin)
- DDASS, Gironde (pôle précarité, un médecin)

Associations
- Médecins du Monde, Bordeaux (une médecin)
- SAMU Social, Bordeaux (un médecin)

Libéral
- Médecin généraliste, Bordeaux

➢ Travailleurs sociaux

Institutions
- Hôpital Pellegrin, Bordeaux (CISIH, une assistante sociale)
- Hôpital Saint-André, Bordeaux (PASS, une assistante sociale)
- CHU de Bordeaux (service de l'Action sociale, la coordinatrice)
- Hôpital Saint-André, Bordeaux (une cadre socio-éducative)
- CMS, Bordeaux, secteur Saint-Michel (un assistant social)

Associations
- ASTI, Bordeaux (Association de Solidarité avec les Travailleurs Immigrés) (une bénévole à une permanence juridique)
- Médecins du Monde, Bordeaux (une assistante sociale)
- SAMU Social, Bordeaux (la directrice (éducatrice spécialisée))

Nord-Pas de Calais

➢ Administratifs
- CPAM, Lille (service des prestations extra légales : le responsable)
- CPAM, Roubaix (service AME : la responsable)
- CPAM, Lille (service AME et CMU : la responsable)
- DDASS, Lille (unité « intégration - protection sociale » : le responsable)
- Hôpital Saint-Vincent, Lille (service de la facturation et des contentieux : la responsable)

➢ Professionnels du soin

Institutions

- Hôpital Saint-Vincent, Lille (service des urgences : trois infirmiers)
- Hôpital Saint-Vincent, Lille (services de médecine, chirurgie et explorations : la surveillante)
- Hôpital Dron, Tourcoing (service des maladies infectieuses : un médecin)
- DDASS, Lille (service des régularisations pour soins : un médecin)

Associations

- ABEJ, Lille (un médecin)
- Diogène, Lille (une psychiatre)
- Diogène, Lille (une infirmière)
- MSL, Lille (Médecins Solidarité Lille) (deux médecins)

Libéral

- Une médecin généraliste, Lille

➢ Travailleurs sociaux

Institutions

- Hôpital Dron, Tourcoing (au service de maladies infectieuses : une assistante sociale)
- Hôpital Hurriet, Lille (service hématologie : une assistante sociale)
- Hôpital Salengro, Lille (service des urgences : trois assistants sociaux)
- Centre de prévention, Roubaix (une assistante sociale)
- Hôpital Saint-Vincent, Lille (service social : la responsable)

Associations

- FARE, Lille (deux assistantes sociales)
- MSL, Lille (Médecins Solidarité Lille) (un assistant social)
- SSAE, Lille (deux assistantes sociales)

Guyane

97 professionnels ont été rencontrés.

	Administratifs	Professionnels du soin	Travailleurs sociaux	Autres	Total
Caisse de la Sécurité sociale	3	1	1		5
Administration déconcentrée ou décentralisée de l'Etat	5				5
Hôpital	8	24	10		42
PMI, dispensaire, centre médico-social, agence d'insertion	1	10	1		12
Libéral		8			8
Association		2	8		10
Autres		2 (a)	4 (b)	9 (c)	15
Total	**17**	**47**	**24**	**9**	**97**

Tableau 4 : Professionnels rencontrés en Guyane

(a) Il s'agit d'une infirmière scolaire et du médecin de l'hôpital d'Albina, au Surinam
(b) Trois sont en milieu scolaire et le quatrième dans une CAF
(c) Il s'agit de juristes de la maison de la justice et du droit, du secrétaire général de la sous-préfecture, de gendarmes et d'un douanier, tous en poste à Saint Laurent du Maroni

- Administratifs

CGSS (Caisse Générale de la Sécurité Sociale)

- Permanence de Saint Laurent du Maroni (le responsable)
- Cellule CMU-AME, Cayenne (1 responsable)
- Cellule CMU-AME, Cayenne (1 agent d'accueil)

DSDS (Direction de la Santé et du développement Social)

- Antenne de Saint Laurent du Maroni (1 agent)
- Siège, Cayenne (1 inspectrice)
- Siège, Cayenne (1 agent au service des demandes de titres de séjour pour soins)

DSP (Direction Départementale de la Solidarité et de la Prévention)

- Siège, Cayenne (le directeur adjoint)
- Siège, Cayenne (la responsable du pôle aide sociale)

Hôpital, Saint Laurent du Maroni

- Pass (1 agent)
- Bureau des admissions (2 agents)

- Service de la facturation (1 agent)
- Direction de l'hôpital (le directeur)
- Secteur formation (la responsable)
- Coordination des actions de prévention sur l'Ouest guyanais (la responsable)

Hôpital, Cayenne

- Service de la facturation (la responsable)

PMI, Saint Laurent du Maroni

- 1 agent

➢ Professionnels du soin

Institutions

Hôpital, Saint Laurent du Maroni

- Service de gynéco-obstétrique (1 médecin, 2 internes, 1 ex interne)
- Service des urgences (1 médecin, 1 aide soignante)
- Service de médecine (2 infirmières, 2 internes)
- Service de psychiatrie (1 médecin, 4 infirmières)
- CISIH (1 médecin, 1 infirmière)
- EMIPS (1 sage femme, 1 pharmacien)
- Département d'Information Médicale (le médecin responsable)

Hôpital, Cayenne

- CISIH (3 médecins, 1 interne)

PMI, Saint Laurent du Maroni

- 2 médecins, 1 interne
- 1 sage femme
- 1 puéricultrice
- 1 aide-soignante

Centres de santé

- Iracoubo-Organobo (1 médecin, 1 infirmière)
- Grand Santi (1 médecin)
- Apatou (1 faisant fonction d'interne)

CGSS

- Service médical, Cayenne (1 médecin conseil)

Education nationale

- 1 infirmière scolaire

Associations

Saint-Laurent du Maroni

- Mama Bobi (1 médecin)
- ATIRG (1 infirmière)

Libéral

- 3 médecins (dont 1 remplaçante), Saint Laurent du Maroni
- 1 médecin (remplaçante), Mana
- 1 infirmière, Saint Laurent du Maroni (par ailleurs responsable du pôle santé municipal)
- 2 pharmaciennes, Saint Laurent du Maroni
- 1 dentiste (remplaçante), Saint Laurent du Maroni

➢ Travailleurs sociaux

Institutions

Hôpital Franck Joly, Saint Laurent du Maroni

- quatre assistantes sociales polyvalentes
- 1 médiatrice culturelle

Hôpital, Cayenne

- CISIH (1 assistante sociale)
- PASS (1 assistante sociale)
- un service d'hospitalisation (1 assistante sociale)
- CISIH (le médiateur culturel)
- Coordination centres de santé (basée à l'hôpital de Cayenne) (1 assistante sociale)

CGSS, Cayenne

- Service social, Cayenne (la responsable)

Agence départementale d'Insertion de la Guyane, Saint Laurent du Maroni (1 animatrice)

Associations

Saint-Laurent du Maroni

- AIDES (la coordinatrice)
- In'pact (1 éducatrice)
- Le pou d'agouti (1 bénévole)
- SAVIP : 1 assistant social
- Surifrance (2 bénévoles)

Cayenne

- Sida Info service : le responsable
- ASFMF : le responsable

➢ Professionnels intervenant plus indirectement sur l'accès aux soins

- Education nationale, Saint Laurent du Maroni (3 assistantes sociales)
- CAF, Saint Laurent du Maroni (1 assistant social)
- Maison de la justice et du droit, Saint Laurent du Maroni (1 assistant de justice et 1 emploi-jeune affectés aux procédures de jugement déclaratif de naissance, 1 avocat, 1 greffière)
- Sous préfecture, Saint Laurent du Maroni (le secrétaire général)
- Gendarmerie, douane, Saint Laurent du Maroni (3 gendarmes, 1 douanier)
- Hôpital d'Albina, Surinam (1 médecin)

➢ Familles rencontrées à Saint-Laurent du Maroni et ses environs
(non notées dans les tableaux)

3 familles saramaka, 2 djuka et 1 amérindienne ont été rencontrées par l'intermédiaire de bénévoles ou salariés d'associations et de la médiatrice culturelle de l'hôpital de Saint Laurent du Maroni.

Modalités de rencontre

La plupart de ces personnes ont été rencontrées en entretiens semi-directifs, réalisés à partir d'un guide de questionnement, individuels, en face à face et semi-dirigés, pour une durée d'une heure-une heure et demi environ. La plupart des entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement par nous-même. Cependant quelques entretiens ont été :

- des entretiens de groupes (deux personnes le plus souvent) (15 entretiens),
- plus rapides, n'abordant que certains points spécifiques à la fonction professionnelle (21 personnes, essentiellement en Guyane), éventuellement par téléphone (2 personnes), ils n'étaient alors pas enregistrés

En outre, certains de ces professionnels ont été rencontrés pendant des temps d'observation au cours desquels des espaces d'expression ont pu être ménagés pour nous permettre de revenir avec les professionnels sur certains points. Ces observations ont été menées à Paris, en Guyane et à Bordeaux.
L'ensemble de ces données ont été anonymisées (les lieux et les noms sont gommés).

Lieux des observations :

Paris, mars 2002

Hôpital Tenon :

- service des urgences (au bureau d'accueil, dans la salle de consultation de l'infirmier d'accueil et d'orientation, dans les services des urgences proprement dit) (18 heures, réparties sur 7 jours) (rencontre de nombreux professionnels du soin, non inclus dans les listes ci-dessus)
- permanence CPAM : 2 agents de guichet (2 matinées)

Guyane, mai-octobre 2002

- CGSS :
    - accueil général, Saint Laurent du Maroni (une matinée) : un agent
    - accueil CMU-AME, Cayenne (deux heures) : un agent
- Centres de santé :
    - PMI, Saint Laurent du Maroni : réception des femmes enceintes et constitution de leurs dossiers administratifs en vue de la déclaration de grossesse (une matinée) : un agent
    - centre de santé d'Organobo : salle de consultation (une matinée) : un médecin et une infirmière

Bordeaux, juillet 2003

CPAM de Gironde :

- accueil dans un centre de Sécurité sociale (Pelleport) : 3 agents et une médecin conseil (4 journées)
- accueil dans des permanences délocalisées : un agent CPAM au Samu social et une bénévole à Médecins du Monde (2 demi-journée)

Enfin, une analyse a été menée auprès de 99 dossiers de malades suivis dans une association parisienne offrant une prise en charge sanitaire et sociale des demandeurs d'asile, le COMEDE (analyse de l'évolution des démarches d'accès à une couverture maladie).

10.2 Le dispositif de protection sociale contre le risque maladie : les réglementations

Le système français de protection sociale repose sur un double principe, assuranciel et assistanciel. La protection contre le risque maladie est ainsi constituée de deux systèmes disjoints : l'Assurance maladie, qui relève de la Sécurité sociale et l'Aide Médicale Etat (AME), qui relève de l'Aide sociale.

L'Assurance maladie

L'affiliation à l'un des régimes de l'Assurance maladie est soumise à une condition de résidence sur le territoire national. Les personnes sans domicile fixe doivent élire domicile auprès d'une association agréée ou d'un CCAS pour être assurées. Les étrangers quant à eux doivent non seulement résider en France mais aussi être en situation régulière au regard de leur séjour.
Il y a deux types d'affiliation.

Droit commun

L'affiliation se fait sur critères socioprofessionnels : en bénéficient les cotisants (salariés ou non) et leurs ayants droits[401], les titulaires de rentes ou d'allocations, les détenus, les bénéficiaires de l'assurance chômage, les étudiants, les travailleurs saisonniers, etc.
Pour les étrangers, une liste des titres ou documents attestant la régularité de leur séjour est fixée par décret. Il s'agit principalement des titres de séjour et de travail d'une durée supérieure à trois mois et des autorisations provisoires de séjour (APS) avec droit au travail.

[401] Sont considérées comme ayants droits les personnes à la charge de l'assuré ou à celle de son conjoint vivant sous le même toit que lui, ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité sociale à un autre titre. Ces personnes, quand elles sont étrangères, doivent être en situation régulière.
En cas de polygamie, seule la première épouse est couverte par la Sécurité sociale de son mari, à moins qu'elle-même travaille, auquel cas elle est assurée en son propre nom et une autre épouse peut être couverte par le mari.

CMU

La CMU est destinée aux personnes qui n'ont pas de droits, directement ou par le jeu de droits dérivés, aux régimes socio-professionnels de droit commun de la Sécurité sociale : la CMU est subsidiaire. Elle remplace le régime de l'assurance personnelle instauré en 1978 qui lui-même prenait le relais de l'assurance volontaire créée en 1967.
L'affiliation à la CMU est soumise au seul critère de résidence. Celle-ci doit être stable (c'est-à-dire ininterrompue depuis au moins trois mois) et, pour les personnes étrangères, régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation. Aucune liste de titre de séjour n'est fixée. La circulaire DSS / 2A 2000 / 239 du 3 Mai 2000 précise que sont considérées en séjour régulier les étrangers dès lors qu'ils attestent avoir déposé un dossier de régularisation.
Cette assurance est gratuite pour les personnes dont le revenu fiscal ne dépasse pas un plafond régulièrement actualisé[402].
L'instruction de la demande est effectuée par les CPAM, dont les directeurs prennent la décision d'attribuer ou non, par délégation du préfet. L'ouverture des droits est immédiate dès que l'intéressé en fait la demande, il y a « présomption de droit » et l'accès aux prestations est automatique dès l'affiliation effectuée : « Toute personne qui déclare à une CPAM ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai au régime général, sur justification de son identité et d'une résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement de l'ouverture de ses prestations. »
Une fois affiliés, les intéressés sont remboursés de leurs soins dans les mêmes conditions que les personnes qui sont ayants-droit du régime général, à ceci près qu'ils bénéficient tous du système de « tiers-payant » (dispense d'avance des frais).

La protection complémentaire

L'Assurance maladie couvre environ 75% des dépenses de soins. L'assuré peut choisir une protection complémentaire pour faire prendre en charge tout ou partie des 25% restants.

[402] Ce plafond de revenu fiscal annuel est fixé, en métropole, à 6965 euros pour la période du 1er octobre 2005 au 30 septembre 2006. Il est majoré selon la composition du foyer.
L'assuré dont les revenus dépassent ce plafond doit acquitter le paiement d'une cotisation dont le taux est fixé à 8% du montant des revenus dépassant ce seuil.

Celle-ci peut être fournie par une société d'assurance, une institution de prévoyance, une mutuelle ou encore l'Etat dans le cadre de la complémentaire CMU[403].

La complémentaire CMU est accordée, pour un an renouvelable, gratuitement à tout assuré social dont le revenu est inférieur à un plafond régulièrement actualisé[404] (à la condition de résidence s'ajoute donc celle des ressources[405]), que sa protection de base soit la CMU ou l'affiliation sur critère socioprofessionnel (la plupart des bénéficiaires de la CMU complémentaire sont d'ailleurs affiliés non pas à la CMU de base mais aux régimes socioprofessionnels de droit commun). Elle couvre le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier ainsi que divers frais dépassant le « tarif de responsabilité » de la Sécurité sociale[406]. Destinée à rendre effectif l'accès aux soins des 10% les plus défavorisés de la population, elle est assortie du « tiers payant » et les médecins ont l'obligation de respecter les tarifs conventionnels (pas de dépassements d'honoraires).
L'admission immédiate est possible « si la situation l'exige » c'est à dire lorsque les personnes, sans relever des urgences médicales, nécessitent une prise en charge dans des délais incompatibles avec une procédure normale.
L'ouverture des droits est effective « au premier jour du mois qui suit la décision d'attribution » (mais au premier jour du mois de dépôt en cas de demande d'admission immédiate parce que la situation l'exige) et non plus à la date de la décision administrative. Un dispositif d'aide à la souscription d'une couverture complémentaire est destiné aux personnes justifiant d'une résidence régulière et stable et dont les revenus dépassent jusqu'à 15% du seuil d'accès à la CMU complémentaire[407].

