

document de travail

mars 2011

105

Migrations et soins en Guyane

Anne Jolivet, Emmanuelle Cadot, Estelle Carde, Sophie Florence, Sophie Lesieur, Jacques Lebas, Pierre Chauvin
Inserm-Université Pierre et Marie Curie

Contact : Christophe Paquet, département Technique opérationnel (DTO), AFD
(paquetc@afd.fr)

Département de la Recherche

Agence Française de Développement 5 rue Roland Barthes
Direction de la Stratégie 75012 Paris - France
Département de la Recherche www.afd.fr

Avertissement

Les analyses et conclusions de ce document de travail sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence Française de Développement ou de ses institutions partenaires.

Lorsque les sources des tableaux et des graphiques ne sont pas précisées, ceux-ci proviennent des données originales recueillies et analysées dans le cadre de la présente étude.

Directeur de la publication : Dov ZERAH

Directeur de la rédaction : Robert PECCOUD

ISSN : 1958-539X

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2011.

Mise en page : Anne-Elizabeth COLOMBIER

Remerciements

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

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

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

- Philippe Damie, directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), Marianne Rigaut, secrétaire générale, et le Dr Jean-Marc Fischer, chargé de mission à la même Agence ;
- François-Louis Berthou, directeur du Centre hospitalier de l'Ouest guyanais (CHOG), le Dr Gabriel Carles, chef du service de gynécologie obstétrique et Nathalie Piccolo, cadre sage-femme du service, le Dr Olivier Angénieux, médecin urgentiste et responsable du service des urgences, et Aline Némouthé, cadre supérieure du

service, le Dr Jean-François Ribayrol, responsable du Département d'information médicale (DIM), ainsi que tous les soignants qui ont soutenu le travail des enquêteurs et enrichi cette étude par leurs témoignages ;

- Jean-Claude Courbain, directeur de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) Guyane, pour son appui méthodologique ;
- Joanne Massemin, coordinatrice de l'Atelier Santé Ville de Saint-Laurent du Maroni, le Centre communal d'action sociale (CCAS) de Saint-Laurent du Maroni et Jean-Marc Victor, directeur de la Régie des quartiers de Saint-Laurent du Maroni, qui nous ont apporté un appui logistique indispensable ;
- le Dr Maaltie Ashim-Sardjoe, directrice du centre régional de santé au Suriname, le Dr Rozenblad, médecin au centre de santé d'Albina, ainsi que les soignants qui nous ont permis de réaliser des entretiens à Albina ;
- l'ensemble des enquêteurs qui ont participé à cette étude.

Nous ne pouvons citer ici les très nombreuses personnes rencontrées qui ont participé à la réflexion autour de cette étude. Qu'elles en soient remerciées. Nous souhaitons enfin exprimer toute notre gratitude aux habitants de la Guyane, dont l'accueil et la disponibilité ont été exemplaires. Leur confiance, dans un contexte souvent difficile, nous engage et nous espérons que ce travail contribuera à l'amélioration de leurs conditions sanitaires.

Sommaire

	Introduction	7
1.	Le contexte guyanais	11
1.1	Contextes géographique et administratif	11
1.2	Contexte démographique	12
1.3	Contexte économique et social	15
1.4	Offre de soin et état de santé	16
2.	Enquête sur la population générale à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni	21
2.1	Méthodologie	21
2.2	Résultats	24
2.3	Discussion et synthèse	46
3.	Santé et migration dans l'Ouest guyanais	49
3.1	Contexte	49
3.2	Enquête dans le service des urgences du CHOG	54
4.	Enquête à la maternité du CHOG	67
4.1	Objectifs	68
4.2	Méthodologie	68
4.3	Résultats de l'enquête quantitative	69
4.4	Synthèse	84
5.	Enquête auprès de femmes suivies à Albina	85
5.1	Objectifs	85
5.2	Méthodologie	85
5.3	Résultats	86
5.4	Synthèse	88
6.	Migrations pendulaires et recours aux soins au Suriname	89
6.1	Migrations pendulaires	89
6.2	Recours aux soins	90
	Synthèse et conclusion	95
	Annexes	97
	Liste des sigles et abréviations	107
	Bibliographie	111

Introduction

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

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

Dans les pays d'origine, la composante sanitaire des raisons initiales d'émigrer reste aussi mal connue. Si l'on sait que, globalement, ce sont les individus les mieux portants

qui émigrent (cf. le classique « biais de migration » des démographes et des épidémiologistes), à l'inverse, des malades privés de soins adaptés dans leur pays peuvent vouloir émigrer (temporairement ou définitivement) dans un pays où ces soins sont dispensés. Le poids et les intrications des raisons sanitaires avec d'autres facteurs économiques, financiers, familiaux, sociaux ou politiques, notamment, méritent à ce titre d'être étudiés, ces facteurs pouvant tout aussi bien faciliter ou empêcher (le plus souvent sans doute) un projet de « migration sanitaire » de se concrétiser ou même d'être envisagé.

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

Ce questionnement s'inscrit également dans une histoire singulière – celle de la colonisation – qui concourt encore à modeler les rapports et les représentations respectives des anciens colonisateurs et des anciens colonisés : représentations des dépresses et des aspirations du Sud et, en miroir, des « possibles » au Nord (Bayard *et al.*, 2006).

Il s'inscrit enfin dans une réalité épidémiologique, économique et sanitaire que l'on ne peut nier : l'incapacité, pour nombre de pays en développement, de garantir à leur population un accès équitable à des soins de santé de qua-

lité, notamment pour les soins lourds, chroniques, coûteux et/ou de haute technologie, alors même que ces pays connaissent une transition épidémiologique se traduisant par le cumul d'une augmentation continue de la part des pathologies chroniques dans le poids total de leur morbidité (*disease burden*) et d'une incidence toujours élevée de pathologies infectieuses. Cette transition, le retard pris dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en matière de santé (OMS, 2005) et la diminution globale de l'aide au développement de certains pays industrialisés (OCDE, 2008) laissent penser que les profondes inégalités dans l'offre de soins entre le Nord et le Sud ne se combleront pas dans un proche avenir.

La santé des immigrés, un champ de recherche insuffisamment exploré. Les interrelations entre migration et santé sont complexes et dynamiques. En effet, si la santé - ou les soins - dans les pays d'origine peut être un déterminant de la migration, à l'inverse, la migration peut affecter la santé de ceux qui émigrent (Hull, 1979). Cet axe de recherche « migration-santé » s'intéresse à l'état de santé et au recours aux soins des immigrés¹, domaines de recherche qui restent peu étudiés en France (contrairement à d'autres pays), notamment en épidémiologie.

Des études et rapports internationaux montrent que les immigrés doivent affronter de nombreux obstacles pour se maintenir en bonne santé². Ainsi, l'effet de sélection initial (qui choisit pour l'émigration les personnes plutôt en bonne santé) peut être contrebalancé par les effets délétères à moyen ou long terme de la migration, tels la perte du réseau social et l'isolement que l'on sait associés à une dégradation de l'état de santé (Chauvin *et al.*, 2005). Outre un possible effet propre de la migration, le fait d'être étranger ou d'origine étrangère peut être source d'inégalités de santé. Trois causes possibles à cela : la situation socioéconomique des immigrés dans le pays d'accueil (conditions de travail plus pénibles, chômage, logement plus précaire, niveau de rémunération plus faible...), des discriminations dans l'accès aux soins ou un recours aux soins plus complexe du fait d'une moins bonne connaissance du système de santé et d'une moindre maîtrise de la langue.

Enfin, au-delà du statut migratoire et de la nationalité, le sta-

tut juridique et le fait d'être en situation irrégulière sont aussi source d'obstacles dans l'accès aux soins. En effet, si l'accès à une couverture maladie via l'Aide médicale d'État (AME) est possible en France pour les étrangers en situation irrégulière pouvant justifier d'une résidence de plus de trois mois sur le territoire, les conditions d'accès à ce dispositif ont été durcies depuis 2002. Par ailleurs, de nombreuses personnes éligibles ne font pas valoir ce droit et les refus de soins en médecine libérale sont fréquents (MDM, 2008).

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

Dans le cadre d'un partenariat initié entre la division Santé et protection sociale de l'AFD et l'équipe DS3 de l'UMRS 707 (Inserm - Université Pierre et Marie Curie) sur ces questions, une première étude a été réalisée à Mayotte en 2007-2008 (Florence, 2008). Elle a consisté en une analyse du recours aux soins des immigrés et de la place de la santé dans leurs motifs d'émigration et d'installation à Mayotte à partir d'un échantillon représentatif de la population résidant sur ce territoire. Elle a montré que seulement 11 % de la population immigrée ont migré et/ou se sont installés à Mayotte pour des raisons de santé (50 % l'ayant fait pour des raisons économiques et 26 % pour des raisons familiales). Cette étude a par ailleurs montré que l'état de santé des étrangers était moins bon, et leur accès aux soins plus difficile que ceux des Français. D'un point de vue méthodologique, elle a confirmé la faisabilité de ce type d'enquête auprès des immigrés, qu'ils soient en situation régulière ou non, tout en montrant les difficultés techniques d'un échantillonnage représentatif sur une population mal connue.

Le contexte. La Guyane, qui comprenait 206 000 habitants au 1^{er} janvier 2006 (Insee, 2009a), se caractérise par une croissance démographique exceptionnelle et un brassage de ses populations, résultat de vagues successives de migration. A cette date, la population du département était composée à 29,5 % d'immigrés et le nombre de personnes en situation irrégulière se situerait entre 30 000 et 35 000 (Othily, 2006). Après avoir connu l'« obsession du peuplement » (Cherubin, 2002) de la Guyane, les autorités désignent aujourd'hui l'im-

¹ Voir en annexe le lexique des termes utilisés pour qualifier les profils migratoires (migrant, étranger, immigré, etc.).

² Voir sur ce sujet McKay, 2003; WHO, 2003; Carballo, 2005; Davies, 2006; Mladovsky, 2007 et Huber, 2008).

migration comme un problème majeur. Cette « pression migratoire » menacerait l'ordre public et la cohésion sociale, économique et culturelle du département. L'attention est portée sur les coûts pour l'État et les collectivités locales de la présence d'étrangers qui immigreraient pour avoir accès à de meilleurs soins et pour que leurs enfants puissent bénéficier d'un système scolaire de meilleure qualité. Enfin, de nombreuses femmes viendraient accoucher sur le territoire afin que leurs enfants acquièrent la nationalité française (Othily, 2006). Il n'existe cependant pas d'études sur les motivations des migrants en Guyane, ni sur l'impact de ces migrations sur le système de soins.

Le cas particulier de l'Ouest guyanais. L'espace transfrontalier du Maroni constitue une unité territoriale porteuse d'une identité socioculturelle et démographique commune. Le fleuve Maroni est aussi source de richesse par le biais d'une économie transfrontalière informelle qui constitue souvent l'une des seules conditions de survie dans cet espace estuarien en crise. Ainsi, « *les populations transfrontalières sont mobiles, sans pour autant être migrantes* » (Piantoni, 2009). Nous parlerons par la suite de migrations pendulaires pour caractériser ces mobilités transfrontalières.

Depuis la destruction de l'hôpital d'Albina, la ville située en face de Saint-Laurent du Maroni, sur la rive surinamaïse du fleuve Maroni, le Centre hospitalier de l'Ouest guyanais (CHOG), à Saint-Laurent même, représente l'unique offre de soins secondaires de la zone frontalière. De ce fait, les migrants étrangers sont de plus en plus perçus comme un fardeau pour cet hôpital. L'attention est portée sur le coût élevé des soins médicaux délivrés aux patients en situation irrégulière et/ou dépourvus de couverture maladie. La maternité enregistre un nombre croissant de naissances et, pour de nombreux acteurs, tant élus que soignants, « *la possibilité d'accéder ou de faire accéder leurs enfants à la nationalité française inciterait nombre de femmes enceintes ressortissantes du Suriname ou du Guyana à venir irrégulièrement sur le territoire national afin d'accoucher dans la maternité de Saint-Laurent du Maroni* » (Othily, 2006).

Quelles sont la nature et l'ampleur des « migrations pendulaires » pour soins ? Quels en sont les déterminants sanitaires et/ou socioéconomiques ? Quel en

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

Migration et soins en Guyane. Dans ce contexte, la problématique du lien éventuel entre les migrations et la demande de soins s'articule autour de deux thèmes, selon que l'on considère les migrations durables ou les mouvements ponctuels : la migration de longue durée pour des raisons sanitaires, en raison de systèmes de soins défaillants dans les pays proches ; les migrations pour soins à Saint-Laurent du Maroni et, plus largement, le long du Maroni, plus « pendulaires ».

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

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

Le protocole de l'étude en Guyane. Afin de répondre à ces objectifs, l'étude s'est basée sur deux principaux axes de recherche : d'une part, le recueil et l'analyse des données existantes, en plus d'une enquête en population générale dans les deux principales villes de la Guyane (Cayenne et Saint-Laurent du Maroni) ; d'autre part, la réalisation d'enquêtes spécifiques autour de la problématique des migrations pour soins à Saint-Laurent du Maroni, en mettant l'accent sur les accouchements.

1. Le contexte guyanais

1.1 Contextes géographique et administratif

La Guyane se situe au nord-est du continent sud-américain et s'intègre dans le plateau des Guyanes. D'une superficie de 83 354 km², elle constitue le plus vaste des départements d'outre-mer. Elle est bordée au Nord par l'océan Atlantique sur environ 320 km, à l'Ouest par le Suriname

(520 km de frontières), au Sud et à l'Est par le Brésil (580 km de frontières). Elle est couverte à 94 % par de la forêt amazonienne, sillonnée de rivières et de fleuves entrecoupés de rapides. Le climat est de type équatorial humide et l'humidité moyenne est comprise entre 80 et 90 %.

Carte 1. La Guyane



Source : Institut géographique national.

À l'instar de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion, la Guyane a été intégrée dans le cadre national de droit commun par la loi de départementalisation du 19 mars 1946, avec la possibilité de « *faire l'objet des mesures d'adaptation nécessitées par leur situation particulière* » (article 73 de la Constitution de 1958). La loi du 2 mars 1982, dite « Loi de décentralisation », a transformé la Guyane en une Région d'outre-mer (ROM). Le territoire est donc une région monodépartementale. Le

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

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

1.2 Contexte démographique

La population est estimée par l'Insee à 206 000 habitants au 1^{er} janvier 2006 (Insee 2009a). La Guyane est la région la plus jeune de France avec 45 % de jeunes de moins de 20 ans, alors que seulement 6 % de la population a plus de 60 ans (Insee 2009b). Ce phénomène s'explique en grande partie par le taux élevé de fécondité : 3,8 enfants par femme. Le fort excédent des naissances sur les décès contribue pour deux tiers à la croissance démographique, qui s'élève à 4 % par an.

La densité moyenne est faible (2 habitants au km²), mais la population est très inégalement répartie sur le territoire, la majorité étant regroupée sur les communes urbaines du littoral.

En 2006, les immigrés représentaient 29,5 % de la population régionale. Leur part a augmenté par rapport à 1999 (+ 3 points) pour revenir au niveau atteint en 1990. La Guyane reste la région française où la part de la population immigrée est la plus forte (près de deux fois plus qu'en Ile-de-France, seconde région en termes de présence d'immigrés). Ces immigrés proviennent de 107 pays, mais près de 95 % sont originaires d'Amérique du Sud ou de la Caraïbe, pour l'essentiel du Suriname (31 % des immigrés), d'Haïti (27 %) et du Brésil (25 %).

Principales vagues migratoires

Les premiers Européens accostent en Guyane au début du xvi^e siècle et la colonie devient française en 1604. Se succèdent plusieurs tentatives de peuplement, qui se soldent

par des échecs : la traite des esclaves (1670-1848), « l'expédition de Kourou » (1763-1765), le bagne (1852-1938). La Guyane acquiert alors sa réputation « d'enfer vert ».

La première vague d'immigration « spontanée » est la ruée vers l'or (1880-1930). Ces migrants sont surtout des Créoles issus des Antilles (Guadeloupe, Martinique, Dominique, et surtout Sainte-Lucie). Après avoir été une colonie française pendant presque 350 ans, la Guyane devient, en 1946, un département d'outre-mer (DOM). On observe alors une relance de l'immigration en provenance de la France métropolitaine et des Antilles françaises. Surtout, la Guyane attire une importante main-d'œuvre étrangère (Brésil, Haïti, Sainte-Lucie, Guyana et Suriname) suite à l'implantation du Centre spatial guyanais, en 1962, et au lancement de grands travaux.

Puis se superposent de nouvelles migrations « forcées » : Noirs Marrons et Amérindiens chassés par la guerre civile au Suriname (1986-1992). Alors que dans les années 1980 les grands chantiers s'achèvent et le chômage s'installe, les flux de migrants fuyant les difficultés économiques et politiques de leur pays semblent toujours vigoureux.

1.2.1 « Primo-occupants »

Avant l'arrivée des premiers Européens, environ 30 000 Amérindiens peuplaient la Guyane, mais ces populations furent décimées (esclavage, maladies virales importées). Les Amérindiens se répartissent aujourd'hui en six groupes, certains vivant sur les côtes et d'autres à

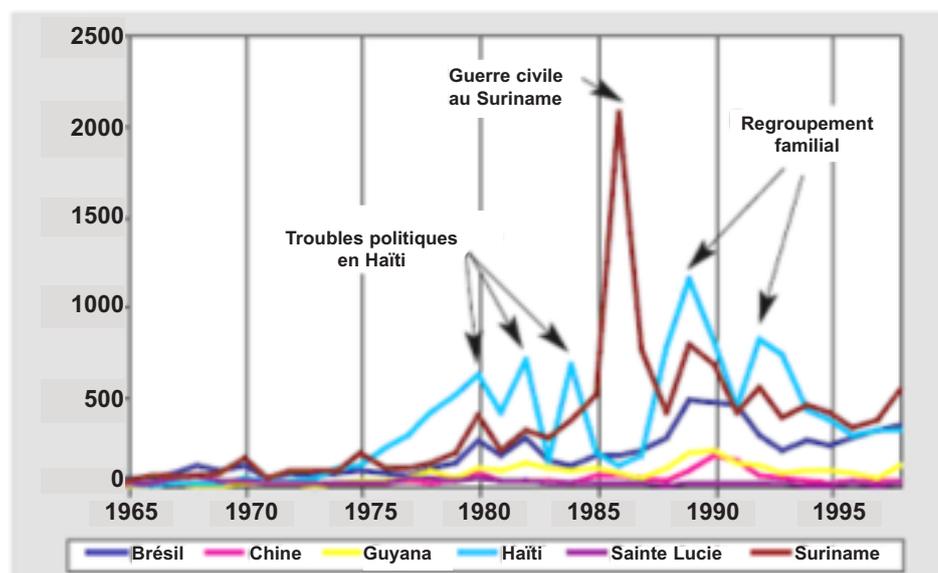
l'intérieur : les Kanli'nas, les Palikurs, les Wayanas, les Wayampis, les Arawaks et les Émerillons. Les Amérindiens ont été rapidement déclarés « nations libres », c'est-à-dire nations indépendantes sous protectorat. Ce statut a perduré du XVII^e siècle jusqu'en 1969, date à laquelle ceux qui ne l'avaient pas encore se sont vu attribuer la nationalité française (Carde, 2006).

Les Noirs Marrons³ sont les descendants des esclaves d'origine africaine enfuis des colonies esclavagistes. Si la Guyane a été peu touchée par le marronnage, en revanche, il a été important au Suriname, où les Noirs Marrons se sont réfugiés dans la forêt équatoriale et ont constitué des communautés autonomes. Certaines de ces communautés se sont réfugiées sur la rive française du fleuve Maroni dès la fin du XVIII^e siècle. En 1860, les Français leur ont reconnu le statut de protégés français et, tout comme les Amérindiens de Guyane, ils se sont vu attribuer la nationalité française.

D'autres communautés sont arrivées beaucoup plus récemment, chassées par la guerre civile au Suriname. Aucun statut n'a été accordé à ces populations, qui sont devenues des "Personnes provisoirement déplacées du Suriname" (PPDS). Quatre peuples Marrons sont représentés en Guyane française aujourd'hui : les Aluku (Boni), les Ndjuka, les Paramaka et les Saramaka. Deux autres peuples, les Matawai et les Kwinti, n'ont jamais eu de présence significative en Guyane (Price, 2005).

Les Créoles⁴, qui vivent surtout sur le littoral, ont représenté, jusqu'aux années 1980, la majorité de la population guyanaise. À partir de la départementalisation, en 1946, ils ont investi le système politique guyanais. Leurs positions seront encore renforcées avec la décentralisation. Aujourd'hui, les Créoles connaissent un renversement de rapport démographique (Jolivet, 1997).

Graphique 1. Année d'arrivée en Guyane selon le pays de naissance des immigrants présents au recensement de 1999



Lecture : 1 100 immigrants natifs d'Haïti, résidant en Guyane en 1999, sont arrivés en 1989.

Source : Insee, Recensement de la population 1999, in Atlas des populations immigrées en Guyane, Insee Antilles Guyane/ACSE, édition 2006.

³ « Marron » vient de l'espagnol « cimarron » qui, à l'origine, désignait le bétail échappé dans les collines d'Hispaniola. À la fin des années 1530, ce terme a commencé à s'appliquer exclusivement aux fugitifs afro-américains et s'est teinté d'une forte connotation de courage et de caractère indomptable. L'expression « Bushi Nenge » (« homme de la forêt ») est aussi de plus en plus utilisée.

⁴ Le terme « Créole » qualifie les descendants des esclaves émancipés.

1.2.2 Immigrés de la seconde moitié du xxe siècle

L'immigration des Haïtiens, fuyant les difficultés économiques et politiques de leur pays (le plus pauvre d'Amérique), a débuté au milieu des années 1970. Elle fut particulièrement forte dans les années 1980. La politique de regroupement familial a permis un rebond de cette immigration entre 1990 et 1999. En 1999, les Haïtiens représentaient 28,2 % des immigrés et la proportion de Français par acquisition était de 8 %.

Les Brésiliens ont commencé à venir en Guyane à la fin des années 1960 pour travailler sur les chantiers de construction. Tout comme la communauté haïtienne, la communauté brésilienne a connu une forte expansion dans les années 1990. En 1999, elle représentait 16,8 % des immigrés et la proportion de Français par acquisition était de 9 %.

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

1.2.3 Autres communautés

Brièvement, on peut recenser cinq grandes communautés :

1. les « Métropolitains » (les Blancs nés en France métropolitaine) ont commencé à venir en Guyane avec la départementalisation. Selon le recensement de 1999, les personnes nées en métropole représentaient 12 % de la population guyanaise ;
2. les Chinois ont commencé à immigrer à la fin du xix^e siècle ; ils représentaient 3,1 % de la population immigrée en 1999⁵. La communauté chinoise est fortement intégrée dans le système économique local, en particulier dans le commerce ;
3. les Sainte-Luciens, Créoles des Antilles anglaises, ont commencé à venir en Guyane au moment de la ruée vers l'or, à la fin du xix^e siècle. Ils représentaient 3 % de la population immigrée en 1999.
4. les Guadeloupéens et les Martiniquais, Créoles des Antilles françaises, sont venus eux aussi avec les chercheurs d'or, puis après l'éruption de la Montagne pelée, en 1902, en Martinique ;

5. les Hmong, originaires du sud de la Chine, ont fui le Laos *via* les camps de réfugiés de Thaïlande. Certaines familles se sont installées entre 1977 et 1979 pour créer des villages agricoles en Guyane (Cacao à l'est du département et autour de la ville de Javouhey, à l'ouest). Ils représentaient 2 % de la population immigrée en 1999.

Outre ces communautés, mentionnons la présence de Dominicains, de Libanais, d'Indonésiens, de Péruviens...

1.2.4 L'immigration récente (2001-2006)

L'analyse des données du recensement de 2006 (Insee, 2009b) montre que, entre 2001 et 2006, les arrivées en provenance de la France métropolitaine sont plus nombreuses que celles de l'étranger (12 900 contre 9 700), bien que le solde migratoire entre la Guyane et le reste de la France soit négatif (davantage de départs que d'arrivées). Au total, en 2006, 5 % des habitants de Guyane résidaient à l'étranger cinq ans plus tôt. En 2001, plus de la moitié de ces nouveaux arrivants étrangers vivaient au Brésil, un quart en Haïti et 12 % au Suriname.

1.2.5 Politiques migratoires

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

Le régime de dérogation comprend plusieurs composantes :

- une législation qui se caractérise par des conditions plus restrictives d'entrée - mais aussi de circulation et de séjour - entre les territoires marins et l'Hexagone, par des modalités de contrôle plus étendues, par une mise en œuvre plus facile et rapide des reconduites à la frontière et par un accès plus difficile à la nationalité ;
- des accords de coopération avec les pays voisins qui facilitent les procédures d'éloignement ;

⁵ Il est cependant difficile d'évaluer l'importance des flux en raison de nombreuses migrations de transit.

- le renforcement des équipes et des moyens matériels qui sont affectés à l'application de la politique migratoire.

Le nombre de reconduites à la frontière est en constante progression, atteignant 9 031 éloignements en 2007 en Guyane (Cointat, 2008) (+ 51,9 % entre 2005 et 2007) pour un total d'éloignements dans les DOM de 11 300 et de

25 331 en outre-mer. Les Brésiliens ont représenté 48 % du total des reconduites à la frontière en 2006 et les Surinamiens 46 %. Du fait de la porosité des frontières, le nombre d'éloignés est bien moindre puisque, selon la même source, environ 40 % des personnes ayant fait l'objet d'un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière étaient déjà connues des services de police.

1.3 Contexte économique et social

Depuis le début des années 1990, la Guyane a bénéficié d'un réel développement. La taille de son économie a doublé, grâce à une croissance plus élevée que celle de la plupart des autres régions françaises. Cette croissance ne permet cependant pas de pallier celle de la démographie et la Guyane est confrontée à un véritable décrochage de ses indicateurs socioéconomiques. Le PIB par habitant stagne depuis le début des années 1990 et la divergence avec la métropole s'accroît au fil du temps, tant en termes de richesses créées que de revenus distribués (le revenu par habitant était inférieur de 52 % à celui de la France métropolitaine en 2006) (Cerom, 2006).

L'économie guyanaise se caractérise par une faible compétitivité, une forte dépendance et une balance commerciale lourdement déficitaire. Elle exporte peu et son économie est largement dépendante des transferts publics (37 % du PIB en 2006). L'activité est essentiellement tournée vers les services, qui emploient les trois quarts des salariés. La sphère publique a un poids prépondérant dans l'activité économique guyanaise : les trois fonctions publiques (d'État, territoriale et hospitalière) emploient 44 % des salariés contre 21 % en France métropolitaine. À Saint-Laurent du Maroni, la fonction publique concentre deux emplois sur trois et les trois quarts de la masse salariale.

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

moitié des chômeurs guyanais le sont depuis plus de trois ans).

1.3.1 Fortes inégalités

Le pays souffre de fortes inégalités, de différents types :

- *les inégalités géographiques internes*, elles-mêmes de deux types : une fracture intérieur/littoral, où l'intérieur reste un espace « *peu peuplé, enclavé et non assimilé* » (Piantoni, 2009) et une fracture Est/Ouest entre le bipôle Cayenne-Kourou et l'Ouest guyanais. (À titre indicatif, le tableau 1 compare quelques indicateurs issus du Recensement général de la population - RGP - de 2006 entre Saint-Laurent du Maroni, Cayenne et l'ensemble de la Guyane) ;
- *les inégalités salariales internes* : les niveaux de rémunération des fonctionnaires de l'administration publique sont majorés (Ripert, 1990), créant une stratification sociale qui apparaît pour beaucoup injustifiée⁶ ;
- *les inégalités selon l'origine* : les immigrés et les étrangers font face à des situations socioéconomiques plus difficiles. Les immigrés ont des niveaux d'éducation plus faibles, un taux de chômage plus élevé (en 1999, près d'un actif immigré sur deux est au chômage, contre 30 % de la population régionale), et occupent plus souvent des emplois peu qualifiés et souvent précaires (63 % des

⁶ Ces sursurémunérations ont été étendues à l'ensemble des secteurs de la fonction publique, mais aussi aux cadres du secteur privé.

Tableau 1. Comparaison de quelques indicateurs socioéconomiques entre les villes de Cayenne, Saint-Laurent du Maroni et l'ensemble de la Guyane

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

Source : RGP, 2006.

travailleurs immigrés sont ouvriers ou employés en 1999 contre 54 % en Guyane - Insee, 2006). Par ailleurs, on assiste depuis ces dernières années à une stratification hiérarchique du système social basée sur la légitimité du lien historique à l'espace (Piantoni, 2009) : les groupes immigrés spontanés récents (Brésiliens, Haïtiens, Surinamais) constituent les composantes les plus dévalorisées de la société guyanaise.

Le nombre d'allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) au 1^{er} janvier 2006 est de 12 847 (soit 131,7 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans contre 33,1 en métropole). La part des prestations sociales est élevée pour les bas revenus guyanais, puisqu'elles représentent près de 60 % de leurs ressources, contre moins de 20 % de revenus d'activité. Les transferts sociaux réduisent notablement la proportion des bas revenus : en Guyane, le taux de

pauvreté serait de 37 %, au lieu de 25 % si les prestations sociales ne venaient atténuer les inégalités.

1.3.2 Secteur informel important

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

1.4 Offre de soin et état de santé

1.4.1 Offre de soin

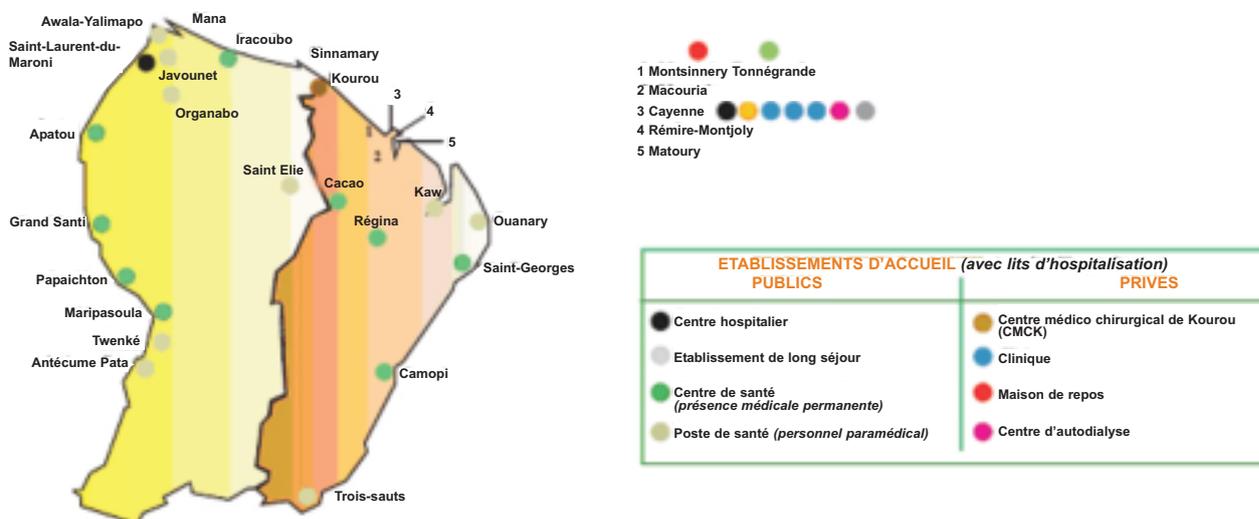
Tous les rapports font état d'une offre de soin insuffisante en Guyane⁸. Ces carences se traduisent par un sous-équipement hospitalier pour tous les secteurs, une pénurie de personnels de santé (la densité médicale au 1^{er} janvier 2006 était de 39 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 112 en métropole, 22 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 87 en métropole, et 59 infirmiers pour 100 000 habitants contre 107 en métropole), un *turnover* important des

professionnels de santé, une absence de certaines spécialités (neurologie, cancérologie), une démographie médicale vieillissante et une offre inégale sur l'ensemble du territoire.

⁷ Le chômage déclaré lors du recensement est plus élevé que le chômage tel que défini par le Bureau international du travail (BIT), car les personnes inactives ont parfois tendance à se déclarer au chômage alors qu'elles ne répondent pas à tous les critères du BIT.

⁸ Voir sur ce sujet les références bibliographiques : ORS, 2005 ; DSDS, 2007, Conseil économique et social (André-Cormier, 2009) et Médecins du Monde, 2008.

Carte 2. Les structures sanitaires en Guyane



Source : ORS Guyane, 2005.

Les inégalités d'ordre géographique, socioéconomique et d'origine évoquées précédemment se retrouvent dans l'accès aux soins. Les habitants de l'intérieur, les minorités noires marronnes et amérindiennes et les immigrés récents sont en effet désavantagés dans leur accès aux soins, par rapport aux habitants du littoral, Français, Créoles et métropolitains (Carde, 2009). Le déploiement de l'offre de soins est entravé par les caractéristiques naturelles du territoire et les dispositifs destinés à l'accès aux soins des plus précaires, tels que l'aide médicale d'État (AME), la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui font l'objet de dysfonctionnements divers. Enfin, le champ de l'accès aux soins n'est pas étanche à la configuration plus générale des légitimités sociales (xénophobie, minorisation de certaines communautés, etc.).

1.4.2 Etat de santé de la population

La Guyane présente un certain nombre d'indicateurs de santé qui la relèguent en dernière place des régions françaises :

- une espérance de vie à la naissance de trois ans inférieure à celle de la métropole (74,4 ans chez les hommes et 81 ans chez les femmes, contre respectivement 77,3 et

84,1 ans en métropole en 2006, selon l'Insee) ;

- un taux de mortalité qui semble faible en apparence (3,6 pour 1 000 contre 8,6 pour 1 000 en métropole en 2007), mais une surmortalité globale lorsque l'effet de structure par âge est éliminé. Trois causes principales de surmortalité sont alors identifiées : les affections cardio-vasculaires, les causes extérieures de traumatismes (violences, suicides, accidents de la circulation, etc.) et les pathologies infectieuses (Antiane, 2007) ;
- un taux de mortalité infantile⁹ qui reste élevé malgré une nette amélioration (12,1 pour 1 000 naissances vivantes contre 3,7 pour 1 000 en métropole en 2007) ;
- une prévalence du virus de l'immuno déficience humaine (VIH) la plus élevée de France (en 2006, le taux par million d'habitants de découverte de l'infection au VIH était de 308 contre 150 en Ile-de-France). La prévalence des femmes accouchées à Saint-Laurent du Maroni est de 1,3 %, ce qui correspond à une situation d'épidémie généralisée (Bourdillon 2008).

⁹ Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés avant l'âge de 12 mois et l'ensemble des enfants nés vivants.

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

1.4.3 Dépenses de santé pour les étrangers malades

Droit au séjour pour soins

L'accès à une carte de séjour pour raison médicale – telle qu'elle a été instituée par la loi Chevènement de 1998 – ouvre droit au titre de séjour « à l'étranger résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».

Ce dispositif a fait l'objet d'attaques politiques récurrentes dans la mesure où il se heurte au reste de la doctrine française visant à adapter l'immigration aux exigences de l'économie et développant le concept de « l'immigration choisie »¹⁰, par opposition à l'étranger malade qui serait au contraire considéré comme « l'immigré subi » comme le soulignent certains auteurs (Cette France-là, 2007-2008). Si ce dispositif a été jusqu'à présent maintenu, différentes mesures ont été mises en œuvre pour restreindre le champ d'application du droit au séjour pour raisons médicales (mise en place de quotas, élaboration de fiches pays). À cela s'ajoutent des dysfonctionnements dans les procédures qui ont conduit l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) à dresser, en 2008, un « bilan de santé alarmant » de la régularisation pour raison médicale en France (ODSE, 2008).

En 2007, le nombre d'avis rendus¹¹ en Guyane était de 779, ce qui représente 1,9 % des dossiers traités pour l'ensemble des départements français¹². Les patients étaient

principalement originaires d'Haïti (45,8 %), du Suriname (31,3 %), du Guyana (8,7 %) et du Brésil (6,5 %). Le VIH est la première cause de ces demandes (40,6 %), suivi du diabète (15,4 %) et des pathologies cardio-vasculaires (12 %). Nous ne disposons pas de la proportion d'avis favorables parmi les avis rendus, ni du nombre de premières demandes, ni de la part des avis multiples (plusieurs avis peuvent être émis pour une même personne au cours d'une même année, s'il lui a été délivré, par exemple, un titre de séjour de six mois ou moins), qui constituent des indicateurs de ce dispositif et de son évolution quantitative¹³. Mais, globalement, le nombre d'avis traités en Guyane représente une part extrêmement faible dans les statistiques nationales.

Aide médicale d'État (AME)

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

En 2007, un rapport d'audit sur l'AME a été réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) (Gissler, 2007). Il observe que le nombre de ses bénéficiaires a atteint

¹⁰ Loi dite « Sarkozy I » du 26 novembre 2003, loi « Sarkozy II » du 24 juillet 2006 et « loi Hortefeux » du 20 novembre 2007.

¹¹ L'étranger doit adresser sa demande de séjour pour soins à la préfecture de son domicile, accompagnée d'un rapport médical destiné au médecin inspecteur de santé publique (MISP) de la direction de la santé et du développement social (DSDS). Ce dernier émet un avis au préfet sur l'opportunité du séjour pour soins et sa durée, dans le respect du secret médical. L'avis du MISP est généralement suivi par les services de la préfecture (La Ruche, 2005).

¹² Procédure « Étrangers malades », statistiques portant sur l'année 2007, ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire, Paris, 5 novembre 2008.

¹³ D'après l'ODSE, l'analyse des statistiques au niveau national montre que, si le nombre global de titres délivrés augmente, les premières délivrances sont en régression.

192 000 en 2006, malgré des conditions d'accès progressivement durcies. Les dépenses annuelles s'élèvent en moyenne à 326 M EUR. Les rapporteurs constatent que les dépenses par bénéficiaire restent contenues, proches de la moyenne générale de la consommation des assurés du régime général, malgré la surreprésentation de certaines maladies (VIH, tuberculose, hépatite C), qu'elles correspondent à de véritables soins et que les fraudes dans l'accès au dispositif sont limitées. Ils considèrent donc que le coût de l'AME est parfaitement justifié en termes de santé publique.

En Guyane, 20 000 personnes ont bénéficié de l'AME en 2009, mais il existe peu d'informations sur l'état de santé de ses bénéficiaires. Toute la population éligible à l'AME n'engage pas spontanément une démarche d'ouverture de droits. Le manque d'information, le souhait de rester anonyme, la difficulté à constituer un dossier – et en particulier à collecter les pièces justificatives nécessaires – expliquent que les personnes en situation irrégulière procèdent rarement à une demande d'AME avant d'avoir un besoin de soins (Carde, 2005).

Dispositif des soins urgents

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

privés ou dans des structures associatives. Le dispositif des « soins urgents » a été créé par l'article 97 de la loi de finances rectificative du 30 décembre 2003, en contrepartie des restrictions apportées à l'accès à l'AME « de droit commun ». Il est désormais codifié à l'article 254-1 du Code de l'Action sociale et des familles. Il permet la prise en charge de soins délivrés exclusivement à l'hôpital à des étrangers en situation irrégulière non éligibles à l'AME mais résidant en France (notamment ceux présents depuis moins de trois mois ou ne pouvant réunir les pièces nécessaires à l'ouverture des droits à l'AME), pour lesquels « *l'absence [de soins] mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* ». En 2004, les dépenses de soins urgents facturés par les hôpitaux en Guyane représentaient un tiers de la dépense totale française (Gissler *et al.*, 2007). D'après cette source, en 2005, près de 2 000 étrangers en situation irrégulière ont reçu des soins hospitaliers en Guyane, dont plus de la moitié (52,7 %) concernaient de la gynécologie-obstétrique et plus du quart (26,2 %) des soins chirurgicaux (le plus souvent dans des situations d'urgence et liés à des traumatismes). La rétrocession de médicaments antirétroviraux représente un autre poste important de dépenses de soins urgents. L'analyse de l'origine géographique de ces patients fait apparaître une part majoritaire des ressortissants du Suriname (62,5 %) et un nombre important de Brésiliens (25,7 %).

2. Enquête sur la population générale à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni

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

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

2.1 Méthodologie

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

2.1.1 Population et échantillonnage

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

- 60 % dans la commune de Cayenne, qui comptait 58 004 habitants au 1^{er} janvier 2006 (Insee, 2009a) (+ 2 % par rapport au RGP de 1999), soit 28 % de la population totale du département ;
- 40% dans la commune de Saint-Laurent du Maroni, qui comptait 33 707 habitants au 1^{er} janvier 2006 (+ 8,4 % par rapport au RGP de 1999), soit 16 % de la population totale du département.

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

Base de sondage

La base de sondage utilisée a été celle des îlots géographiques de l'Insee¹⁴ contenant, par îlot, le nombre de logements. Elle correspond à la base la plus récente disponible le jour de l'échantillonnage, à savoir une liste de la distribution estimée du nombre de logements par commune et îlot (données des recensements de 2005 à 2009).

Saint-Laurent du Maroni est une commune très étendue (près de 5 000 km²) et certains îlots les plus éloignés du centre ville ne comptent que quelques logements. Pour répondre à des contraintes de faisabilité, il a été décidé de recourir à une définition de la ville qui correspond au centre ville élargi (cf. carte 2). Ainsi, au lieu de 25 quartiers, la ville de Saint-Laurent du Maroni n'en compte plus que 17.

Procédure d'échantillonnage

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

¹⁴ L'îlot est l'unité géographique de base pour la statistique et la diffusion des recensements de la population. En zone bâtie dense, il représente le plus souvent un pâté de maison.

Tableau 2. Echantillonnage des quartiers, par ville

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

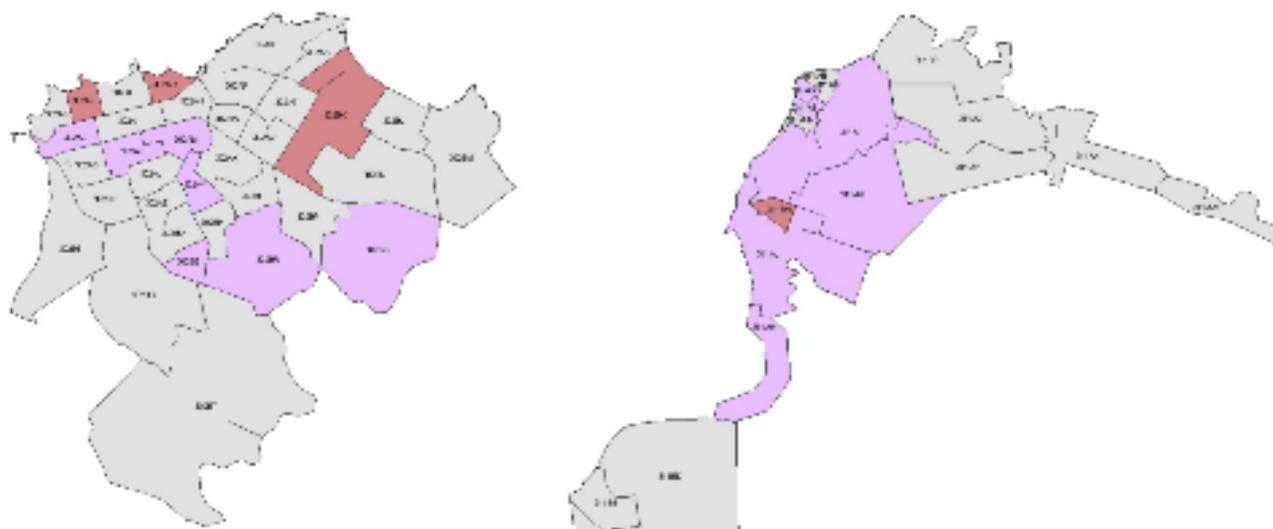
* contrat urbain de cohésion sociale (CUCS)

Avec l'objectif final de disposer de 1 000 enquêtes (600 à Cayenne et 400 à Saint-Laurent du Maroni) et d'avoir suffisamment d'enquêtes dans les quartiers pour exploiter – éventuellement – ces résultats par quartier, il a été décidé d'interroger 60 personnes dans chaque quartier. Ont donc été tirés au sort dix quartiers à Cayenne et sept à Saint-Laurent du Maroni, en respectant la répartition en zones CUCS¹⁵/non CUCS et en procédant à un échantillonnage proportionnel à l'effectif de logements des quartiers dont les tailles sont variables (cf. tableau 2). Les quartiers tirés au sort sont représentés sur la carte 3.

Après différentes discussions avec l'Insee ou d'autres par-

tenaires scientifiques ayant réalisé des enquêtes en population générale en Guyane, nous nous sommes basés sur un taux de non réponses global de 30 %. Pour les quartiers composés de seulement deux ou trois îlots, tous ont fait l'objet de l'enquête. Pour les autres quartiers, un tirage au sort d'îlots proportionnel au nombre de logements par îlot a été effectué dans chaque quartier. Au total, 25 îlots ont été tirés au sort à Saint-Laurent du Maroni et 39 à Cayenne. Les logements enquêtés ont ensuite été échantillonnés de manière proportionnelle. Enfin, au sein de chaque ménage interrogé, un individu de plus de 18 ans a été sélectionné au hasard par l'enquêteur (méthode « de la paille marquée »).

Carte 3. Quartiers tirés au sort pour l'étude



à Cayenne

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

à Saint-Laurent du Maroni

¹⁵ Les CUCS (Contrats urbains de cohésion sociale) sont des contrats entre l'Etat et une commune sur des actions de fonctionnement, dans les quartiers définis comme prioritaires et sur les thématiques de la politique de la ville : logement, social/santé, éducation/culture, prévention de la délinquance, insertion/emploi.

2.1.2 Informations recueillies et modalités de recueil

Les questionnaires ont été constitués à partir des modules de l'enquête réalisée en 2007 à Mayotte et d'enquêtes sociales et sanitaires classiques¹⁶. Un questionnaire pilote a été testé auprès d'un échantillon raisonné et diversifié de la population cible (une cinquantaine d'individus). Le contenu du questionnaire est présenté en Annexe 2. L'organisation et la gestion de l'enquête sont présentées en Annexe 3.

Les questionnaires ont été remplis en face à face au domicile des personnes. La durée était en moyenne de 20 à 30 minutes par ménage. L'expérience locale de l'Insee et de l'Atelier Santé Ville, qui utilisaient des questionnaires en français et formaient ensuite les enquêteurs à les traduire au moment du sondage, nous a incité à ne pas traduire le questionnaire à l'écrit.

L'étude était, dans un premier temps, présentée au « chef de famille » désigné par les membres du ménage¹⁷. Si ce dernier était absent ou n'était pas en mesure de répondre, les questions pouvaient être posées à un autre adulte du ménage. L'identification de la personne répondant au questionnaire ménage était notée sur le questionnaire.

Au cours de la première visite, les enquêteurs justifiaient l'importance de la participation du ménage à l'étude en présentant une lettre d'information. Ils recueillaient ensuite le

consentement oral et interrogeaient le chef de famille pour la partie « ménage » du questionnaire, puis le membre du ménage de plus de 18 ans sélectionné.

2.1.3 Analyses statistiques

Nous avons tout d'abord pris en compte le plan de sondage et pondéré les estimations en tenant compte des probabilités de tirage à chaque niveau. Les estimations finales (moyennes, prévalences ou pourcentages) ont ensuite été réévaluées en fonction de la distribution par âge, sexe et nationalité (française ou étrangère) de la population des deux villes en 2006 (recensement 2006, Insee¹⁸).

Dans un premier temps, nous avons procédé à une étude descriptive des données. Les estimations finales sont présentées avec leur intervalle de confiance qui permet d'interpréter la valeur du résultat et sa précision. Les comparaisons avec les données du recensement de 2006 nous ont permis de vérifier et d'estimer la représentativité de l'échantillon dans chacune des deux villes. Les analyses descriptives sont présentées séparément par ville et des comparaisons par ville ont été effectuées. Le seuil de significativité des tests utilisés était de 5 %¹⁹.

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à étudier les liens entre profil migratoire et santé, et des modèles de régression logistique ont été utilisés. L'interprétation de ces modèles est présentée en annexe 4. Le logiciel utilisé était le logiciel STATA®¹⁰.

¹⁶ Il s'agit, par exemple, des enquêtes de recensement de l'Insee, de l'enquête « Santé et protection sociale » de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), ou de la cohorte SIRS (Santé, inégalités et ruptures sociales) de l'équipe porteuse du projet

¹⁷ Un ménage, au sens statistique, est défini comme l'ensemble des occupants d'une résidence principale, qu'ils aient ou non des liens de parenté. Un ménage peut ne comprendre qu'une seule personne. Nous sommes partis du principe qu'un logement comprenait un ménage.

¹⁸ www.recensement-2006.insee.fr

¹⁹ Lorsque le degré de significativité du test ou « p » est inférieur à 5 %, il est permis de conclure à une différence statistiquement significative.

Tableau 3. Caractéristiques des logements visités, Guyane, mars-avril 2009

	Cayenne	Saint-Laurent	p
	%	%	
Type de quartier			0,22
CUCS	62,5	89,9	
non CUCS	37,5	10,1	
Type de logement			<10-3
maison en bois ou maison traditionnelle	8,1	44,4	
maison en dur	56,9	48,8	
appartement	32,8	1,9	
habitation de fortune	2,2	4,9	
Nombre de pièces			0,15
une	11,5	9,7	
deux	24,5	23,9	
trois	37,1	27,4	
quatre ou plus	27,0	38,9	
Accès à l'eau dans le logement			0,006
oui	94,7	68,4	
non	5,3	31,6	
Statut d'occupation			0,04
propriétaire du logement et/ou du sol	20,0	38,0	
locataire ou sous-locataire	73,0	48,8	
logé gratuitement	7,0	13,3	

2.2 Résultats

Au total, 1 031 adultes de plus de 18 ans ont été interrogés : 611 à Cayenne (avec un taux de participation de 81,5 %) et 420 à Saint-Laurent du Maroni (taux de participation de 81 %²⁰). Deux îlots n'ont pas été pris en compte car ils comprenaient trop peu de répondants (deux personnes enquêtées par îlot).

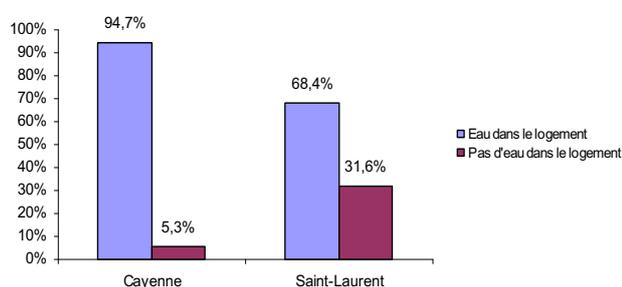
2.2.1 Caractéristiques des logements visités

Près de deux ménages sur trois à Cayenne et neuf ménages sur dix à Saint-Laurent du Maroni résidaient dans des quartiers faisant l'objet d'un CUCS. Les ménages de Cayenne résidaient majoritairement dans des maisons en dur (56,9 %), puis dans des appartements (32,8 %). À Saint-Laurent du Maroni, les ménages résidaient dans des maisons en bois (44,4 %) ou des maisons en dur (48,8 %). Les habitations de fortune représentaient 2,2 % des logements à Cayenne et 4,9 % à Saint-Laurent du Maroni.

Près d'un logement sur dix à Cayenne et à Saint-Laurent du Maroni était composé d'une seule pièce à usage d'habitation²¹. Les logements de quatre pièces ou plus représentaient 27 % des logements à Cayenne et 38,9 % à Saint-Laurent du Maroni. Près d'un logement sur trois à Saint-Laurent du Maroni ne disposait pas d'eau courante (31,6 %). Cette proportion était de 5,3 % à Cayenne. Ces proportions sont similaires à celles du recensement Insee de 2006 (respectivement 31,7 % et 4,3%) (cf. graphique 2).

²⁰ Ces taux de participation ne tiennent pas compte des logements vides (définis par une absence de contact avec l'un des membres du ménage, après quatre passages de l'enquêteur) et des logements vacants (logements non habités), dont la proportion parmi les logements à visiter était respectivement de 16,8 % et 9,4 % à Saint-Laurent du Maroni, et de 17,2 % et 4,6 % à Cayenne

²¹ Ne sont pas comptées les pièces à usage exclusivement professionnel, ainsi que les entrées, couloirs, salles de bain, etc.

Graphique 2. Accès à l'eau dans le logement à Cayenne et Saint Laurent du Maroni

Pour ces logements, à Saint-Laurent du Maroni, l'accès à l'eau se faisait par la récupération des eaux de pluie (61,3 %), un puits (26,4 %), l'eau de la rivière (23,9 %), une borne-fontaine (14,3 %) ou chez un voisin (13,5 %)22. À Cayenne, l'accès à l'eau avait lieu le plus souvent chez un voisin (48,8 %), se faisait par la récupération des eaux de pluie (30 %), un puits (18,9 %), ou une borne-fontaine (17,4 %).

2.2.2 Caractéristiques des ménages interrogés

La taille des ménages était significativement plus élevée à Saint-Laurent du Maroni, le nombre moyen d'habitants par ménage étant en effet de cinq personnes contre 3,5 à Cayenne ($p = 0,01$). Un ménage sur cinq à Cayenne et 15,6 % à Saint-Laurent du Maroni étaient composés d'une seule personne, un ménage sur trois à Cayenne et un ménage sur deux à Saint-Laurent de quatre personnes ou plus.

Les revenus déclarés par les ménages ne différaient pas entre les deux villes. Près d'un ménage sur cinq dans les deux villes a déclaré des revenus inférieurs à 500 EUR. Pour cette question, 12 % des valeurs étaient manquantes (soit par refus du chef de ménage, soit parce que le chef de ménage ne connaissait pas l'ensemble des revenus du ménage). Près de quatre chefs de ménage sur dix à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni ont déclaré ne pas avoir assez d'argent pour vivre et ne pas arriver à s'en sortir. Un autre tiers a déclaré avoir juste ce qu'il faut pour vivre, en se privant beaucoup.

Tableau 4. Caractéristiques socioéconomiques des ménages interrogés

	Cayenne %	Saint-Laurent %	p
Taille des ménages			0,009
une personne	20,3	15,6	
deux personnes	20,6	18,8	
trois personnes	25,8	15,3	
quatre personnes ou plus	33,3	50,3	
Revenus du ménage			0,43
moins de 500 EUR	19,7	21,4	
501 à 1 000 EUR	30,6	22,3	
1 001 à 2 000 EUR	30,0	28,9	
plus de 2 000 EUR	19,6	27,4	
Condition financière perçue			0,81
pas assez d'argent pour vivre	40,9	39,5	
juste ce qu'il faut, mais on se prive beaucoup	35,7	33,8	
suffisamment en faisant attention	19,2	20,3	
on ne se prive de rien d'important / on est très à l'aise	4,2	6,4	

22 Cette question offrait la possibilité de plusieurs réponses, raison pour laquelle la somme des pourcentages est supérieure à 100 %.

2.2.3 Caractéristiques sociodémographiques de la population des plus de 18 ans interrogée

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

Niveau d'études

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

Tableau 5. Principales variables sociodémographiques de la population

	Cayenne %	Saint-Laurent %	p
Sexe			0,38
masculin	45,8	49,8	
féminin	54,2	50,2	
Age			0,0007
18-30 ans	30,5	44,4	
31-40 ans	23,1	27,1	
41-50 ans	19,9	16,7	
plus de 50 ans	26,5	11,7	
Niveau d'études			0,14
jamais scolarisé	5,1	15,0	
maternelle/primaire	13,5	9,7	
collège	19,9	25,6	
lycée	40,1	33,8	
études supérieures	21,3	15,9	
Maîtrise du français			0,02
pas du tout, très peu	11,5	30,2	
sans ou avec quelques difficultés	88,5	69,8	
Activité			0,13
actif occupé	42,5	39,7	
au chômage	15,0	16,7	
étudiant	7,0	3,9	
retraité	13,3	5,1	
au foyer	17,1	22,7	
autre inactif	5,0	11,9	
Catégorie socioprofessionnelle et statut			0,7
fonctionnaire	12,6	10,5	
cadre et professions intermédiaires NF*	4,1	4,1	
artisan/Commerçant/Chef entreprise	5,2	5,9	
agriculteurs et ouvriers NF*	3,5	6,9	
employés NF*	16,8	12,5	
aucune activité professionnelle	57,8	60,3	

NF = non fonctionnaire.*

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

Activité

Parmi les personnes de plus de 18 ans, 41,6 % déclaraient travailler au moment de l'étude (actifs occupés), 6 % déclaraient être étudiant ou stagiaire, 10,8 % déclaraient être à la retraite, 15,5 % au chômage, 18,9 % au foyer et 7,2 % relevaient de la catégorie « autres inactifs ». Il n'existait pas de différence significative entre les deux villes. Pour 8,6 % des personnes qui disaient travailler, il s'agissait d'un emploi non déclaré. Ce taux est similaire à celui retrouvé dans l'enquête emploi de l'Insee en 2006 (9 % de l'emploi total) (Insee, 2006b).

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

Catégorie socioprofessionnelle et statut

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

Selon cette classification, parmi les actifs occupés, les employés non fonctionnaires sont majoritaires à Cayenne et à Saint-Laurent du Maroni, représentant respectivement

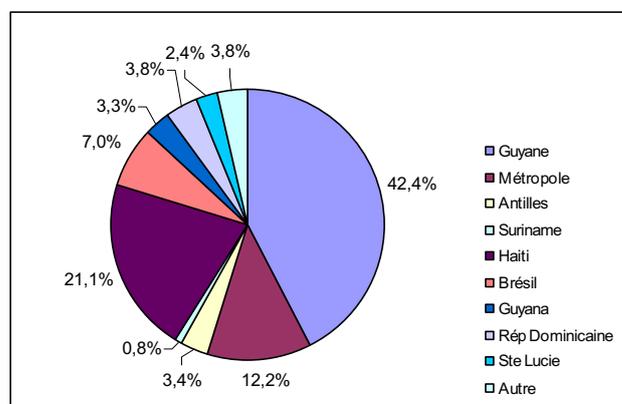
16,8 % et 12,5 % de l'ensemble de la population des deux villes. Viennent ensuite les fonctionnaires, qui représentent respectivement 12,6 % et 10,5 % de la population.

2.2.4 Profils migratoires

Cayenne

A Cayenne (cf. graphique 3), 42,4 % de la population est née en Guyane. Près de 58 % de la population des plus de 18 ans est donc migrante : 12,2 % de la population est née en métropole, 3,4 % dans les Antilles (et à la Réunion), 21,1 % à Haïti, 7 % au Brésil, 3,3 % au Guyana, 3,8 % en République dominicaine, 2,4 % à Sainte-Lucie et 0,8 % au Suriname. La catégorie « autre » regroupe des personnes nées en Chine (0,9 %), en Afrique (0,3 %), au Moyen-Orient (0,2 %) et en Amérique du Sud (1,3 %). Les personnes de nationalité française représentent 67,5 % de la population des plus de 18 ans.

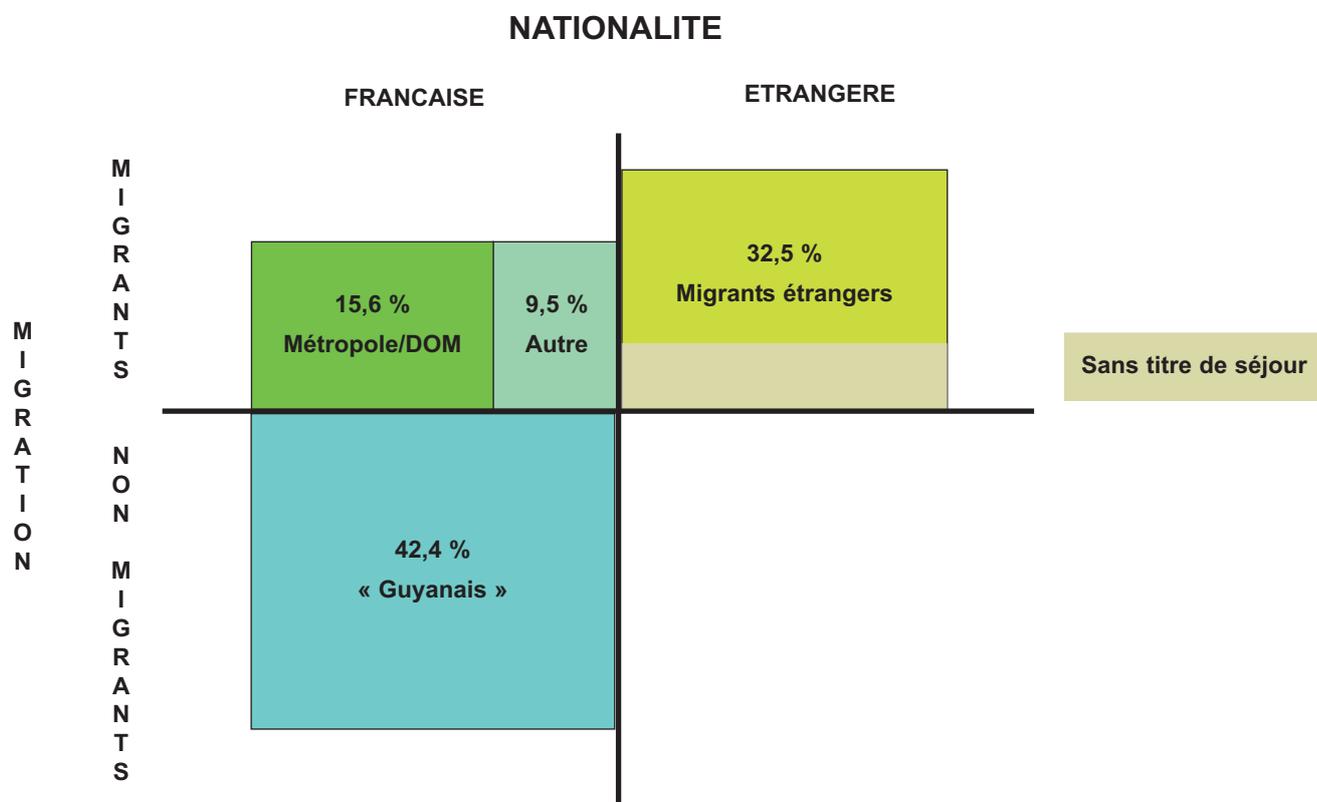
Graphique 3. Répartition des habitants de Cayenne par lieu de naissance



L'analyse de la composition de la population en fonction de la nationalité et du lieu de naissance permet de distinguer trois sous-groupes (cf. graphique 4) :

- la population française non migrante, qui représente les « Guyanais » (42,4 %) ;
- la population française migrante (25,1 %), qui est constituée de la population née en métropole, aux Antilles ou, plus rarement, sur l'île de la Réunion (15,6 %), des Français nés à l'étranger (1,5 %) et des immigrés ayant acquis la nationalité française (8,1 %) ;

Graphique 4. Profil migratoire des habitants de plus de 18 ans à Cayenne



- la population étrangère ayant migré en Guyane (32,5 %). Les trois quarts de cette sous-population sont en situation régulière (74,1 %).