---

[403] Le bénéficiaire de la CMU complémentaire choisit un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance ou compagnie d'assurance) ou l'Etat (c'est à dire sa CPAM). Les prestations offertes sont les mêmes dans tous les cas.
Cette couverture est financée pour sa plus grande partie par l'Etat et pour le reste par une contribution obligatoire de l'ensemble des organismes de protection sociale complémentaire. Rappelons que l'AME est financée, elle, complètement par l'Etat et que la CMU base l'est par l'Assurance maladie.

[404] La dernière revalorisation de ce plafond, en date du 1er juillet 2005, le situe à 587,16 euros de ressources mensuelles, pour une personne (7045,97 par an). Il est majoré selon la composition du foyer.

[405] L'affiliation à la CMU de base n'est, elle, pas conditionnée par un niveau de ressources. Mais on a dit qu'elle n'est gratuite que pour les personnes dont les revenus ne dépassent pas un seuil, les autres devant s'acquitter de cotisations proportionnelles au dépassement de ce seuil.

[406] Le tarif de responsabilité est le tarif sur lequel se basent les organismes de Sécurité sociale pour le remboursement de certaines dépenses, il ne correspond pas aux prix effectivement pratiqués par les praticiens, notamment en matière d'appareillages ou de lunetterie.

[407] Ce dispositif a été mis en place par la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie et est entré en vigueur depuis le 1er janvier 2005. L'aide est de 75 euros par personne âgée de moins de 25 ans, 150 euros par

Aide Médicale Etat (AME)

C'est la couverture maladie que délivre l'Aide sociale.
Comme toute prestation d'aide sociale, elle relève d'une logique d'assistance et est financée par l'impôt, non par des cotisations. Les demandes peuvent être déposées auprès d'un organisme agréé ou d'une CPAM. Elles sont instruites par ces dernières. L'AME est accordée par le directeur de la CPAM, par délégation du préfet, pour un an.
Destinée aux personnes ne pouvant être rattachées à aucun régime obligatoire d'assurance maladie, l'AME est subsidiaire. Elle est étendue à tous les membres du foyer (les ayant-droit au sens de l'Assurance maladie). Depuis la loi CMU, elle est destinée essentiellement aux étrangers ne pouvant prétendre à la CMU en raison de l'irrégularité de leur séjour.

Les personnes doivent justifier :

- De leur identité
- De leurs ressources (ainsi que celles de leurs ayants droits) (même plafond de ressources que pour la complémentaire CMU)
- De leur résidence en France ininterrompue depuis au moins trois mois (depuis la réforme de décembre 2003) et de leur domiciliation (auprès d'un CCAS ou d'un organisme agréé en cas d'absence de domicile fixe)

Les ressources prises en compte pour l'admission à l'AME sont constituées par celles du demandeur ainsi que celles des personnes à sa charge. Elles comprennent l'ensemble des ressources perçues au cours de la période des 12 mois civils précédant le dépôt de la demande[408] (pour la CMU base et complémentaire, ce sont les revenus de l'année précédente).
Depuis sa réforme de 1992, l'aide médicale est accordée de façon préventive (indépendamment d'un besoin de soins).
La décision d'admission à l'AME prend effet à la date du dépôt de la demande. Si la date de délivrance des soins est antérieure à celle du dépôt de la demande, ces soins peuvent tout de même être pris en charge dès lors que, à la date à laquelle ils ont été délivrés, le demandeur résidait en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et que sa demande

personne âgée de 25 à 59 ans et de 250 euros par personne de 60 ans et plus. L'assuré choisit son organisme de santé complémentaire. Celui-ci déduit ce montant de la cotisation ou de la prime annuelle due. En contre-partie, il bénéficie d'un crédit d'impôt d'un montant équivalent qu'il défalque de sa contribution au titre du financement de la CMU complémentaire.

[408] Le décret publié le 29 juillet 2005 précise que sont dorénavant également pris en compte les avantages en nature procurés au demandeur de l'AME ou aux personnes à sa charge par un logement occupé à titre gratuit.

d'admission a été déposée avant l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la délivrance des soins.

L'ouverture de droit à l'AME permet l'accès aux prestations de soins remboursables par la CMU (consultations médicales, examens complémentaires, soins infirmiers, soins dentaires, soins hospitaliers) à l'exception des lunettes, prothèses et appareils médicaux.

Cas particuliers

Les demandeurs d'asile

Les demandeurs d'asile peuvent, depuis la réforme CMU, être affiliés à l'Assurance maladie sur critère de résidence dés le début de leur procédure de demande d'asile. Ils sont en effet :

- dispensés de la condition de stabilité (pas de durée minimale de présence en France)
- considérés en situation régulière.

Ils peuvent de plus bénéficier de la complémentaire CMU si leurs revenus ne dépassent pas le plafond (ce qui est le cas le plus souvent puisqu'ils n'ont pas droit au travail).

Les « visiteurs »

N'étant pas résidents, ils ne peuvent prétendre ni à l'Assurance maladie, ni à l'Aide médicale. En cas d'hospitalisation, celle-ci est à leur charge ou à celle de la personne qui a signé leur certificat d'hébergement, à moins qu'une convention bilatérale ne prévoie la prise en charge par les organismes de Sécurité sociale du pays d'origine. Il y a également possibilité de faire prendre en charge les frais par l'AME, dite alors humanitaire, dont la demande est adressée au ministre chargé de l'Action sociale (mais les accords semblent exceptionnels).

10.3 Les demandes de jugements déclaratifs de naissance en Guyane

Les jugements déclaratifs de naissance (JDN) sont demandés devant le Tribunal de Grande Instance (TGI) par des individus dont la naissance sur le territoire français n'a pas été déclarée dans le délai légal (trois jours le plus souvent), ou s'ils sont mineurs, par toute personne ayant assisté à l'accouchement (parent, sage femme …). Transcrits en mairie, ces jugements ont valeur d'acte de naissance. L'extrait d'acte de naissance, délivré par la mairie, permet ensuite de faire la demande d'une carte d'identité française si la personne satisfait par ailleurs aux conditions de durée de résidence en France (requises uniquement si la personne est née de parents étrangers).

La question des JDN a sa place dans une étude portant sur l'accès aux soins en raison de l'importance que prennent, lors de toute démarche d'ouverture de droits à une couverture maladie, la justification de l'identité (au moyen de l'extrait d'acte de naissance lui-même et/ou de documents que celui-ci permet d'obtenir : carte d'identité, passeport) ainsi que la nationalité (française ou non).

C'est particulièrement le cas dans l'Ouest guyanais, où une proportion importante de la population est dépourvue de tout document d'état civil. Dans certains cas, ce défaut de document est causé par l'absence d'inscription de la naissance sur un registre d'état civil. Les registres d'état civil ont en effet été mis en place tardivement et de façon chaotique[409]. L'histoire récente de cette région est en outre marquée par une immigration massive de ressortissants étrangers.

Le jugement déclaratif de naissance, passage incontournable pour l'accès aux soins d'une partie de la population, voit alors s'articuler deux enjeux majeurs en Guyane : d'une part rendre justice aux victimes de l'inefficacité passée des procédures françaises (reconnaître les

[409] En 1930, le territoire guyanais est divisé en deux superficies inégales : la Guyane française et le territoire de l'Inini. Avec la départementalisation, en 1946, est introduit le droit métropolitain en Guyane, mais les 3000 habitants de l'Inini restent gouvernés, dans une certaine mesure, par le droit coutumier.
En 1969, l'Inini est supprimé ; l'arrondissement de Saint Laurent est créé, en plus de celui de Cayenne ; des communes sont créées dans l'ancien territoire de l'Inini et l'ensemble du territoire est désormais soumis à un système administratif unique. Les populations amérindiennes et noires marronnes de l'Inini, qui bénéficiaient d'une certaine autonomie, basculent dans le système juridique administratif français. Or cette bascule n'est pas toujours accompagnée de l'information nécessaire, et ce particulièrement auprès de populations noires marronnes chez lesquelles une « tradition de marronnage » pouvait inciter des parents à éviter de déclarer la naissance de leurs enfants.

« vrais » nés en France, en particulier à l'époque de l'Inini) et d'autre part dépister les tentatives de fraudes (refuser l'accès à la nationalité aux « prétendus » nés en France, ces personnes nées au Surinam et immigrées en Guyane qui voient là l'opportunité d'obtenir, mieux qu'un titre de séjour, une carte d'identité française), entre passé de société colonisatrice tardant à intégrer certains de ses citoyens[410] et présent de terre d'immigration malgré elle.

L'enjeu est crucial : il s'agit de la validation juridique de l'intégration, administrativement parlant, la plus complète qui soit, puisque l'état civil ne distingue pas les Français de naissance de ceux par acquisition. Le décalage entre les chiffres et la « médiatisation » de la procédure témoigne d'ailleurs de l'importance symbolique de cette dernière.

Cette procédure et son risque de détournement à des fins frauduleuses font en effet l'objet de nombreux commentaires en Guyane, créoles comme métropolitains[411]. La vulnérabilité du système socio-sanitaire aux étrangers, abondamment dépeinte par les Créoles, trouve ici une remarquable illustration. On s'alarme des JDN accordés à tour de bras à des Noirs Marrons qui se prétendent français alors qu'ils seraient arrivés depuis peu en Guyane[412] … Les chiffres

[410] 1969 marque d'ailleurs une seconde tentative en ce sens, 1848 marquant un précédent. Duval-Cotterau (1994) rappelle qu'au lendemain de l'abolition de l'esclavage, plus de vingt ans furent nécessaires à l'établissement de l'état civil des anciens esclaves, qui passaient du statut de valeurs mobilières affublées de sobriquets à celui de citoyens à part entière.
Citons en outre Collomb et al. (2001) selon lesquels si les « minorités » de l'intérieur demandent aujourd'hui la nationalité française, (les Wajana, les seuls qui jusqu'à présent refusaient la citoyenneté française, la demandent aujourd'hui avec insistance ; les Ndjuka, qui semblaient comprendre les deux rives du Maroni comme un seul et même pays bushinenge, souhaitent désormais obtenir la citoyenneté française, comme leurs frères ennemis Boni qui jusqu'alors s'en targuaient), c'est pour les avantages matériels qu'elle octroie mais c'est aussi pour se repositionner favorablement dans la hiérarchie qu'imposent les structures de la « départementalisation décentralisée », et trouver ainsi des possibilités de riposte à la domination politique traditionnelle des Créoles, à l'instar des Amérindiens Kalina du littoral qui ont suscité la création d'une commune « ethnique » à Awala-Yalimapo.

[411] Comme on l'a vu pour les politiques d'immigration en Guyane, une littérature militante, diffusée au niveau national, aborde également cette question, pour souligner l'inadaptation du système administratif aux contraintes locales, tant géographiques qu'humaines.
Citons Martini (1999) qui regrette que l'introduction approximative de l'état civil depuis 1969 prive aujourd'hui des personnes, déjà isolées géographiquement, du droit de circuler librement sur le territoire guyanais si leur naissance n'a pas été déclarée, puisque les forces de l'ordre reconduisent les personnes dépourvues de pièce d'identité à Albina (Surinam). Les délivrances de JDN sont parcimonieuses et les requérants les plus âgés qui n'ont plus de témoins vivants de leur naissance, comme les jeunes qui ont du mal à convaincre une administration obsédée par la fraude, resteront des sans-papiers ... français : « A la carence de l'administration a succédé son inadaptation. Un exemple parmi d'autres : l'état civil. (…) Après avoir été tenues pendant plusieurs décennies à l'écart du système juridique et administratif français, ces populations sont maintenant confrontées à toute sa rigueur. » (p.22)
Pour Peyrat (1999), c'est plus largement la question de la coexistence des droits coutumiers avec le droit français qui est ici posée. Depuis qu'ils sont en situation d'échanger avec le reste de la société guyanaise, les Noirs Marrons et les Amérindiens de l'Intérieur non seulement n'arrivent pas à avoir accès à leurs droits, voire ils les méconnaissent, mais en plus ils ne peuvent plus respecter leurs droits coutumiers (par exemple pour le rapatriement des corps après un décès en métropole).

[412] Comme les procédures de régularisation des sans papiers, celle des JDN est une caractérisation de « l'autre » qui revient à accomplir juridiquement une certaine intégration dans la sphère de la légitimité (reconnaître la

sont en fait beaucoup plus modestes que la rumeur ne le suggère, ce décalage suggérant l'importance de la crainte que ce que l'on tolère pour « les nôtres » (les Noirs Marrons français) ne serve de cheval de Troie à l'invasion par « les autres » (les Noirs Marrons surinamiens).

La Guyane est certes le département qui sollicite le plus de JDN. Mais le nombre de jugements accordés depuis le début de la mise en place de la procédure reste faible comparativement aux flux migratoires que connaît l'Ouest guyanais.

Après quelques premiers cas dans les années 70, environ 600 JDN ont été délivrés en 1984, suivis d'une cinquantaine par an pendant les dix années qui ont suivi. De 1994 à 2000, sur les 3270 dossiers examinés par le TGI de Cayenne, un peu plus d'un tiers (1271) ont abouti à la délivrance d'un JDN[413]. C'est donc au total moins de 2500 JDN qui ont été délivrés ces trente dernières années. Une professionnelle en charge depuis des années de ces procédures, et donc bien placée pour connaître ce décompte, commente pourtant : *depuis quinze ans qu'on en fait, on a dû en faire des milliers …*

La présentation qui en est faite ici a pour objectif de confronter autour d'une question précise les points de vue métropolitains et créoles décrits de façon transversale dans les chapitres précédents.

Les discours analysés ont été principalement recueillis auprès de deux jeunes professionnels en poste à la Maison de la justice et du droit de Saint Laurent, un métropolitain, M. et une créole, C..

Deux autres entretiens menés auprès d'acteurs professionnels métropolitains extérieurs à la Maison de la justice (une assistante sociale et un médecin, tous deux hospitaliers), abordant la question des JDN de façon plus marginale, permettent cependant d'affiner la typologie créole/métropolitain, par une déclinaison selon la profession et l'ancienneté du séjour en Guyane.

---

régularité du séjour ou la nationalité française), d'où l'émotion voire la virulence des commentaires qu'elle suscite.

[413] source : rapport du TGI de Cayenne, Julien Allaux, 2001, et estimations faites à la Maison de la justice et du droit de Saint Laurent

Position de M.

Intéressons-nous d'abord au discours de M., qui permet de brosser un tableau relativement complet de cette procédure.

A situation différente, traitement différent

Selon M., comme pour de nombreux autres professionnels métropolitains, l'Ouest guyanais, en raison de ses particularités (historiques, économiques, géographiques, etc.), justifie d'une adaptation de la réglementation nationale et des pratiques des agents censés l'appliquer. Les adaptations justifiées par M. tiennent surtout à l'utilisation localement accrue de dispositifs par ailleurs réglementairement prévus au niveau national.

D'abord, pour pallier les difficultés d'accès au TGI de Cayenne (particulières en Guyane en raison des distances géographiques, accusées par une fréquente insuffisance de ressources économiques des individus) et assurer le relais de celui-ci, une Maison de justice a été installée à Saint-Laurent : les requêtes peuvent y être déposées au lieu de l'être à Cayenne, on y réalise une *justice de proximité* : toute demande est reçue, sans rendez vous.