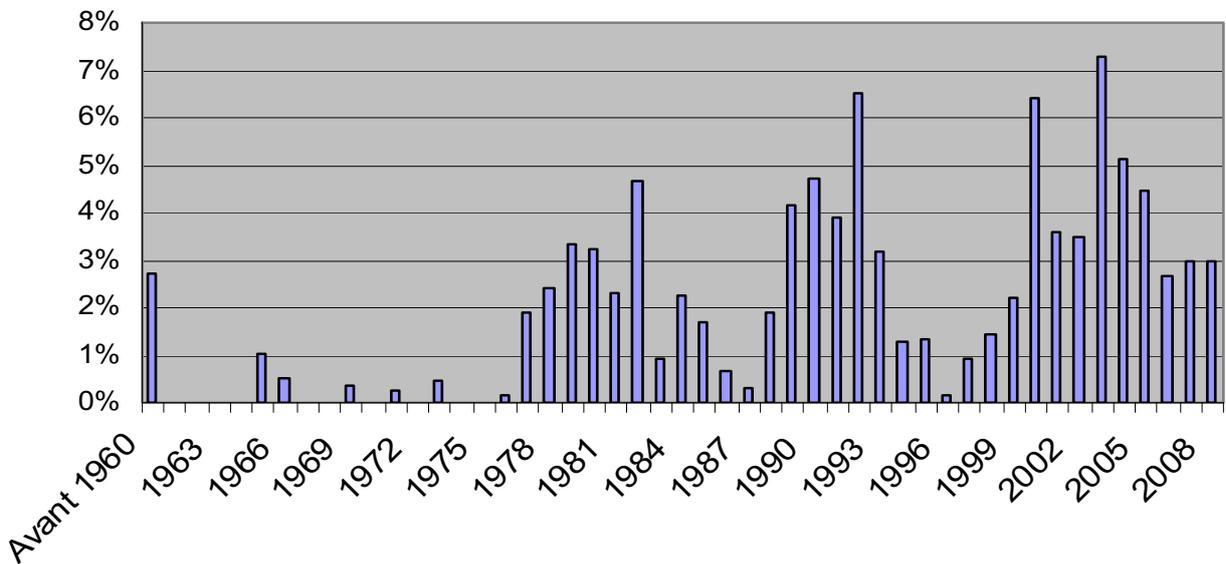
Les analyses qui suivent (ancienneté de migrations et motifs de migration) portent sur les immigrés. Elles excluent donc les migrants nés Français (qu'ils soient nés en métropole, dans les autres DOM ou à l'étranger), ainsi que les apatrides.

Le graphique 5 représente les dates d'installation des immigrés résidant à Cayenne. On remarque tout d'abord que les

migrations avant les années 1980 sont faibles. Ensuite, on peut distinguer trois vagues de migration : 1977-1986 (avec un pic au début des années 1980), 1987-1996 (avec un pic au début des années 1990), et 1997-2008, (avec un pic en 2002-2003). Un essai de typologie de ces trois vagues migratoires est présenté en Annexe 5 (Typologie par lieu de naissance et motif de migration).

Ces analyses montrent que notre échantillon a probablement surreprésenté les immigrés récents d'origine haïtienne au détriment des immigrés récents d'origine brésilienne (probable effet de sélection des quartiers tirés au sort).

Graphique 5. Dates d'installation en Guyane pour les immigrés résidant à Cayenne



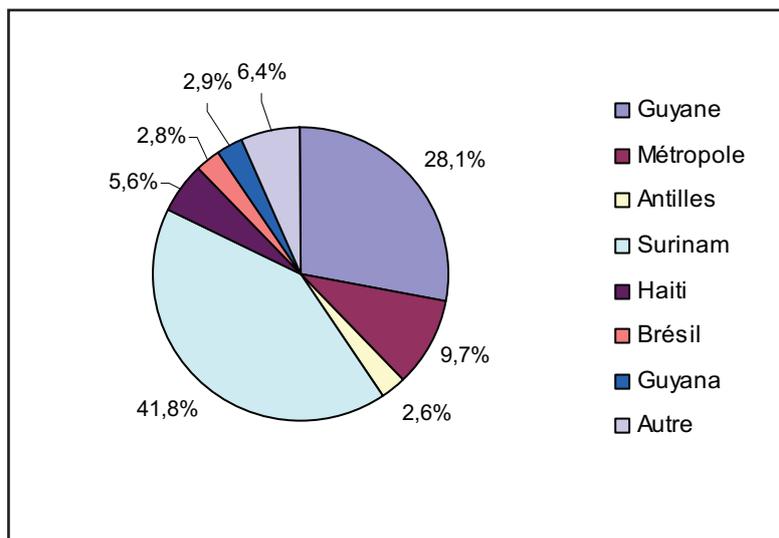
Globalement, les immigrés anciens (installés en Guyane depuis dix ans ou plus) représentent 60,7 % des immigrés à Cayenne.

Saint-Laurent du Maroni

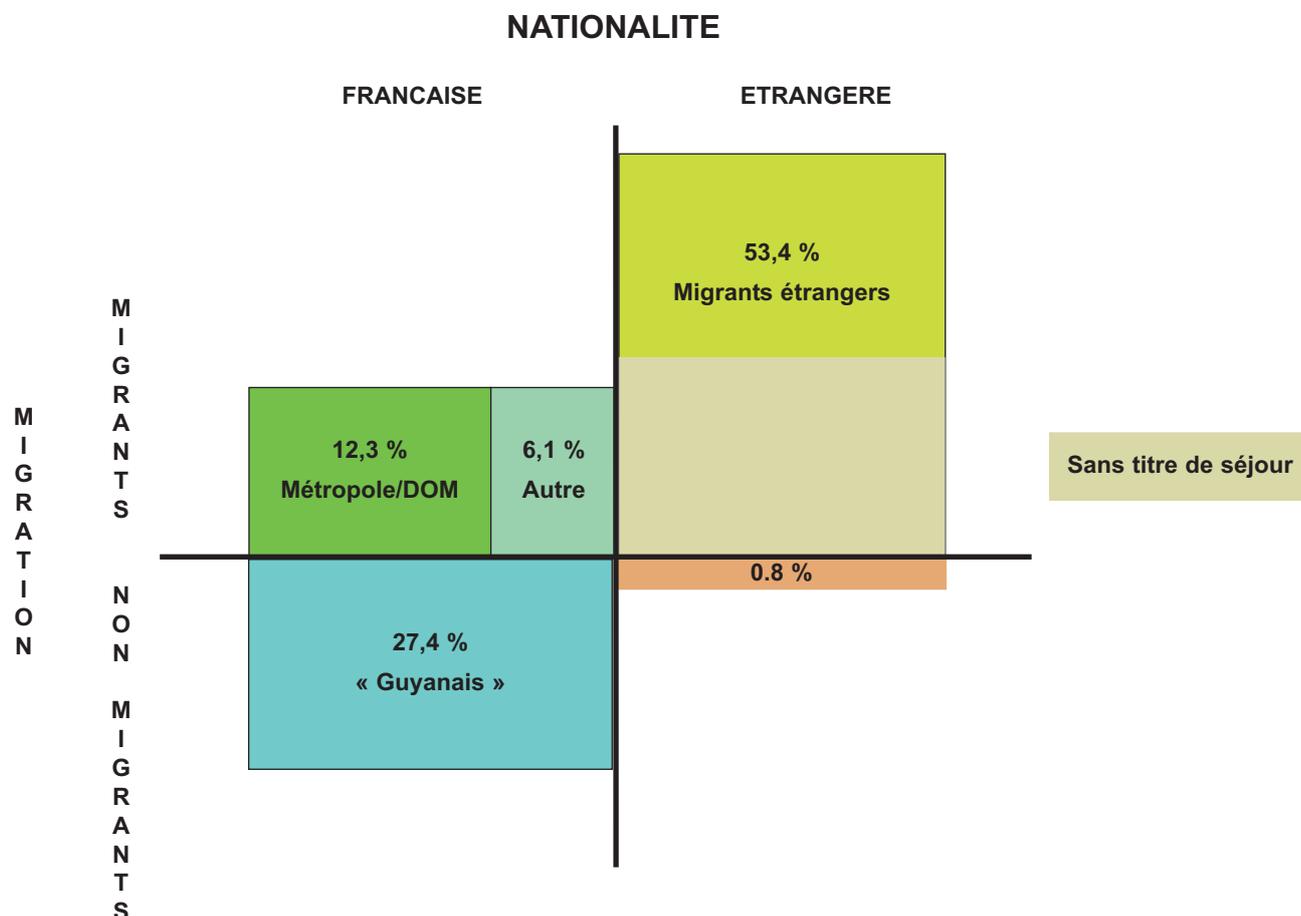
A Saint-Laurent du Maroni (cf. graphique 6), 28,2 % de la population des plus de 18 ans est née en Guyane, 9,7 % en

métropole et 2,6 % aux Antilles. La part des habitants de plus de 18 ans nés au Suriname est de 41,8 %. Les autres migrants sont nés à Haïti (5,6 %), au Brésil (2,8 %), au Guyana (2,9 %), en Chine (1,4 %), en République dominicaine (1,2 %), à Sainte-Lucie (0,2 %), un autre pays européen (0,6 %), en Afrique (0,3 %) au Moyen-Orient (0,5 %) et en Thaïlande (0,6 %). Les personnes de nationalité française représentent 45,8 % de la population des plus de 18 ans.

Graphique 6. Répartition des habitants de Saint-Laurent du Maroni par lieu de naissance



Graphique 7. Profil migratoire des habitants de Saint-Laurent du Maroni

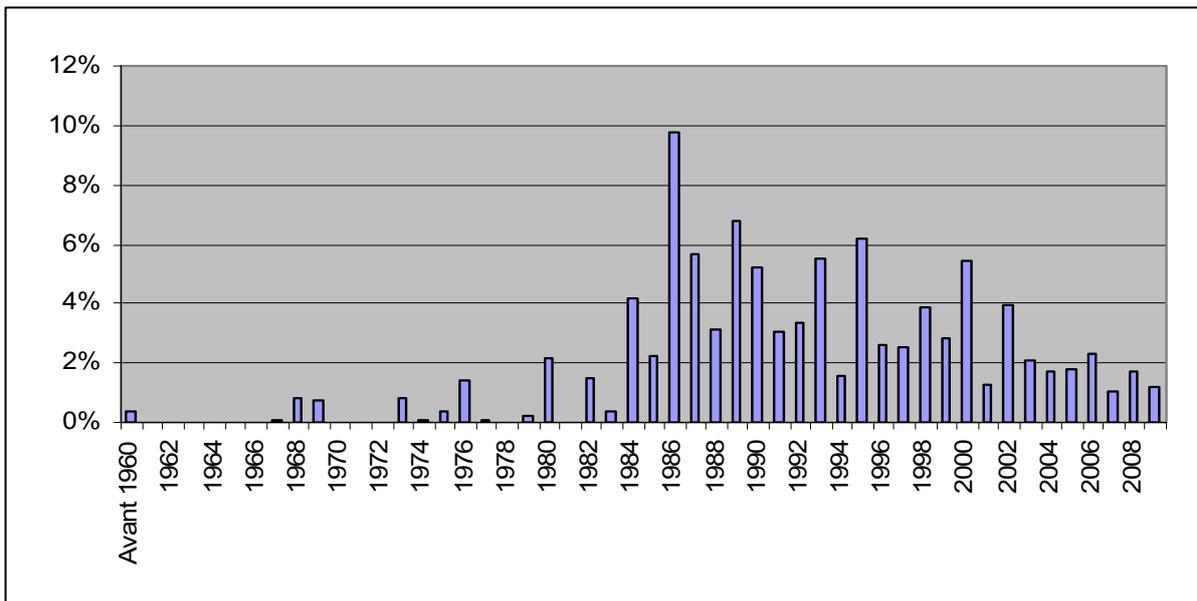


L'analyse de la population saint-laurentine en fonction de la nationalité et du lieu de naissance permet de distinguer quatre sous-groupes (cf. graphique 7) :

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

Le graphique 8 représente les dates d'installation déclarées par les immigrés à Saint-Laurent du Maroni. On remarque un pic en 1986, date du début de la guerre civile au Suriname, et des migrations importantes pendant les six années de guerre civile (1986-1992). Ces flux migratoires se prolongent jusqu'à la fin des années 1990. Depuis les années 2000, les migrations se sont beaucoup ralenties. Globalement, 77,5 % des immigrés installés à Saint-Laurent du Maroni sont des immigrés anciens, installés en Guyane depuis dix ans ou plus.

Graphique 8. Dates d'installation en Guyane des immigrants résidant à Saint-Laurent du Maroni

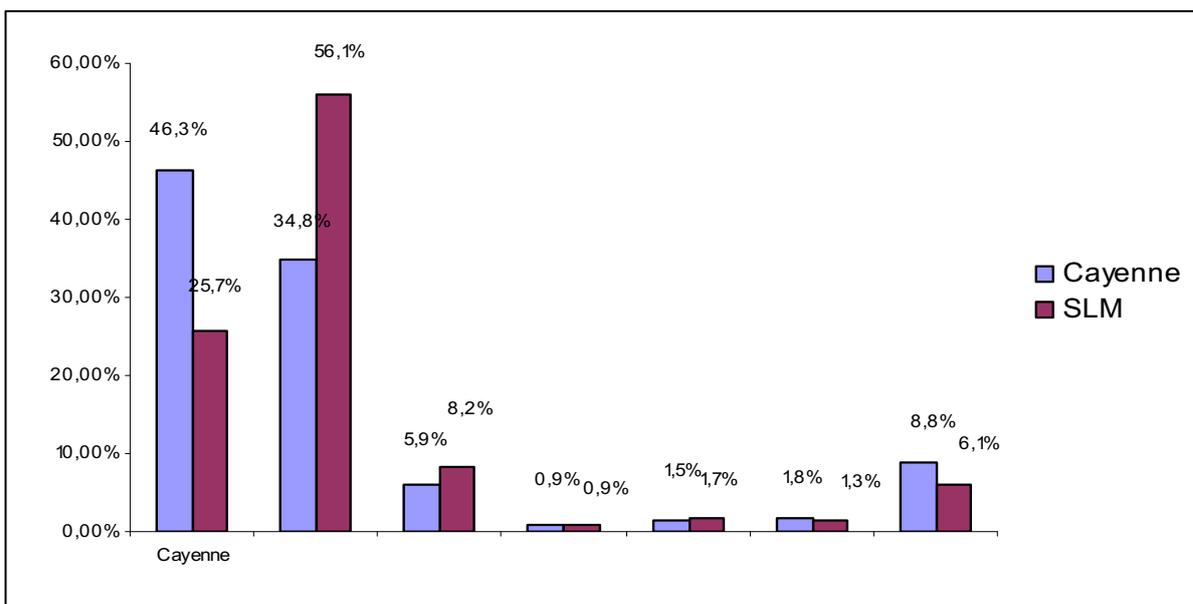


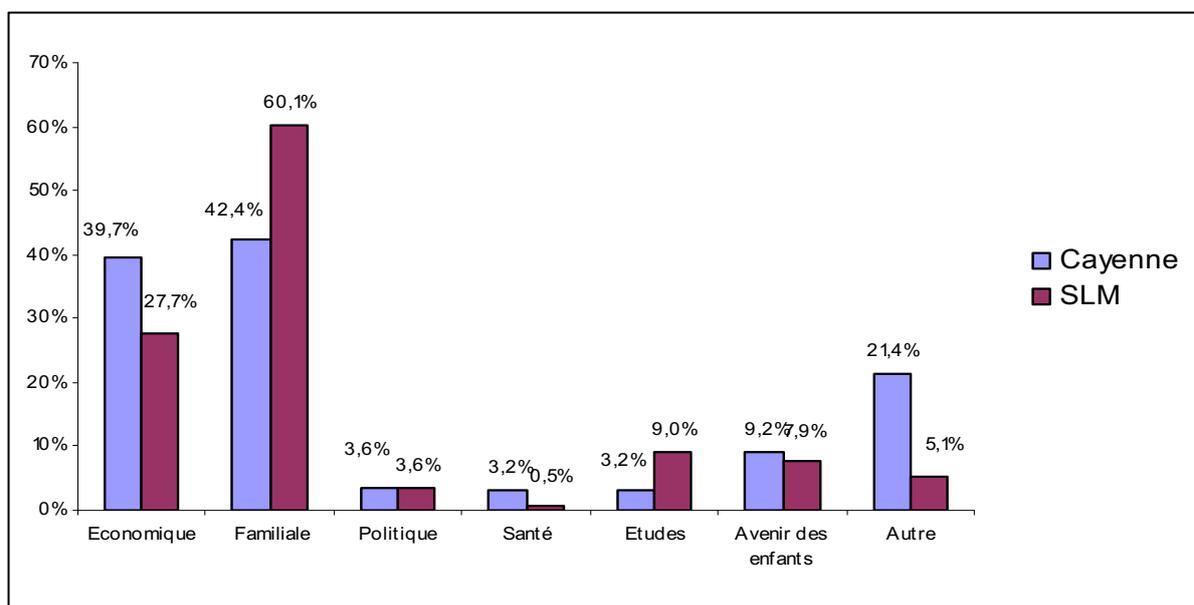
2.2.5 Motifs de migration et d'installation en Guyane

Les causes ou les motivations des migrations vers la

Guyane ont été classées en trois catégories : les raisons d'immigrer, les raisons de s'installer, les maladies chroniques comme motif de migration et/ou d'installation. Là encore, ces analyses ne concernent que les immigrants.

Graphique 9. Principales raisons de migration en Guyane (par ville), mars-avril 2009



Graphique 10. Principales raisons d'installation en Guyane (par ville)²³

À Cayenne, les raisons de migration déclarées par les personnes de plus de 18 ans sont majoritairement économiques (46,3 %), puis familiales (34,8 %). À Saint-Laurent du Maroni, elles sont d'abord familiales (56,1 %), puis économiques (25,7 %). Les migrations pour raison de santé sont très minoritaires (0,9 % à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni).

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

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

Concernant la part de la maladie comme motif de migration et/ou d'installation en Guyane, 1,4 % des personnes ont migré ou se sont installées en Guyane pour traiter un problème de santé chronique (1,6 % à Cayenne et 1 % à Saint-Laurent du Maroni).

Au total, toutes questions confondues (migration pour raison de santé, installation pour raison de santé, maladie chronique ayant été une raison de migration ou d'installation en Guyane), 3,1 % [0,5-5,7] de la population des immigrants de plus de 18 ans ont migré ou se sont installés en Guyane pour une raison de santé. On observe pourtant une différence entre les deux villes : à Cayenne, ce taux de migration pour soins est estimé à 4,2 % [0-8,7] contre 1,3 % [0-3 %] à Saint-Laurent du Maroni ($p = 0,10$, cette différence est à la limite d'une significativité statistique).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cet écart dans les taux de migration. Tout d'abord, l'offre de soins à Saint-Laurent du Maroni reste limitée et la plupart des soins spécialisés ne peuvent être assurés qu'à

²³ Plusieurs réponses étaient possibles, ce qui explique un pourcentage total par ville supérieur à 100.

Cayenne. Cette offre de soins inégale peut expliquer en partie la différence entre les deux villes. Pourtant, la comparaison entre les deux villes montre que la différence n'a pas trait au motif de migration, mais aux motifs d'installation.

La localisation de Saint-Laurent du Maroni, à la frontière du Suriname, favorise un type de migrations « pendulaires » (la population fait d'incessants allers-retours entre la Guyane et le Suriname au gré de ses besoins ou obligations). Si migrations pour soin il y a, elles s'apparenteraient davantage à des migrations ponctuelles qu'à des installations définitives. L'accès à Cayenne à partir de Saint-Laurent du Maroni est limité par le poste frontière d'Iracoubo (à 100 km de Saint-Laurent), compliquant les déplacements entre ces deux villes pour les personnes en situation irrégulière.

Ainsi, dans l'Ouest guyanais, la perméabilité des frontières permet des déplacements au gré des besoins et les installations pour raison de santé sont faibles. À Cayenne, une frontière limite ces déplacements et les installations pour raison de santé sont proportionnellement plus importantes. On peut s'interroger sur l'effet de

la fermeture des frontières sur les mobilités des populations : serait-elle un facteur de captivité des immigrés malades sur la ville de Cayenne ?

2.2.6 Caractéristiques sanitaires

Description des variables de santé et de recours aux soins

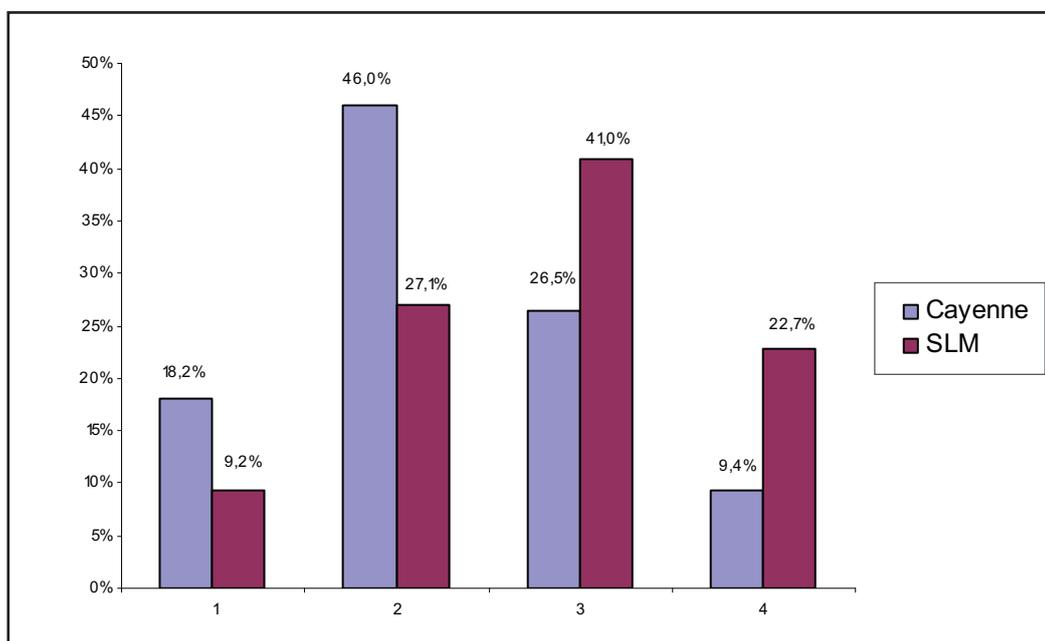
L'état de santé était perçu comme moyen, mauvais ou très mauvais par 41,1 % des personnes de plus de 18 ans résidentes à Cayenne et par un tiers des Saint-Laurentins. Le taux de déclaration de maladies chroniques était de 27,9 % à Cayenne et 22,1 % à Saint-Laurent. Enfin, 20,1 % déclaraient être limités dans leur vie quotidienne à cause d'un problème de santé à Cayenne et 15,3 % à Saint-Laurent du Maroni.

Concernant le recours aux soins, 85,4 % des résidents de Saint-Laurent et 89,3 % des ceux de Cayenne ont déclaré avoir eu au moins un recours à un médecin (généraliste ou spécialiste) au cours de l'année écoulée. Le taux de couverture maladie était de 95,1 % à Cayenne et 84,1 % à Saint-Laurent.

Tableau 6. Principales variables de santé et de recours aux soins (par ville)

	Cayenne %	Saint-Laurent %	P
État de santé perçu			0,31
très bon ou bon	58,9	65,3	
moyen, mauvais ou très mauvais	41,1	34,7	
Limitation fonctionnelle			0,30
non	79,9	84,7	
oui : limité à très sévèrement limité	20,1	15,3	
Maladie chronique			0,31
non	72,1	77,9	
oui	27,9	22,1	
Nombre de consultations chez un médecin dans l'année écoulée			0,36
aucune	10,7	14,6	
une ou deux	31,3	35,1	
trois ou plus	58,0	50,3	
Type de couverture maladie			0,04
couverture de base + complémentaire	74,0	65,7	
couverture de base seule	13,9	7,9	
AME	7,2	10,4	
aucune	4,9	15,9	

Graphique 11. Difficultés de recours au médecin généraliste (par ville), Guyane, mars-avril 2009



Difficultés pour se soigner

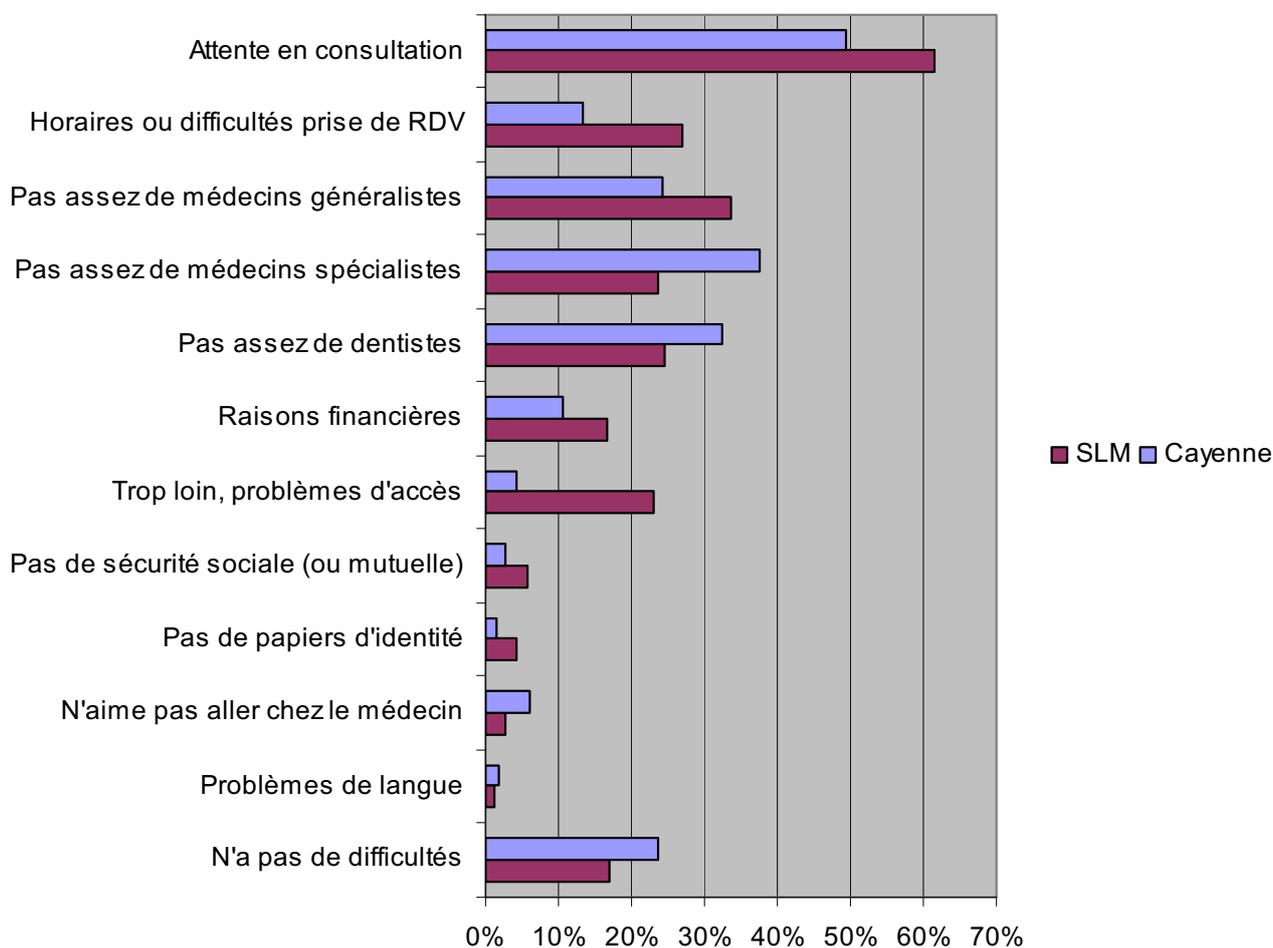
Près des deux tiers des habitants de Saint-Laurent du Maroni ont affirmé qu'il était compliqué, voire très compliqué, de consulter un médecin en Guyane. Cette proportion était de 36 % à Cayenne.

À Saint-Laurent du Maroni, les principales difficultés rencontrées par les habitants pour se soigner sont : l'attente en consultation (61,4 %), le nombre insuffisant de médecins généralistes (33,6 %), les horaires et les difficultés pour obtenir un rendez-vous (26,9 %), le

nombre insuffisant de dentistes (24,4 %), le nombre insuffisant de médecins spécialistes (23,5 %), des difficultés d'accès (23 %), des raisons financières (16,7 %).

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

Graphique 12. Principales difficultés rencontrées pour se soigner (par ville)

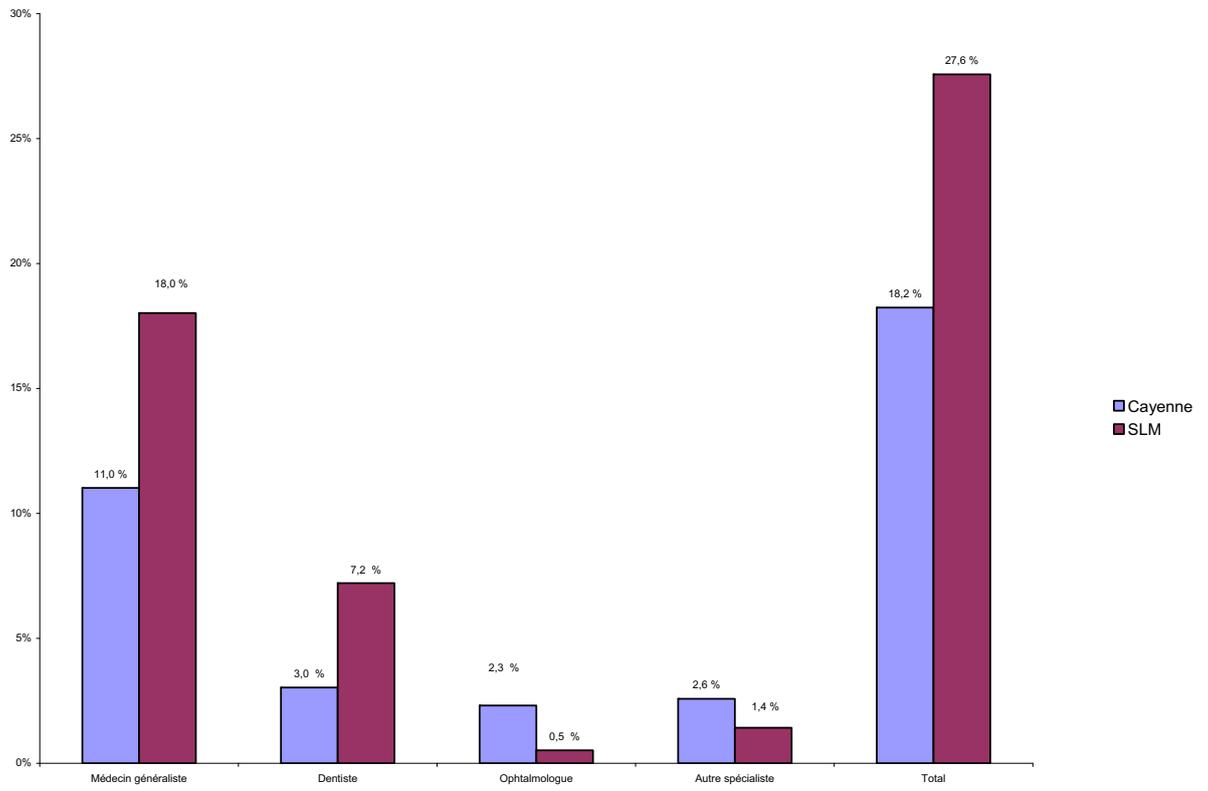


Renoncement aux soins

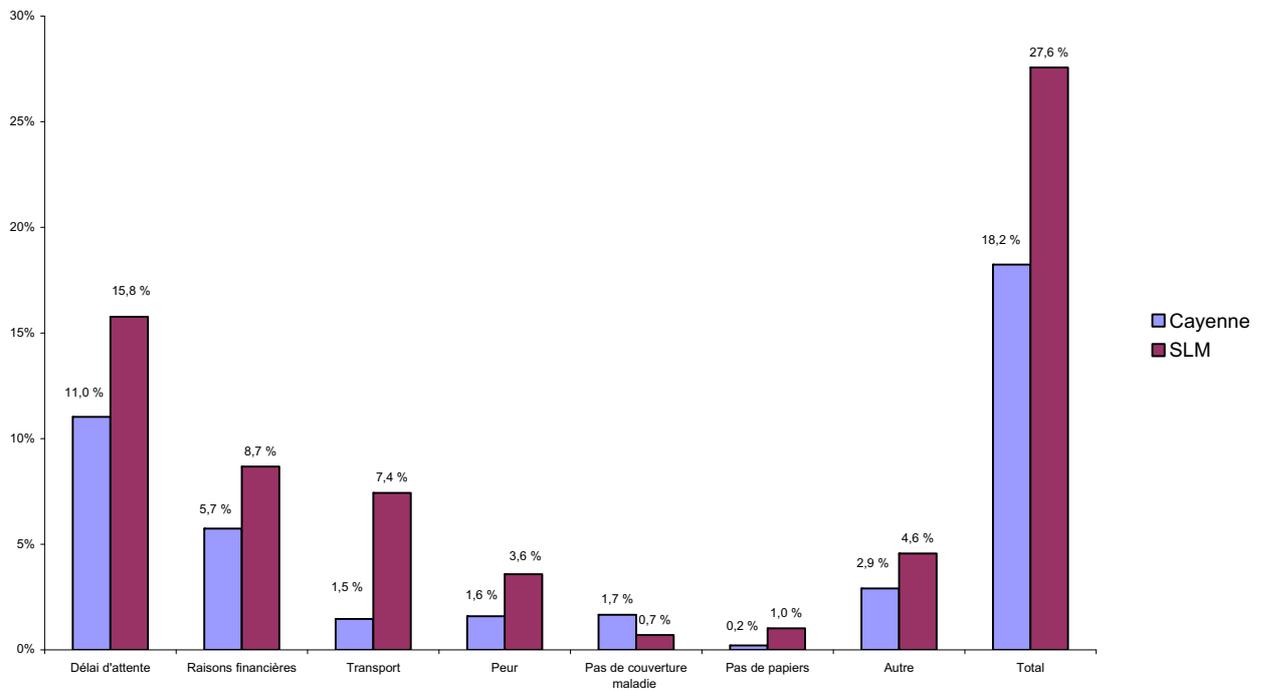
Près de 28 % des habitants de Saint-Laurent du Maroni et 18,2 % des habitants de plus de 18 ans de Cayenne ($p = 0,02$) ont déclaré avoir au moins une fois renoncé à des soins alors qu'ils en avaient besoin au cours de l'année écoulée. Ces types de soins (cf. graphique 13) étaient principalement des soins primaires (13,4 % pour les deux villes), suivis des soins dentaires (4,3 %), du recours à un ophtalmologue (1,8 %) ou à un autre spécialiste (2,2 %). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux villes pour ces types de soins.

Les principales raisons évoquées pour expliquer ces renoncements aux soins (cf. graphique 14) étaient : le délai d'attente (12,5 % de la population), des raisons financières (6,7 %), des difficultés de transport (3,3 %), la peur de voir un médecin (2,2 %), l'absence de couverture maladie (1,3 %), l'absence de papiers d'identité (0,5 %) ou d'autres raisons (3,4 %). Les habitants de Saint-Laurent du Maroni déclarent significativement plus de renoncement aux soins pour un problème de transport ($p = 0,005$) et l'absence de couverture maladie ($p < 10^{-3}$), que ceux de Cayenne.

Graphique 13. Renoncement aux soins au cours de l'année écoulée (par type de soins et par ville)



Graphique 14. Motifs de renoncement aux soins au cours de l'année écoulée (par ville)



2.2.7 Comparaison des caractéristiques socioéconomiques selon les profils migratoires

Les caractéristiques démographiques et socioéconomiques ont été comparées à partir de quatre profils, définis en fonction du lieu de naissance, de la nationalité et du statut de résidence pour les étrangers. Les quatre profils ainsi définis sont : les Français de naissance (qui représentent 53,8 % de la population), les immigrés naturalisés (6,9 %), les étrangers en situation régulière (25,4 %) et les étrangers en situation irrégulière (13,9 %). Ces comparaisons sont présentées dans le tableau 7.

Pour la plupart des variables socioéconomiques mesurées, on observe un gradient socioéconomique entre les différents profils définis, attestant d'une hiérarchisation socioéconomique qui est fonction du statut juridique. Ce gradient est représenté sur le graphique 15 pour la variable accès à l'eau dans le logement, à titre illustratif. Mais pour tous les autres indicateurs socioéconomiques (typologie de quartier, taille du logement, niveau d'éducation, activité profession-

nelle, revenus et condition financière perçue), on observe de façon constante des conditions socioéconomiques plus précaires pour les étrangers en situation irrégulière, puis pour les étrangers en situation régulière, puis pour les immigrés naturalisés en comparaison des personnes françaises de naissance.

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

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

Graphique 15. Absence d'eau dans le logement (par profil migratoire)

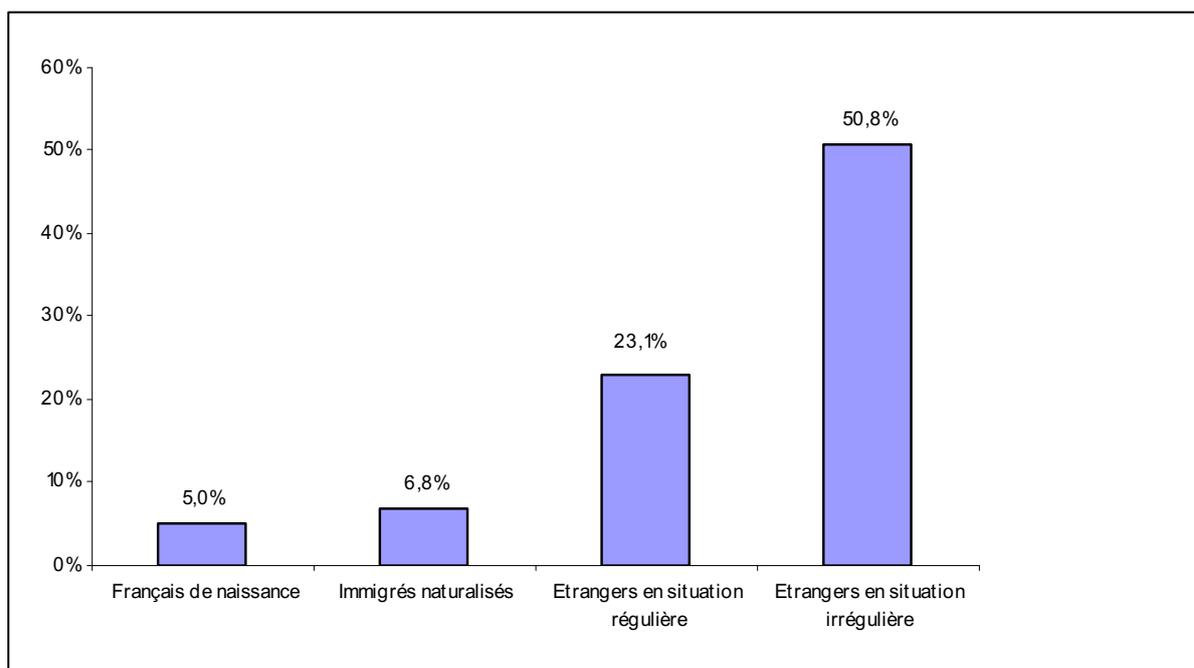


Tableau 7. Comparaison des caractéristiques géographiques, démographiques et socioéconomiques entre les quatre profils migratoires

		Français de naissance %	Immigrés naturalisés %	Étrangers en situation régulière %	étrangers en situation irrégulière %	p
Caractéristiques géographiques	Ville					0,01
	- Cayenne	76,1	80,2	65,4	41,7	
	- SLM	24,0	19,8	34,6	58,3	
	Type de quartier					0,004
	- CUCS	62,7	88,9	85,3	95,0	
	- Non CUCS	37,3	11,1	14,7	5,0	
Caractéristiques des logements	Eau					<10-3
	- Pas d'eau dans le logement	5,0	6,8	23,1	50,8	
	- Eau dans le logement	95,0	93,2	76,9	49,2	
	Nombre de pièces					<10-3
	- Une ou deux	21,5	30,3	36,9	45,8	
	- Trois ou plus	78,5	69,7	63,1	54,2	
Caractéristiques des ménages	Revenus					<10-3
	- Moins de 500 EUR	11,0	6,3	19,9	42,1	
	- 501 à 1 000 EUR	21,0	42,1	36,6	38,4	
	- 1 001 à 2 000 EUR	31,7	26,9	37,1	18,4	
	- Plus de 2 000 EUR	36,2	24,7	6,5	10,9	
	Condition financière perçue					<10-3
	- On n'arrive pas à s'en sortir	27,8	32,9	52,9	66,1	
	- On a juste ce qu'il faut	32,8	34,9	35,7	29,4	
	- On a suffisamment pour vivre / On est très à l'aise	39,3	32,3	11,4	4,6	
Caractéristiques sociales et démographiques individuelles	Sexe					0,6
	- Féminin	50,8	60,1	56,0	52,2	
	- Masculin	49,2	39,9	44,0	47,8	
	Age					<10-3
	- 18-30 ans	34,9	21,1	27,2	55,5	
	- 31-40 ans	24,1	12,3	25,0	30,1	
	- 41-50 ans	17,5	21,3	24,9	12,0	
	- Plus de 50 ans	23,5	45,3	22,9	2,4	
	Niveau d'études					<10-3
	- Jamais scolarisé/Maternelle/ Primaire	10,7	25,9	31,7	35,6	
	- Collège/Lycée	58,7	52,5	63,6	61,2	
	- Études supérieures	30,7	21,7	4,7	3,2	

En couple					0,4
- Oui	55,0	73,4	58,9	63,4	
- Non	45,0	26,6	41,1	36,6	
Maîtrise du français					<10-3
- Sans ou avec un peu de difficultés	2,0	17,7	29,9	54,0	
- Pas du tout ou beaucoup de difficultés	98,0	82,3	70,1	46,1	
Lieu de naissance					<10-3
- Métropole/Guyane/DOM	97,1	0	0	1,7	
- Brésil	0,5	5,1	18,4	3,0	
- Haïti	0	29,7	38,1	33,0	
- Suriname	0,6	6,9	22,8	50,1	
- Autre	1,8	58,3	20,8	12,2	
Isolement social perçu					0,1
- Très ou plutôt entouré	85,4	73,7	81,4	73,6	
- Très ou plutôt seul	14,6	26,3	18,6	26,4	
Caractéristiques socioéconomiques individuelles	Statut d'occupation				<10-3
- Actif occupé	52,5	37,3	31,7	19,2	
- Au chômage	14,3	11,5	27,1	0,8	
- Au foyer	7,7	28,7	22,3	53,3	
- Étudiant	6,8	0,2	7,0	3,4	
- Retraité	14,6	14,8	6,5	0,6	
- Autre inactif	4,0	7,6	5,4	22,1	
CSP + Statut					<10-3
- Fonctionnaire	20,9	0,5	1,1	0	
- Cadre et prof. intermédiaires NF*	7,2	0	0,3	0,5	
- Artisan/Commerçant/Chef entreprise	4,8	12,6	5,8	3,5	
- Agriculteurs et ouvriers NF*	1,9	2,7	8,0	9,6	
- Employés NF*	17,7	17,0	15,8	5,5	
- Aucune activité professionnelle	47,5	62,7	69,1	80,8	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	

NF = non fonctionnaire.

2.2.8 Analyse des liens entre les variables de santé et les profils migratoires

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

- La santé perçue, ou santé subjective. Elle mesure la perception qu'ont les individus de leur santé. La perception

d'un état de santé « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » est associée à la mortalité et au développement de maladie à long terme, indépendamment d'autres indicateurs de santé physique ou psychosociaux (Kaplan et Camacho, 1983).

- La déclaration d'au moins une maladie chronique. Cette pathologie chronique aura généralement été dépistée par un médecin (reconnaissance par le système de soins).

- La déclaration de limitation fonctionnelle perturbant les activités que les gens réalisent habituellement depuis au moins six mois du fait d'un problème de santé. Cette dernière dimension évalue l'impact fonctionnel et social d'un problème de santé.

Afin de prendre en compte le « biais de migration » (qui considère que les migrants ont un meilleur état de santé que les populations non migrantes de leur pays d'origine) et l'effet délétère de la migration à long terme (voir introduction), nous avons posé l'hypothèse que l'état de santé doit se détériorer avec la durée de résidence sur le territoire. Nous avons donc isolé, parmi les étrangers en situation irrégulière, ceux qui étaient en Guyane depuis moins de dix ans et ceux qui y étaient depuis plus de dix ans²⁴.

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

Une comparaison des caractéristiques sanitaires entre les cinq profils migratoires est présentée dans le tableau 8. Cependant, ces résultats bruts ne prennent pas en compte la répartition par âge et par sexe entre les profils migratoires. Des modèles de régression logistique ont donc été appliqués. Des explications relatives aux différentes étapes de ces modèles, ainsi que leur interprétation, sont présentées en annexe 4.

Les analyses bivariées, première étape de la modélisation (cf. tableau 9), montrent que les variables significativement associées avec la santé perçue sont : le sexe féminin, l'âge élevé, un niveau d'éducation faible, l'activité (être au foyer ou retraité en comparaison des actifs occupés), les catégories socioprofessionnelles des agriculteurs, ouvriers et employés non fonctionnaires (en comparaison des fonctionnaires, toutes catégories socioprofessionnelles confondues), la perception d'une condition financière insuffisante pour vivre (en comparaison des personnes qui considèrent leur condition financière comme suffisante pour vivre) et le sentiment d'isolement social.

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

Tableau 8. Comparaison des caractéristiques sanitaires et de recours aux soins par profil migratoire

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

²⁴ La majorité des migrants d'origine étrangère naturalisés et des étrangers en situation régulière sont installés en Guyane depuis plus de dix ans et sont donc considérés comme des « migrants anciens ».

Tableau 9. Analyses bivariées des liens entre les trois variables de santé et les déterminants socioéconomiques

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

²⁵ En couple sous le même toit.

Profil migratoire	Français de naissance	Ref	Ref	Ref
	Immigré naturalisé	2,49*	3,17**	2,58*
	Etranger régulier	2,22**	1,63*	1,43
	Etranger irrég. ≥10 ans	2,76*	2,01†	2,14†
	Etranger irrég. <10 ans	1,59	1,92†	0,82

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

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

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

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

NF = non fonctionnaire.

Analyse multivariée des liens entre profil migratoire et santé perçue

Le premier modèle (ajusté sur l'âge et le sexe) montre que les étrangers en situation régulière et les étrangers en situation irrégulière en Guyane depuis plus de dix ans ont des niveaux de santé perçue moins bons que les personnes nées françaises. Après ajustement sur les déterminants socioéconomiques de la santé (modèle 2), on constate que les étrangers en situation irrégulière anciens (≥ 10 ans) déclarent un état de santé plus mauvais que les Français de naissance (*odds ratio*²⁶ OR= 2,15 [1,01-4,56]).

On constate également une tendance globale, chez les autres profils migratoires (immigré naturalisé, étranger en situation régulière et étranger en situation irrégulière récemment installé en Guyane), à une plus mauvaise santé perçue (OR>1) par rapport aux Français de naissance, mais ces associations ne sont pas significatives. En effet, pour ces profils, les conditions socioéconomiques et le sentiment d'isolement social expliquent en partie ces différences.

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

sentiment d'isolement social. A long terme, ce modèle induit sur la santé un effet délétère lié à l'absence de statut juridique sur le territoire guyanais.

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

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

L'ajustement sur les déterminants socioéconomiques (modèle 2) montre tout d'abord que l'on ne retrouve pas certaines associations classiques entre l'état de santé (ici déclaration de maladie chronique) et les déterminants socioéconomiques après ajustement sur les profils migratoires. Le sens des associations entre certains déterminants socioéconomiques et la déclaration de maladies chroniques est même paradoxalement inversé pour cer-

²⁶ Le rapport des côtes (*odds ratio* en anglais, ou OR) est une mesure statistique permettant de quantifier un excès de risque en comparant deux populations dont l'une sert de référence. Lorsque OR = 1, le risque est le même dans les deux populations. Lorsque OR=2, le risque est 2 fois plus élevé dans la population cible que dans la population de référence. Les valeurs entre crochets indiquent l'étendue de l'intervalle de confiance statistique, c'est-à-dire les valeurs entre lesquelles le « vrai » excès de risque est estimé à 95 %. Lorsque l'intervalle de confiance englobe la valeur 1, le résultat est dit « non significatif » et l'on considère qu'il n'y a pas de différence de risque entre les deux populations comparées.

taines variables : un niveau d'éducation de niveau collège/lycée semble « protéger » de la déclaration d'une maladie chronique en comparaison des personnes ayant fait des études supérieures (OR = 0,65 [0,35-1,20], $p = 0,16$) ; de même pour les statuts d'artisan, de commerçant ou de chef d'entreprise (OR = 0,51 [0,13-1,99]) et la catégorie des employés (OR = 0,69 [0,27-4,08]).

Il ne s'agit là que de tendances, car aucune de ces associations n'est significative. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que se déclarer atteint d'une maladie chronique dépend non seulement d'une reconnaissance de la maladie par le système de soins (et donc de l'accès aux soins), mais aussi d'une reconnaissance individuelle, elle-même liée à des facteurs socioculturels (comme les représentations du corps et de la maladie) et au niveau d'éducation.

On retrouve dans ce modèle d'autres associations classiques : l'isolement social perçu est associé à la déclaration de maladie chronique (OR = 2,29 [1,31-4,0]), et les agriculteurs et ouvriers ont une tendance à plus souvent déclarer une maladie chronique que les fonctionnaires (OR = 2,37 [0,61-9,24]).

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

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

Le premier modèle (ajusté uniquement sur l'âge et le sexe) montre que les étrangers en situation irrégulière en Guyane depuis plus de dix ans déclarent plus souvent être limités dans les activités de la vie quotidienne à cause d'un problème de santé que les Français de naissance (OR = 4,10 [1,86-9,01]). Cette association n'est cependant plus signifi-

cative après ajustement sur les déterminants socioéconomiques de la santé. Cela signifie que les conditions socioéconomiques plus défavorables et le sentiment d'isolement social plus important expliquent, au moins en partie, le fait que les étrangers en situation irrégulière installés en Guyane depuis plus de dix ans déclarent plus souvent des limitations fonctionnelles.

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

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

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

Ces résultats sont proches de ceux d'une étude réalisée par l'IRDES sur l'état de santé des populations immigrées en France (Jusot et al., 2008) qui montrait, d'une part, l'existence d'un effet de sélection à la migration, compensé à long terme par un effet délétère expliqué – en partie seulement – par la situation sociale difficile des immigrés. D'autre part, cette étude montrait que les différences d'état de santé mises en évidence par le profil migratoire étaient plus marquées lorsque la santé est appréciée en tant que santé perçue par rapport à la déclaration de maladies chroniques ou de limitations d'activité.

Tableau 10. Analyses multivariées des liens entre les trois variables de santé et les profils migratoires

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

*** : $p < 10^{-3}$ ** : $10^{-3} < p < 0,01$ * : $0,01 < p < 0,05$

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

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

NF : non fonctionnaire.

2.2.9 Analyse des liens entre les variables de recours aux soins et les profils migratoires

Le tableau 11 présente une comparaison brute des variables de recours aux soins (épisodes de renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois, renoncement aux soins pour raisons financières, difficultés pour se soigner, nombre de consultations chez un médecin au cours de l'année écoulée et types de couverture maladie) entre les quatre profils migratoires.

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

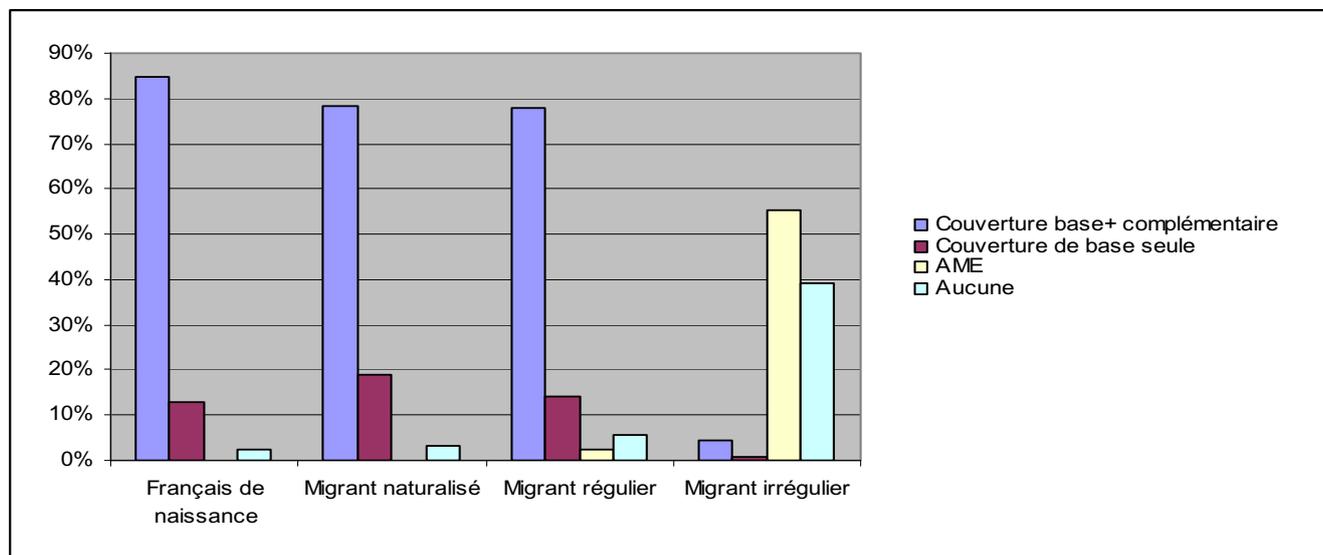
ou le renoncement à des soins primaires.

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

La comparaison des types de couverture maladie (cf. tableau 11 et graphique 16) montre que près de 40 % des personnes en situation irrégulière n'avaient aucune couverture maladie le jour de l'enquête. Cette proportion était de 3,5 % en moyenne pour les autres profils regroupés (Français de naissance, immigré naturalisé ou étranger en situation régulière).

Tableau 11. Comparaison des caractéristiques sanitaires et de recours aux soins par profil migratoire

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

Graphique 16. Types de couverture maladie par profil migratoire²⁷

2.3 Discussion et synthèse

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

Plusieurs limites doivent pourtant être discutées. La première est liée à la méthode d'échantillonnage, qui repose sur le tirage au sort de quartiers, puis d'îlots, puis de logements, puis d'un individu de plus de 18 ans. Dans le contexte cloisonné et communautaire de la Guyane, cette méthodologie peut amener à surreprésenter ou sous-représenter certaines communautés. La comparaison avec les données du recensement général de la population de 2006 (RGP) nous laisse penser que notre échantillon a surreprésenté les migrants d'origine haïtienne à Cayenne, au détriment des migrants d'origine brésilienne. De même, le hasard a fait que les principaux « bidonvilles » de la ville de Cayenne n'ont pas été tirés au sort. Notons cependant que la proportion de logements n'ayant pas accès à l'eau

potable observée dans notre étude, est similaire à celle observée lors du RGP 2006.

Une deuxième limite a trait à la population cible : cette enquête était réalisée auprès de personnes de plus de 18 ans, installées depuis ou pour une durée d'au moins six mois et vivant dans un logement individuel. Elle exclut donc la population vivant en collectivité, la population sans domicile fixe et les migrants de passage. Notre population d'étude ne concerne en outre que les personnes ayant accepté de répondre et celles étant à leur domicile lors d'un des quatre passages de l'enquêteur. Ces biais de sélection et de non-réponse étaient particulièrement prégnants à Saint-Laurent du Maroni parmi la population des hommes jeunes. Ces problèmes de représentativité ont pu être corrigés par un calage statistique sur certains indicateurs de la réparti-

²⁷ Il peut sembler paradoxal que des personnes en situation irrégulière aient déclaré avoir une couverture maladie de droit commun. Il s'agit en fait de personnes dont le titre de séjour n'avait pas été renouvelé, mais qui conservent temporairement leurs droits à une couverture maladie de droit commun. De même, certaines personnes ayant été régularisées récemment ont pu déclarer bénéficier de l'AME.

tion de la population issus du RGP 2006 (âge, sexe, nationalité), mais restent une limite à considérer.

La troisième limite est liée au caractère déclaratif de l'ensemble des données. La mise en confiance par les enquêteurs des personnes interrogées et les retours du terrain nous laissent à penser que ce biais n'était pas majeur. Enfin, précisons que cette étude mesure la migration pour soins, étant entendu que la santé (dans son sens le plus large et telle que définie par l'OMS) fait partie d'un « *mieux être global* » éventuellement recherché par les migrants.

Plusieurs enseignements originaux peuvent être tirés de cette enquête, dont les principaux nous semblent être les suivants :

- la population des immigrés est très présente en Guyane (40 % de la population adulte à Cayenne et près de 58 % à Saint-Laurent du Maroni) ;
- la majorité de cette population est installée en Guyane depuis longtemps (61 % des immigrés adultes résidant à Cayenne et 77% de ceux de Saint-Laurent du Maroni y sont installés depuis plus de dix ans) ;
- une part importante de cette population est en situation irrégulière (près de 21 % des immigrés n'ont pas de papiers à Cayenne et 44 % à Saint-Laurent du Maroni).

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

La comparaison des caractéristiques socioéconomiques par profils migratoires montre des inégalités sociales en

fonction du statut migratoire : quel que soit l'indicateur choisi, on observe des conditions socioéconomiques plus précaires pour les étrangers en situation irrégulière, puis pour les étrangers en situation régulière, puis pour les immigrés naturalisés que pour les Français de naissance.

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

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

3. Santé et migration dans l'Ouest guyanais

3.1 Contexte

3.1.1 L'Ouest guyanais

« Le bassin du Maroni reste, au regard des types de migrations qu'il accueille et de la distribution démo-spatiale, à l'écart des lieux du pouvoir national concentrés sur Cayenne et Kourou » (Piantoni, 2009). « Territoire refuge » à partir du XVIII^e siècle pour les Noirs Marrons du Suriname et, dans une moindre mesure, pour les Amérindiens fuyant la colonie esclavagiste, il devient un « territoire réfractaire à la société littorale ». « Jamais totalement français en raison de dynamiques de peuplement externes à la colonie, mais jamais totalement surinamais puisque construit à l'opposition de la société esclavagiste, le fleuve est un espace marginal aux deux systèmes coloniaux »²⁸.

La guerre civile au Suriname

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

La frontière, les migrations, un problème de définition

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

Le terme de migration s'applique difficilement aux communautés transfrontalières et particulièrement aux Noirs Marrons qui composent la majorité de la population d'origine surinamaïse implantée dans l'espace frontalier du Maroni. Le « semi-nomadisme » et les mobilités sont inscrits dans des stratégies à la fois socioculturelles (liens matrimoniaux et coutumiers) et économiques. Par ailleurs, dans l'estuaire, la notion d'une résidence fixe ne revêt souvent aucun sens pour les communautés de Noirs Marrons. Le terme de « migrations pendulaires » sera employé pour caractériser ces migrations transfrontalières.

Saint-Laurent du Maroni

Cette ville de plus de 33 000 habitants en 2006 est devenue le principal pôle démographique et économique du bassin du Maroni. La croissance démographique est très

²⁸ Les passages entre guillemets sont des citations du même ouvrage.

élevée (+ 8,4 % par an en 2006). Le solde naturel contribue pour moitié à cette croissance, la natalité étant stimulée par une population jeune et un taux de fécondité important.