Ensuite, pour mieux prendre en charge les problèmes afférant à l'état civil, nombreux dans l'Ouest guyanais, différentes mesures ont été prises.

Trois des cinq membres permanents que compte la Maison de la justice sont principalement affectés à ces questions : deux agents gèrent les rectifications de documents d'état civil (erreurs quant au nom, à la date, au lieu de naissance des parents, etc.), tandis que l'activité d'un autre est toute entière dévolue aux JDN. L'état civil représente ainsi les deux tiers de l'activité de la Maison[414].

D'un point de vue réglementaire, une disposition dérogatoire est appliquée localement, tandis qu'est mise en œuvre, beaucoup plus souvent qu'ailleurs en France, une procédure prévue au niveau national.

[414] Le rapport d'activité de la maison de la justice et du droit pour l'année 2001 précise qu'environ 1800 demandes relatives à des problèmes d'état civil ont été présentées à la Maison, dont 754 demandes d'un JDN.

La disposition dérogatoire, prévue par la loi du 8 juillet 1998, est le délai d'un mois laissé aux habitants de l'Ouest Guyanais (à partir de Kourou) pour déclarer la naissance de leur enfant, contre trois jours ailleurs en France[415].
La procédure potentiellement applicable sur tout le territoire français, mais qui l'est surtout en Guyane et tout particulièrement dans cette partie du département, est celle des JDN. Elle permet de pallier les absences de déclarations de naissance. Les requêtes peuvent être déposées à la Maison de la justice, mais elles sont également suscitées et recueillies par le Procureur lors de ses missions sur le fleuve.

M. explique la fréquence des erreurs lors de l'inscription d'une naissance sur les registres de l'état civil par la culture locale qui privilégie l'oralité : les agents de mairie peuvent mal comprendre les informations que leur dictent les intéressés, analphabètes.
Il interprète les nombreuses absences de déclarations de naissance par la faible accessibilité géographique : les parents peuvent manquer de temps et de moyens pour se rendre à la mairie la plus proche (plusieurs journées de voyage en pirogue sont parfois nécessaires). Le vote en 1998 de la prolongation du délai réglementaire à un mois devrait compenser ces difficultés. M. avance cependant un autre type d'explication à ces absences de déclaration : l'insuffisance des politique d'intégration d'une partie de la population, par le passé. Ainsi, en va-t-il des Amérindiens du Haut Maroni chez lesquels M. constate *encore plus d'assistanat*, ce qu'il interprète comme suit : *ils sont, géographiquement, plus éloignés, c'est plus compliqué, pour eux, de venir. On les a tenus à l'écart très longtemps de l'état civil ou ils ont voulu se tenir à l'écart, à juste titre*[416] *... (...) Donc pour régulariser ces gens-là, c'est peut-être plus à nous de prendre les choses en main.* Le Procureur, lors de ses missions sur le fleuve, a permis la régularisation de la plupart d'entre eux.
Au total, des particularités géographiques (taille du département), culturelles (analphabétisme) et politiques (défaut des politiques d'intégration des populations de l'Intérieur) justifient que des dispositifs soient prévus afin de pallier les défauts de déclarations de naissance. Il s'agit ainsi de discriminations positives dont l'objectif est la correction de difficultés que connaissent aujourd'hui ces populations, longtemps tenues à l'écart des registres de l'état civil par leur isolement, tant spatial que social.

[415] Elle est justifiée par les difficultés matérielles à se déplacer sur les vastes communes de la Guyane et par la méconnaissance qu'ont les habitants de l'obligation de déclarer les nouveaux-nés.

[416] Il fait allusion aux Amérindiens Wajana qui ont refusé en 1969 la nationalité française.

Le risque de détournement auquel sont exposées ces mesures compensatoires

Malgré la pleine justification de ces mesures favorables, il faut mener une enquête pour séparer le bon grain de l'ivraie : les Français qui demandent à faire valoir leur droit des étrangers qui tentent, frauduleusement, d'« entrer dans la maison ». C'est l'essentiel du travail de M..

Les requérants : des fraudeurs peu convaincus

Si tentatives de fraude il y a, M. considère qu'elles ne font pas l'objet d'un effort soutenu, ni même parfois d'une véritable intentionnalité de la part de leurs auteurs.

Il remarque d'abord que la situation n'est pas manichéenne : outre les personnes nées en France qui n'y ont pas été déclarées à leur naissance et celles nées au Surinam qui voudraient profiter frauduleusement de ce dispositif, il y a celles qui ne savent pas bien où elles sont nées, et qui, quitte à désigner une rive, optent pour la française pour les avantages socio-économiques qu'une naissance en France peut procurer, sans qu'il y ait mensonge délibéré de leur part.

Il constate surtout que les requérants consentent à bien peu d'effort pour faire aboutir leurs démarches, ce qui peut paraître surprenant eu égard à l'enjeu en cause.
Ce n'est souvent que lorsqu'un membre de leur famille obtient lui-même une carte d'identité française au terme de cette procédure que l'idée leur vient de tenter eux aussi leur chance : *ils se disent « bin pourquoi pas moi, même si je suis née au Surinam, on va essayer »*.[417]
Il arrive ensuite, une fois la procédure d'enquête enclenchée, que l'intéressé n'ait même pas informé les personnes qu'il a désignées comme ses témoins de naissance de la nature du témoignage qui va leur être demandé.
Certains enfin ont fait une demande puis ne se sont jamais préoccupés d'en connaître les suites : soit qu'ils ont entrepris les démarches au moment précis où il leur fallait des papiers d'identité français, mais le temps passant, ce besoin a été géré autrement, puis, *tant qu'ils n'auront pas de souci avec la gendarmerie ou avec une autre autorité, ils ne s'en inquiéteront*

[417] Cela peut aussi être lors du passage de la commission de recensement, ou bien encore sur la sollicitation d'un professionnel qui conseille d'engager cette démarche ou en demande l'issue si l'intéressé l'a déjà entamée mais sans la suivre : dans une association d'aide sociale, une mairie ou un hôpital (le problème de santé révélant alors l'absence de couverture maladie qui révèle elle-même l'absence de document d'identité) par exemple.

plus ... , soit qu'ils s'imaginent que la procédure suit son cours automatiquement et qu'ils seront d'office tenus informés de son issue (ce qui n'est pas le cas pour les réponses défavorables).

Bref, l'objectif est d'obtenir les papiers, les gens « essaient », sans pousser trop avant : *on va tenter le coup (...) on tentera sa chance, quoi (...) De la même manière, c'est de bonne guerre, les gens qui vont se voir refuser la requête ne vont pas forcément manifester un mécontentement ou quoi que ce soit, c'est à dire qu'ils auront essayé, et puis voilà, si ça marche ...*

La légèreté avec laquelle est conduite cette demande rappelle celle évoquée à propos des femmes qui tentent de venir accoucher en France[418], ou des tentatives, jugées trop « molles », d'obtention d'une couverture maladie, mises en échec au premier défaut de justificatif ...

L'instruction de la demande : une fiabilité toute relative

Il nous faut d'abord présenter la procédure elle-même, afin de pouvoir saisir, dans un deuxième temps, toute l'ambiguïté qui la caractérise.

- La procédure

Requête

L'intéressé fait une requête écrite auprès du Procureur de la République, en précisant son nom, son prénom, sa filiation, et s'il les connaît, sa date et son lieu de naissance.

Enquête du Procureur

M. recueille, pour le compte du Procureur, un certain nombre d'informations sur la personne. Ce panel d'informations peut s'étoffer en cours d'enquête : *on peut aussi penser à autre chose quand on fait l'enquête* :

- un certificat de non inscription au Surinam : ce document certifie que la personne n'est pas inscrite sur les registres d'état civil du Surinam (donc n'y est pas née)
- les coordonnées de témoins de la naissance de l'intéressé sur le territoire français

[418] Un médecin surinamien témoigne par exemple de ces tentatives peu persévérantes. Quand le médecin de la maternité de Saint Laurent renvoie une femme enceinte pour qu'elle accouche au Surinam, celle-ci exprime un simple « tant pis, on aura essayé ».

- le livret de famille de la mère de l'intéressé (que celle-ci soit française ou surinamienne) et les actes de naissance des enfants de ce dernier : son propre lieu de naissance peut y figurer
- des documents attestant de l'ancienneté de sa présence sur le territoire français : des certificats de scolarité (s'il a moins d'une vingtaine d'années), des feuilles d'imposition, un carnet de vaccination
- un certificat de conformation : un médecin certifie que l'intéressé présente un état de santé compatible avec l'âge qu'il déclare.

Conjointement, M. mène une recherche auprès de différentes archives :

- les registres d'acte de naissance conservés au consul et à l'ambassade du Surinam, à la recherche d'un acte de naissance au Surinam
- le registre des réfugiés surinamiens (pendant la guerre civile du Surinam) : un passé de réfugié fait présumer d'une naissance au Surinam
- l'avis de la commission de recensement de 1998[419] : le requérant était-il recensé, et si oui, quel avis était donné quant à sa demande de jugement ?

Enquête de la gendarmerie

Une fois ces documents réunis, les gendarmes rencontrent :

- les témoins de naissance et enregistrent leurs témoignages : ils doivent pouvoir donner des indications précises telles que la date de naissance, son lieu exact, des détails sur la famille

[419] Face au nombre important de demandeurs de JDN le long du fleuve Maroni, un premier recensement de ces personnes a été réalisé en 1996 par un magistrat du parquet assisté d'un gendarme. Il concernait le Haut Maroni, où vivent essentiellement des Amérindiens Wajana. L'effet de surprise garantissait la fiabilité des listes ainsi dressées des personnes résidant habituellement sur le territoire français (pas de mouvement de population venue depuis le Surinam pour l'occasion). Il a donné lieu à la délivrance d'une soixantaine de JDN.
En 1998, le nombre croissant de demandes de JDN a justifié la création d'un poste d'assistant de justice au TGI de Cayenne pour traiter ces dossiers, ainsi que la constitution par le sous préfet de Saint Laurent d'une commission de pré-recensement des Français sans état-civil. Chargée de recueillir l'ensemble des demandes des habitants noirs marrons du fleuve, de les contrôler et de donner sa conviction sur la situation réelle des requérants, au vu des déclarations et des documents produits, la commission s'est déplacée le long du fleuve, dans tous les villages et habitations situés côté français, de Maripasoula à Saint Laurent. Composée de personnalités locales (maires, adjoints, chefs coutumiers, des communes concernées), il lui fallait repérer les personnes venues pour l'occasion de la rive surinamienne, l'opération ayant été médiatisée (journaux, télévision …) pour « n'oublier personne » ...
855 JDN ont été délivrés, sur 1987 demandés (43%).
L'objectif de ce recensement, qui était de clore le flot de demandes, n'a pas été atteint puisque les demandes affluent toujours …
(source : rapport rédigé par Julien Allaux, TGI de Cayenne, 2001)

- les capitaines coutumiers et le maire de la commune de naissance pour les questionner sur l'intéressé : le connaissent-ils et depuis quand, depuis quand vit-il sur le territoire de la commune, etc.
- le personnel du dispensaire le plus proche, pour lui demander si la personne y est connue et depuis quand (malgré les réticences des médecins à l'examen de leurs fichiers, même pour de simples informations administratives).

Décision du Procureur

Au vu des résultats de ces enquêtes, le Procureur peut décider soit de transmettre la requête au Tribunal de Cayenne (un peu moins d'un tiers des 5 à 600 requêtes que traite M. chaque année), soit de la rejeter. Dans ce dernier cas, l'intéressé peut stopper là ses démarches. Il peut aussi passer outre ce rejet et présenter sa requête directement devant le TGI. Le ministère d'un avocat est alors obligatoire.

Ainsi, la requête, qu'elle soit transmise par le ministère du Procureur ou celui d'un avocat, est jugée au TGI. La médiation par le Procureur est plus confortable : elle évite d'avoir à payer les frais d'avocat (l'aide juridictionnelle est accordée sur dossier, or les personnes en demande d'un JDN sont souvent dépourvues de tous justificatifs du besoin de cette aide) et de rester en contact permanent avec cet avocat, nécessairement basé à Cayenne (aucun n'est installé à Saint Laurent) alors que le Procureur, via ses missions sur le fleuve et par l'intermédiaire de M. à la Maison de la justice de Saint Laurent, suit en permanence ces dossiers.

Jugement au Tribunal

Le jugement déclaratif y est accordé ou non. Là encore, il est préférable que la demande soit présentée par le ministère du Procureur, car elle est alors généralement accordée.

Durée de la procédure

Au total, la procédure s'étale sur six mois à un an : trois à six mois pour réaliser les enquêtes, puis un mois d'étude par le Procureur et enfin quatre ou cinq mois d'attente pour que le dossier soit audiencé au TGI.

➢ <u>M. émet des doutes sur la fiabilité de l'enquête</u>

Il se montre réservé quant à la capacité de l'enquête à démontrer de façon certaine que la naissance a eu lieu sur une rive du fleuve plutôt que sur une autre : *Mais bon il faut savoir que*

de toutes façons c'est quelque chose de très compliqué, pour établir une naissance ici, c'est vraiment compliqué. Il faut passer par tout un tas de démarches, de témoignages, et essayer d'établir plus ou moins des renseignements ...

On a évoqué plus haut le certificat de non inscription au Surinam, demandé pour débusquer les demandes frauduleuses. Mais il y a quelques mois, M. a appris *de source sûre* que ce document se monnaie au Surinam, pour 15 à 30 euros. Non seulement une personne non née au Surinam doit-elle payer pour l'obtenir, mais en plus une autre, née au Surinam, pourra également s'en procurer un faux : *Parait-il que si on est inscrit, ça vaut plus cher. La corruption ça existe beaucoup au Surinam. Et pour cause, c'est pas un pays ... c'est pas forcément des gens qui roulent sur l'or, donc voilà, ceci explique cela. Donc ça a la valeur qu'on veut bien lui attribuer.*
Finalement, seul le certificat d'inscription au Surinam aurait une valeur certaine, en tant qu'élément rédhibitoire. M. estime en effet qu'aucune inscription ne peut se faire par erreur sur les registres du Surinam.

Lorsque le lieu de naissance de l'intéressé est mentionné sur les actes de naissance de ses enfants, c'est une information donnée oralement, par lui-même, à l'agent de mairie, *donc ça aura aussi la valeur qu'on veut bien lui donner.*

Les certificats de scolarité, feuilles d'imposition et carnets de vaccination ne font qu'attester de l'ancienneté de la présence de l'intéressé sur le territoire français, sans en prouver la continuité ni attester du lieu de naissance.

Le certificat de conformation rédigé par le médecin est suspect de complaisance : *des fois il nous précisent même qu'ils seraient nés tel jour, ils sont très forts (rire).*

L'avis de la commission de recensement de 1998 : *C'est qu'un avis, hein.* On le prend en compte, c'est une pièce de plus. Mais certains de ces avis se sont avérés erronés, après enquête … *donc l'avis, il reste ce qu'il est ...* [420]

[420] L'avis pourrait être positif à tort. Mais un médecin exerçant sur le fleuve explique à l'inverse qu'il peut aussi être négatif à tort, car de nombreux résidents se cachent lorsque débarquent des recenseurs, n'ayant pas compris que le fait d'être repérés comme étant présents en France pourrait les aider dans des démarches administratives : non recensés par la commission, leur éventuelle demande ultérieure n'en sera que plus délicate.