Cette croissance démographique soulève des défis majeurs : déficit de logements, quartiers insalubres, déficit d'infrastructures scolaires et sanitaires, marché du travail cloisonné, absence d'un secteur productif, délinquance urbaine, repli communautaire, etc. (CRPV Guyane 2007-2009). Tous les indicateurs socioéconomiques indiquent des niveaux de précarité plus élevés dans l'Ouest guyanais que dans le reste du pays (cf. tableau 1 en introduction).

La question des papiers est une question centrale, car elle a de multiples conséquences : droit au travail, à un logement, à la libre circulation, à une protection sociale. L'enquête en population générale a montré qu'un adulte sur quatre résidant à Saint-Laurent du Maroni est en situation irrégulière. « *L'application stricte du droit français et de ses conditions de naturalisation ou de résidence produit de l'exclusion et pousse une partie non négligeable de la population à vivre dans la clandestinité. Elle engendre par ailleurs une fragmentation de l'espace social selon la situation administrative individuelle ou selon le statut du groupe d'appartenance* » (Parris, 2007).

3.1.2 Centre hospitalier de l'Ouest guyanais (CHOG)

Le CHOG représente l'unique offre sanitaire de l'Ouest guyanais et de la zone frontalière. La population du bassin d'attraction (tant française que surinamaïse) a été estimée à 70 000 personnes (Terzan, 2007). Sa capacité globale, de près de 150 lits, inclut une offre à la fois MCO (médecine-chirurgie-obstétrique), long séjour et maison de retraite. Un accent particulier est mis sur la prise en charge de la mère et de l'enfant. L'activité de cet établissement généraliste présente de nombreux particularismes : une situation en bordure du fleuve, un isolement géographique (Kourou et Cayenne sont respectivement à 200 et 260 km), un contexte multiculturel et multilinguistique, des situations sociales complexes et plus de 2 200 naissances par an, un chiffre en augmentation constante.

Si l'hôpital bénéficie actuellement d'une situation financière confortable – en raison d'un régime budgétaire transitoire et avantageux pour l'établissement²⁹ – la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A) au 1^{er} janvier 2010 inquiète ses services financiers. En 2008, 58 % des entrées, tous services confondus, étaient le fait de patients de nationalité étrangère, dont 43 % de Surinamais. Ces proportions de patients étrangers étaient respectivement de 66 % et 55 % pour le service de gynécologie-obstétrique. Plus d'un quart des journées d'hospitalisation (26,3 %), tous services confondus, dépendaient de l'enveloppe budgétaire des soins urgents et, pour 17,3 %, les frais sont restés impayés.

3.1.3 Suriname

Situation générale (CEDR, 2008)

Ancienne colonie hollandaise, la République du Suriname obtient son indépendance en 1975. Après plusieurs coups d'État (à partir de 1980) et six ans de guerre civile, elle est actuellement gouvernée par une démocratie parlementaire.

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

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

²⁹ Présentation du CHOG, direction des finances du CHOG, mars 2009.

Assurance maladie

Les principaux modes de financement des dépenses de santé sont les suivants (PAHO, 2002) :

- une caisse nationale d'assurance maladie (SZF pour *Staatsziekenfonds*) qui propose un ensemble de prestations à 35 % de la population (fonctionnaires et personnes à leur charge) ;
- le ministère des Affaires sociales, qui offre des services de soins de santé primaires et secondaires aux personnes pauvres ou quasi-pauvres – soit environ 42 % de la population –, par l'intermédiaire des Services de santé régionale (RGD pour *Regionale Gezondheidsdienst*) dans les huit districts du littoral et de la Mission médicale (MZ pour *Medische Zending*) dans les deux districts de l'intérieur ;

- les régimes d'assurance privés des entreprises et les régimes d'assurance maladie privés pour environ 20 % de la population.

Organisation des soins sur le littoral

Il existe cinq hôpitaux dans le pays, quatre à Paramaribo et un à Nickerie, tous concentrés sur le littoral : trois hôpitaux sont publics (S'Lands, Academic et Nickerie) et deux privés et confessionnels (St Vincentius, catholique, et Diakonessenhuis, protestant). Le RGD assure le fonctionnement de 45 dispensaires dans l'ensemble des huit districts côtiers.

L'accès aux soins est possible au Suriname pour la plupart des pathologies. C'est dans l'aspect qualitatif de la prise en charge que résident les différences avec le système de soin en Guyane (Terzan, 2007).

Carte 4. Organisation des districts de santé au Suriname et emplacement des structures de santé dans le bassin du Maroni



Source : Aldighieri et al. (2000).

Organisation et financement des soins dans « l'intérieur »

Dans les deux districts de l'intérieur, les soins primaires sont assurés, *via* un réseau de 56 centres de santé³⁰, par des « travailleurs de santé » (qui ne sont ni médecins ni infirmiers, mais qui ont reçu une formation pratique, parlent les langues locales et vivent en permanence sur les lieux). Des médecins de santé publique régionaux sont consultés uniquement pour les cas difficiles (cinq médecins étaient en poste en 2005 sur l'ensemble de ce territoire). Les patients qui nécessitent une hospitalisation ou des soins spécialisés sont transportés vers Paramaribo et l'hôpital Diakonnessen. Le nombre de personnes couvertes par le système MZ est de 62 000, dont plus de 16 000 à l'Est (le long du Maroni).

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

Le centre de santé d'Albina

Avant la guerre civile, les Saint-Laurentins allaient généralement se faire soigner à Albina ou à Paramaribo plutôt que dans le vétuste hôpital du bagne, les infrastructures sanitaires étant plus modernes et la médecine hollandaise ayant alors une bonne réputation. Après la guerre civile, la ville d'Albina ayant été bombardée et l'hôpital détruit, le système de soins s'est effondré.

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

d'une pharmacie. Vingt et une personnes travaillent dans ce centre de santé : deux médecins³¹, cinq infirmières, un technicien de laboratoire, trois personnes chargées de la pharmacie et d'autres personnels (jardinier, femme de ménage, chauffeur, etc.).

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

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

En ce qui concerne les soins prénataux, les consultations et les analyses biologiques peuvent être réalisées à Albina, mais les patientes doivent se rendre à Paramaribo pour les échographies. Les grossesses à risque sont suivies à Paramaribo. Les accouchements ont lieu dans le vétuste bâtiment laissé à l'abandon. Il n'y a pas de sages-femmes et les femmes sont renvoyées à domicile quelques heures après l'accouchement. Le nombre d'accouchements réalisés à Albina est faible et en diminution (19 ont été recensés en 2008).

³⁰ D'après un entretien réalisé auprès de la coordinatrice de la promotion de la santé de MZ.

³¹ Un médecin y travaille à plein temps depuis huit ans, une jeune femme médecin y travaillait aussi pour une durée d'un an, lors de notre enquête, mais elle n'était pas sûre que quelqu'un la remplacerait à son départ, aucun médecin ne souhaitant s'installer à Albina.

3.1.4 Problématique et objectifs des enquêtes au CHOG

De plus en plus, les migrants étrangers sont perçus comme un fardeau pour l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni. L'attention se focalise surtout sur le coût élevé que représentent les soins médicaux dispensés aux patients en situation irrégulière et/ou dépourvus de couverture maladie. D'autre part, nombreux sont ceux qui pensent qu'un grand nombre de clandestins traversent le Maroni spécialement pour obtenir des soins médicaux à Saint-Laurent et que beaucoup de femmes franchissent le fleuve pour accoucher à la maternité du CHOG.

L'importance de la demande de soins au CHOG de la part de migrants installés en Guyane depuis de nombreuses années ou de ces migrants pendulaires, dont la plupart seraient pour de courte durée sur le territoire Guyanais, n'est pas connue. Par ailleurs, les raisons qui inciteraient ces migrants pendulaires à recourir au système de soins français ne sont pas clairement établies. Des motifs liés à l'offre de soin pourraient en constituer le moteur, soit que le système français est jugé plus performant, soit qu'il s'agisse de recours spécialisés qui ne peuvent être pris en charge dans le pays d'origine.

Des raisons économiques et sociales pourraient aussi sous-tendre ces recours aux soins : la gratuité (relative) des soins, et surtout la naissance d'un enfant sur le territoire français, pourraient être un moyen détourné de prendre pied dans le système de prise en charge socio-sanitaire français, permettant par la suite de bénéficier d'une couverture sociale, de la scolarisation de l'enfant, des minima sociaux, etc. Cette idée est à tel point répandue dans les esprits – tant dans la population que chez les élus – qu'elle en devient une banalité communément admise et rarement remise en cause.

Rappelons que les allocations familiales (et les minima sociaux) ne peuvent être attribués qu'aux personnes de nationalité française ou étrangère en situation régulière qui résident de manière stable sur le territoire français. Rappelons aussi que la nationalité française n'est pas un droit et que les conditions requises pour l'obtenir ont été

considérablement durcies depuis 1993. Contrairement à ce qui est souvent énoncé, le droit français de la nationalité n'est pas un strict « *droit du sol* » : le régime en vigueur comporte en effet des éléments tenant tant à la naissance ou la présence sur le territoire français qu'à la filiation. La nationalité française ne peut être accordée à un étranger majeur né en France de parents étrangers qu'à la condition qu'à cette date, il ait en France sa résidence effective et qu'il y ait eu sa résidence habituelle pendant une période continue ou discontinue d'au moins cinq ans depuis l'âge de onze ans (article 19-1 du Code civil)³².

Les objectifs de ces enquêtes étaient doubles. Il s'agissait, d'une part, de caractériser les patients qui ont recours au CHOG, et notamment à ses deux services ayant la plus forte activité (maternité et urgence) et d'estimer le pourcentage des patients résidant au Suriname ; d'autre part, de comprendre les raisons du recours à ces services et identifier leurs déterminants sanitaires, sociaux et/ou économiques.

Plusieurs enquêtes ont été menées :

- une enquête quantitative (par questionnaire) auprès d'un échantillon représentatif de patients consultant le service des urgences du CHOG ;
- deux enquêtes à la maternité du CHOG : une qualitative (entretiens sociologiques) auprès de femmes d'origine surinamaïse suivies au CHOG dans le cadre de leur grossesse et une quantitative (par questionnaire) auprès d'un échantillon représentatif de femmes ayant accouché à la maternité ;
- une enquête qualitative (par entretiens) au Centre de santé d'Albina, auprès de femmes enceintes consultant dans le cadre du suivi de leur grossesse.

³² De même, l'enfant mineur né en France de parents étrangers peut demander la nationalité française par déclaration à partir de l'âge de 16 ans si, à la date de cette déclaration, il réside en France et y a eu sa résidence habituelle pendant une période continue ou discontinue d'au moins cinq ans, depuis l'âge de 11 ans. Enfin, la nationalité française peut être demandée, au nom de l'enfant mineur né en France de parents étrangers, à partir de l'âge de 13 ans et avec son consentement personnel, s'il y a eu sa résidence habituelle pendant cinq ans, à partir de l'âge de 8 ans.

Enfin, la dernière partie du rapport cherche à appréhender et quantifier les mobilités de part et d'autre du fleuve et le recours aux soins au Suriname (fréquence et motifs), à tra-

vers les différentes enquêtes et entretiens réalisés à Saint-Laurent du Maroni et à Albina.

3.2 Enquête dans le service des urgences du CHOG

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés au service des urgences pour deux raisons : il s'agit d'un des services ayant la plus forte activité (environ 15 000 passages en 2008) et c'est souvent la « porte d'entrée » vers les autres services hospitaliers. Les statistiques hospitalières disposent de peu d'informations concernant le profil des patients qui consultent aux urgences. Un système d'information informatisé existe, mais il n'est pas exploitable en l'état. Par ailleurs, il n'y a pas d'agent administratif chargé de l'accueil aux urgences. Il incombe donc aux infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO) de recueillir l'identité et le statut de couverture maladie des patients. Les dossiers sont souvent incomplets et mal renseignés.

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

3.2.1 Objectifs

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

Les objectifs secondaires étaient d'analyser les raisons du recours à ce service, notamment pour ceux déclarant résider au Suriname, et de comparer les caractéristiques sanitaires, notamment le taux d'hospitalisation en fonction des profils migratoires.

3.2.2 Méthodologie

L'enquête réalisée était une étude observationnelle transversale, anonyme, par questionnaires, conduite auprès d'un échantillon aléatoire de patients consultant le service des urgences du CHOG. Elle s'est déroulée sur deux périodes de 15 jours, hors vacances scolaires : du 2 au 15 février 2009 et du 2 au 15 mars 2009.

La population cible était constituée des patients se présentant aux urgences du CHOG pour une consultation médicale. Afin de garantir la représentativité de l'échantillon et de tenir compte des variations de fréquentation selon l'heure et/ou les jours de la semaine, un tirage au sort de tranches horaires a été réalisé, proportionnellement au volume moyen de consultations enregistrées pour chacune d'elles.

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

Le nombre de patients à interviewer était compris entre 200 et 300. A partir de cet objectif et avec une estimation d'un taux de réponse de 75 %, 25 tranches horaires ont été tirées au sort pendant la période d'étude (celle-ci correspondait à 112 tranches horaires). Tous les patients se présentant aux urgences sur les horaires sélectionnés étaient éligibles.

L'enquête de terrain était réalisée par deux enquêteurs formés, dont un polyglotte. A l'arrivée du patient, un premier enquêteur l'informait des objectifs et de l'anonymat de l'étude et recueillait son consentement oral. Il recueillait aussi

certaines informations sociales et médicales en collaboration avec l'Infirmier d'accueil et d'orientation. Le second enquêteur interviewait ensuite le patient, soit avant, soit après la consultation. Enfin, une fiche médicale était insérée dans le dossier médical afin d'être complétée par le médecin prenant en charge le patient. Le temps passé à renseigner le questionnaire était d'environ 15 minutes.

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

Le questionnaire « adulte » comprenait les informations suivantes :

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

La fiche médicale comprenait les informations suivantes :

- degré d'urgence (classification CCMU³³) ;
- motif médical de la consultation ;
- devenir du patient (hospitalisation ou retour à domicile).

3.2.3 Résultats

Lors des tranches horaires tirées au sort, 355 patients se sont présentés aux urgences du CHOG pour une consultation médicale. Parmi eux, 31 ont été classés hors cible

(patientes arrivées pour accoucher ou patients directement adressés à un médecin généraliste, patients venus plusieurs fois pendant la période d'enquête, enfants d'une même fratrie consultant simultanément³⁴) ; 38 ont refusé d'être interviewés ou étaient dans l'impossibilité de le faire, soit un taux de participation à l'enquête de 88 % (cf. tableau 12).

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

Tableau 12. Participation aux enquêtes, urgences du CHOG

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

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

L'échantillon était composé de 177 patients de plus de 16 ans (soit 61,9 % de l'échantillon) et de 109 enfants de moins de 16 ans. Le sexe ratio était inverse entre les adultes et les enfants, puisque l'échantillon était composé de 56,5 % de femmes chez les plus de 16 ans et de 43,5 % de filles parmi les moins de 16 ans. L'âge médian était de 32 ans chez les adultes et de 4 ans chez les enfants. La part des nourrissons (moins de 2 ans) était importante puisqu'ils représentaient plus du tiers (36,7 %) des moins de 16 ans.

³³ La Classification clinique des malades aux urgences (CCMU) est une codification évaluant l'état du patient aux urgences, son niveau de gravité clinique, ainsi que son pronostic médical. Cette évaluation est déterminée à la fin de l'entretien et de l'examen clinique par le médecin des urgences. Elle comprend cinq degrés d'urgence (voir annexe 5).

³⁴ Dans ce dernier cas, l'un des membres de la fratrie était tiré au sort, les autres étant considérés comme hors cible.

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

Tableau 13. Caractéristiques démographiques et lieu de résidence principal des patients, urgences du CHOG, Saint Laurent du Maroni, mars-avril 2009

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

* Métropole

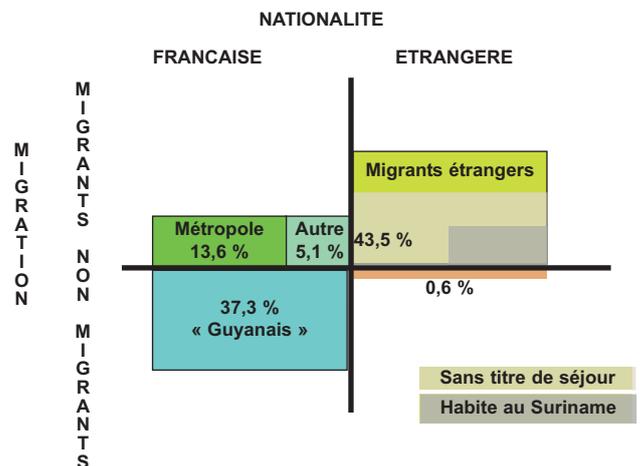
Lieu de naissance, nationalité et statut de résidence

Parmi les adultes, plus de la moitié (51,4 %) est née sur le territoire français (dont 37,8 % en Guyane), plus du quart au Suriname (27,7) et un cinquième dans un autre pays (20,9 %) : Brésil (n = 15), Haïti (n = 7), Guyane (n = 6), République dominicaine (n = 3), Sainte-Lucie (n = 2), Maroc (n = 1), Chine (n = 1), Italie (n = 1), Laos (n = 1). Parmi les enfants, 94,5 % sont nés sur le territoire français (dont 90,8 % en Guyane) et six au Suriname.

L'analyse de la composition de l'échantillon en fonction de la nationalité et du lieu de naissance permet de distinguer quatre sous-groupes pour les adultes (cf. graphique 17) :

- les Français non migrants qui représentent les « Guyanais » (37,3 %) ;
- les Français migrants (18,7 %) nés en métropole (13,6 %) ou d'origine étrangère ayant acquis la nationalité française (5,1 %) ;
- les patients de nationalité étrangère (43,5 %), dont près de deux sur trois étaient en situation irrégulière (62,3 %) ;
- une personne a déclaré être née en Guyane mais ne pas avoir de nationalité (0,6 %).

Graphique 17. Profil migratoire des patients adultes, urgences du CHOG



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

Pour les enfants, près de la moitié avaient au moins un parent de nationalité française et 9,4 % avaient leur deux parents en situation irrégulière (cf. tableau 14).

Recours aux soins avant la consultation aux urgences

Près de 68 % des adultes et 87,5% des enfants étaient suivis régulièrement par un médecin. Plus du tiers de l'échantillon avait consulté un médecin avant de venir aux urgences. Il s'agissait de la première consultation aux urgences (depuis les 12 derniers mois) pour 40,5 % des adultes et 44 % des enfants. Un peu plus de 20 % des répondants ont eu au moins trois recours à ce service au cours de l'année écoulée (cf. tableau 15).

Tableau 14. Nationalité et statut de résidence des patients, urgences du CHOG

	N	%
Adultes		
Nationalité française	99	55,9
Étranger en situation régulière	29	16,4
Étranger en situation irrégulière	49	27,7
Enfants		
Au moins un parent de nationalité française	52	48,6
Deux parents étrangers dont au moins un en situation régulière	45	42,1
Deux parents en situation irrégulière	10	9,4

Tableau 15. Recours au soin avant la consultation aux urgences du CHOG

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

* Couverture maladie universelle complémentaire

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

Couverture maladie

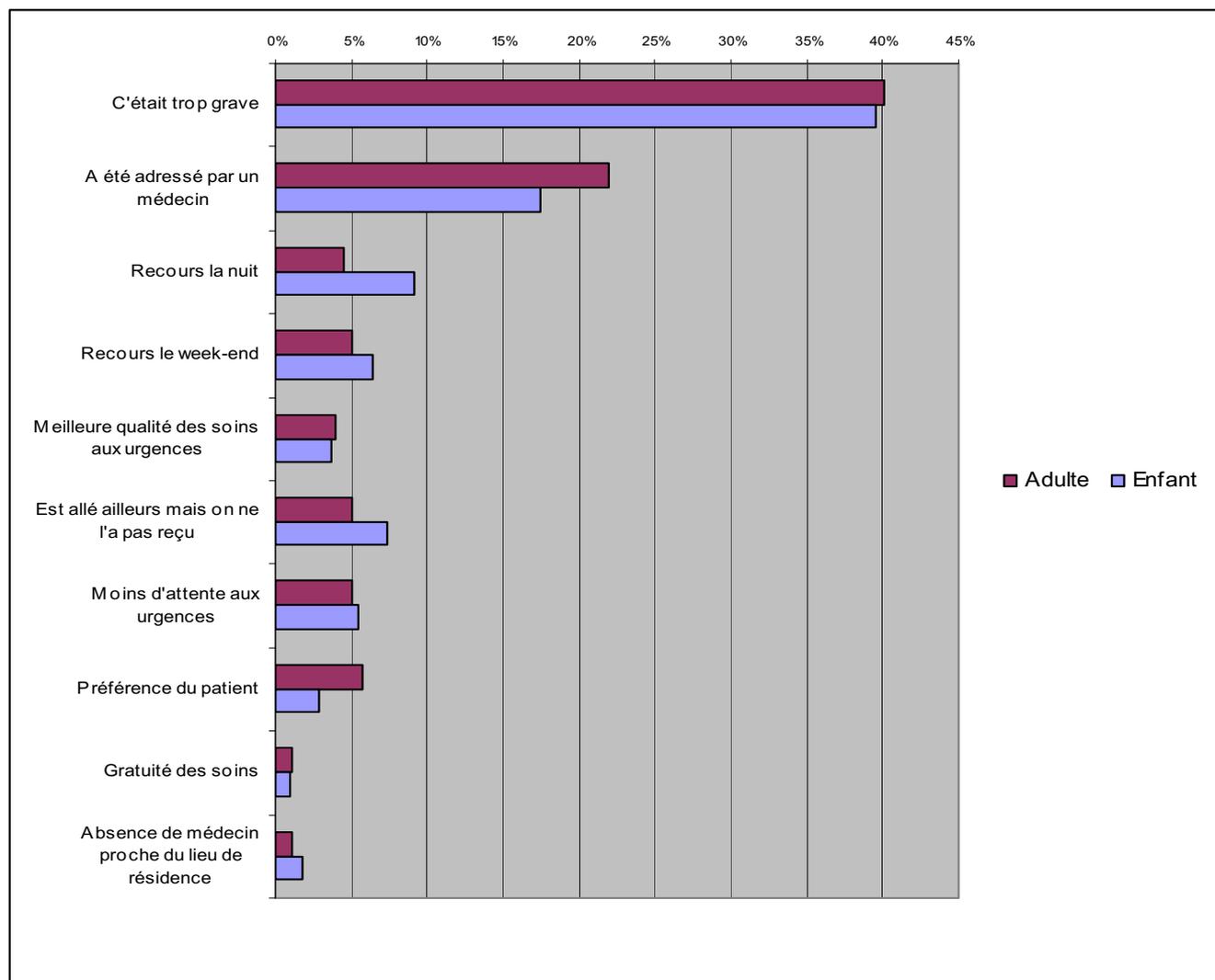
Au total, un quart des patients n'avaient aucune couverture maladie (28,2 % des adultes et 21,3 % des enfants). Près de 60 % avaient une couverture de droit commun de base et complémentaire (CMUc ou mutuelle) et 6 % étaient couverts

par l'AME. Enfin 9,2 % n'avaient qu'une couverture de base sans couverture complémentaire. Parmi l'ensemble des personnes ayant déclaré avoir une couverture maladie (de droit commun ou AME), 78 % ont présenté un justificatif à l'IAO lors de leur arrivée (carte vitale ou attestation papier).

Motif du recours aux urgences

Le principal motif de recours au service des urgences évoqué par les patients était la gravité de leur état (40 % des patients), puis le fait d'avoir été adressé par un médecin (19,9 %), le moment du besoin de soin (la nuit pour 6,3 % de l'échantillon ou le week-end pour 5,6 %), la qualité des soins (3,9 %), le fait d'être allé ailleurs sans avoir été reçu

Graphique 18. Motif du recours aux urgences du CHOG



(5,9 %), le fait qu'il y ait moins d'attente aux urgences (5,2 %), la qualité des soins aux urgences (3,9 %) ou des préférences pour les soins pourvus à l'hôpital (4,6 %), l'absence de médecin sur le lieu de résidence du patient (1,4 %) ou la gratuité des soins (1 %) (cf. graphique 18).

Parmi les sept adultes résidant à Albina, quatre ont déclaré avoir été adressé par un médecin³⁵, deux ont déclaré venir pour la qualité des soins et un parce que les soins y sont gratuits. Le patient résidant à Paramaribo a évoqué la gravité de son état et la mauvaise qualité des soins au Suriname. Enfin, parmi les deux patients résidant sur le fleuve, l'un a évoqué une raison que l'on peu qualifier de fortuite (elle est venue en visite chez sa fille qui habite à Saint-Laurent) et l'autre a évoqué la qualité de soins. Parmi les enfants, celui qui réside à Albina a été adressé par un médecin et, pour celui qui réside à Moengo, son parent répondant au questionnaire a évoqué la gravité de son état. Le faible nombre de patients résidant au Suriname ne permet pas de réaliser des comparaisons avec les personnes résidant en Guyane.

Caractéristiques médicales

Une consultation sur cinq était une consultation simple ne réclamant pas l'utilisation du plateau technique aux urgences (CCMU 1). Les urgences graves (CCMU 4 et 5) représentaient moins de 3 % des consultations³⁶. Les motifs médicaux de consultation renseignés par le médecin prenant en charge le patient montrent la prédominance de trois motifs : les pathologies infectieuses (34 % des enfants et 20,3 % des adultes), les pathologies médicales autres (32,2 % des adultes et 31,2 % des enfants) et les accidents/traumatismes (18,6 % des adultes et 22,9 % des enfants) (cf. tableau 16).

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

Tableau 16. Description des caractéristiques médicales des patients, urgences du CHOG

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

³⁵ Probablement le médecin d'Albina, mais cela n'était pas précisé dans le questionnaire.

³⁶ La classification CCMU est présentée en annexe 5.

initiale de leur état avait jugé qu'ils ne requerraient pas de consultation dans le service³⁷. Par ailleurs, le devenir des patients non inclus (soit hors cible, soit dans l'impossibilité de répondre) pourrait aussi expliquer cette différence.

Adultes « sans papiers », Français ou de nationalité étrangère en situation régulière

La comparaison des caractéristiques sociodémographiques et sanitaires entre les patients de plus de 16 ans en situation irrégulière et ceux de nationalité française ou de nationalité étrangère en situation régulière (cf. tableau 17) ne montre pas de différence d'âge ou de sexe ratio, ni de différence de statut d'occupation³⁸. En revanche, on observe chez les personnes en situation irrégulière plus de personnes ne résidant pas à Saint-Laurent du Maroni, des niveaux d'éducation plus faibles et une proportion plus élevée de personnes ne parlant pas le français (76,6 % contre 13,3 %).

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

Concernant les variables médicales, la classification CCMU montre des niveaux de gravité initiale supérieurs pour les sans-papiers. Le risque d'hospitalisation est plus de trois fois supérieur pour les sans-papiers par rapport aux patients de nationalité française ou de nationalité étrangère en situation régulière (OR = 3,18 [1,34-7,51]). Concernant les motifs de consultation, seules les pathologies liées à la grossesse sont plus fréquentes pour les sans-papiers (pour les autres motifs, il n'y a pas de différence significative). Les motifs chirurgicaux semblent plus fréquents pour les sans-papiers, mais de façon non significative.

Des modèles de régression logistique³⁹ ont ensuite été conduits afin d'étudier les facteurs qui pourraient expliquer

la différence du taux d'hospitalisation observée entre le groupe des sans-papiers et celui des patients de nationalité française ou étrangère en situation régulière.

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

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

Les analyses multivariées portent sur 165 adultes (douze questionnaires présentant des valeurs manquantes pour les variables d'intérêt ont été supprimés, soit 6,8 % des questionnaires). Ces analyses sont présentées dans les tableaux 18 et 19. On remarque, dans le premier modèle (tableau 18), qu'en prenant en compte l'effet de l'âge et du sexe, les sans-papiers ont 3,96 fois (IC = [1,56-10,05]) plus de risque d'être hospitalisés que les patients étrangers en situation régulière

³⁷ Si ces patients avaient consulté aux urgences, le taux d'hospitalisation aurait été de 14,7 %.

³⁸ Le statut d'occupation a été regroupé pour créer une variable à deux modalités : les actifs occupés (ayant une activité déclarée ou non déclarée) et les chômeurs et inactifs (étudiants, au foyer, retraité ou autre inactif).

³⁹ Ces modèles sont expliqués en annexe 3.

Tableau 17. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et sanitaires entre les adultes sans papiers et les adultes de nationalité française ou de nationalité étrangère en situation régulière, urgences du CHOG, Saint Laurent du Maroni, mars-avril 2009

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

ou français. Cette différence semble liée, par ordre d'importance, au défaut de couverture maladie, à la non-maîtrise du français, à une résidence hors Saint-Laurent du Maroni, à des niveaux de gravité plus élevés et, dans une moindre mesure, à l'absence de suivi régulier chez un médecin.

Dans le tableau 19, on remarque qu'à âge, sexe et niveau de gravité égaux, les sans-papiers ont toujours un risque plus

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

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

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

L'absence de couverture maladie peut influencer à deux niveaux : en amont de la consultation et sur la pratique des soins. Dans le premier cas, l'absence de couverture maladie limite l'accès à des soins primaires et préventifs qui pourraient éventuellement éviter une hospitalisation. Dans le second, les prises en charge pour les patients sans couverture maladie ne pourront bien souvent se faire qu'à l'hôpital, et l'hospitalisation peut être la garantie d'une prise en charge adéquate. Ainsi, aux critères médicaux, se rajoutent des critères sociaux. La maîtrise du français semble jouer un rôle important, probablement en tant que barrière linguistique limitant une prise en charge médicale effective lors du passage aux urgences. L'absence d'interprète est en effet une carence réelle dans ce service. Les médecins qui ne maîtrisent pas les langues locales (ce qui est relativement fréquent dans ce service où le *turnover* est important) ont un recours ponctuel au personnel polyglotte du service, éventuellement disponible et présent lors d'un besoin de traduction. Il n'est pas rare que personne ne soit disponible ou présent pour traduire.

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

Tableau 19. Modèles de régression logistique multivariés étudiant le lien entre le risque d'hospitalisation, le statut des patients et les variables de recours aux soins, après ajustement sur l'âge, le sexe et le niveau de gravité

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

*** : $p < 10^{-3}$; ** : $10^{-3} < p < 0,01$; * : $0,01 < p < 0,05$; † : $0,05 < p < 0,1$

Enfants, en fonction du statut de leurs parents

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

Le tableau 20 montre des différences entre ces deux groupes. En comparaison des enfants dont au moins un des parents qui les élèvent est en situation régulière ou français, les enfants dont le(s) parent(s) est (sont) en situation irrégulière sont plus souvent de sexe féminin (69,2 % contre 40 %), résident moins souvent à Saint-Laurent du Maroni (53,9 % contre 87,9 %), ont plus souvent des symptômes qui évoluent depuis plus d'une semaine (30,8 % contre 5,8 %), ont plus souvent un

défaut de couverture maladie (53,9 % contre 15,6 %), consultent plus souvent pour des pathologies infectieuses (53,9 % contre 29,7 %). Enfin le taux d'hospitalisation est supérieur pour le groupe des enfants dont le(s) parent(s) est (sont) en situation irrégulière, bien que cette différence ne soit pas significative (OR brut = 2,57 [0,68-9,72], $p = 0,15$).

Des analyses multivariées ont été conduites, similaires à celles réalisées pour l'échantillon des adultes. Elles portent sur 88 enfants (les questionnaires avec des valeurs manquantes pour les variables d'intérêt ont été supprimés, soit 21 questionnaires). A âge et sexe égal, les enfants dont le(s) parent(s) est (sont) en situation irrégulière ont un risque d'hospitalisation supérieur aux enfants dont au moins un parent est en situation régulière ou de nationalité française (OR = 3,46 [0,79-15,1], $p = 0,010$). Cette différence est principalement expliquée par le lieu de résidence, puis par l'absence de couverture maladie (cf. tableau 21).

Cette différence observée, à la limite de la significativité, laisse supposer que si l'étude avait davantage de puissance, on observerait probablement une différence du taux

d'hospitalisation entre les deux groupes. Ce résultat, bien que limité du fait des faibles effectifs et d'un nombre important de valeurs manquantes, interpelle sur l'état de santé et les prises en charge en amont de ces enfants.

3.2.4 Synthèse

Cette étude présente un certain nombre de points forts : une méthode d'échantillonnage qui assure la représentativité de l'échantillon final, un taux de participation élevé, un recueil de données dans la langue des patients, la collaboration avec l'Infirmier d'accueil et d'orientation pour le recueil du statut des patients (couverture maladie et lieu de

naissance) et la collaboration des médecins du service pour le recueil des données médicales. La principale faiblesse est que les autres informations sont déclaratives, notamment les lieux de résidence et le statut de résidence sur le territoire.

Cette étude a montré que la part des patients qui déclarent résider au Suriname est faible : 4,5 % de ceux qui ont consulté aux urgences. On peut supposer que la résidence au Suriname est sous-déclarée, mais cela nous semble loin d'un « afflux » de patients traversant le Maroni à la recherche de soins à Saint-Laurent. En outre, la comparaison de la population des adultes consultant aux urgences à

Tableau 20. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et sanitaires entre les enfants dont le(s) parent(s) est (sont) en situation irrégulière et les enfants dont au moins un parent est de nationalité française ou en situation régulière

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

⁴⁰ Les autres motifs ne sont pas significativement différents entre les deux groupes et ne sont donc pas indiqués dans ce tableau.

Tableau 21. Modèles de régression logistique multivariés étudiant le lien entre le risque d'hospitalisation, le statut des enfants et les variables de recours aux soins, après ajustement sur l'âge et le sexe

		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5
Sexe	- Garçon	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	- Fille	0,73	1,0	0,77	0,63	0,93
Age	- 0-2 ans	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	- 2-6 ans	0,47	0,36	0,41	0,45	0,54
	- 6-16 ans	0,89	0,56	0,84	0,77	1,04
Lieu de résidence	- Saint-Laurent du Maroni	Ref				
	- Autre ville de Guyane ou du Suriname	7,56**				
Suivi régulier par un médecin	- Oui	Ref				
	- Non	5,09*				
Couverture maladie	- Droit commun ou AME	Ref				
	- Aucune	3,84				
Degré d'urgence (CCMU)	- 1	Ref				
	- 2	>103 ***				
	- 3 ou 4	>103 ***				
Statut des parents	- Français ou étranger en situation régulière	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	- Étranger en situation irrégulière	3,45†	1,22	2,58	2,08	2,51

celle des habitants de plus de 18 ans résidant à Saint-Laurent du Maroni ne va pas dans le sens d'un afflux de personnes en situation irrégulière, mais montre au contraire une proportion plus importante d'adultes de nationalité française qui consultent aux urgences. Un quart des patients n'avait aucune couverture maladie (28,2 % des adultes et 21,3 % des enfants).

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

Ainsi, si l'on retrouve un nombre important de personnes en situation irrégulière dans les autres services du CHOG

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

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

4. Enquête à la maternité du CHOG

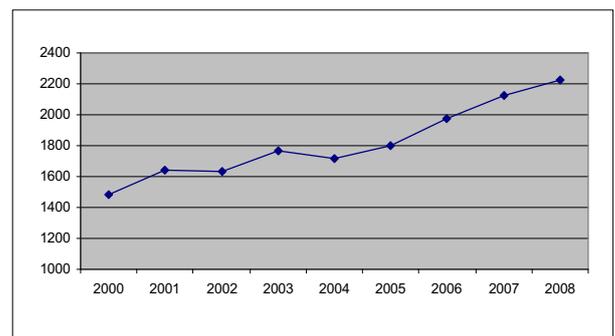
La pression démographique, résultante des flux migratoires et d'un taux de natalité élevé, pose des difficultés dans le service de la maternité du CHOG. En 2008, plus de 2 200 naissances ont été enregistrées (+ 4,4 % par rapport à 2007) et cette augmentation est constante (cf. graphique 19). En 2005, le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) périnatalité 2006-2010 estimait déjà qu'en 2010, le nombre d'accouchements annuel atteindrait 2 100 à 2 400 accouchements par an.

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

Les soignants font état d'une proportion importante de grossesses non ou mal suivies et d'un taux de grossesses pathologiques exceptionnellement élevé⁴¹. Par ailleurs, on observe en 2008 une augmentation du taux de mortalité périnatal, alors qu'il était en diminution progressive depuis une vingtaine d'années (15,3 ‰ de mortalité périnatale globale⁴² en 2008 contre 11,7 ‰ en 2007).

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

Graphique 19. Nombre de naissances à la maternité du CHOG, 2000-2008



Source : Département d'information médicale, CHOG.

Selon Marie-Josée Jolivet, anthropologue, et Diane Vernon, anthropologue et médiatrice culturelle à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, « on entend souvent dire que l'accès aux allocations familiales allouées aux parents d'un enfant né sur le territoire guyanais pousse beaucoup de femmes marronnes à traverser le Maroni pour venir accoucher à Saint-Laurent du Maroni. Sans vouloir nier l'attrait forcément exercé par cette possible manne auprès de gens dénués de ressources nécessaires à la vie dans un monde occidentalisé, cette situation est infiniment plus complexe que ne le laisse supposer ce genre de raccourci » (Jolivet et Vernon, 2007).

⁴¹ Selon le rapport d'activité 2008 du Service de gynécologie-obstétrique du CHOG.

⁴² >22 semaines d'aménorrhée ou >500g à sept jours de vie, hors interruption médicale de grossesse.

4.1 Objectifs

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

statut de couverture maladie. L'objectif secondaire était de comprendre les raisons du recours à la maternité en regard des enjeux sanitaires et sociaux, notamment pour les patientes résidant au Suriname. Cette étude était constituée d'un volet qualitatif puis quantitatif par questionnaire.

4.2 Méthodologie

4.2.1 Méthodologie de l'enquête qualitative

L'enquête qualitative a été réalisée du 12 au 19 janvier 2009 sous la forme d'entretiens semi-directifs par le Dr Estelle Carde, chef de service de la maternité, accompagnée d'une interprète, auprès de 22 femmes enceintes. Ces entretiens étaient structurés en deux parties : parcours biographique (itinéraire migratoire, histoire familiale, situation socioéconomique) et parcours de soins (de santé en général, pas uniquement par rapport à la maternité). Le parcours de soins concernait les soins biomédicaux (offerts dans le pays d'origine et à Saint-Laurent) et les soins « traditionnels ». Il s'agissait d'interroger les représentations (avantages, désavantages, connaissances, attentes, etc.) et les pratiques (parcours de soins effectif, difficultés rencontrées).

L'analyse s'est attachée à contextualiser la venue à la maternité de Saint-Laurent au regard des enjeux sociaux (itinéraire migratoire, histoire familiale, conditions actuelles de vie) et des enjeux sanitaires (besoins que perçoit la patiente, attentes qu'elle formule à l'égard de ce service d'obstétrique). L'analyse de cette enquête a fait l'objet d'un pré-rapport dont certains éléments sont ici repris afin d'illustrer les résultats de l'enquête quantitative.

4.2.2 Méthodologie de l'enquête quantitative

L'enquête quantitative réalisée était une étude observationnelle transversale et anonyme, conduite auprès d'un échantillon de femmes accouchant à la maternité du CHOG. Les patientes étaient interrogées en *post-partum*. Toutes les femmes accouchant à la maternité du CHOG

pendant la période d'étude étaient éligibles. La taille de l'échantillon avait été estimée entre 200 et 300 femmes.

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

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

Les questions posées aux patientes portaient sur les points suivants :

- caractéristiques démographiques (âge, situation familiale, nationalité, lieu de naissance) ;
- caractéristiques sociales (langues parlées, niveau d'étude, profession et revenus) ;
- histoire migratoire (lieux de résidence principale, deuxième, voire troisième lieu de résidence, lieu de résidence principal pendant la grossesse, perspectives à court et moyen termes), statut de résidence en Guyane, ancienneté de l'immigration pour les migrantes ;

- représentation de la qualité des soins, de l'accueil des soignants et de la confiance accordée aux médecins de la maternité ;
 - raisons du recours à la maternité du CHOG évaluées à plusieurs reprises dans le questionnaire :
 - au tout début, une question générale : « *Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous venue accoucher à Saint-Laurent du Maroni ?* », avec plusieurs réponses possibles ;
 - tout au long du questionnaire, des questions spécifiques ont été posées relatives à la qualité des soins,
- aux papiers et allocations familiales pour les femmes en situation irrégulière, à la gratuité des soins pour les femmes sans sécurité sociale ;
- recours aux soins au Suriname et représentation de la qualité des soins dans ce pays ;
 - recours aux soins traditionnels.
- Le Dr Carles a donné son accord pour que l'enquêtrice ait accès aux dossiers médicaux et au registre des naissances. Les patientes étaient informées des objectifs et de l'anonymat de l'enquête. Leur consentement oral était ensuite recueilli.

4.3 Résultats de l'enquête quantitative

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

4.3.1 Taux de réponse

L'enquête par questionnaires a été réalisée du 3 février au

19 mars 2009. Sur cette période, 295 femmes ont accouché. Cinq femmes ont refusé de répondre à l'enquête et 26 femmes étaient dans l'impossibilité d'être interrogées (cf. tableau 22), soit un taux de participation à l'enquête de 90 %.

Tableau 22. Participation des enquêtes à la maternité, CHOG, Saint Laurent du Maroni, février-mars 2009

	N	%
Questionnaires complets	264	89,5
Refus	5	1,7
- Trop fatiguée	1	
- Pas intéressée	1	
- Ne donne pas de raison	3	
Impossibilités d'enquête	26	8,8
- Problème de langue ⁴³	9	
- Problème médical	2	
- Patiente partie sans avoir été vue par l'enquêtrice	14	
Total	295	100

⁴³ Huit femmes brésiliennes et une femme chinoise n'ont pu être interrogées.

4.3.2 Description de l'échantillon

L'échantillon était composé de femmes dont l'âge moyen était de 26 ans. Les femmes de 20 ans ou moins représentaient une cinquième de l'échantillon (21,4 %). Plus d'une femme sur trois est née en Guyane (37,8 %), 5,3 % en métropole ou aux Antilles et plus de la moitié au Suriname (52,7 %). 42,4 % des femmes interrogées étaient célibataires et ne vivaient pas avec le père de leur enfant.

Leur niveau d'études était globalement faible avec un taux de non-scolarisation de près de 20 %. Un tiers avait un niveau secondaire et seulement 6,4 % avaient fait des

études supérieures. Moins de la moitié parlait français, sans ou avec quelques difficultés, dans la vie de tous les jours et un quart ne le parlait pas du tout. Seulement 12,9 % déclaraient travailler avant la grossesse, 1,5 % disaient exercer une activité complémentaire non déclarée et 19,3 % étaient scolarisées. Enfin, deux femmes sur trois se déclaraient au foyer. Le taux d'activité non déclaré est ici faible. Les entretiens semi-directifs ont montré que les femmes ont souvent des activités annexes : coiffure, garde d'enfants, activités commerciales (achat de produits au Suriname et vente en Guyane) et surtout agricoles, mais qu'elles ne les considéraient pas comme des activités professionnelles.

Tableau 23. Description de l'échantillon (n = 264), maternité du CHOG

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

4.3.3 Lieux de résidence et perspectives

Plus de la moitié des femmes interrogées ont déclaré habiter à Saint-Laurent du Maroni (54,9 %), 5,7 % dans l'agglomération saint-laurentine ou à proximité, 7,6 % sur le littoral (la plupart dans l'ouest guyanais, une femme habitait à Cayenne), 18,2 % dans des villages de la rive guyanaise du fleuve Maroni et trois (1,1 %) dans l'intérieur (Saül et Saut Sabbat). Trente trois femmes (soit 12,5 %) ont déclaré habiter au Suriname : sept à Albina, onze à Paramaribo, une à Moengo et quatorze sur la rive surinamaïse du fleuve Maroni.

Près d'une femme sur cinq a déclaré une deuxième adresse. Il s'agissait surtout de femmes dont la résidence principale était au Suriname. Pour ces femmes, cette deuxième adresse en Guyane était souvent la résidence où elles ont passé le plus de temps pendant leur grossesse. Six femmes habitant en Guyane ont par ailleurs déclaré avoir une deuxième adresse au Suriname.

La résidence à la sortie de la maternité coïncidait avec la résidence principale pour les femmes qui habitaient en Guyane. Pour les femmes qui habitaient au Suriname, la plupart ont déclaré qu'elles retourneraient (27/33) au Suriname. Ces résultats sont concordants avec les entretiens menés auprès des soignants chargés du suivi postnatal des femmes.

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

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

Tableau 24. Lieu de résidence principale, mobilités et perspectives

	Résidence principale				2 ^e adresse				Résidence principale pendant la grossesse				Résidence à la sortie de la maternité				Lieu de suivi de l'enfant				A terme (1 an), souhait de rester en Guyane				
	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	N	N (%)	
Résidence principale																									
Guyane	231	(87,5)	14	6	6	2	28	(12,1)	144	85	0	2	146	83	1	74	51	0	224	0	7				
- Saint-Laurent du Maroni (SLM)	145	(64,9)	6	1	3	2	12	142	1	0	2	145	0	0	141	0	0	140	0	5	(métropole)				
- Autours SLM*	15	(5,7)	1	2	1	0	4	0	15	0	0	0	15	0	11	3	0	15	0	0					
- Littoral**	20	(7,6)	1	1	0	0	2	1	19	0	0	1	19	0	7	12	0	20	0	0					
- Fleuve Maroni***	48	(18,2)	5	2	1	0	8	1	47	0	0	0	48	0	12	36	0	48	0	0					
- Intérieur	3	(1,1)	1	0	1	0	2	0	3	0	0	1	1	1	3	0	0	1	0	2	(Brésil)				
Suriname	33	(12,5)	15	3	0	0	18	(54,5)	9	2	22	0	4	2	27	24	4	4	11	22	0				
- Albina	7	(2,7)	2	0	0	0	0	1	0	6	0	0	0	0	7	6	0	0	1	6	0				
- Paramaribo/Moengo	12	(4,6)	8	2	0	0	0	4	1	7	0	3	1	8	8	1	3	3	9	0					
- Fleuve Maroni	14	(5,3)	5	1	0	0	0	4	1	9	0	1	1	12	10	3	1	7	7	0					
Total	264	(100)	29	9	6	2	46	(17,4)	153	87	22	2	150	85	28	198	55	4	235	22	7				

* Route de Cayenne, Route de Mana, Ile Portale, Route de Javouhey, St-Jean, Espérance, Route Paul Isnard.

** Mana, Javouhey, Awala, Iracoubo, Cayenne.

*** De Sparouine à Maripasoula.

† Métropole (n = 1), Pays-Bas (n = 1)

Lecture du tableau : verticalement pour la première colonne (résidence principale) puis horizontalement.

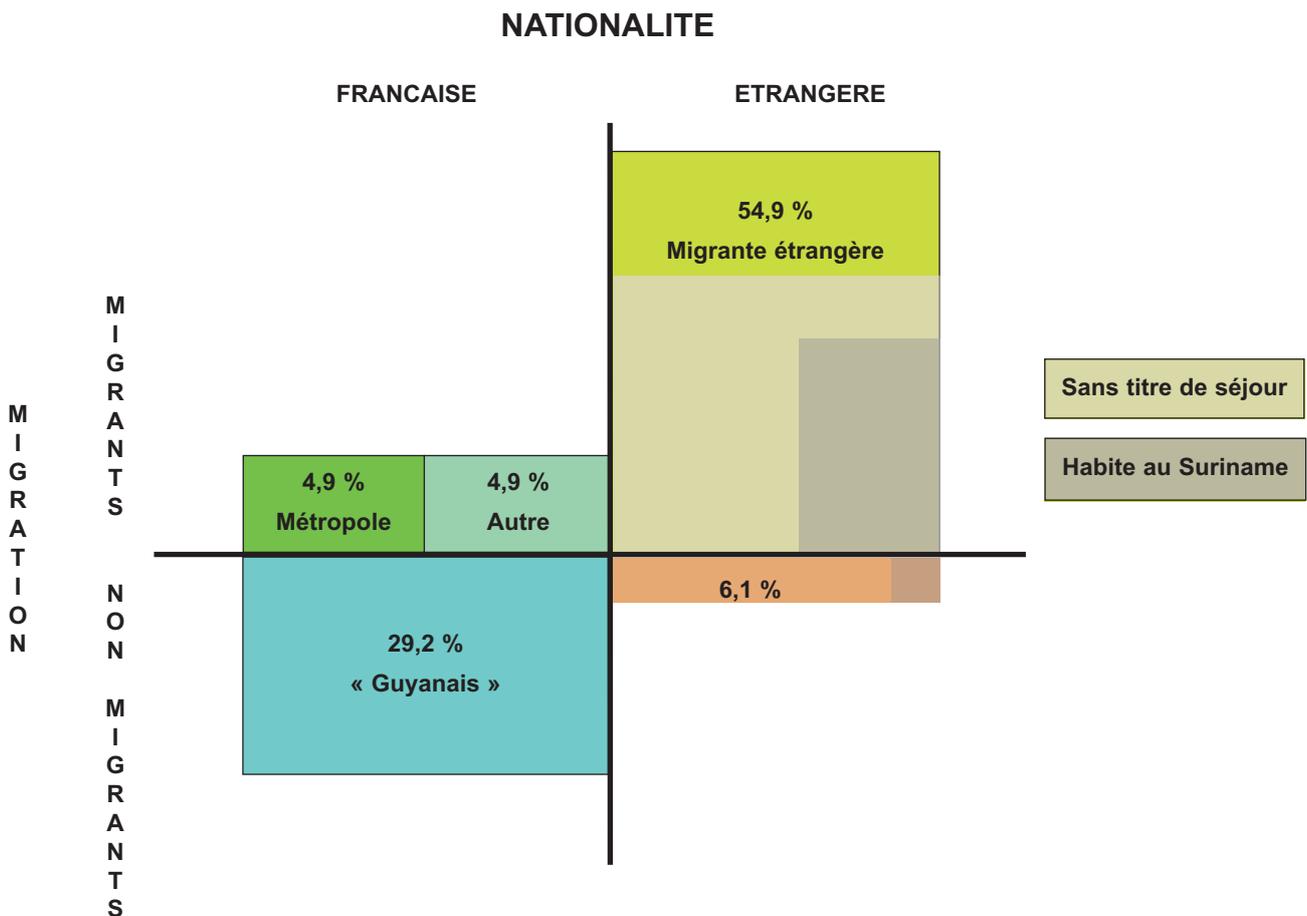
Exemple : parmi les femmes qui ont leur résidence principale à SLM (n = 145), 12 ont une adresse secondaire (6 à SLM, 1 dans une ville en Guyane, 3 au Suriname et 2 « autre »). Toutes resteront à SLM à leur sortie de maternité, 141 feront suivre leur enfant à SLM et 140 resteront en Guyane à moyen terme (d'ici à un an).

4.3.4 Trajectoire migratoire, nationalité

Sur l'ensemble de l'échantillon, 39 % des femmes interrogées étaient de nationalité française (cf. graphique 20). Les étrangères étaient à 82 % de nationalité surinamaïse. Notons que 4,9 % des femmes ont déclaré ne pas avoir de

nationalité (il s'agissait de femmes nées en Guyane, sur le Haut-Maroni, qui n'auraient pas été déclarées à la naissance et qui ne pouvaient justifier d'aucun document d'identité). Une étrangère sur cinq était en situation régulière de séjour. Au total, près de la moitié des femmes interrogées étaient sans papiers (48,5 %).

Graphique 20. Profil migratoire des femmes accouchant à la maternité du CHOG



On distingue ainsi quatre sous-groupes de population :

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

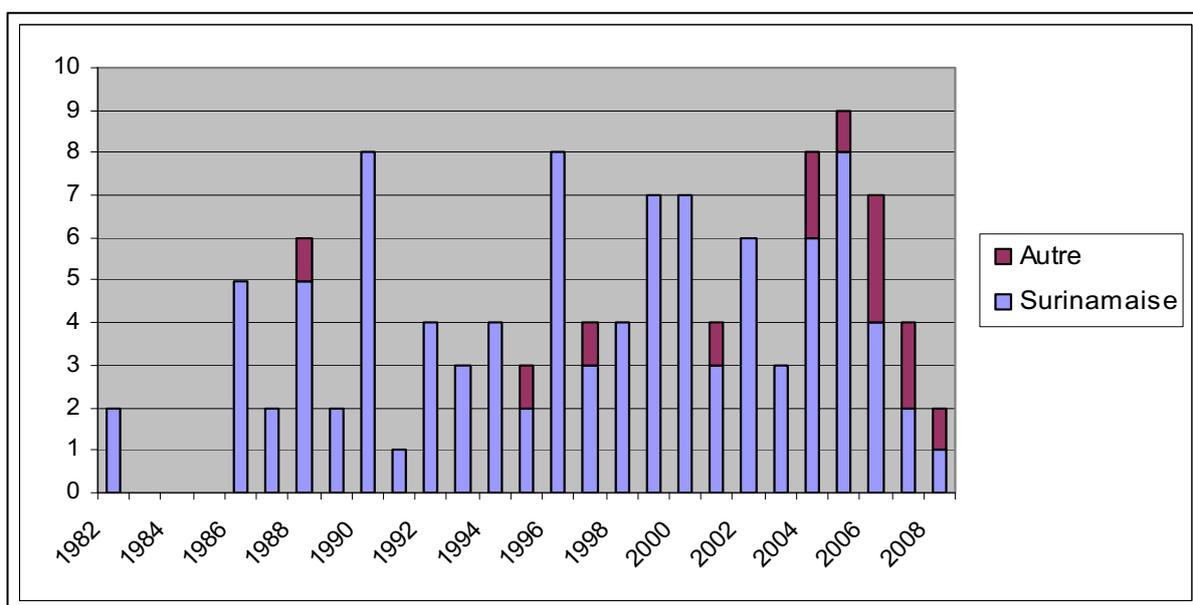
Parmi la population des femmes migrantes étrangères résidant en Guyane (n = 114), la distribution de l'ancienneté de l'immigration montre que la moitié d'entre elles sont installées depuis plus de dix ans en Guyane (ancienneté médiane d'installation = 10,5 ans). Cette proportion est plus importante parmi les migrantes surinamaïses (cf. graphique

21), puisqu'elles sont 60 % à déclarer résider en Guyane depuis au moins dix ans, alors que la moitié des femmes nées dans un autre pays (7/14) résident en Guyane depuis moins de cinq ans ($p = 0,003$)⁴⁴.

4.3.5 Comparaison des caractéristiques sociodémographiques en fonction du statut migratoire

Le tableau 25 présente une comparaison des caractéristiques sociales et démographiques selon la nationalité et le statut de résidence. Cette comparaison montre que les femmes en situation irrégulière (qu'elles résident en Guyane ou au Suriname) ont des niveaux d'étude moins élevés, une moins bonne maîtrise du français, se déclarent plus souvent au foyer et, pour celles qui résident en Guyane, leur installation est plus récente que celles qui ont pu être régularisées.

Graphique 21. Dates d'installation en Guyane pour les migrantes de nationalité étrangère résidant en Guyane (par nationalité)



⁴⁴ La comparaison des durées de résidence entre les femmes de nationalité surinamaïse et celles d'une autre nationalité a été réalisée en utilisant la variable durée de résidence en trois classes : <5 ans, [5-10[et ≥ 10 ans.

Tableau 25. Comparaison des caractéristiques sociales et démographiques selon la nationalité et le statut de résidence

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

4.3.6 Type de couverture maladie

Les analyses sur le type de couverture maladie portent sur les données recueillies auprès du service des admissions. Cinq dossiers de patientes n'ont pu être retrouvés. Lors du séjour hospitalier, 57,6 % des femmes avaient une couverture maladie dont les droits étaient à jour : couverture de base + CMUc (29,2 %), couverture

de base + mutuelle (12,1 %), AME (13,3 %) ou plus rarement une couverture de base seule (3 %). Parmi les femmes n'ayant pas de couverture maladie lors de leur séjour hospitalier, 9,8 % avaient une AME (ou plus rarement une couverture de droit commun) dont les droits n'étaient pas à jour et 30,7 % n'avaient jamais eu de couverture maladie.

Tableau 26. Type de couverture maladie et démarches entreprises par le service des admissions

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

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

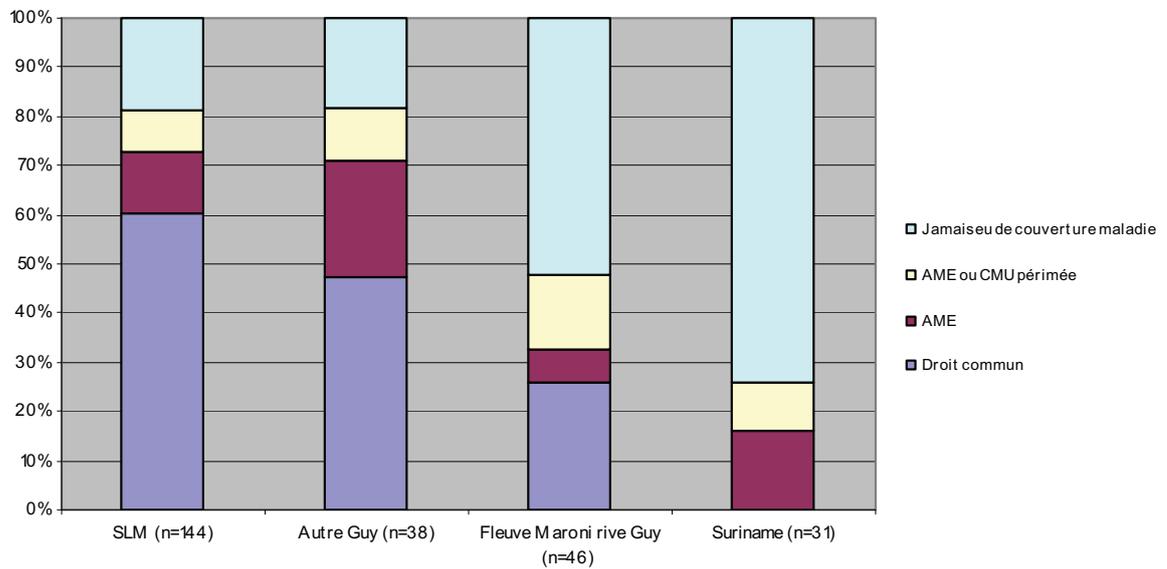
Au total, parmi les femmes qui ne disposaient pas de couverture maladie, des démarches ont été réalisées dans près de la moitié des cas (45,8 %) : soit pour renouveler une AME (ou plus rarement une couverture maladie de droit commun) pour 15,9 % des femmes sans couverture maladie, soit pour une ouverture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

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

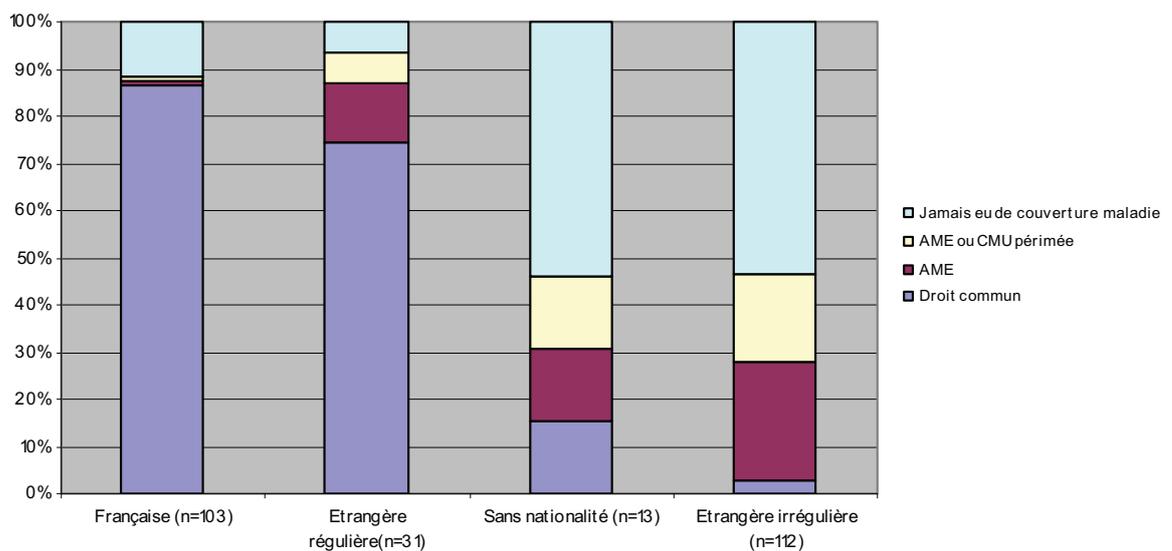
Ces résultats peuvent être rapprochés des statistiques hospitalières (précisons toutefois que les statistiques dont nous disposons concernent les activités de l'ensemble du service, pas seulement les activités d'obstétrique) : en 2007, le nombre de journées d'hospitalisation par débiteur pour le Service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

Une analyse des types de couverture maladie en fonction du lieu de résidence des femmes interrogées et de leur statut migratoire a été réalisée (cf. graphiques 22 et 23). Cette comparaison montre que plus on s'éloigne de Saint-Laurent du Maroni, plus la proportion de femmes sans couverture maladie augmente. Sur le fleuve Maroni (rive guyanaise), une femme sur deux n'a jamais eu de couverture maladie. Trois femmes résidant au Suriname sur quatre n'ont jamais eu de couverture maladie. A Saint-Laurent du Maroni, cette proportion est de une sur cinq.