Notons par ailleurs qu'un certain nombre d'éléments pris en compte au cours de l'enquête nous semblent pourvus d'une valeur assez aléatoire, même si M. ne le reconnaît pas explicitement.

C'est d'abord la valeur rédhibitoire du certificat d'inscription au Surinam. M. estime qu'aucune inscription ne peut se faire par erreur sur les registres du Surinam mais cet avis n'est pas partagé par tous[421].

La maîtrise de la langue française semble jouer un rôle non reconnu. La plupart des requérants ne parlent pas français mais taki taki. Cela ne pose pas de problème à M. qui peut disposer d'interprètes lors de tout entretien. Mais l'impact de la non francophonie est ambigu pour les étapes suivantes de la procédure.

La maîtrise du français, *en général*, n'est *normalement* pas un élément qui entre en compte dans l'évaluation du dossier par le Procureur … ce qui laisse entendre qu'elle peut parfois l'être ? Surtout, en cas de rejet du dossier par le Procureur et de dépôt de la requête directement au TGI, par le ministère d'un avocat, la personne est tenue d'être physiquement présente lors de l'audience, son degré de maîtrise du français ne peut alors pas passer inaperçu : *Là, c'est un élément dont pourra tenir compte le Tribunal. Parce que, mine de rien, c'est la preuve que la personne a bien été sur le territoire français, si elle maîtrise la langue, c'est que forcément elle a côtoyé des Guyanais* ... M. ajoute cependant qu'une personne peut

[421] Les Noirs Marrons font de fréquentes allées et venues de part et d'autre du fleuve Maroni, frontière avec le Surinam, notamment lors de déplacements au « grand village » traditionnel de leur clan, toujours situé sur la rive surinamienne du fleuve. Ainsi, certaines personnes nées et vivant en Guyane ont pu être déclarées sur les registres du Surinam : au cours d'un séjour côté Surinam, des agents de l'état civil surinamien passent, demandent leur nom aux gens, puis les inscrivent. Certains font même exprès de se faire inscrire au Surinam, renonçant à demander un JDN en France, réputé d'obtention trop difficile, se contentant de la nationalité surinamienne avec l'espoir d'obtenir un titre de séjour, alors même qu'ils sont nés en France. (Vernon, communication personnelle)
Un médecin de Grand Santi (35) explique qu'il y a quelques années (avant la guerre civile qui a détruit les infrastructures sanitaires surinamiennes), un hôpital performant se tenait sur la rive surinamienne, en face de Grand Santi. Les femmes venaient y accoucher, même quand elles habitaient côté français (la qualité des soins était alors notoirement meilleure côté surinamien que français) et leurs enfants étaient déclarés au Surinam. Résultat, aujourd'hui, des personnes qui ont passé toute leur vie à Grand Santi sont déclarées au Surinam.
Un jeune noir marron explique que sa compagne est née il y a 23 ans à Bastien, sur la commune de Saint Laurent. Il n'y avait pas de dispensaire à l'époque, l'accouchement a eu lieu à domicile, avec des matrones. La naissance de l'enfant n'a été déclarée nulle part. A 19 ans, elle est partie faire ses études à Paramaribo. Comme elle n'avait aucun document d'identité, ni même de nationalité, et que c'était plus facile d'en obtenir au Surinam qu'en France, elle est devenue surinamienne, pour 1000 ou 2000F, ce qui est tout à fait abordable quand on travaille en France ; lui-même, salarié à Saint Laurent, les lui a payés. Mais il a voulu plus tard qu'elle ait la nationalité française. Or sa demande de JDN a été bloquée quand l'enquête a révélé son inscription sur les registres d'état civil surinamiens. On lui a alors conseillé de plutôt demander un titre de séjour. Il a donc fallu qu'elle commence par aller chercher un visa de séjour au Surinam, puis une demande de passeport, autant de démarches longues et coûteuses.

passer toute sa vie sur le fleuve côté français et ne pas parler le français, même si c'est de moins en moins le cas, puisque les personnes sont de plus en plus scolarisées.
C'est pas du tout déterminant, mais c'est comme tout, on en tient un peu compte ... mais par le ministère d'un avocat, là c'est clair qu'on en tient compte, oui, tout à fait, dès lors que la personne sera présente au tribunal.

Le casier judiciaire : M. explique que les antécédents judiciaires n'entrent pas en compte (*c'est un élément dont on ne tiendra pas du tout compte. Légalement, on n'a pas à en tenir compte*) tout en reconnaissant que les gendarmes les notent dans leur rapport.

L'argent peut représenter un obstacle à deux niveaux : lors de la demande du certificat de non inscription au Surinam (même si, à l'instar de nombreux autres Métropolitains, M. affirme que *les gens arrivent toujours à se débrouiller pour trouver l'argent, il n'y a pas de barrière de monnaie*) et bien-sûr lors du recours à un avocat.

C'est surtout la position cruciale de M., qui participe à la constitution du dossier en amont du Procureur. On a vu que si le dossier est assez complet pour que le Procureur l'accepte, en général le jugement du TGI est favorable ; si celui-ci au contraire le refuse, la personne peut faire présenter sa requête par un avocat mais on a vu les difficultés supplémentaires que ce recours signifie : le coût financier des honoraires, le contact à garder avec l'avocat basé à Cayenne, l'appréhension vis-à-vis de lui (*il y a encore des appréhensions et ça fait toujours peur de passer par un avocat ... Le mot « avocat », ça veut dire argent, quelqu'un qui ne parlera pas forcément taki taki*.), la lenteur de la démarche qui met à mal les faibles capacités de persévérance des intéressés, et enfin la mise en évidence de la non maîtrise du français lors du jugement au TGI.
M. peut même décider de « court-circuiter » l'avis du Procureur : dès lors qu'il estime que certaines des pièces présentées par l'intéressé attestent incontestablement de sa naissance au Surinam, tels qu'un extrait d'acte de naissance au Surinam, il ne transmet pas le dossier au Procureur, même s'il informe malgré tout la personne de ce qu'elle peut faire présenter sa requête par un avocat (*je ne peux pas non plus faire barrage*).
Le discours de C., que l'on va présenter ci-dessous, souligne cette position cruciale, en amont du Procureur.

Au total, M. considère légitime la possibilité donnée préférentiellement aux habitants de l'Ouest guyanais d'engager des demandes de JDN, même s'il est conscient du risque de fraude et relativise la fiabilité de l'enquête qui lui permet de les repérer.

Position de C.

C., également en poste à la Maison de la Justice, mais créole, est beaucoup plus catégorique que M.. Elle décrit des requérants malhonnêtes et des enquêtes totalement dépourvues de fiabilité, les premiers abusant à outrance des faiblesses des secondes.

Les enquêtes : non fiables

Les enquêtes sont vraiment bidons.
Lors du pré-recensement de 1998, plus de 800 demandes avaient été acceptées, mais C. explique que l'examen *a posteriori* des enquêtes alors menées a révélé leur manque de rigueur. On *signait sur le bord des tables*, une déclaration orale et deux témoins suffisaient. On s'est aperçu par exemple, *en dépiautant les dossiers*, que certains témoins avaient témoigné pour plus de vingt personnes !!
D'ailleurs, depuis que les agents de la Maison de la justice savent que des certificats de non inscription au Surinam peuvent être des faux et le sont dans *l'immense majorité des cas*, ils examinent eux-mêmes, systématiquement, les actes de naissance dans les fichiers de l'état civil du Surinam. *Par habitude, on commence à connaître le truc*.

Les requérants : malhonnêtes et intéressés par l'argent

Les fraudes

On a eu énormément de fraudes, et maintenant on a les retours de fraude.
C. donne plusieurs exemples de fraudes découvertes *a posteriori* (les fraudeurs n'étant pas suffisamment intelligents pour cacher longtemps leurs méfaits, explique-t-elle en substance), ces découvertes impliquant de procéder aujourd'hui à des annulations de jugements délivrés antérieurement :

- un homme a demandé et pu obtenir un JDN en France car il se présentait sous un nom orthographié différemment de celui sous lequel il était déclaré à l'état civil au

Surinam. Les agents de la Maison de la justice s'en sont aperçus parce qu'il a déclaré, sur l'acte de naissance de son enfant, qu'il était lui-même né au Surinam ...

- une mère affirme avoir accouché en France, mais, ne sachant pas lire, elle mélange tous ses papiers, et sans le savoir, présente aux agents de la Maison de la justice des documents du dispensaire du Surinam attestant de ce qu'elle y a accouché.

Même les élus noirs marrons du fleuve se joueraient de cette situation, transmettant à la Maison de la justice des listes de 250 personnes prétendument nées dans leur village alors qu'elles sont nées au Surinam.

L'intérêt pour le gain financier

Alors que M. décrivait des requérants qui tentent leur chance dans le but d'obtenir des papiers mais sans persévérer trop longuement, C. insiste sur

- l'agressivité de certaines personnes : *En général, plus elles sont agressives, et plus on sait qu'elles mentent*
- leur objectif qui est d'obtenir l'argent des Guyanais : *ce qui les intéresse, c'est l'argent* : la carte d'identité française permet de toucher les allocations familiales et d'autres prestations sociales encore, avec lesquelles on pourra vivre sur la rive d'en face, où la vie est beaucoup moins chère

Son expérience d'instruction des requêtes alimentaires la confirme dans ce sentiment, lui donnant à rencontrer de nombreuses femmes qui n'ont des enfants que dans l'objectif de toucher des prestations sociales (RMI, allocation logement, soutien familial, allocation parent isolé, etc.) : *C'est pour ça qu'ils font tant d'enfants, des bidons, on n'en voit pas tant, au Surinam ...* [422]

Elle s'indigne que la CAF ne fasse pas plus de contrôles.

[422] Elle raconte connaître des *mères maquerelles* dont les jeunes filles sont enceintes à 14 ans et qui demandent à ce que les allocations leur soient versées, à elles plutôt qu'à leurs filles mineures. Des mères sans papiers prétendraient mensongèrement avoir confié la charge de leur enfant à une femme détentrice d'un titre de séjour, de façon à ce que celle-ci puisse toucher des allocations familiales et les leur reverser. Les agents de la Maison de la justice auraient pris conscience de ces fraudes lorsque l'une de ces mères est venue leur demander *en pleurant* une annulation de la procédure parce que la femme ne lui reversait pas les allocations ... Désormais, les agents refuseraient de faire ces transferts.

La position professionnelle des agents de la Maison de la justice

C. déclare ici parler au nom de l'ensemble des agents en charge de ces dossiers à la Maison de la justice … mais son discours rappelle avant tout celui des Créoles qui déplorent leur humiliantes positions professionnelles de prestataires de service vis-à-vis des étrangers, réclamant à l'Etat qu'il reconnaisse l'injustice qu'ils subissent.

Humiliés par les fraudeurs

L'afflux de demandes induit un travail *épuisant* (...), *un boulot énorme*.
Le travail d'enquête, crucial en raison de la suspicion de supercheries des requérants, constitue pour les enquêteurs une tâche non seulement complexe mais aussi humiliante car elle en fait des prestataires de service. Il arrive ainsi que, trouvant l'audition trop longue, un requérant se lève et s'exclame : *« finalement, je vais aller chercher une carte de séjour, c'est moins long ! »* et C. de commenter avec amertume : *On est vraiment pris pour des cons !!!*
Rappelons que M. qualifiait ces enquêtes de *très compliquées* en se référant à leur aspect technique, et interprétait l'absence de persévérance des requérants comme un trait surprenant, à l'image de cet exotisme culturel en forme de boîte noire que décrivent de nombreux Métropolitains, surtout les plus jeunes et les plus récemment arrivés en Guyane.

« Lâchés » par l'Etat français

Cette amertume s'exprime également par une prise à partie de l'Etat.
C. réclame avec véhémence que cette situation soit *dénoncée* auprès des instances politiques en métropole, afin que celles-ci *prennent conscience* du flot de personnes déclarées françaises bien que nées au Surinam.
Cette actuelle absence de prise de conscience de l'Etat s'accompagne du refus de prendre en compte les intérêts des Guyanais, soumis au travail épuisant qu'induisent ces abus. Surtout, les intentions qu'elle prête à l'Etat lui semblent regrettables. Son explication pour les 800 demandes acceptées lors du recensement de 1998 - *c'était politique, ils voulaient peupler la Guyane* - suggère l'amertume d'une communauté face à son invasion programmée par l'Etat[423]. Cette opposition de point de vue entre l'Etat et les agents de la Maison de la justice

[423] Le ressentiment des Créoles à l'égard des tentatives de l'Etat de peupler « leur » terre n'est pas nouveau. On l'a déjà évoqué à propos de l'installation des Hmong en 1977-79 et du plan vert de 1975.

s'incarne dans sa vivre réprobation de l'attitude du représentant de l'Etat localement impliqué dans ces procédures, à savoir le Procureur de la République : il ne les *soutient* pas.

S'oppose en effet à cet épuisant travail d'enquête qui vise à écarter cet afflux de demandes frauduleuses la légèreté avec laquelle le Procureur accepte les demandes qui lui sont transmises : il signe quasiment tout dossier qui lui est présenté, et une fois signé, tout dossier est audiencé, bénéficiant le plus souvent d'un jugement favorable (notons la différence d'appréciation d'avec M., selon lequel le Procureur n'accepte que moins d'un tiers des dossiers qui lui sont présentés).
Finalement, là où M. constatait avec surprise la légèreté des requérants, C. déplore celle du Procureur.

Pratiques de C., telles que justifiées par l'ensemble de ces considérations

Alors que M. expliquait simplement que *Vu le nombre de fraudes auquel on a affaire, c'est de plus en plus dur d'avoir un jugement déclaratif de naissance*, C. affirme que les demandes ne sont désormais plus acceptées : *on arrête sur le principe*. Il n'est que trop temps d'interrompre l'application de ce régime de faveur : *Ca devrait être fini depuis deux ans*.
Ainsi, pour parer à la légèreté du Procureur, C. prend soin de ne lui proposer que les dossiers qu'elle juge elle-même valables, opérant pour les autres un refus en son nom (du Procureur) … soit un refus des 76 demandes qu'elle a reçues au cours de ces deux derniers mois.

Mais elle déplore deux éléments qui viennent perturber la sélection drastique qu'elle opère.

Contournement de son champ d'action

Elle s'insurge de ce que certains requérants « court-circuitent » son examen, en venant directement s'adresser au Procureur lors de l'une de ses venues à Saint Laurent, alors qu'il est assis à la terrasse d'un café : *il fait beau, les gens viennent lui demander de signer leur papier ... et il signe !!* … sans plus de formalité, ce qui la met en colère, puisque revient à réduire à néant tout son travail d'enquête.
Elle considère que si le Procureur, ainsi que *les autres du Parquet de Cayenne* restent sourds à sa réprobation, c'est parce qu'ils sont métropolitains, donc incapables de se rendre compte de la réalité de la situation à Saint Laurent puisque leur exercice professionnel en Guyane ne

dure que quelques années. Par exemple, l'examen de l'écriture permet de savoir si une personne a été scolarisée au Surinam ou en France, mais *ils n'en ont pas idée*. Peu soucieux de pousser si avant toute réflexion, il viennent à Saint Laurent pour *s'amuser, faire du tourisme, prendre l'air,* notamment l'un d'eux, basé en Martinique, qui déclare *adorer la Guyane* ... et qui signe n'importe quoi. Au-delà du manque de sérieux, C. suspecte aussi une sorte de paternalisme : *C'est colonialiste, pour se donner bonne conscience, pour aider « ces pauvres gens »* ...