Graphique 22. Répartition des types de couverture maladie par lieu de résidence des patientes



Graphique 23. Répartition des types de couverture maladie par statut migratoire des patientes



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

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

4.3.7 Suivi de la grossesse

Le suivi prénatal, lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque, doit comprendre sept consultations prénatales, un suivi régulier, une première consultation lors du

premier trimestre de la grossesse et trois échographies (recommandations de la Haute autorité de santé).

Nous avons défini comme un suivi insuffisant un nombre de consultations prénatales inférieur à quatre (Cardoso et al. 2003). L'analyse sur l'ensemble de l'échantillon montre que seulement 42,2 % des femmes interrogées ont atteint le seuil de sept consultations prénatales⁴⁵. Près d'une femme sur cinq (17,2 %) avait eu moins de quatre consultations prénatales. Plus de la moitié des femmes ont bénéficié de moins de trois échographies au cours de leur grossesse⁴⁶. L'analyse du nombre de consultations en fonction du lieu de résidence (cf. graphique 24) montre la même tendance que pour le statut de couverture maladie : les femmes résidant au Suriname ont le plus mauvais suivi (39,4 % ont bénéficié de moins de quatre consultations), puis les femmes qui résident sur le fleuve (22,9 %), puis les femmes qui résident dans un(une) autre village/ville de Guyane (13,9 %). À Saint-Laurent du Maroni, près de 12 % ont eu un suivi insuffisant. Ces différences sont globalement significatives ($p < 10^{-3}$).

Le suivi de grossesse dépend aussi du statut de couverture maladie ($p < 10^{-3}$) : près d'une femme sur trois n'ayant pas de couverture maladie à jour lors de son séjour hospitalier a bénéficié de moins de quatre consultations prénatales (cf. graphique 25).

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

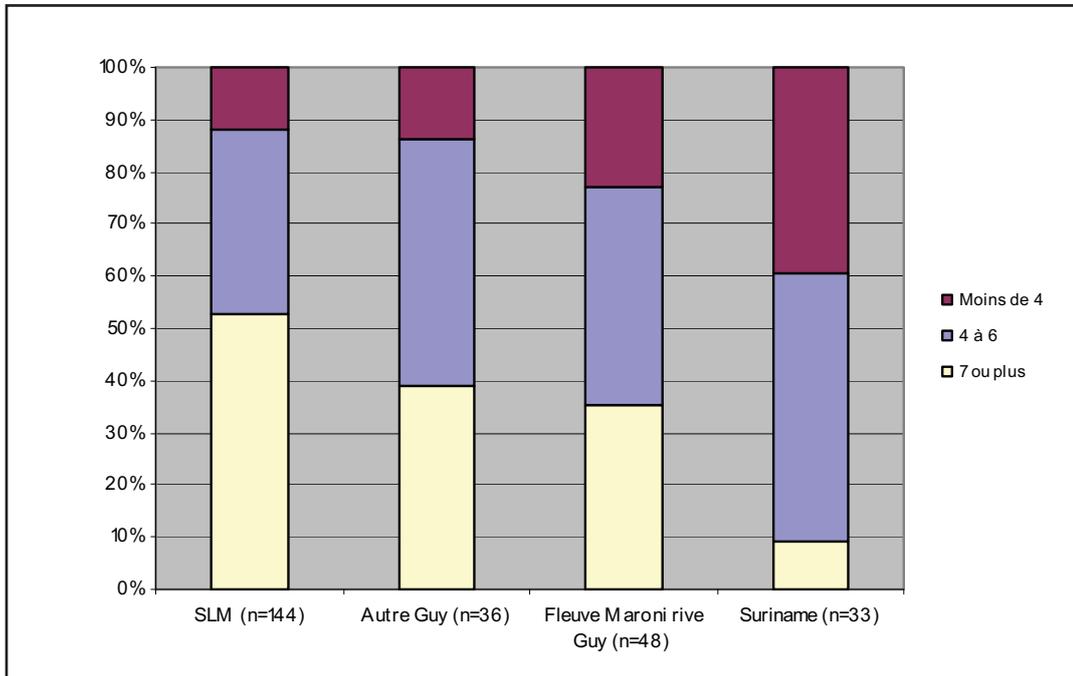
Tableau 27. Suivi de la grossesse

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

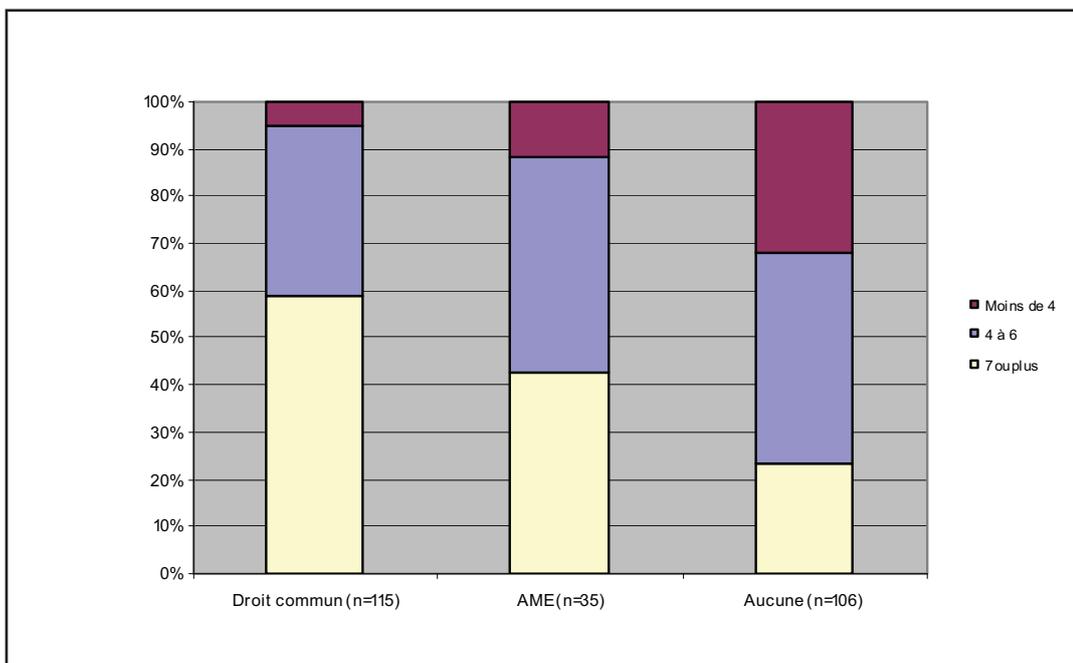
⁴⁵ Ce chiffre est en accord avec ceux de précédentes études en Guyane 1998 (Insee, 2000), *Les grossesses à suivre*, Antiane Eco n° 47.) et 49,1 % en 2003 d'après les données du SROS.

⁴⁶ Elles étaient 44 % en Guyane en 1998.

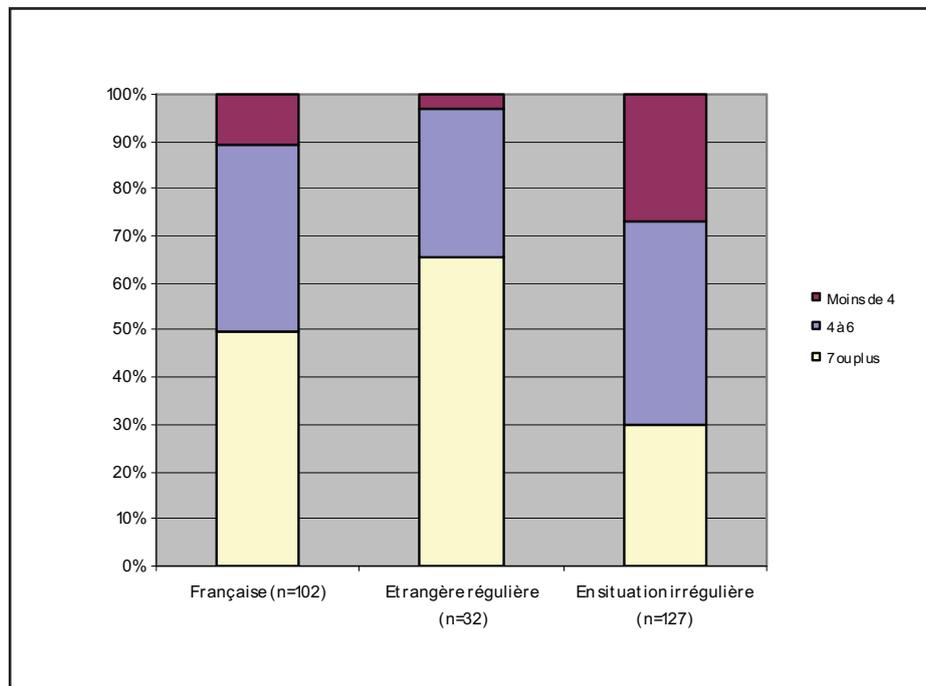
Graphique 24. Nombre de consultations prénatales en fonction du lieu de résidence des femmes



Graphique 25. Nombre de consultations prénatales en fonction du statut de couverture maladie des femmes



Graphique 26. Nombre de consultations prénatales en fonction du statut migratoire des femmes



Des analyses multivariées par régression logistique ont été conduites pas à pas pour déterminer les facteurs associés à un risque de mauvais suivi de grossesse (défini par un nombre de consultations prénatales inférieur à quatre)⁴⁷. Nous avons retiré de ces analyses les femmes résidant au Suriname, dans la mesure elles sont parfois suivies au

Suriname et qu'elles accouchent à Saint-Laurent du Maroni. Or, dans ce cas, elles sont considérées comme « non suivies » par le service de la maternité. Six questionnaires n'ont pas été pris en compte car ils contenaient des données manquantes sur les variables d'intérêt (soit 2,6 % des questionnaires). Les analyses portent donc sur 225 femmes.

⁴⁷ Les variables suivantes n'ont pas été conservées dans le modèle final car elles n'étaient pas ou plus significatives après ajustement : la maîtrise du français, le statut matrimonial, l'activité de la femme, la parité et l'ancienneté de la résidence en Guyane. L'âge a été forcé dans le modèle bien que non significatif.

Tableau 28. Modèle de régression logistique multivariée analysant le risque d'un mauvais suivi de grossesse chez les femmes résidant en Guyane (n = 225)

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

Le modèle final (cf. tableau 28) montre que, après ajustement sur l'ensemble des variables, deux facteurs influent sur le risque d'un mauvais suivi de grossesse : l'absence de couverture maladie multiplie par près de six le risque de mauvais suivi (OR = 5,70 [2-16,2]) et le fait de n'avoir jamais été scolarisée multiplie par près de quatre le risque de mauvais suivi en comparaison des femmes ayant un niveau lycée ou supérieur (OR à la limite de la significativité : OR = 3,85 [0,95-15,63], p = 0,06).

Les modèles intermédiaires 1, 2 et 3 montrent que la différence de suivi observé entre les femmes en situation irrégulière et les femmes françaises ou étrangères en situation régulière est liée au statut de couverture maladie. De même, le lieu de résidence (sur le fleuve Maroni) n'est pas non plus un facteur déterminant en soi, mais il semble qu'il s'y trouve davantage de femmes en situation irrégulière et davantage de femmes sans couverture maladie, et que le suivi y est plus mauvais.

Ces résultats montrent que malgré la place de la protection maternelle et infantile (PMI) et des centres de santé dans l'offre de soins guyanaise, qui propose un suivi prénatal gratuit à toutes les femmes, quel que soit leur statut, l'accès à une couverture maladie est un élément déterminant du suivi de grossesse. Par ailleurs, ces associations entre le suivi de grossesse et le niveau d'éducation nous rappellent que l'alphabétisation des femmes joue aussi un rôle majeur.

4.3.8 Perception de la qualité des soins à la maternité

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

Tableau 29. Perception de la qualité des soins, de l'accueil et confiance à l'égard des médecins (n = 264)

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

4.3.9 Raisons du recours à la maternité

Les raisons du recours à la maternité du CHOG ont été analysées en fonction du lieu de résidence principal des femmes. En effet, la réponse à cette question peut s'avérer différente en fonction du lieu où l'on réside. Pour les femmes qui résident à Saint-Laurent du Maroni, les principales raisons évoquées sont le fait d'habiter dans cette ville et la proximité géographique. Pour les femmes qui habitent dans une autre ville de Guyane, la principale raison évoquée est la proximité géographique (citée par 82,6 % des femmes). Pour les femmes qui résident au Suriname, la qualité des soins est la raison la plus souvent citée (par 51,5 % des femmes), puis la proximité géographique (45,5 %).

A la question : « Est-ce pour la qualité de soins et la confiance à l'égard des médecins que vous êtes venues accoucher au CHOG ? », 78,8 % des femmes résidant au Suriname ont répondu « oui » ou « en partie », alors que ces taux sont plus faibles pour les femmes résidant à Saint-Laurent du Maroni (53,1 %) ou dans une autre ville de Guyane (65,1 %). Si l'on regarde les réponses par ville de résidence pour les femmes qui habitent au Suriname, toutes les femmes qui résident à Paramaribo ou à Moengo ont répondu que la qualité des soins a été l'une des raisons pour accoucher au CHOG, ainsi que six des sept femmes qui résident à Albina et huit des 14 femmes qui habitent sur la rive surinamaïse du fleuve Maroni.

Une première question a été posée aux femmes en situation irrégulière concernant le problème des papiers. A la question : « Pensez-vous que d'avoir un enfant né en Guyane vous aidera à avoir des papiers français ? », la plupart des femmes n'avaient qu'une réponse évasive : 75,8 % en situation irrégulière ont répondu « peut-être », 9,4 % ont répondu « oui », 13,3 % ont répondu « non ». Concernant la motivation du recours à la maternité du CHOG, neuf femmes ont affirmé que l'éventualité de pouvoir avoir des papiers a été l'une des raisons pour venir accoucher à Saint-Laurent du Maroni, soit 7 % des femmes en situation irrégulière. Quatre de ces femmes résident au Suriname.

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

De même, deux questions ont été posées aux femmes ne bénéficiant pas des allocations familiales. A la question : « Pensez-vous qu'en accouchant en Guyane vous pourrez bénéficier des allocations familiales ? », 74 % des femmes en situation irrégulière ne bénéficiant pas des allocations familiales ont répondu « peut-être », 11,5 % ont répondu « oui », 13,5 % ont répondu « non ». L'analyse de ces réponses – notamment en fonction du statut du conjoint (en distinguant donc celles qui, potentiellement, y avaient droit de celles qui ne pourraient en bénéficier) – ne montrait pas

Tableau 30. Raisons de recours à la maternité du CHOG par lieu de résidence des femmes

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

* Plusieurs réponses possibles à cette question.

de différence, ce qui indique que certaines femmes pensent à tort qu'elles y auront droit et d'autres pensent à tort qu'elles n'y auront pas droit.

Seulement deux femmes ont déclaré que la possibilité de pouvoir bénéficier des allocations familiales a été l'une des raisons pour venir accoucher en Guyane. En revanche, aucune n'a déclaré être venue accoucher à Saint-Laurent du Maroni parce qu'elle ne paierait pas son séjour hospitalier.

Les femmes interrogées dans le cadre de l'enquête qualitative ont mis en avant, dans la justification de leur venue à la maternité de Saint-Laurent pour y accoucher, la qualité

des soins offerts (même si la majorité d'entre elles estimaient que les soins étaient aussi bons au Suriname) et de l'accueil (personnel gentil, moindre temps d'attente). Rares sont celles qui ont évoqué des avantages sociaux liés à la naissance sur le territoire français (titre de séjour, allocations familiales, scolarisation de l'enfant en France), et celles qui l'on fait ont toujours été évasives.

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

4.4 Synthèse

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

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

Les analyses conduites à partir des caractéristiques des femmes ayant accouché à la maternité du CHOG soulignent la précarité des patientes qui ont recours à ce service : près de 20 % n'ont jamais été scolarisées, plus de la moitié ne parlent pas français ou avec beaucoup de difficultés et seulement 13 % avaient un travail (déclaré) avant leur grossesse. Les profils migratoires montrent que plus de 60 % des femmes interrogées étaient étrangères ou sans nationalité (4,9 %). Enfin, près de la moitié des femmes étaient sans papier (48,5 %), plus de 30 % n'avaient jamais eu de couverture maladie et 10 % avaient

une couverture maladie dont les droits n'étaient pas à jour lors de leur séjour hospitalier. Pour les femmes étrangères déclarant résider en Guyane, l'immigration est souvent ancienne : plus de la moitié y sont installées depuis plus de dix ans.

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

Les motifs de recours à la maternité de Saint-Laurent du Maroni, cités par les femmes déclarant résider au Suriname, sont : la qualité des soins (51,5 %), la proximité géographique (45,5 %) et des raisons familiales (12,1 %). Si des représentations d'avantages sociaux, telle que la possibilité de bénéficier des allocations familiales ou d'une régularisation, ont été exprimées aussi bien par des femmes résidant au Suriname que par des femmes en situation irrégulière déclarant habiter en Guyane, ces motifs de recours à la maternité du CHOG sont peu fréquents. La gratuité des soins n'a pas été déclarée comme un motif de venue.

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

5. Enquête auprès de femmes suivies à Albina

Suite à notre rencontre avec le médecin du centre de santé d'Albina et à son intérêt pour notre étude, il nous a semblé intéressant d'interroger les femmes enceintes qui y sont suivies. Nous avons sollicité l'accord de la directrice de la *Regionale Gezondheidsdienst* (Services de santé régionaux), dont dépend le centre d'Albina, qui

elle-même nous a fait part de son intérêt pour les résultats de cette étude. D'après les soignants de ce centre, en 2008, 19 femmes, parmi les patientes suivies en consultations prénatales, y ont accouché, quatre à cinq auraient accouché à Paramaribo et environ 15 à 20 à Saint-Laurent du Maroni⁴⁸.

5.1 Objectifs

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

était d'analyser les perceptions des soins à Albina et, éventuellement, à Saint-Laurent du Maroni pour celles qui y auraient eu au moins un recours.

5.2 Méthodologie

Deux demi-journées ont été consacrées aux entretiens, qui se sont déroulés le jour de suivi des femmes enceintes, les 15 et 22 avril 2009. Toutes les femmes enceintes qui se présentaient à la consultation le jour de notre venue étaient directement informées par les infirmières de l'objet de notre étude et étaient interviewées, soit avant, soit après leur consultation médicale.

Des entretiens semi-directifs ont été menés en face à face. Une interprète surinamaïse a participé à tous les entretiens, qui étaient structurés en deux parties : le parcours biographiques (itinéraire migratoire, histoire familiale, situation socioéconomique) et le parcours de soins. Ce dernier portait sur :

- le suivi de la grossesse (actuel et antérieurs) : nombre de consultations et échographies, lieu, tarifs ;
- la couverture maladie : type de couverture maladie,

modalités pour l'obtenir ;

- les représentations des soins à Albina et au Suriname en général ;
- le lieu d'accouchement envisagé et raisons du choix ;
- le recours aux soins en Guyane.

Nous avons reçu un accueil très favorable de la part de l'équipe soignante et des patientes. Toutes les femmes enceintes qui se sont présentées ont accepté de participer. Seule une est partie avant de nous avoir rencontrés (d'après les infirmières, cette femme habitait à Saint-Laurent du Maroni et ne consultait pas dans le cadre d'un suivi de grossesse).

⁴⁸ Seuls les accouchements ayant eu lieu à Albina sont consignés sur un registre. Les nombres de femmes ayant accouché à Saint-Laurent du Maroni ou Paramaribo (sur décision médicale ou par choix des femmes) étaient des estimations du médecin.

Onze patientes ont été interviewées. Les entretiens duraient en moyenne 30 minutes et n'ont pas été enregistrés.

La langue de l'entretien était le néerlandais ou le bushinengué tongo.

5.3 Résultats

5.3.1 Caractéristiques socioéconomiques des femmes interrogées

Les femmes interrogées étaient âgées de 17 à 34 ans. Elles habitaient pour la plupart depuis de nombreuses années à Albina. Une jeune femme était de passage : elle habitait à Paramaribo. Les origines ethniques des femmes interrogées étaient diverses. Leur niveau d'éducation était globalement faible (primaire ou collège), mais toutes avaient été scolarisées. Une seule femme travaillait et deux jeunes femmes étaient encore scolarisées. Ces trois femmes étaient célibataires. Les autres femmes (8/11) étaient mariées ou en concubinage et s'occupaient de leur foyer, alors que leur conjoint travaillait.

Globalement, les niveaux socioéconomiques des femmes interrogées étaient faibles. Une seule femme avait un niveau socioéconomique relativement plus élevé (son mari percevait environ 800 EUR par mois). Cette femme nous a d'ailleurs fait remarquer que sa situation était bien supérieure à la moyenne. Les revenus des autres foyers variaient de 300 dollars surinamais (SRD) par mois (environ 80 EUR) à 900 SRD par mois (environ 250 EUR).

5.3.2 Suivi de la grossesse et couverture maladie

Le suivi de grossesse des femmes interrogées (enceintes depuis quatre à huit mois) était plutôt médiocre : quatre femmes venaient tardivement (après le cinquième mois) pour leur première consultation, trois femmes seulement avaient réalisé au moins une échographie et, pour deux d'entre elles, dans le cadre d'une hospitalisation à Paramaribo.

Toutes les femmes interrogées avaient une couverture maladie qui leur assurait la gratuité des consultations, des hospitalisations, des échographies et de l'accouchement,

que ce soit à Albina ou à Paramaribo (secteur public). Des différences étaient constatées sur la participation forfaitaire pour les médicaments.

5.3.3 Perception des soins

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

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

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

5.3.4 Lieu d'accouchement envisagé

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

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

à Saint-Laurent du Maroni. En revanche, elle connaissait beaucoup de femmes d'Albina qui s'étaient rendues à Saint-Laurent pour accoucher. Elle ne savait pas pourquoi, nous exprimant simplement que « *c'est leur vie* ». Cette femme avait vécu à Saint-Laurent pendant trois ou quatre ans, lors de la guerre au Suriname, et elle parlait un peu français. Malgré tout, elle disait ne pas souhaiter accoucher à Saint-Laurent, affirmant « *être surinamaïse* » et vouloir « *des enfants surinamais* »⁴⁹.

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

Une autre femme nous a expliqué, au cours de l'entretien, qu'elle envisageait d'accoucher à Saint-Laurent du Maroni. Les raisons qu'elle a évoquées en premier lieu étaient la qualité des soins (on lui aurait dit que c'était aussi bien que Paramaribo), l'accueil des patients et de leur famille (l'un de ses frères avait été hospitalisé à Saint-Laurent et avait été, selon elle, bien soigné et la famille bien accueillie, contrairement à Paramaribo où « *il faut remplir des papiers et la famille ne peut pas venir à plusieurs dans les chambres* ») et la proximité géographique. Elle avait par ailleurs entendu dire qu'on pouvait avoir des papiers et des aides en Guyane, et elle souhaitait savoir si c'était vrai. Après l'avoir informée de la législation, notre discours s'est avéré diffé-

rent de ce qu'elle avait pu entendre à ce sujet. Elle admettait, par ailleurs, ne connaître personne qui avait pu avoir des papiers ou des aides après avoir accouché à Saint-Laurent du Maroni. Elle nous a expliqué ensuite qu'elle voulait que son enfant soit scolarisé à Saint-Laurent afin d'avoir des papiers français, parce qu'elle pensait que « *c'est mieux pour son avenir* ». Un cousin de son mari aurait pu alors s'occuper de l'enfant. Elle-même envisageait de s'installer chez ce cousin, mais elle ne savait pas⁵⁰.

Une autre femme devait accoucher à Paramaribo sur les conseils du médecin. Idéalement, elle aurait souhaité accoucher à Saint-Laurent du Maroni car « *c'est plus près* », mais comme elle n'avait ni papiers, ni Sécurité sociale française, elle ne savait pas. Elle s'était renseignée auprès de quelqu'un qui lui avait expliqué que pour accoucher à Saint-Laurent, il fallait être suivie dès le deuxième mois de grossesse. Elle ne savait donc pas comment faire pour aller là-bas. Pour elle, si les femmes accouchent à Saint-Laurent du Maroni, c'est pour la qualité des soins. Pour les papiers français, elle ne savait pas, elle n'avait pas entendu parler des papiers. Elle n'était pas en demande d'information à ce sujet.

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

⁴⁹ L'entretien avec cette femme était bref, car c'est celle qui travaillait et elle était pressée. Mais il semblait qu'elle ne se souciait ni de la qualité des soins, ni de son suivi de grossesse. D'ailleurs, elle n'avait pas fait d'échographie et ne projetait pas d'en faire.

⁵⁰ Il y avait dans son discours, tout d'abord, une réticence à parler puisque, au début de l'entretien, elle expliquait qu'elle souhaitait accoucher à Albina. Puis elle répondait aux questions. Cette jeune femme était en recherche active d'informations, mais dans une incertitude plutôt angoissante.

5.4 Synthèse

Cette étude a tout d'abord montré la faisabilité d'une enquête à Albina. En effet, les soignants étaient très intéressés par notre démarche et tout à fait disposés à collaborer. Ensuite, cette étude a montré l'intérêt et le souhait des soignants et des patientes d'une amélioration de l'offre sanitaire à Albina.

L'échantillon des femmes interrogées ne peut être considéré comme représentatif des femmes résidentes à Albina, dans la mesure où, d'après les soignants, une grande partie se faisait suivre directement à Saint-Laurent du Maroni. Cependant, la diversité ethnique de cet échantillon et la variété des discours qui ont été entendus nous permettent de dégager quelques pistes de réflexion.

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

La question de la proximité géographique se pose d'autant plus que la route reliant Albina à Paramaribo est en très mauvais état et que le voyage est évidemment contre-indiqué aux femmes en début de travail. Il faut donc une certaine organisation en prévision de l'accouchement, et probablement disposer d'un « pied-à-terre » à Paramaribo. En conséquence, le lieu d'accouchement est souvent celui où les femmes se trouvent au moment du début du travail.

Deux femmes ont évoqué le fait que l'accouchement à Saint-Laurent du Maroni permettrait à leur enfant d'avoir « *un meilleur avenir* », sans trop pouvoir préciser ce sentiment. Parmi elles, l'une était en recherche d'informations pour pouvoir obtenir des « aides » françaises et projetait, dans un avenir à moyen terme, de laisser son enfant à la charge d'un cousin à Saint-Laurent du Maroni afin qu'il y soit scolarisé. Dans le discours de cette femme, l'incertitude était patente. La plupart des autres femmes étaient soit non informées, soit non intéressées par ces « aides et papiers » que l'on pouvait soit disant obtenir en accouchant en Guyane.

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

6. Migrations pendulaires et recours aux soins au Suriname

6.1 Migrations pendulaires

Les migrations pendulaires (fréquence et motifs) ont été abordées lors de l'enquête en population générale à Saint-Laurent du Maroni et lors de l'enquête qualitative à la

maternité de Saint-Laurent du Maroni. Les liens avec le Suriname font partie intégrante de la vie des habitants de l'estuaire (cf. tableau 31).

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

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

Parmi les habitants de Saint-Laurent du Maroni de plus de 18 ans, près de 73 % sont allés au Suriname au moins une fois au cours de l'année écoulée. Un tiers a déclaré s'y rendre plusieurs fois par an, 15 % une fois par an et près de 24 % ont déclaré s'y rendre au moins une fois par mois. Les principales raisons évoquées étaient : les courses (54,1 %), la balade, le tourisme et les loisirs (51,1 %), et les raisons familiales (30,3 %). Peu de personnes ont déclaré s'y rendre pour raison économique (3,3 %).

L'enquête qualitative à la maternité de Saint-Laurent du Maroni confirme une mobilité importante des femmes, avec de fréquents allers-retours de part et d'autre et/ou le long du fleuve. Elle suggère en particulier l'importance de la scolarisation comme facteur de mobilité. Les va-et-vient pour rendre visite à la famille (ailleurs en Guyane ou de l'autre côté du fleuve) sont en effet souvent rythmés par les vacances scolaires, et la scolarisation peut elle-même

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

6.2 Recours aux soins

Le recours aux soins au Suriname a été abordé dans les trois enquêtes (enquête en population générale à Saint-Laurent du Maroni, enquêtes à la maternité et aux urgences du CHOG) et lors des entretiens auprès des soignants du centre de santé d'Albina (cf. tableau 32). Pour les enquêtes à la maternité et aux urgences, ne sont présentés dans ce

tableau que les résultats concernant les patients ayant déclaré résider en Guyane. A titre comparatif, la fréquence de recours aux soins au Suriname pour ceux qui y résident est aussi présentée dans le texte. Les motifs de ces recours ont été plus approfondis lors de l'enquête à la maternité.

Tableau 32. Recours aux soins au Suriname (résultat des trois enquêtes)

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

6.2.1 Les habitants de Saint-Laurent du Maroni (enquête en population générale)

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

- Les raisons évoquées pour recourir aux soins au Suriname étaient :
- des raisons financières ou le fait de ne pas avoir de couverture maladie en Guyane ;
- une raison « fortuite » (la personne se trouvait au Suriname lors d'un besoin de soins) ;
- l'attente en consultation jugée moindre à Albina ;
- le besoin de soins spécialisés (dentaires ou, plus rarement, ophtalmologiques).

6.2.2 Les patients ayant consulté le service des urgences (enquête aux urgences)

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

Parmi les enfants résidant en Guyane, la proportion de ceux ayant déjà eu recours à un médecin au Suriname au cours de l'année écoulée était plus faible (3,7 %). Parmi les patients qui ont déclaré résider au Suriname (n = 13), sept ont eu au moins un recours à un médecin au Suriname au cours de l'année écoulée et quatre avaient une couverture maladie surinamaïse.

6.2.3 Les patientes ayant accouché à la maternité du CHOG (enquête à la maternité)

Fréquence et motifs

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

Les raisons évoquées pour recourir aux soins au Suriname étaient :

- des raisons fortuites : elles se trouvaient au Suriname lors d'un besoin de soins (n = 12) ou la personne interrogée habitait alors au Suriname (n = 3) ;
- l'attente en consultation en Guyane (n = 2) ;
- des raisons financières et/ou l'absence de couverture maladie (n = 2).

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

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

Perception de la qualité des soins

Des questions relatives à la qualité des soins et à la confiance accordée aux soignants ont été posées à toutes

les femmes ayant eu au moins un recours à des soins au Suriname (n = 111). Globalement, la perception des soins au Suriname est plutôt bonne.

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

Comparaison de l'offre de soins entre le Suriname et la Guyane

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

- La perception d'une qualité meilleure de l'offre de soins dans un pays plutôt que dans l'autre. L'offre de soins est perçue par certaines femmes comme de qualité

équivalente et par d'autres comme meilleure en Guyane. Dans ce dernier cas, un supplément de sécurité et de confort est attribué à l'offre guyanaise.