Elle regrette ainsi le pouvoir excessif de ces juristes … lesquels contestent de leur côté le pouvoir que s'octroient les agents de la Maison de la justice, puisqu'elle raconte elle-même que la Maison de la justice a été saisie par le barreau *pour rétention d'état-civil*, signe selon elle d'une totale absence de prise de conscience de la situation par le Parquet de Cayenne.

Action des avocats

Une fois que C. a rejeté leur demande, certains requérants font malgré tout appel à des avocats. Ces derniers non seulement acceptent volontiers ces affaires car l'aide juridictionnelle dont bénéficient la plupart de ces requérants les paie très bien[424], mais en plus, métropolitains, ils ne connaissent pas plus que leurs collègues magistrats la réalité de la situation locale. Là aussi, C. *les a briefés*, de façon à ce qu'ils arrêtent de *dire n'importe quoi* pour faire passer ces dossiers.

Mais eux non plus ne l'écoutent pas toujours. *Le coup de grâce* lui a été porté par l'un d'eux, gagnant une requête en nullité sur un dossier qu'elle avait refusé, en ayant fondé son argumentaire sur une série d'éléments qui la laissent pantoise : l'état civil au Surinam ne serait pas bien tenu ; les *kabiten* et les *Grand Man*[425] seraient dignes de bonne foi eu égard à leur connaissance approfondie de leurs populations ... elle a ce jour-là éprouvé une grande envie de jeter l'éponge ... Selon elle en effet, ces registres sont parfaitement bien tenus, l'étaient déjà à l'époque de la colonie hollandaise, et le sont restés, même pendant la guerre. Elle ne pense pas qu'il serait possible qu'une personne née côté français, se rendant régulièrement côté Surinam pour y rendre visite à de la famille ou pour y pratiquer certains rituels, puisse y être enregistrée car c'est la sage femme qui assiste à la naissance qui fait la déclaration, et les officiers d'état civil sont très sérieux.

[424] Selon C., toutes ces personnes bénéficient de l'aide juridictionnelle … on a vu pourtant que, selon M., l'obtention de cette aide pose problème particulièrement chez ces individus dépourvus de tout document administratif susceptible de prouver leur besoin de cette aide.

[425] Kabiten et Grand Man sont des autorités coutumières noires marronnes.

Au total, C. considère illégitime la possibilité donnée préférentiellement aux habitants de l'Ouest guyanais d'engager des demandes de JDN en raison des fraudes massives auxquelles elle donne lieu. Cette position l'amène à stopper la procédure (refusant de transmettre les requêtes) et s'opposer aux représentants de l'Etat, dont l'attitude illustre l'absence de conscience qu'a l'Etat français de l'invasion dont est victime le département.

Complexification de la typologie Créoles/Métropolitains

La confrontation des discours de ces deux professionnels, travaillant au sein de la même institution et sur la même question, permet d'opposer des points de vue déjà décrits de façon plus générale dans les chapitres précédents. Reprenons-les.

Le défaut de persévérance des requérants étonne comme un trait un peu exotique M. tandis qu'il renvoie C. à une humiliante fonction de prestataire de service parmi d'autres sur le marché de l'accès aux prestations sociales françaises ; M. considère comme un devoir de l'Etat français la facilitation de cette procédures en ce qu'elle permet l'intégration de populations jusque là exclues, alors que C. déplore l'inconscience de ce même Etat français qui ouvre l'accès à la citoyenneté française, et la porte de la Guyane, à des intrus intéressés avant tout par la manne financière qu'elle représente. Ces points de vue façonnent les pratiques : M. travaillait à constituer des dossiers tout en reconnaissant leur complexité tandis que C. les refuse *sur le principe*, considérant que toute demande est une demande frauduleuse[426].

Mais il serait trop simple d'opposer le Métropolitain vaguement culpabilisé par le passé colonialiste de son pays à la Créole préoccupée par une invasion de son département négligé par un pouvoir central lointain. La position métropolitaine peut en particulier être complexifiée selon au moins deux critères : la posture professionnelle et l'ancienneté du séjour en Guyane. C'est ce que démontre l'analyse des deux entretiens présentés ci-dessous, menés auprès de deux autres professionnels métropolitains.

[426] Notons que de 1994 à 2000, seuls 49% des jugements refusés l'ont été pour fraude (naissance au Surinam (37%), au Brésil (0,5%) et fausses déclarations (11,5%)).
En revanche, 31% des demandes de jugement ont été refusées en raison de l'impossibilité de mener l'enquête à son terme, l'intéressé (ou parfois les témoins) ne déférant pas aux convocations, ou son adresse étant inexacte. Ce taux élevé est à mettre en parallèle avec le commentaire de M. sur le défaut de persévérance des requérants, ou la mobilité bien connue de la population noire marronne.
L'essentiel des autres refus le sont pour défaut de preuves suffisantes. (source : rapport du TGI de Cayenne, Julien Allaux, 2001)

Position d'une assistante sociale hospitalière

Elle se caractérise par une adhésion aux déclarations des patients suivis, que justifie sa fonction professionnelle d'assistante sociale.

Cette assistante sociale considère que son métier n'est pas de vérifier les dires des personnes qu'elle suit, ce rôle revenant plutôt aux services de la police. Selon elle, sa mission en tant qu'assistante sociale en poste à l'hôpital est d'aider à la résolution des problèmes sociaux des malades afin de laisser ces derniers se consacrer pleinement à leurs soins. En outre, elle estime qu'en Guyane elle ne gère que des situations sociales « graves » (défaut de pièce d'identité, de CMU, etc.) et les partenaires professionnels qu'elle peut être amenée à interpeller le savent bien. Par exemple, ses interlocuteurs CGSS et CAF ont compris que quand elle les appelle, c'est pour un besoin d'ouverture de droits urgent en raison par exemple d'un besoin de soins lui-même urgent, ils font donc en sorte d'accéder au plus vite aux demandes qu'elle leur transmet.
Mais les agents de la Maison de la justice ne semblent pas entendre ce raisonnement …

Elle donne l'exemple d'un homme d'une quarantaine d'années, suivi par le service de psychiatrie, dont la naissance n'a pas été déclarée et dont les témoins de naissance ont disparu, y compris sa propre mère. L'interrogatoire est en outre rendu difficile par sa pathologie mentale : *il a eu le malheur de perdre sa mère et de pas faire ça* [les démarches de JDN] *avant, donc c'est un Monsieur qui n'existe pas, donc qui ne peut pas avoir de droit* (sans carte d'identité française (ni de titre de séjour puisqu'il n'est pas étranger non plus), il ne peut pas prétendre à l'AAH, au RMI, à la CMU, etc.). Or les agents de la Maison de la justice lui expliquent qu'*ils ne sont pas dans le social* puisqu'ils sont juristes et qu'ils n'entendent donc pas les arguments qu'elle leur avance. Celle-ci rétorque que leur différence de *point de vue* professionnel ne doit pas les empêcher d'entendre et d'intégrer au dossier la situation sociale précaire du requérant, car l'impossibilité d'accéder à ses droits présente une conséquence gravissime, c'est de compromettre l'investissement dans ses soins.
En outre, elle ne veut pas mettre en cause les déclarations du patient, lequel affirme être né sur le territoire français : *on travaille avec la confiance des gens, hein, donc pour moi il est né sur le territoire français.* Elle reconnaît pourtant spontanément que la déclaration du patient est indubitablement liée à l'intérêt socio-économique en jeu et non seulement à la véracité des faits allégués. Il s'agit en fait pour elle autant d'adhérer aux déclarations de la personne que

d'accompagner son projet de vie, lequel se trouve reposer sur l'acquisition de la nationalité française. Elle explique en effet que cet homme, en cas de refus du JDN, ne demandera pas un document d'identité au Surinam pour pouvoir ensuite au moins demander un titre de séjour en France, et les droits sociaux dont relèvent les étrangers en situation régulière sur le territoire : *la Guyane c'est l'Eldorado, quoi, cette personne, il a pas envie d'être surinamien, je veux dire, pour lui il est français !! (...) on travaille avec les gens (...) il va falloir qu'il fasse le deuil de son espoir d'être français, pour obtenir autre chose, il en est loin, et c'est même pas envisageable pour l'instant. Nous, on est obligé de travailler avec les gens, leurs possibilités et leurs incapacités mais aussi avec l'administration et ses lenteurs et ses refus.*

Autre exemple, celui d'une enfant atteinte d'une pathologie létale à court terme, pour laquelle un JDN a été demandé afin *qu'elle passe la fin de sa vie dans de bonnes conditions*, c'est à dire avec par exemple un fauteuil roulant acquis grâce à l'AES (allocation d'éducation spéciale). Voilà un an qu'on attend une réponse à la demande de JDN, déposée avec la mention « urgent ». Elle a interpellé les agents de justice en soulignant qu'elle est *l'assistante sociale de l'hôpital*, pour signifier implicitement *qu'il y a une maladie*, et explique que « *cette enfant pourrait prétendre à des droits auxquels elle ne peut pas prétendre parce qu'il n'y a pas ce jugement déclaratif de naissance, et puis on fait pas très souvent appel à vous, donc si on le fait c'est que vraiment c'est important* ».

En d'autres termes, elle estime que l'enjeu général dans lequel s'inscrit la demande de JDN, enjeu auquel elle travaille en tant qu'assistante sociale (ouverture de droits sociaux pour faciliter le soin), est suffisamment important pour balayer les critères relatifs à la procédure particulière du JDN, à laquelle travaillent les agents de justice, à commencer par l'interrogation sur la véracité des déclarations des requérants.

Cette adhésion aux déclarations des patients, justifiée par l'importance de l'enjeu social en cause, s'accompagne par ailleurs, dans le discours de cette assistante sociale, d'une absence d'interrogation de certaines pratiques locales, comme si elles se justifiaient simplement par « l'exotisme » du contexte guyanais (culturel, géographique, etc.). Par exemple, face à un jeune patient français qui craint de se voir refusé des soins s'il n'a pas d'argent pour les payer, mais qui pour autant ne se fait pas ouvrir préventivement des droits à une couverture maladie, elle ne cherche pas d'interprétation autre que la mentalité différente « ici ». Ou bien, pour expliquer que certains, encore aujourd'hui, sont dans l'incapacité de déclarer leurs enfants

nouveaux-nés, elle donne l'exemple – très particulier et très « exotique » - des habitants des îles récemment déclarées françaises, distantes de la mairie et du dispensaire français les plus proches de plusieurs heures de pirogue, dont les enfants naissent parfois sur la pirogue pendant le voyage, avec donc difficulté pour dire si c'est au Surinam ou en Guyane, et sans assez de témoins pour obtenir ensuite un JDN (il n'y a qu'un piroguier).
Cette adhésion associée à une absence d'interrogation justifiée par une sorte d'aura mystérieuse est exprimée par plusieurs Métropolitains arrivés, comme cette assistante sociale, très récemment en Guyane.

L'adhésion aux déclarations de l'intéressé, qui amène l'assistante sociale à s'opposer aux agents de la Maison de justice, procède finalement non seulement d'une posture professionnelle (elle vise avant tout l'accès aux droits sociaux de la personne suivie et elle considère que cet objectif prime sur les considérations des agents de justice, faisant prévaloir la logique « sanitaire » à la logique « bureaucratique ») mais aussi d'une appréhension de l'« autre culturel » qui passe par son traitement différent (on ne l'interroge pas avec les même critères qu'on interrogerait le soi), même si l'intention de ce traitement différent est favorable.

Position d'un médecin hospitalier

Tout à l'opposé se situe la position du Dr S, métropolitain lui aussi, dont on va présenter dans l'annexe suivante le discours sur l'altération subie par la culture noire marronne au contact du système socio-sanitaire français. Présent en Guyane depuis plus de vingt ans, ce médecin a été témoin et acteur de la mise en place du système socio-sanitaire national au niveau de l'Ouest guyanais et de l'éveil concomitant de l'intérêt de la population noire marronne pour les prestations sociales. Il déplore que cet intérêt se soit rapidement mué en une attirance irrépressible qui a perverti tant la culture noire marronne traditionnelle (par assimilation à la société de consommation occidentale et effondrement des autorités coutumières) que le système socio-sanitaire lui-même (les diverses prestations étant détournées de leurs objectifs initiaux pour ne plus servir qu'une soif monétaire insatiable). Le signe premier de l'intérêt des Noirs Marrons pour ces prestations sociales accordées en Guyane est leur immigration massive depuis la rive surinamienne du fleuve. Il rappelle que dans les années 70, il y avait très peu de Noirs Marrons en Guyane : *ça aussi c'est encore un mythe, ça : « la Guyane, les Noirs Marrons ... »*. Saint Laurent était constitué de trois petits villages d'une dizaine de cases chacun. Apatou comptait 300 habitants, contre 4000 aujourd'hui. Tous les habitants de Grand

Santi et de Maripasoula étaient créoles. Ainsi, dans leur très grande majorité, les Noirs Marrons qui habitent aujourd'hui le long de la rive française du Maroni viennent du Surinam.
Dans ce contexte d'immigration massive et de *trafics d'identité* généralisés (pour obtenir diverses prestations), le Dr S qualifie les *fameux jugements déclaratifs de naissance* de *monstruosité incroyable, parce que tous ces gens-là ne sont jamais nés sur le territoire français.*
Pas plus de quelques dizaines de personnes auraient pu effectivement naître sur le territoire français et avoir ensuite rencontré des difficultés à le prouver. Grand Santi en 1979 était constitué de cinq maisons. Mais selon les demandes de JDN, il y aurait eu 400 accouchements par an *... Il faut pas exagérer quand même !*
Le jour où passent les commissions qui viennent de Cayenne, 400 personnes feraient le voyage depuis Paramaribo pour essayer d'avoir leur JDN.

Lui aussi remet en cause la compétence des juges en charge de ces jugements, leur absence de connaissance de la Guyane les amenant, au nom de principes inopportuns, à les accepter : *Et puis après on a nommé un juge de métropole qui au bout de trois mois a dit « ha, c'est pas normal, tous ces sans papiers », qui a balancé des trucs comme ça ... mais je l'ai rencontré ce type-là, il connaissait rien à rien.*

Selon lui, la procédure d'enquête et de jugement, desservie par la méconnaissance des professionnels chargés de la mettre en œuvre, offre un rempart bien dérisoire à ce flot de demandes mensongères. Résultat, les détournements sont monnaie courante. Des Surinamiens, réfugiés dans les camps français pendant la guerre, sont repartis au Surinam à l'issue de celle-ci, avec une prime de départ de 3000 F par adulte, soit *un pactole* de 20 000 F avec les enfants, qui leur a permis d'acheter une maison au Surinam. Six mois plus tard, ils revenaient à Saint Laurent, sous un autre nom, demandaient et obtenaient un JDN selon lequel ils étaient nés à Apatou, et sont donc désormais français tout en vivant confortablement au Surinam des prestations sociales françaises *... j'en connais plein, et qui maintenant ont une maison gratuitement, ont le RMI, les allocs, qui foutent plus rien, et qui roulent en BMW ! Je connais des gens qui roulent en BMW, qui ont jamais travaillé à quoi que ce soit, simplement en trafiquant comme ça ...*
Pire, à l'instar des allocations familiales, cette procédure suscite de graves dérives : des jeunes filles monnayent par des relations sexuelles un faux témoignage de leur naissance avec des hommes âgés, d'autres les achètent 1000 ou 2000 francs ...

Cette procédure, censée répondre à un besoin spécifique, s'insère ainsi dans un contexte généralisé d'abus de prestations sociales que l'Etat est coupable de laisser se développer : *l'Etat français est complètement au-dessous de tout.*

Sa longue expérience de terrain donne donc à ce médecin des arguments pour dénoncer les graves dérives de la procédure, tant par les fraudes dont elle fait l'objet que par son illégitimité de départ (rares sont les personnes effectivement nées en France et non déclarées). Et comme C. également, il est critique à l'égard de l'Etat français et de ses représentants qui agissent en totale méconnaissance de la réalité locale, au nom de principes inadaptés. Il insiste moins en revanche sur l'humiliation que représentent ces fraudeurs pour les professionnels, ce qui peut s'expliquer par sa fonction professionnelle (il n'a pas à les gérer) et son origine (l'invasion n'est pas celle de « son » pays). Enfin il présente l'effondrement de la culture noire marronne non pas, comme dans le discours de C., comme une manifestation de la nature vicieuse des Noirs Marrons, mais comme la conséquence dramatique de l'intrusion inappropriée du système socio-sanitaire français.
Notons qu'un autre professionnel métropolitain interrogé à la Maison de la justice, plus anciennement présent sur le territoire que M., est aussi plus critique à l'égard de la procédure (sur-estimant le nombre de JDM délivrés et souhaitant le tarissement des délivrances[427]).

Conclusion

La question des JDN illustre bien une dimension de la complexité, vécue et exprimée par les professionnels, de l'application du système socio-sanitaire français en terre d'outre-mer : à la volonté métropolitaine de prendre en compte les difficultés particulières liées au passé colonial (intégration difficile des populations de l'Intérieur) répondent les craintes locales, c'est à dire créoles, d'invasion étrangère. Mais outre l'appartenance ethno-raciale, deux facteurs nous sont apparus pertinents dans la construction de la position des professionnels métropolitains à l'égard de cette procédure.

[427] Il considère que les dossiers doivent encore être étudiés (par exemple le certificat d'un médecin de dispensaire attestant de la naissance de la personne peut encore faire accepter la demande) mais être refusés dans leur grande majorité, en raison non pas des abus antérieurs, mais des motifs pour lesquels ces demandes étaient acceptées, ces trente dernières années, et qui ne sont aujourd'hui plus valables : tout le monde désormais sait qu'il faut déclarer les enfants et le délai prolongé d'un mois permet à chacun de le faire (les raisons géographiques ne sont donc plus valables).

C’est d’abord l’ancienneté de résidence en Guyane. Les propos tenus par des Métropolitains anciennement installés en terre guyanaise viennent ici globalement conforter la parole créole, même si leurs arguments diffèrent. Là en effet où leurs collègues métropolitains nouveaux-venus adoptent semble-t-il la position du l’explorateur mâtiné d’humanitaire qui découvre, chez ces populations « en grand besoin » une « culture exotique qui n’a pas à se justifier », les anciens s’emportent contre ces « mythes » et observent avec amertume une société « traditionnelle » se désagréger sous les coups de buttoir d’une société de consommation qu’ils ont contribuée à importer.

C’est enfin, dans une moindre mesure, la fonction professionnelle. Le personnel en charge de ces dossiers, dont la mission est de traquer les abus, ne peut ignorer ces derniers, tandis que l’assistante sociale « assiste » sans sembler vouloir s’en poser la question.

Au final, l’importance prédominante des deux premiers éléments, l’appartenance ethno-raciale et l’ancienneté du séjour qui s’accompagne de l’appropriation de certains discours tenus « localement », et leur forte influence sur les pratiques concrètes des professionnels, montrent combien les enjeux identitaires pèsent au moins aussi lourd que les difficultés « techniques », lors de la mise en oeuvre de cette procédure juridique d’intégration à la société française.

10.4 « L'inadaptation » du système socio-sanitaire importé de métropole au public noir marron

Sont retranscrits ici assez largement des extraits d'un entretien mené auprès d'un médecin, le Dr S, qui exerce à Saint Laurent en Guyane depuis plus de vingt ans. Celui-ci reprend à son compte la plupart des arguments présentés par les professionnels métropolitains en Guyane, lorsqu'ils décrivent l'inadaptation du système socio-sanitaire, élaboré au niveau national, aux caractéristiques identitaires qu'ils attribuent aux Noirs Marrons. Grâce au recul temporel (un quart de siècle) et à l'investissement de ce professionnel de terrain, le constat prend une épaisseur peu repérable dans les propos évoqués de façon dispersée dans le corps du texte. C'est en effet le déroulement chronologique de l'implantation du système socio-sanitaire que nous livrent ces commentaires, articulée autour des principales représentations métropolitaines à l'égard des différents groupes de population résidant en Guyane et des relations qui les unissent les uns aux autres (avec en particulier le racisme des Créoles à l'égard des Noirs Marrons).

Selon le Dr S, la population du fleuve Maroni n'était absolument pas sensibilisée, dans les années 80, à ce dont on l'accuse aujourd'hui de consommer abusivement : les soins et les prestations sociales. C'est au cours des années 90 que la tendance s'est radicalement inversée. Comment en est-on arrivé là ?
Ce sont les médecins qui ont initié cette bascule, le système social a ensuite pris le relais.

Avant

Dans les années 80, l'état sanitaire est déplorable. Tout projet de santé doit passer par l'impulsion de deux mouvements : amener la population à avoir recours à la médecine biomédicale et la faire accéder à ses droits sociaux (dont la couverture maladie, qui facilite justement le recours aux soins).

Les Noirs Marrons, pendant des années il fallait se battre pour qu'ils aillent au dispensaire. (...) La médecine traditionnelle était plus utilisée que la médecine européenne. Le Dr V.[428] *s'est battu énormément là aussi pour que les gens comprennent l'intérêt de prendre des médicaments, d'un suivi, etc.*

La médecine biomédicale n'était présente que depuis les années 70, et encore ne l'était-elle qu'à travers les vaccinations et quelques soins d'urgence (le traitement des accès palustres par exemple).

La médecine traditionnelle était en revanche beaucoup plus prégnante. Alors que les tarifs appliqués dans les dispensaires étaient très modérés, *les sorciers* se faisaient payer de grosses sommes, *500 Frs minimum*, ce que le Dr S trouvait *étonnant*, voire le faisait *toujours un peu râler*, quand ses patients n'achetaient pas les médicaments que lui-même leur prescrivait. Surtout, les messages des médecins buttaient contre les modèles traditionnels : comment faire comprendre l'importance des traitements chroniques quand selon *leurs traditions*, une seule décoction ou un seul bain de feuilles suffisent, comment faire accepter les prises de sang quand elles sont perçues comme « *enlever du sang* » ?

Cette distance vis-à-vis de la médecine biomédicale était variable selon les différents sous-groupes de la population.

Décrivant la difficulté à faire prendre des traitements sur le long terme (*la plupart des remèdes, même chez les Créoles, c'est : on a mal à la tête, on est hypertendu, on prend une décoction pendant 24 heures et puis c'est fini*.), le Dr S rappelle implicitement la moindre distance des Créoles (*même chez les Créoles*) avec la médecine occidentale.

En revanche pour les Noirs Marrons, l'adoption de la médecine occidentale passait par un bouleversement majeur : un abandon des représentations quant à la nature même du mal à combattre (*mauvais sort*) et du type de raisonnement (non *rationnel* ni *logique*) : *Et puis dans la tradition des Noirs Marrons, vous savez bien que tout ce qui est maladie, c'est un mauvais sort, donc passer du cadre « une maladie c'est un mauvais sort », à une explication plus rationnelle, plus logique d'un phénomène, il faut dix ans*.

Mais ce sont les Hmong qui constituent le cas extrême de ce schéma évolutif : *Les Hmong, ils étaient même les plus virulents, il était hors de question de faire une prise de sang chez un Hmong, ils ont bien changé. (...) Quand ils sont arrivés de leur brousse*, leurs conditions

[428] Médecin très investi dans l'Ouest guyanais à cette époque.

économiques étaient les plus difficiles et ils étaient les plus réfractaires aux soins (toutes les femmes accouchaient à domicile, ils refusaient toute prise de sang, etc.).
Leur intégration économique (*eux, par contre, c'est des bosseurs*) et sociale (pour la seconde génération, grâce à l'apprentissage du français) a entraîné leur intégration sanitaire (*Maintenant, il n'y a plus aucun problème avec les Hmong. C'est en Guyane maintenant la population qui a le moins de mortalité maternelle, alors que c'était la pire à une époque.*) Ils possèdent désormais tous une voiture qui leur permet de pallier les problèmes géographiques d'accès aux soins[429].
Ces attributs identitaires concordent avec ceux représentés communément par les Métropolitains (les Créoles culturellement les plus proches des Occidentaux ; les Hmong caractérisés par leur travail et les Noirs Marrons par leur « distance culturelle » d'avec la « culture occidentale », ainsi que, on va le voir, par leur tendance à l'assistanat). La faculté aà s'adapter à la médecine biomédicale se trouve ainsi modulée selon « la culture » et l'efficience économique.
Précisons en outre que cette dichotomie médecine traditionnelle/médecine biomédicale est présentée par l'ensemble des médecins métropolitains interrogés, l'adhésion à la seconde passant selon eux nécessairement par l'abandon de la seconde, alors que les anthropologues décrivent plutôt un cumul de recours possibles au sein d'un pluralisme médical, dans toute société et en particulier la guyanaise.

Cette « adaptabilité » à la médecine biomédicale dépendrait également des relations interethniques locales. C'est ce que suggère le Dr S quand il rappelle que les Noirs Marrons se méfiaient d'autant plus des nouveaux-venus, ces « Blancs », et de leur médecine, qu'ils étaient déjà les victimes du racisme des Créoles – plus proches de cette biomédecine – qui les tenaient à l'écart du développement culturel et économique de la Guyane. L'accès aux soins faisait ainsi l'objet d'une ségrégation : le dispensaire de Saint Laurent, il y a vingt ans, comportait *une entrée spéciale pour les Noirs Marrons, comme en Afrique du Sud. Parce qu'ils passaient après tout le monde. C'était institué par le personnel en place, c'était pas officiel, quand même pas, mais c'était l'usage, le Créole passait toujours devant tout le monde, le Blanc encore plus, etc.*

[429] Les Hmong vivent dans deux villages distants de plusieurs heures de route sur des pistes défoncées, depuis Saint Laurent ou Cayenne.

Ainsi, les prises de sang, déjà mal considérées comme on vient de le voir, devenaient suspectes de servir la malveillance des médecins métropolitains : *ça s'est transformé en « les médecins sont des vampires, ils font des expériences au sein des Noirs Marrons ».*

Il a fallu mener le même combat par rapport aux prestations sociales.
Pendant des années, on s'est battu pour que les gens qui avaient des droits sachent ce que ça veut dire. (…) Ils ne comprenaient absolument pas ce que c'était que les droits sociaux en général, ils étaient tellement peu habitués à ça qu'ils ne demandaient rien.
Les rares Noirs Marrons salariés (les piroguiers de la sous préfecture, les agents de la mairie, les jardiniers) étaient assurés sociaux mais ne savaient pas se servir de leur carte de Sécurité sociale, ils payaient leurs consultations et leurs médicaments, ils avaient droit aux allocations familiales mais ils ne les touchaient pas, etc.

La bascule

Les médecins ont lutté pour faire en sorte que la population fasse appel à eux : que les malades les considèrent comme des thérapeutes efficaces et que les Noirs Marrons voient dans « les Blancs » des personnes animées de bonnes intentions à leur égard. Parallèlement, l'offre de soins des dispensaires s'est progressivement étoffée.

Pour le premier point (convaincre de la valeur de la médecine biomédicale), c'est peu à peu, *avec l'exemple*, que la médecine biomédicale a fait la preuve de son efficacité. Par suite, les malades ont moins bien accepté les tarifs élevés pratiqués par les thérapeutes traditionnels. L'inversion du rapport de force entre la médecine biomédicale et la traditionnelle passait non seulement par une mise en avant de la biomédicale mais aussi par l'intrusion de celle-ci, directement sur le terrain de la traditionnelle. *Il fallait jouer un peu au sorcier : moi j'ai joué un peu au sorcier pendant des années avec mon appareil d'écho : c'était encore mieux qu'un sorcier, de pouvoir voir dans le ventre un bébé, quand même ! Et de voir le sexe !*

Pour le deuxième point (convaincre les Noirs Marrons de la bienveillance « des Blancs »), il a fallu *la persuasion de certains médecins comme le Dr V., pour que les gens comprennent que finalement, on était là pour les aider, parce que pendant des années ça a été « on a peur des Blancs, on a peur des Créoles parce qu'ils ne nous aiment pas. » (…) Donc la principale*

chose qu'a faite le Dr V. et moi un petit peu, c'est de montrer aux gens qu'on était là pour les aider. Quand ils ont compris qu'on se défonçait pour les aider, qu'on n'était pas là simplement pour faire des expériences sur eux, ce qui a été dit pendant très longtemps, et qu'on était un peu efficace, donc voilà.

Cette *confiance* instaurée, la *bascule* a pu avoir lieu.

Aujourd'hui, *les progrès sont énormes*, répète le Dr S. Il y a vingt ans, *les femmes accouchaient à domicile, il y avait une mortalité périnatale et maternelle démentielle ... maintenant, on a la mortalité maternelle de la métropole, quasiment*. Sur le fleuve, on compte aujourd'hui à peine dix ou vingt accouchements à domicile, plus quelques dizaines au dispensaire de Maripasoula, tandis que tous les autres ont lieu à l'hôpital (Cayenne et Saint Laurent).
La tradition s'accompagnait d'un *fatalisme, avec un grand F, qui était la grande chose contre laquelle on s'est battu*. Il y a vingt ans, les femmes enceintes dont les grossesses étaient pathologiques refusaient non seulement l'hospitalisation, mais aussi tout traitement, elles déclaraient *« c'est le Bon Dieu », « si le bébé doit mourir, il doit mourir »*. Aujourd'hui, elles restent quelquefois un mois à l'hôpital, car elles ont confiance et parce qu'il y a eu des exemples.
Bon c'est vrai qu'il y a toujours des têtes de mule, il y a toujours plein de grossesses mal suivies qui viennent du Surinam et qui nous embêtent, mais les progrès sont énormes.

En matière de prestations sociales aussi, la bascule résulte de l'engagement des médecins, puisque à l'époque il n'y avait aucune assistante sociale, *donc nous-mêmes on s'est battu pour que les choses avancent*.[430] Peu à peu, l'intérêt concret des droits sociaux est apparu à la population : les allocations familiales, mais aussi le remboursement d'une partie des médicaments et le tiers payant, utiles dès qu'on est convaincu de l'efficacité des médicaments. Un élément important de cette prise de conscience a été la diffusion progressive de la langue française.

[430] A noter qu'encore aujourd'hui, tous les médecins interrogés affirment *se battre* pour que le Conseil Général recrute des assistantes sociales de secteur à Saint Laurent et donc continuer à se mobiliser sur le terrain de l'offre des services sociaux.

Une situation aujourd'hui inversée

Après avoir pris l'habitude de venir au dispensaire, les gens s'en sont peu à peu détournés, passant, à Saint Laurent, de la PMI à la médecine de ville : question de prestige (*la PMI, ça faisait moins bien* : la consultation du médecin de ville est payante, ce qui la valorise symboliquement par rapport à celle de la PMI qui ne l'est pas) et question de confort (attente moindre chez le médecin de ville qu'à la PMI). Cette évolution repose sur des critères non pas sanitaires mais sociaux : *socialement c'était mieux*, dès que les gens en avaient les moyens financiers.