- La situation personnelle de la femme. Plusieurs femmes ont expliqué que leur recours était lié au lieu où elles se trouvaient lors d'un besoin de soins, lieu qui n'est pas forcément le lieu de résidence. Pour certaines femmes, « l'ancrage » sur une rive plutôt qu'une autre importe également, car il se renforce avec l'ancienneté de résidence.
- L'intérêt social de la naissance d'un enfant sur le territoire (que nous avons déjà détaillé précédemment).

6.2.4 Le recours aux soins à Albina (enquête à Albina)

Selon les soignants du centre de santé d'Albina, il n'est pas rare que des patients traversent le fleuve pour bénéficier d'une consultation à Albina. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces recours. Tout d'abord, l'attente en consultation est jugée moindre à Albina (ces patients viennent surtout le week-end, lorsque l'offre de soins à Saint-Laurent du Maroni est plus limitée). Parfois, il s'agit

Tableau 32. Représentation des soins au Suriname pour les femmes ayant consulté au moins une fois (n = 110)

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

de patients qui viennent pour que le médecin leur explique une ordonnance qui aura été prescrite en Guyane. Enfin, le coût des soins ne semble par toujours un enjeu (pour certains soignants, les soins seraient moins coûteux à Albina, mais il arrive que des patients qui bénéficient d'une couverture maladie en Guyane se rendent à Albina et doivent alors payer les soins).

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

Synthèse et conclusion

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

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

Cette enquête a par ailleurs mis en évidence l'existence d'inégalités de santé en fonction du statut migratoire. Nos résultats montrent que les personnes immigrées, qu'elles soient étrangères ou naturalisées, en situation régulière ou irrégulière, ont un plus mauvais état de santé que les personnes nées sur le territoire français. Les résultats diffèrent cependant en fonction de l'indicateur de santé choisi (santé

perçue, déclaration d'une maladie chronique ou de limitation fonctionnelle) et en fonction des ajustements effectués. Les différences observées peuvent être dues, au moins en partie, à des situations sociales et économiques plus défavorisées et à un isolement social plus important chez les immigrés. Nos résultats montrent cependant que les plus vulnérables, en matière de santé, sont les étrangers en situation irrégulière et installés en Guyane depuis plus de dix ans : ils déclarent notamment un état de santé plus mauvais que les Français de naissance, indépendamment de conditions socioéconomiques et d'un isolement social plus défavorables. Ces résultats suggèrent un effet délétère à long terme sur la santé de l'absence de statut juridique.

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

- caractériser les patients qui ont recours aux deux services ayant la plus forte activité du CHOG (la maternité et les urgences), et notamment estimer la proportion de patients résidant au Suriname ;
- comprendre les raisons et les motivations du recours à ces services.

L'enquête dans le service des urgences du CHOG, réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 286 consultants, a montré que la part des patients qui déclareraient résider au Suriname est faible (4,5 %). Cette enquête n'a pas mis en évidence une affluence particulière de patients en situation

irrégulière dans ce service. En revanche, le taux d'hospitalisation des adultes en situation irrégulière est plus de trois fois supérieur à celui des personnes de nationalité française ou de nationalité étrangère en situation régulière. Les analyses mettent en lumière, chez ces patients, un état de « *précarité sanitaire* » lié en partie à des niveaux de gravité plus élevés à l'arrivée aux urgences, mais aussi à des difficultés d'accès aux soins. Une tendance similaire est observée pour les enfants dont les parents sont en situation irrégulière, et ces résultats interpellent sur l'état de santé et les prises en charge en amont de ces enfants.

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

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

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

Annexe 1. Lexique des termes utilisés relatifs aux profils migratoires des individus⁵¹

Migrant : personne née hors du territoire de la Guyane.

Étranger : personne ayant déclaré une nationalité autre que la nationalité française le jour de l'enquête.

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

Immigré naturalisé : immigré ayant acquis la nationalité française.

Migrant/Immigré récent : migrant/immigré installé en Guyane depuis moins de dix ans (*i.e.* après 1999).

Migrant/Immigré ancien : migrant/immigré installé en Guyane depuis plus de dix ans (*i.e.* en 1999 ou avant).

Étranger en situation régulière : étranger en possession d'un titre ou d'une autorisation de séjour en règle.

Étranger en situation irrégulière ou « sans papier » : étranger présent sur le territoire national, dépourvu de titre ou d'autorisation de séjour en règle.

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

⁵¹ Sources : Insee et INED.

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

Questionnaire ménage

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

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

Questionnaire individuel

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

• *Les caractéristiques sociodémographiques :*

- âge, sexe, position au sein du ménage ;
- formation (langues parlées, niveau d'étude) ;
- couple et famille (situation familiale et nombre d'enfants) ;
- situation et expérience professionnelles (profession, secteur d'activité, activités annexes, statut d'emploi) ;
- relations sociales (soutien social).

• *Les caractéristiques migratoires :*

- lieu de naissance de la personne interrogée et de ses parents, nationalité, statut de résidence pour les étrangers ;
- date d'installation, motifs d'immigration et d'installation en Guyane pour les migrants.

• *Les caractéristiques sanitaires :*

- santé perçue, déclaration de maladies chroniques, limitations fonctionnelles ;
- nombre de recours à un médecin au cours de l'année écoulée, difficultés de recours aux soins, épisodes de renoncement aux soins et motifs.
- Statut de couverture maladie.

• *Les migrations pendulaires à Saint-Laurent du Maroni :*

- fréquence de la traversée du Maroni au cours de l'année écoulée ;
- recours aux soins au Suriname (fréquence, lieu et motifs).

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

Calendrier

- mai 2008 - mission exploratoire : contacts avec les partenaires et interlocuteurs locaux : présentation de l'étude et de ses objectifs.
- décembre 2008 à mars 2009
 - mise en place de l'enquête en population générale : préparation de la méthodologie et du plan de sondage, test du questionnaire, recrutement des enquêteurs ;
 - en parallèle, mise en place et coordination des enquêtes au CHOG.
- mars et avril 2009 : formation des enquêteurs
- 14 mars au 30 avril 2009 : enquête de terrain
- mai 2009 : saisie des données
- juin-septembre 2009 - analyses et restitution : constitution et nettoyage de la base de données, redressement, calage, analyses statistiques et rapport final.

Comité de pilotage

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

Gestion de l'étude

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

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

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

Recrutement et formation des enquêteurs

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

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

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

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

- présentation de la lettre d'information, du caractère confidentiel de l'étude et de l'absence de lien avec l'employeur, les autorités de police ou l'administration en général ;
- conduite d'entretien (neutralité bienveillante, relation d'échange et de confiance) ;
- utilisation des cartes d'îlots, sélection des logements et des individus ;
- remplissage des questionnaires et des feuilles de route.

Nous avons accordé une part importante à la présentation de l'enquête et à la mise en confiance des personnes interrogées, du fait notamment de la position critique des immigrés en situation irrégulière. Une deuxième journée était consacrée au test du comptage des logements et du questionnaire en population générale (dans des îlots non visités), suivi d'un débriefing.

La formation à Cayenne était assurée par le coordinateur et deux superviseurs de la société Qualistat, assistés de l'Inserm.

À Saint-Laurent du Maroni, la formation était réalisée par le coordinateur de l'Inserm, dans les locaux du CCAS.

Information et communication

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

Contrôle qualité

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

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

Aspects éthiques et réglementaires

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

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

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

Annexe 4. Qu'est-ce qu'une régression logistique ?

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

Que signifient les termes OR et IC 95 % ?

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

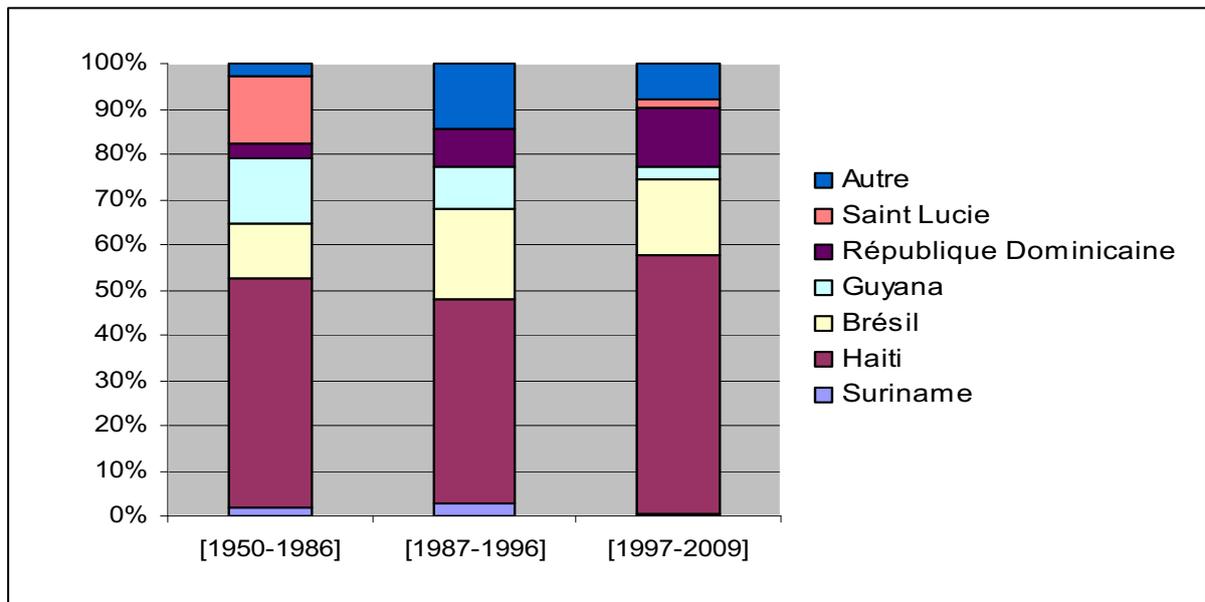
Comment interpréter les résultats ?

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

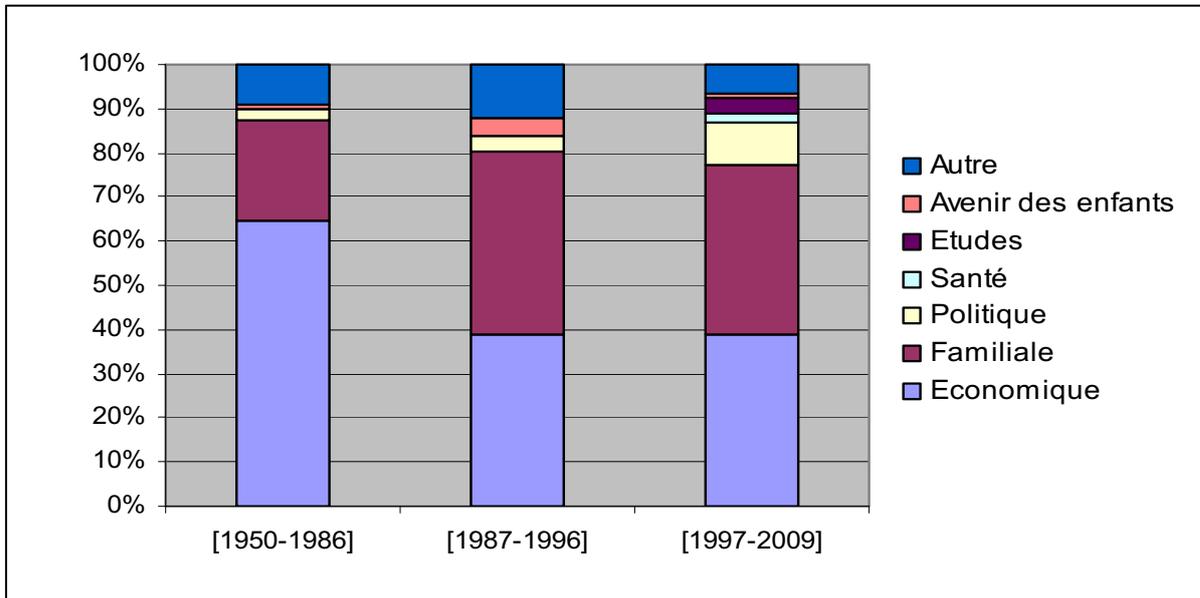
Annexe 5. Typologie des vagues migratoires à Cayenne

Les dates de migration des étrangers résidant à Cayenne ont été regroupées en trois vagues : 1950-1986, 1987-1996, 1997-2009, et des comparaisons ont été réalisées par lieu de naissance et raison de migration (graphiques 27 et 28).

Graphique 27. Lieu de naissance des immigrants résidant à Cayenne, par période de migration



Graphique 28. Raisons de migration des immigrés résidant à Cayenne, par période de migration



Ces analyses montrent que les migrations d'avant 1986 (première vague) correspondent à une immigration majoritairement haïtienne (50,9 % des immigrés pendant cette période) et que les raisons invoquées sont principalement économiques (64,8 %). La deuxième vague (fin des années 1980 et début des années 1990) correspond à une immigration haïtienne (45,5 % des immigrés pendant cette période) et brésilienne (19,9 %), et les raisons évoquées sont majoritairement familiales (41,7 %). Enfin les migrations récentes sont encore majoritairement haïtiennes (56,9 %) et les causes à la fois familiales (38,5 %) et économiques (38,7 %). Sur la troisième période, on remarque une part plus importante d'immigrés originaires de la République dominicaine (12,8 %), par rapport aux deux autres périodes.

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

Annexe 6. Classification CCMU (enquête aux urgences du CHOG)

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

CCMU 1 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou un service d'urgences.

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

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

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

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

Liste des sigles et abréviations

ACSE	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité
AFD	Agence Française de Développement
AME	Aide médicale d'État
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ASV	Atelier santé ville
BIT	Bureau international du travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CCOG	Communauté de commune de l'Ouest guyanais
CEDR	Comité pour l'élimination de la discrimination raciale
Cerom	Comptes économiques rapides de l'Outre-mer
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale de Guyane
CHOG	Centre hospitalier de l'Ouest guyanais
CIC-EC	Centre d'investigation clinique – Epidémiologie clinique
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
COREVIH	Coordination régionale de la lutte contre le VIH

CSG	Centre spatial guyanais
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DIM	Département d'information médicale
DOM	Département d'outre-mer
DS3	Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins
DSDS	Direction de la santé et du développement social
HAS	Haute autorité de santé
IAO	Infirmier d'accueil et d'orientation
IC	Intervalle de confiance
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INED	Institut national d'études démographiques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRIS	Ilots regroupés pour l'information statistique
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MDM	Médecins du Monde
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
MZ	<i>Medische Zending</i> (Mission médicale)
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement

OR	<i>Odds ratio</i>
ORSG	Observatoire régional de la santé de Guyane
PACS	Pacte civil de solidarité
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PPDS	Personnes provisoirement déplacées du Suriname
RGD	<i>Regionale Gezondheidsdienst</i> (Service régional de santé)
RGP	Recensement général de la population
RMI	Revenu minimum d'insertion
ROM	Région d'outre-mer
RUP	Région ultrapériphérique de l'Europe
SIRS	Santé, inégalités, et rupture sociale
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SRD	Dollar surinamais
SZF	<i>Staatsziekenfonds</i> (Caisse nationale d'assurance maladie)
T2A	Tarifcation à l'activité
UMR	Unité mixte de recherche
UMRS	Unité mixte de recherche en santé
UPMC	Université Pierre et Marie Curie
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Bibliographie

AFD (2008), « Suriname : Appui au secteur de la santé », Fiche presse sur le terrain n° 2, décembre, Paris.

ALDIGHERI, S., M. EERSEL, X. MALATRE et M. OOMS (2000), « Le Suriname, un partenaire clé pour une coopération régionale en santé publique dans les Guyanes » *Revue de médecine tropicale*, Marseille.

ANDRÉ-CORMIER, J. (2009), *L'offre de santé dans les collectivités ultra-marines*, Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental, juillet, Paris.

BAYART, J.F., R. BERTRAND, T. GORDADZE, B. HIBOU et F. MENGIN (2006), *Legs colonial et gouvernance contemporaine*, Document de travail n° 13, AFD, Paris.

BOURDILLON, F., J.P. DOZON, C. LEBATARD, P. MATHIOT, J.L. ROMERO et W. ROZENBAUM (2008), *L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique*, rapport de la Commission Départements français d'Amérique du Conseil national du sida, 2008.

CARBALLO, M. et M. MBOUP (2005), "International Migration and Health. A Paper Prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration by International Centre for Migration and Health."

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

CARDE, E. (2006), « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etudes en France métropolitaine et en Guyane », thèse de sociologie, Université Paris XI, 12 septembre, Paris.

CARDE, E. (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 pour le diplôme d'État de docteur en médecine (santé publique), Université de Toulouse III, 17 janvier, Toulouse.

CARDOSO, T., G. CARLES, G. PATIENT, P. CLAYETTE, G. TESCHER et B. CARME (2003), « Périnatalité en Guyane française. Évolution de 1992 à 1999 », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 32 : 345-355.

CEDR (2008), rapports présentés par les États parties de l'ONU conformément à l'Art. 9 de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, CERD/C/SUR/12, janvier, Genève.

CETTE FRANCE-LÀ (2007-2008), volume 1, collectif, Ed. Association Cette France-là, Diffusion La Découverte, Paris.

CHAUVIN, P., I. PARIZOT et S. REVET (2005), *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Ed. Inserm, Collections : Questions en santé publique, Paris.

CHERUBIN, B. (2002), *Interculturalité et créolisation en Guyane française*, L'Harmattan, Paris.

COINTAT, C. (2008), *Projet de loi de finances pour 2009*, tome VII : Outre-Mer, rapport du Sénat n° 104, novembre, Paris.

CRPV Guyane (2007-2009), *Contrat urbain de cohésion sociale de Saint-Laurent du Maroni*.

DAVIES, A., A. BASTEN, et C. FRATTINI (2006), "Migration: A social Determinant of the Health of Migrants." International Organization for Migration (IOM). Background paper. In the framework of the "Assisting Migrants and Communities(AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities" project. European Commission DG Health and Consumers' Health Programme/Portuguese High Commissariat for Health, Luxembourg.

DSDS (2007), *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, Statiss Antilles-Guyane.

FLORENCE, S., J. LEBAS ET P. CHAUVIN (2010), « Migration, santé et soins médicaux à Mayotte », Document de travail n° 90, AFD, Paris.

FLORENCE, S., J. LEBAS, S. LESIEUR et P. CHAUVIN (2008), *Santé et migration à Mayotte*, Rapport final à l'AFD, avril (en ligne sur le site Internet de l'équipe : <http://www.b3e.jussieu.fr/ds3/>), Paris.

GISSLER, E., J. AZOULAY, H. HAVARD, P. SOURLAS, L. CHAMBAUD et D. CORLAY (2007), « La gestion de l'aide médicale d'État : mission d'audit de modernisation », ministère de la Santé et des Solidarités, La Documentation française, Paris.

HULL, D. (1979), "Migration, Adaptation, and Illness: a Review." *Social Science and Medecine*, Part A: Medical Psychology and Medical Sociology Vol.13A(1): 25-36, Elsevier, Londres.

INSEE (2009a), *Enquêtes de recensement de la population*, Premiers résultats n° 38, janvier, Cayenne.

INSEE (2009b), recensement de la population de 2006, *La Guyane : une région jeune et attractive*, Premiers résultats n° 47, Cayenne.

INSEE (2007), « Une surmortalité prématurée due aux accidents », *Antiane* n° 67, février, Insee, Cayenne.

INSEE Antilles Guyane/ACSE (2006), *Atlas des populations immigrées en Guyane*.

JOLIVET M.-J. et D. VERNON (2007), « Droits, polygamie et genre en Guyane française », *Cahiers d'études africaines*, XL.VII (3-4), 187-188, Paris.

JOLIVET, M.J. (1997), « La créolisation en Guyane : un paradigme pour une anthropologie de la modernité créole », *Cahiers d'études africaines*, vol 37, cahier 148, *La Caraïbe : Des îles au continent*, Paris.

- JUSOT, F., J. SILVA, P. DOURGNON et C. SERMET (2008), « État de santé des populations immigrées en France », IRDES, Document de travail n° 14, Paris.
- KAPLAN G.-A. et T. CAMACHO (1983), *Perceived Health and Mortality: a nine-year Follow-up of the Human Population Laboratory Cohort*. American Journal of Epidemiology, 117: 292-304, Oxford.
- LA RUCHE, G. (2005), *Autorisation de séjour pour soins des malades étrangers en France : enquête sur les avis des médecins inspecteurs de santé publique*. Rev Epidémiologie Santé Publique, 53 : 635-644, Elsevier, Londres.
- McKAY, L., S. MACINTYRE et S. ELLAWAY (2003), "Migration and Health: A Review of the International Literature." MRC Social & Public Health Sciences Unit, Occasional Paper No 12, Glasgow.
- MLADOVSKY, P. (2007), "Migration and health in the EU." Research note for EC Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Unit E1 - Social and Demographic Analysis, Bruxelles.
- MÉDECINS DU MONDE (2008), *Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde*, Paris.
- MORIAME, E. (ss la dir.), (2006), *Guyane, un développement sous contraintes, Bilan macro-économique 1993-2006*, CEROM/AFD/IEDOM/INSEE Antilles juin, Cayenne
- OBSERVATOIRE DU DROIT À LA SANTÉ DES ÉTRANGERS (2008), *La régularisation pour raison médicale : un bilan de santé alarmant*, ODSE, Paris.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2008), « *Fléchissement des opérations d'allongement de la dette et légère augmentation des autres formes d'APD* », Communiqué du 04/04/2008, Paris.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005), *La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement*, OMS, Genève.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003), *International Migration, Health & Human Rights*. Health & Human Rights Publications Series Issue n° 4, Genève.
- ORS Guyane (2005), « L'offre de soins en Guyane », *Bulletin Santé* n° 2, juin 2005, Cayenne.
- OTHILY, G. (président) et F.-N. BUFFET (rapporteur) (2006), *Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine*, Tome I : Rapport, Sénat, avril, Paris.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO (2002), *Health Systems and Services Profile of Surinam*, Division of Health Systems and Services Development, 1st Edition, June, Washington DC.
- PARRIS, J.-Y. (2007), « Les Marrons ndjuka et la République », *Comprendre la Guyane d'aujourd'hui*, Ibis Rouge Éditions/Espace Outre-Mer, Matoury.

PIANTONI, F. (2002), « Les recompositions territoriales dans le Maroni : relation mobilité-environnement », *Revue européenne des migrations internationales*, volume 18, n° 2, Poitiers.

PIANTONI, F. (2009), *L'enjeu migratoire en Guyane française*, Ibis Rouge Editions, Matoury.

PRICE, R. et S. PRICE (2005), *Les Marrons*, éditions Vents d'ailleurs, La Roque d'Anthéron.

RIPERT, J. (1990), *L'égalité sociale et le développement économique dans les DOM*, rapport au ministre des DOM-TOM, Collection des rapports officiels, La Documentation française, Paris.

TERZAN, L. (Dr) (2007), « Les flux migratoires sanitaires entre le Surinam et le département français de la Guyane », mémorandum remis à Jean-Marie Nicolas, sous-préfet de la Guyane.



Série Documents de travail / Working Papers Series Publiés depuis janvier 2009 / published since January 2009

Les numéros antérieurs sont consultables sur le site : <http://recherche.afd.fr>

Previous publications can be consulted online at: <http://recherche.afd.fr>

- N° 78 « L'itinéraire professionnel du jeune Africain » Les résultats d'une enquête auprès de jeunes leaders Africains sur les « dispositifs de formation professionnelle post-primaire »
Richard Walther, consultant ITG, Marie Tamoifo, porte-parole de la jeunesse africaine et de la diaspora
Contact : Nicolas Lejosne, département de la Recherche, AFD - janvier 2009.
- N° 79 Le ciblage des politiques de lutte contre la pauvreté : quel bilan des expériences dans les pays en développement ?
Emmanuelle Lavallée, Anne Olivier, Laure Pasquier-Doumer, Anne-Sophie Robilliard, DIAL - février 2009.
- N° 80 Les nouveaux dispositifs de formation professionnelle post-primaire. Les résultats d'une enquête terrain au Cameroun, Mali et Maroc
Richard Walther, Consultant ITG
Contact : Nicolas Lejosne, département de la Recherche, AFD - mars 2009.
- N° 81 *Economic Integration and Investment Incentives in Regulated Industries*
Emmanuelle Auriol, Toulouse School of Economics, Sara Biancini, Université de Cergy-Pontoise, THEMA,
Comments by : Yannick Perez and Vincent Rious - April 2009.
- N° 82 Capital naturel et développement durable en Nouvelle-Calédonie - Etude 1. Mesures de la « richesse totale » et soutenabilité du développement de la Nouvelle-Calédonie
Clément Brelaud, Cécile Couharde, Vincent Géronimi, Elodie Maître d'Hôtel, Katia Radja, Patrick Schembri, Armand Taranco, Université de Versailles - Saint-Quentin-en-Yvelines, GEMDEV
Contact : Valérie Reboud, département de la Recherche, AFD - juin 2009.
- N° 83 *The Global Discourse on "Participation" and its Emergence in Biodiversity Protection*
Olivier Charnoz. - July 2009.
- N° 84 *Community Participation in Biodiversity Protection: an Enhanced Analytical Framework for Practitioners*
Olivier Charnoz - August 2009.
- N° 85 Les Petits opérateurs privés de la distribution d'eau à Maputo : d'un problème à une solution ?
Aymeric Blanc, Jérémie Cavé, LATTIS, Emmanuel Chaponnière, Hydroconseil
Contact : Aymeric Blanc, département de la recherche, AFD - août 2009.
- N° 86 Les transports face aux défis de l'énergie et du climat
Benjamin Dessus, Global Chance.
Contact : Nils Devernois, département de la Recherche, AFD - septembre 2009.
- N° 87 Fiscalité locale : une grille de lecture économique
Guy Gilbert, professeur des universités à l'Ecole normale supérieure (ENS) de Cachan
Contact : Réjane Hugounenq, département de la Recherche, AFD - septembre 2009.
- N° 88 Les coûts de formation et d'insertion professionnelles - Conclusions d'une enquête terrain en Côte d'Ivoire
Richard Walther, expert AFD avec la collaboration de Boubakar Savadogo (Akilia) et de Borel Foko (Pôle de Dakar)
Contact : Nicolas Lejosne, département de la Recherche, AFD - octobre 2009.

- N° 89 Présentation de la base de données. Institutional Profiles Database 2009 (IPD 2009)
Institutional Profiles Database III - Presentation of the Institutional Profiles Database 2009 (IPD 2009)
Denis de Crombrughe, Kristine Farla, Nicolas Meisel, Chris de Neubourg, Jacques Ould Aoudia, Adam Szirmai
Contact : Nicolas Meisel, département de la Recherche, AFD - décembre 2009.
- N° 90 Migration, santé et soins médicaux à Mayotte
Sophie Florence, Jacques Lebas, Pierre Chauvin, Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins UMRS 707 (Inserm - UPMC)
Contact : Christophe Paquet, département Technique opérationnel (DTO), AFD - janvier 2010.
- N° 91 Capital naturel et développement durable en Nouvelle-Calédonie - Etude 2. Soutenabilité de la croissance néo-calédonienne : un enjeu de politiques publiques
Cécile Couharde, Vincent Géronimi, Elodie Maître d'Hôtel, Katia Radja, Patrick Schembri, Armand Taranco
Université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, GEMDEV
Contact : Valérie Reboud, département Technique opérationnel, AFD - janvier 2010.
- N° 92 *Community Participation Beyond Idealisation and Demonisation: Biodiversity Protection in Soufrière, St. Lucia*
Olivier Charnoz, Research Department, AFD - January 2010.
- N° 93 *Community participation in the Pantanal, Brazil: containment games and learning processes*
Participation communautaire dans le Pantanal au Brésil : stratégies d'endiguement et processus d'apprentissage
Olivier Charnoz, département de la Recherche, AFD - février 2010.
- N° 94 Développer le premier cycle secondaire : enjeu rural et défis pour l'Afrique subsaharienne
Alain Mingat et Francis Ndem, IREDU, CNRS et université de Bourgogne
Contact : Jean-Claude Balmès, département Education et formation professionnelle, AFD - avril 2010
- N° 95 Prévenir les crises alimentaires au Sahel : des indicateurs basés sur les prix de marché
Catherine Araujo Bonjean, Stéphanie Brunelin, Catherine Simonet, CERDI - mai 2010.
- N° 96 La Thaïlande : premier exportateur de caoutchouc naturel grâce à ses agriculteurs familiaux
Jocelyne Delarue, Département de la Recherche, AFD - mai 2010.
- N° 97 Les réformes curriculaires par l'approche par compétences en Afrique
Francoise Cros, Jean-Marie de Ketele, Martial Dembélé, Michel Develay, Roger-François Gauthier, Najoua Ghriss, Yves Lenoir, Augustin Murayi, Bruno Suchaut, Valérie Tehio - juin 2010.
- N° 98 Les coûts de formation et d'insertion professionnelles - Les conclusions d'une enquête terrain au Burkina Faso
Richard Walther, Boubakar Savadogo, consultants en partenariat avec le Pôle de Dakar/UNESCO-BREDA.
Contact : Nicolas Lejosne, département de la Recherche, AFD - juin 2010.
- N° 99 *Private Sector Participation in the Indian Power Sector and Climate Change*
Shashanka Bhide, Payal Malik, S.K.N. Nair, Consultants, NCAER
Contact : Aymeric Blanc, Research Department, AFD - June 2010.
- N° 100 Normes sanitaires et phytosanitaires : accès des pays de l'Afrique de l'Ouest au marché européen - Une étude empirique
Abdelhakim Hammoudi, Fathi Fakhfakh, Cristina Grazia, Marie-Pierre Merlateau.
Contact : Marie-Cécile Thirion, département de la Recherche, AFD - juillet 2010.
- N° 101 Hétérogénéité internationale des standards de sécurité sanitaire des aliments : Quelles stratégies pour les filières d'exportation des PED ? - Une analyse normative
Abdelhakim Hammoudi, Cristina Grazia, Eric Giraud-Héraud, Oualid Hamza.
Contact : Marie-Cécile Thirion, département de la Recherche, AFD - juillet 2010.

-
- N° 102 Développement touristique de l'outre-mer et dépendance au carbone
Jean-Paul Ceron, Ghislain Dubois et Louise de Torcy.
Contact : Valérie Reboud, AFD - octobre 2010.
-
- N° 103 Les approches de la pauvreté en Polynésie française : résultats et apports de l'enquête sur les conditions de vie en 2009
Javier Herrera, IRD-DIAL, Sébastien Merceron, Insee - novembre 2010.
Contact : Cécile Valadier, département de la Recherche
-
- N° 104 La gestion des déchets à Coimbatore (Inde) : frictions entre politique publique et initiatives privées
Jérémy Cavé, Laboratoire Techniques, Territoires et Sociétés (LATTTS), CNRS - décembre 2010.