Aujourd'hui, ultime étape dans ce schéma évolutif, les gens demandent à consulter des spécialistes. *C'est quelque chose de nouveau, les gens ont compris que c'est encore mieux d'aller voir un spécialiste pour un problème donné. Ils comprennent maintenant qu'il y a des médecins qui s'occupent de ça, d'autres d'autre chose.* Les Hmong constituent là encore l'exemple le plus abouti du processus : *Les Hmong, c'est pareil, il y a quinze ans, personne ne pouvait les examiner, même pas une sage femme. Petit à petit on a réussi, après ils sont venus voir les médecins de ville, et maintenant ils viennent directement voir les spécialistes.*

Conséquence de cette évolution, les services de soins sont saturés, en médecine de ville comme hospitalière puisque les spécialistes à Saint Laurent sont uniquement hospitaliers. Une conséquence bien paradoxale, compte tenu des luttes passées … *Et maintenant il faut se battre pour pas être débordé par tout ce monde*. Le Dr S utilise ainsi le même vocabulaire (se battre, lutter) pour désigner ses deux préoccupations, successives mais inverses (amener les gens à accéder à leurs droits puis les empêcher d'en abuser), comme par emballement du processus.

Du point de vue des prestations sociales, cet emballement est une catastrophe.

Maintenant les gens ont compris que les avantages sociaux c'était capital, donc maintenant c'est « sus aux avantages sociaux ».

Des flots de Noirs Marrons surinamiens déferlent sur la rive guyanaise du fleuve Maroni pour accéder à des droits auxquels ils ne devraient pas théoriquement prétendre. Les allocations familiales font l'objet de *trafics monstrueux* : la déclaration de paternité par un homme noir marron français qui n'est pas le père biologique de l'enfant pour qu'il touche les allocations et en reverse une partie à la mère, surinamienne en situation irrégulière, pratique aujourd'hui courante, était *impensable*, (...) *pas du tout dans l'état d'esprit*, il y a encore trois ans. Le RMI a catalysé ce processus. Depuis que les Noirs Marrons ont compris que la détention d'une

carte de séjour leur permet de toucher le RMI, les trafics d'identité se multiplient, s'ajoutant à ceux de reconnaissance de paternité.
Les fraudes en matière de cartes d'assurance maladie, sans forcément d'ailleurs que les intéressés aient conscience de frauder, sont à l'origine *d'énormes problèmes avec les groupes sanguins (...) c'est tout le temps.* Le Dr S raconte par exemple avoir récemment découvert que, comptées sur la même carte de CMU, quatre IVG avaient été pratiquées sur quatre femmes différentes.

Finalement, l'imposition d'un système de prestations sociales depuis la métropole a précipité cette population dans la société de consommation : *Donc on a transformé totalement une civilisation qui n'avait aucun rapport à l'argent, moi j'ai bien connu ça, qui n'était pas du tout quémandeur d'argent, et maintenant on est en train de les, en quelques années, une dizaine d'années même pas, on est en train de transformer les gens en assistanat ... ils rentrent dedans à fond. (...) Je les ai connus complètement en dehors de ces problèmes matériels, ils y pensaient pas du tout, donc on les a incités à ...*
C'est tout un mode de vie traditionnel discipliné qui a disparu : *et les vieux le disent bien, ça. Donc maintenant, et bien toutes les jeunes filles qui avant étaient bien dans leurs petits villages du Maroni, bien surveillées, bien respectueuses de l'autorité ... parce que les Ndjuka, Diane Vernon*[431] *pourra vous en parler, c'était pire d'être ndjuka que d'être catholique intégriste ou juif intégriste, il y a avait des interdits, des obligations, c'était infernal, leur vie, bourrée d'interdits et d'obligations ! Maintenant, tout a explosé, toutes ces petites jeunes, là, elles viennent de leurs kampus*[432]*, elles viennent à Saint Laurent, et maintenant, j'ai vu ce matin trois grossesses de 14 ans, il y en a deux dans le service, les MST qui flambent, le VIH ... maintenant ils ont la télé, mais la télé c'est un gros facteur de déculturation, c'est évident. Avant ils voyaient pas grand chose, et maintenant ils voient qu'ils ont envie d'avoir ceci, d'avoir cela, d'où la prostitution qui dit pas son nom, d'où les trafics ... on a déculturé une population en une dizaine d'années de façon, à une vitesse qui est incroyable ...*
Il reconnaît cependant qu'il y a *tous les cas de figure* : les ruraux encore « indemnes », les créolisés, les 2ème génération étudiants à la fac ...

[431] Anthropologue spécialiste des Ndjuka, présente depuis une trentaine d'années sur le fleuve.

[432] Les *kampus* sont les villages noirs marrons.

Diane Vernon décrit elle aussi, en effet, ce bouleversement qu'a entraîné l'application du système social chez les populations noires marronnes du fleuve (Vernon, 1993). Elle rappelle que lorsque, à la suite de l'abolition du territoire de l'Inini, les Boni (ou Aluku) ont accepté la francisation, le système administratif français s'est brutalement imposé à eux, re-découpant leur espace physique en communes sans s'articuler à leur autorité traditionnelle. Cette imposition du droit français est allée de pair avec l'éveil de l'intérêt pour les prestations sociales et l'effondrement du système traditionnel d'échanges et de contrôle. Elle cite Kenneth Bilby[433] : « Avec la citoyenneté tombaient des prestations sociales. D'un peuple auto-suffisant, les Aluku devinrent « un peuple subventionné. (…) L'afflux d'argent « gratuit » ou « bon marché » a créé un appétit débordant pour le gain, et a déclenché une folie d'achat et de vente … (qui) a anéanti beaucoup des normes d'échange. »

Vernon poursuit : « Le partage traditionnel de biens et services a presque entièrement disparu, faisant place à des inégalités et brouillant les relations de parenté. » (p.110). Le contrôle social jusque-là généré par les autorités traditionnelles s'est considérablement affaibli. Il dépendait en effet de l'inscription dans un corps social, le lignage[434] (or aujourd'hui on peut vivre en-dehors de son lignage[435]), et de la crainte des ancêtres qui veillent au respect des lois (or on peut désormais se tourner vers des sectes ou la biomédecine, échappant ainsi aux sanctions « occultes »).

Aujourd'hui, il arrive même que les Noirs Marrons sollicitent l'intervention du droit français (ou surinamien) dans le but de renforcer le contrôle social traditionnel désormais défaillant : un *kabiten* demande par exemple aux gendarmes de ramener aux villages toutes les femmes ndjuka vivant seules à Saint Laurent ; on menace de porter plainte à la police contre ceux qui ne se soumettent pas aux sanctions traditionnelles. Les sanctions pénales de la police de Saint Laurent sont d'ailleurs jugées trop peu sévères.

[433] « The Remaking of the Aluku : culture, politics, and maroon Ethnicity », 1990, pp. 173, 179-180

[434] Le lignage prenait en charge tous les aspects de la vie, définissant les aires de chasse, la maison d'habitation, etc. C'est un membre du lignage qui faisait la demande en mariage ou plaidait la cause de l'individu en cas de litige. A l'époque où il n'y avait pas de police, le lignage exerçait un contrôle social considérable, impliquant une forte dépendance.

[435] Le relogement des Noirs Marrons dans des logements sociaux, dans le quartier de la Charbonnière à Saint Laurent, a contribué à l'éclatement du contrôle social autrefois exercé par le lignage. Les petites maisons ont en effet été attribuées sans qu'il ne soit tenu aucun compte des règles précisément édictées par les lignages en matière d'habitat (à côté de qui peut-on vivre, etc.), suscitant des tensions entre les « nouveaux-voisins-malgré eux » qui érigent des palissades autour de leurs maisons.

Notons enfin que la question de la coexistence des droits coutumiers avec le droit français a fait en Guyane l'objet de plusieurs colloques ces dernières années, la Constitution de 1958 prévoyant pour les DOM des « mesures d'adaptation » sur le plan législatif et administratif (art. 73)[436].

Epilogue : et l'Etat de droit ?

Evoquant, à l'instar de nombreux autres Métropolitains, la menace d'« explosion sociale », le Dr S appelle de ses vœux un renforcement des contrôles, par la CAF, la CGSS, les gendarmes, etc. car aujourd'hui *personne ne contrôle rien*. *(...) Il faut d'abord restaurer l'autorité de l'Etat qui est ici inexistante*. Les entorses au droit sont flagrantes, omniprésentes, les gens n'essaient même pas de s'en cacher : il évoque les automobilistes roulant sans assurance auto et sans permis de conduire, les conducteurs non casqués conduisant des mobylettes volées, l'essence vendue au noir en pleine rue, les trafics de drogue, les étrangers en situation irrégulière qui s'installent sur un terrain privé et qui *se permettent même de gueuler comme quoi on leur donne pas l'électricité, l'eau, etc*. Il rappelle qu'à Saint Laurent il y a quinze ans, on ne fermait pas les maisons ni les voitures, il n'y avait ni grille ni volet ni barre aux fenêtres, on laissait la clé dans la voiture, *il n'y avait pas de vol, il n'y avait rien*[437].

Ces atteintes flagrantes du droit (*c'est énorme, ici*) ne suscitent aucune réponse des forces de l'ordre : *Personne ne leur dit rien*. (...) *il n'y a aucune autorité. (...) Je ne veux pas du tout être réactionnaire en disant ça, mais Saint Laurent, c'est l'Etat de non droit total. (...) L'Etat français est complètement au-dessous de tout*.
C'est une spirale infernale : *A partir du moment où il n'y a aucune autorité de l'Etat, on leur donne l'idée qu'ils ont tous les droits, donc pourquoi pas continuer.*

[436] Au Surinam, les Noirs Marrons ont jusqu'ici bénéficié d'une entente, initiée par les traités de 1760, qui reconnaît et respecte leur organisation sociale, leurs autorités coutumières et leur autonomie de gestion légale. En France en revanche, la loi française ne reconnaît ni l'identité ethnique des Ndjuka (séparant parmi eux les français des étrangers), ni leur parenté (lignages, clans), ni leurs alliances (les mariages coutumiers sont assimilés au concubinage, les co-épouses à des maîtresses). (Vernon, 1998)

[437] L'insécurité ambiante est dans tous les discours en 2002. Les acteurs métropolitains la reprochent à l'Etat central mais aussi aux pouvoirs locaux (par exemple, la mairie de Saint Laurent qui retire un bénéfice de l'activité des vendeurs à la sauvette, ou celle de Maripasoula qui « s'arrange » de l'orpaillage clandestin).

Cette absence policière fait écho à la disparition de la discipline communautaire traditionnelle et contraste avec les situation métropolitaine et surinamienne.

Il reconnaît certes que le rétablissement de l'Etat de droit est rendu difficile par la proximité du Surinam : si les Haïtiens craignent une expulsion parce que leur pays est loin, ce n'est pas le cas des Surinamiens. Mais les vraies raisons sont ailleurs :

- Le manque de compétence et d'investissement des agents métropolitains[438] : *les gens bafouent l'autorité parce que les fonctionnaires sont nuls, parce qu'ils changent tous les deux ans, parce qu'ils s'en foutent*.
- Le souci d'éviter de *faire de vagues*, tel qu'il est exprimé par le préfet et le sous préfet. *S'il y a le moindre truc sur le territoire, ça va sortir dans les média, dans le monde, « ha oui, la France qui vire ses réfugiés, etc. »*

Enfin, l'accès au système socio-sanitaire par une population migrante arrivée récemment et massivement bouleverse les rapports interethniques. S'il y a vingt ans, le racisme des Créoles à l'égard des Noirs Marrons s'exprimait notamment par un accès différencié aux soins, et plus généralement une exclusion du progrès économique, la situation d'aujourd'hui, un accès généralisé débordé par les abus, met les premiers mal à l'aise. L'immigration des Noirs Marrons en quête d'avantages sanitaires et surtout sociaux est perçue comme une invasion par les Créoles, invasion dangereuse tant sur le plan identitaire que matérielle (l'insécurité qui vient d'être décrite).

Le Dr S rappelle qu'il y a vingt ans, Saint Laurent comptait *10 Blancs, 4800 Créoles et 200 Noirs Marrons*[439] ... Il qualifie ainsi *le problème des Créoles* : *c'est qu'ils sont envahis*. *Il y a un gros problème d'identité créole qui revient à la surface, parce que c'était leur pays, la Guyane. Imaginez en France un département français où en dix ans, vous triplez la population avec que des étrangers, comment ça réagirait ...* (…) *pour les Créoles, les Noirs Marrons restent des gens inférieurs, et si on les côtoie, on se rapproche d'eux. Le gros problème, c'est qu'ils sont noirs comme eux, ils ne veulent pas être confondus*.

[Alors aujourd'hui] *les Créoles, ils sont pas bien dans leur peau*, (...) *ils savent plus où se situer* (...) *ils se font envahir par les gens, un petit peu en dessous de la position sociale, qui font du monde, qui font de la délinquance, ils se font aussi envahir dans leur boulot par des*

[438] Il illustre ce propos en particulier à l'égard des magistrats qui traitent les demandes de jugement déclaratif de naissance (cf. annexe).

[439] En 2002, année de cet entretien, la population de Saint Laurent est estimée à 25-30 000, dont une grande majorité de Noirs Marrons, pour moitié surinamiens.

gens qui viennent des Antilles ou de métropole, qui les commandent, ils sont pas bien du tout, les Créoles. Pour moi, la Guyane, c'est un futur Liban.

En matière d'accès aux soins, le malaise identitaire créole vient accroître les attitudes de rejet. Le Dr S en observe chez les Créoles, qu'ils soient en position de malades (quand ils refusent de partager leur chambre d'hôpital avec des Noirs Marrons) ou de soignants (racisme perceptible en particulier à l'hôpital de Cayenne : *un racisme noir marron qui est horrible*).

Au total, le Dr S exprime diverses positions présentées dans le corps du texte, et en premier lieu l'impatience des Noirs Marrons à profiter et abuser d'un système qui s'est brutalement ouvert à eux et la mise en cause de l'Etat pour son laxisme en la matière. La virulence et l'amertume de son propos font souvent écho à celles exposés dans les chapitres présentant les discours créoles. Son interprétation diffère cependant de celle de ces derniers : là où les Créoles contestent un accès non mérité car indépendant de toute volonté d'assimilation de la part des intéressés, lui insiste plutôt sur les dégâts causés par un début d'assimilation mal gérée (par défaut de contrôles et non de fermeture, en rapport avec une méconnaissance totale du terrain et des intérêts géo-politiques) qui a laminé les fondements de la société noire marronne et dont la société créole subit les « dommages collatéraux » (par bouleversement des rapports démographiques). L'amertume est moins liée au profit immérité et à l'invasion (tels qu'exprimés par les Créoles) qu'au sentiment d'avoir participé à mettre en branle un processus qui n'est aujourd'hui plus maîtrisé.

11 Table des matières détaillée

1 INTRODUCTION 9

2 PROBLÉMATIQUE 11

2.1 Qualifier un traitement de discriminatoire 11
2.1.1 Un traitement différentiel illégitime 11
2.1.1.1 Définition factuelle 11
2.1.1.2 Exemple de l'accès aux soins des étrangers 15
2.1.2 Différents types de discriminations 18
2.1.2.1 Discriminations négatives / positives 19
2.1.2.2 Discriminations directes / indirectes 21
2.1.3 L'écart à la loi … et/ou au consensus social 23
2.1.4 Application de ces présupposés théoriques à l'analyse de terrain 25

2.2 Nommer l'origine en République française 28
2.2.1 Les catégories de l'origine 28
2.2.1.1 Le droit communautaire et le « tabou républicain » 28
2.2.1.2 Les enjeux politiques d'une question scientifique 31
2.2.1.3 Ailleurs, des politiques fondées sur des identités 36
2.2.2 La lutte contre les discriminations selon l'origine 39
2.2.2.1 Le traitement juridictionnel des discriminations 39
2.2.2.2 Les politiques publiques de lutte contre les discriminations 42
2.2.3 Catégories de l'origine et « réceptivité sociale » à la question des discriminations 49

2.3 La discrimination selon l'origine, un traitement de « l'autre » 51
2.3.1 Le processus discriminatoire 51
2.3.1.1 La perception d'une différence radicale 51
2.3.1.2 De la perception de l'altérité à l'acte discriminatoire 56
2.3.2 L'importance du contexte 58
2.3.3 Une enquête structurée autour de ces concepts sociologiques 61

2.4 La discrimination dans le champ des inégalités sociales de santé 63
2.4.1 Analyse comparée de la construction sociale de deux objets scientifiques : l'inégalité sociale de santé et la discrimination selon l'origine 65
2.4.2 Les catégories de l'origine dans la recherche sur les inégalités sociales de santé 72
2.4.2.1 L'ambiguïté républicaine 72
2.4.2.2 Ailleurs, des approches ethnicisantes et racialisantes qui suscitent là aussi des débats 77
2.4.3 Les discriminations selon l'origine en santé 81
2.4.3.1 Les données suggérant l'existence d'inégalités sociales de santé selon l'origine 82
2.4.3.2 Diverses interprétations données à ces inégalités sociales de santé selon l'origine 84
2.4.4 Les inégalités sociales dans l'accès aux soins 89

2.4.4.1 Relativiser l'importance de l'accès aux soins sur les inégalités sociales de l'état de santé 89
2.4.4.2 Un champ d'action publique qui reste pourtant prioritaire 95
2.4.4.3 L'accès à une couverture maladie, un angle d'approche heuristique pour l'étude des discriminations dans l'accès aux soins 98
2.4.5 Inscrire la discrimination selon l'origine dans l'accès aux soins dans le champ des inégalités sociales de santé 102

2.5 Conclusion 104

3 MÉTHODES 107

3.1 Recueil des données 107

3.2 Analyse 111

3.3 Une enquête qualitative 113
3.3.1 Ses avantages 113
3.3.2 Et ses inconvénients 115

3.4 Présentation des résultats 116

4 LA PLACE DE « L'AUTRE » AU SEIN DU SYSTEME DE PROTECTION CONTRE LE RISQUE MALADIE : L'ASSISTE, L'ETRANGER 119

4.1 Assistance et assurance 120
4.1.1 L'assistance 121
4.1.2 L'assurance 125
4.1.3 Le brouillage des frontières entre logique d'assurance et logique d'assurance . 127

4.2 Protection des étrangers 130
4.2.1 La restriction de la couverture maladie des étrangers en situation irrégulière ... 132
4.2.1.1 1993 : exclusion de la Sécurité sociale 132
4.2.1.2 1999 : isolement au sein de l'aide médicale 134
4.2.1.3 2003 : restriction de l'aide médicale dans son accès et son contenu 135
4.2.2 La « compensation » humanitaire 145
4.2.2.1 1998 : les titres de séjour pour soins 146
4.2.2.2 2003 : la prise en charge des exclus de l'AME 147
4.2.2.3 Les « dispositifs balais » de la lutte contre l'exclusion des soins 148
4.2.3 L'intégration des étrangers en situation régulière 153
4.2.3.1 1999 : la « sortie de l'exclusion » des plus précaires grâce à la CMU 153
4.2.3.2 1998 : accès à la retraite pour les non résidents et aux prestations non contributives pour les résidents 156
4.2.4 Le contraste entre l'intégration des uns et l'exclusion des autres 158

4.3 Conclusion 160

5 LES PROCESSUS 165

5.1 La délégitimation 168
5.1.1 Les représentations : la perception d'une illégitimité 168

5.1.1.1 La privation des nationaux 168
5.1.1.2 Une attitude immorale 172
5.1.2 Les pratiques : la restriction des droits 176
5.1.2.1 Justifiées par la privation des Français 176
5.1.2.2 Justifiées par l'attitude immorale 178
5.1.3 Synthèse 183

5.2 La différenciation 184
5.2.1 Les représentations : la perception d'une différence 186
5.2.2 Les pratiques : le dérogatoire plutôt que le droit commun 190
5.2.2.1 La fermeture du « regard diagnostic » 193
5.2.2.2 La privation de l'offre de soins de droit commun 195
5.2.2.3 Support de connotation négative 197
5.2.2.4 Le refus de soins 198
5.2.3 Synthèse 199

5.3 Les discriminations systémiques 201
5.3.1 Accès aux droits 205
5.3.2 Accès aux soins 209
5.3.3 Synthèse 213

5.4 Quand les processus se mêlent les uns aux autres 214
5.4.1 Délégitimation et différenciation 214
5.4.1.1 La délégation du droit commun vers le secteur associatif 214
5.4.1.2 La procédure de régularisation pour soins 218
5.4.2 Catégorisations de « l'autre » et discriminations systémiques 223
5.4.2.1 L'avance des frais en libéral 226
5.4.2.2 Les numéros provisoires 228
5.4.2.3 La connaissance insuffisante de la réglementation 229
5.4.2.3.1 Des traitements défavorables 230
AME 231
CMU 233
5.4.2.3.2 La part des discriminations systémiques 233
5.4.2.3.3 La part des catégorisations de « l'autre » 237
5.4.3 Synthèse 240

5.5 Mise en contexte « macrosocial » 241
5.5.1 La délégitimation 241
5.5.1.1 L'ambivalence 241
5.5.1.1.1 Une ambivalence perçue et exprimée par les professionnels 242
5.5.1.1.2 Traduction dans les pratiques 244
5.5.1.1.3 La « marge de manœuvre » impartie à chaque acteur 246
5.5.1.2 La suspicion 248
5.5.1.3 L'anticipation 251
5.5.2 La différenciation 255
5.5.3 Synthèse 257

5.6 Conclusion 259

6 UNE ILLUSTRATION : LA GUYANE 263

6.1 La Guyane : « concentré d'altérité » 265
6.1.1 Une terre d'immigration 265
6.1.1.1 Les vagues migratoires 265
6.1.1.1.1 Les « primo-occupants » 267
6.1.1.1.2 Les immigrés du 20ème siècle 271
6.1.1.2 Une brutale croissance démographique 273
6.1.1.3 La bascule des politiques d'immigration 275
6.1.2 L'usage guyanais des catégories ethno-raciales 279
6.1.3 Le système socio-sanitaire : la « double appartenance » 281
6.1.3.1.1 Une société de consommation qui reste sous développée économiquement 283
6.1.3.1.2 La difficile adaptation du système de santé 286
Le profil épidémiologique 286
L'offre de soins 288
6.1.4 Synthèse 292

6.2 L'enquête 293
6.2.1 Les conditions d'enquête 293
6.2.2 L'Ouest guyanais 295

6.3 La délégitimation 300
6.3.1 Les représentations 300
6.3.1.1 « L'immaturité » des Noirs Marrons 303
6.3.1.2 Les fraudes des étrangers 305
6.3.1.3 Les Créoles, victimes accusées 308
6.3.1.4 La responsabilité de l'Etat 313
6.3.2 Mise en perspective socio-historique 315
6.3.2.1 La segmentation raciale 315
6.3.2.2 L'assimilation et le rapport aux autres 318
6.3.3 Les pratiques 324
6.3.3.1 Justifiées par le « défaut de maturation » des Noirs Marrons 325
6.3.3.2 Justifiées par « l'invasion frauduleuse » des étrangers 326
6.3.3.2.1 Interdire l'accès aux soins des faux résidents 326
L'accès aux droits facilité par la réforme 327
L'articulation entre deux appartenances, professionnelle et communautaire 328
La pratique concrète 329
Comparaisons 331
6.3.3.2.2 Empêcher que l'accès aux soins ne soit un moyen de s'installer en Guyane 334
6.3.3.2.3 Faire concorder droit à la couverture maladie et droit au séjour 338
L'AME refusée aux déboutés du droit d'asile 339
Des droits CMU ouverts le temps de la validité de la convocation à la préfecture 342
6.3.4 Synthèse 344

6.4 La différenciation 347
6.4.1 Les représentations 347
6.4.1.1 L'incompréhension du système 349
6.4.1.2 La « passivité » 351
6.4.1.3 La « consommation abusive » de prestations socio-sanitaires 354
6.4.1.4 Une appréhension contrastée de l'ensemble de la population résidente en Guyane 355

6.4.2 Les pratiques 356
6.4.2.1 Adapter l'offre socio-sanitaire aux caractéristiques culturelles perçues chez les Noirs Marrons et/ou les étrangers 357
6.4.2.1.1 Adapter la réglementation socio-sanitaire 357
6.4.2.1.2 Adapter l'offre de soins 360
6.4.2.1.3 Contestation de cet usage des catégories d'origine 362
Privation de soin versus particularisation de l'universel 363
« Prophéties auto-réalisantes » 365
Occultation des insuffisances de l'offre socio-sanitaire 365
Occultation des facteurs socio-économiques 368
« Alibi » à des mesures de rétorsion 369
6.4.2.2 Instrumentaliser « la culture » au sein d'un dispositif d'accès aux soins 370
6.4.2.2.1 Le médiateur culturel 370
6.4.2.2.2 Un recrutement sur critères d'origine 372
Conditions de travail de l'agent PASS 372
Conséquences pour les usagers 377
6.4.3 Synthèse 379

6.5 Les discriminations systémiques 381
6.5.1 Inadaptation du système national 381
6.5.2 « L'incompétence locale » 383
6.5.2.1 Le Conseil Général 383
6.5.2.2 La CGSS 384
6.5.2.2.1 L'insuffisance de moyens 385
6.5.2.2.2 L'application restrictive des textes 388
6.5.3 Synthèse 390

6.6 Quand les processus se mêlent les uns aux autres 392
6.6.1 Traitement défavorable de tous « les autres » et préférence pour « les siens » .. 392
6.6.1.1 L'implication des autorités locales 392
6.6.1.2 Les politiques de santé 393
6.6.1.3 L'accès aux soins des individus 394
6.6.2 Traitement défavorable de « certains autres » 396
6.6.3 Synthèse 398

6.7 Mise en contexte « microsocial » 400
6.7.1 Interférences des enjeux professionnels avec les positions associées à la communauté ethno-raciale 400
6.7.1.1 Les dispositifs de l'accès aux soins 401
6.7.1.2 Les enjeux institutionnels 401
6.7.1.3 La fonction professionnelle 402
6.7.1.4 Les relations professionnelles 404
6.7.1.5 L'ancienneté professionnelle 406
6.7.2 L'évaluation de la légitimité de « l'autre » 407
6.7.2.1 Les « accords de base » dans les représentations 408
6.7.2.1.1 L'inadaptation des politiques migratoires nationales à la situation guyanaise 408
6.7.2.1.2 La légitimité de l'accès aux soins de tous 411
6.7.2.2 Des pratiques divergentes 413
6.7.3 Synthèse 417

6.8 Conclusion 419

7 CONCLUSION 423

8 RÉFÉRENCES 433

8.1 Discriminations et accès aux soins 433

8.2 Guyane 462

8.3 Rapports d'activité, communiqués de presse, dépêches 470

9 SIGLES ET ABREVIATIONS 477

10 ANNEXES 479

10.1 Recueil des données 481

10.2 Le dispositif de protection sociale contre le risque maladie : les réglementations 491

10.3 Les demandes de jugements déclaratifs de naissance en Guyane 497

10.4 « L'inadaptation » du système socio-sanitaire importé de métropole au public noir marron 521

11 TABLE DES MATIÈRES DÉTAILLÉE 533

Encadrés 538

Tableaux 539

RESUMES ET MOTS CLE 540

Encadrés

Encadré 1 : Etrangers, immigrés et droit de la nationalité 32

Encadré 2 : L'assurance personnelle et l'aide médicale 150

Encadré 3 : Les PRAPS 151

Encadré 4 : Les PASS 152

Encadré 5 : Taux de couverture maladie de la population en situation de précarité 154

Encadré 6 : Taux de couverture maladie des étrangers et des Français consultant dans les centres de soins gratuits 207

Tableaux

Tableau 1 : Professionnels rencontrés 108
Tableau 2 : Effectifs de la CMU complémentaire et de l'AME (France entière) 160
Tableau 3 : Professionnels rencontrés en métropole 481
Tableau 4 : Professionnels rencontrés en Guyane 485

Graphique

Graphique 1 : La croissance démographique en Guyane 1946-1999 274

Cartes

Carte 1 : La Guyane française en Amérique latine 282
Carte 2 : Les arrondissements de Guyane 296

« Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane française »

Résumé

La discrimination est un traitement différentiel – entendu le plus souvent au sens défavorable - et illégitime.

Après avoir présenté les politiques d'accès aux soins menées en France à l'égard du précaire et de l'étranger, sont analysés des entretiens et des observations menés auprès de 175 professionnels de l'accès aux soins, en France métropolitaine et en Guyane, de 2001 à 2003.

A partir des données métropolitaines est dressée une typologie des processus discriminatoires selon l'origine dans l'accès aux soins. Dans les deux premiers types, le professionnel justifie le traitement discriminatoire par l'altérité qu'il perçoit chez l'usager. Cette altérité est avant tout une illégitimité dans le premier type, une différence dans le second. Le troisième type est produit par des logiques structurelles, indépendamment de toute perception d'une altérité.

L'application de cette typologie à un contexte précisément situé, la Guyane française, permet ensuite de saisir l'articulation d'enjeux macro (géographiques, démographiques, politiques, etc.) et micro-sociaux (professionnels, institutionnels, etc.) dans la production de discriminations dans l'accès aux soins.

Mots clé

Discriminations selon l'origine - Accès aux soins - Protection sociale – Précarité - Droit commun - Logiques structurelles - Politiques d'immigration - Guyane française – Créoles – Métropolitains - Noirs Marrons

---

« Origin based discriminations in health care access. A study in metropolitan France and in French Guyana »

Summary

Discriminations are differential treatments which are illegitimate and unfavourable in most cases.

Health care public policies led towards "poors" and foreigners are first presented.

Then are analysed interviews and observations conducted with 175 health care professionals in metropolitan France and in French Guyana, from 2001 to 2003.

A typology of origin based discriminations is built from the metropolitan data. In the first two types, the professional justifies his or her discriminatory treatment by the otherness he perceives in the health care user. This otherness is mostly an illegitimacy in the first type, a difference in the second. The third type is produced by structural logics, independently of any perception of otherness.

Inserting this typology into a precisely located context, French Guyana, lets us understand how macro (geographic, demographic, politic, etc.) and micro (professional, institutional, etc.) social stakes articulate to each other in the process of discriminations in health care.

Key words

Origin based discriminations - Health care access - Social welfare - Financial insecurity - Common law - Structural logics - Immigration policies- French Guyana – Creoles – Metropolitans – Maroons

---

Laboratoire d'accueil

CRESP (Centre de recherche sur la santé, le social et le politique) Université Paris 13 - UFR SMBH Léonard de Vinci - 74, rue Marcel Cachin - 93 017 Bobigny Cedex

Ecole doctorale

Ecole Doctorale 420 - Santé Publique - INSERM U754 - 16 avenue Paul Vaillant-Couturier - 94807 Villejuif Cedex