|  |
| --- |
| Estelle CARDE  Doctorat en médecine, spécialité “santé publique”  sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal  (2012)  “De l'étranger au minoritaire, de la "Métropole" à la Guyane : les discriminations dans l'accès aux soins.”  Collection “Anthropologie médicale“  **LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES** CHICOUTIMI, QUÉBEC <http://classiques.uqac.ca/> |



<http://classiques.uqac.ca/>

*Les Classiques des sciences sociales* est une bibliothèque numérique en libre accès, fondée au Cégep de Chicoutimi en 1993 et développée en partenariat avec l’Université du Québec à Chicoutimi (UQÀC) depuis 2000.



<http://bibliotheque.uqac.ca/>

En 2018, Les Classiques des sciences sociales fêteront leur 25e anniversaire de fondation. Une belle initiative citoyenne.

Politique d'utilisation  
de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l’autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.

- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue

Fondateur et Président-directeur général,

LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur associé, Université du Québec à Chicoutimi

Courriel: [classiques.sc.soc@gmail.com](mailto:classiques.sc.soc@gmail.com)

Site web pédagogique : <http://jmt-sociologue.uqac.ca/>

à partir du texte de :

Estelle Carde

**“De l'étranger au minoritaire, de la "Métropole" à la Guyane : les discriminations dans l'accès aux soins.”**

Un article publié dans la revue ***Migrations Société***, vol. 24, no 140, 2012, pp. 35-50.441-453.

L’auteure nous a accordé, le 19 février 2020, l’autorisation de diffuser en libre accès à tous cet article dans Les Classiques des sciences sociales.

Boite_aux_lettres_clair Courriel : Estelle Carde : [estelle.carde@umontreal.ca](mailto:estelle.carde@umontreal.ca)

Police de caractères utilisés :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5’’ x 11’’.

Édition numérique réalisée le 26 décembre 2020 à Chicoutimi, Québec.

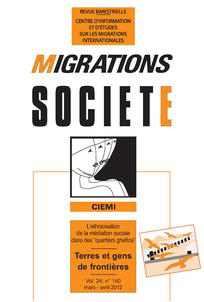
fait_sur_mac

Estelle CARDE

Doctorat en médecine, spécialité “santé publique”

sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal

**“De l'étranger au minoritaire,  
de la "Métropole" à la Guyane :  
les discriminations dans l'accès aux soins.”**



Un article publié dans la revue ***Migrations Société***, vol. 24, no 140, 2012, pp. 35-50.441-453.

**Note pour la version numérique** : La numérotation entre crochets [] correspond à la pagination, en début de page, de l'édition d'origine numérisée. JMT.

Par exemple, [1] correspond au début de la page 1 de l’édition papier numérisée.

Table des matières

[Introduction](#De_etranger_intro) [35]

[Les discriminations dans le domaine de l'accès aux soins](#De_etranger_1) [36]

[Les discriminations à rencontre des étrangers : l'illégitimité du sans-papier](#De_etranger_2) [41]

[Les discriminations "ethnoraciales" : "l'Autre", pourtant français](#De_etranger_3) [45]

[De la porosité des processus](#De_etranger_4) [47]

[Nationalité étrangère et identité ethnoraciale, marqueurs sociaux pris dans des rapports inégalitaires plus larges](#De_etranger_5) [49]

[35]

Estelle CARDE

Doctorat en médecine, spécialité “santé publique”

sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal

**“De l'étranger au minoritaire,  
de la "Métropole" à la Guyane :  
les discriminations dans l'accès aux soins.”**

Un article publié dans la revue ***Migrations Société***, vol. 24, no 140, 2012, pp. 35-50.441-453.

Introduction

[Retour à la table des matières](#tdm)

Monsieur T., étranger sans-papier, reçoit par la poste un courrier l'informant de ce que sa demande d'aide médicale d'État (AME) [[1]](#footnote-1) a été refusée. Motif du refus : défaut de preuve de son besoin de soins. L'obtention de l'ame n'est pourtant plus conditionnée par le besoin de soins depuis 1992. Les agents qui ont examiné le dossier de Monsieur T. à la caisse d'Assurance maladie le savent bien. S'ils exigent cette condition, m'expliquent-ils, c'est parce que nombre d'étrangers sans papiers tenteraient d'obtenir une couverture maladie non pour se faire soigner, mais pour appuyer leur demande de titre de séjour ; refusant que la couverture maladie soit utilisée par ces étrangers pour les aider à s'installer en France, les agents ont décidé de ne l'accorder qu'à ceux qui ont besoin de soins.

Madame G. se présente au guichet de l'assurance maladie. L'agent qui la reçoit examine ses documents, constate que son dossier est complet et lui remet une attestation d'ouverture de ses droits à une couverture maladie. Sans un mot d'explication. Comme je lui demande pourquoi, il me répond que le contenu des droits est précisé sur l'attestation. Il reconnaît, néanmoins, que Madame G. parle peu le français et le lit encore moins. Il considère cependant que si l'État souhaite accorder des droits aux Noirs Marrons, alors ce même État n'a qu'à leur apprendre à lire et à écrire.

Ces deux scènes relèvent manifestement de discriminations à raison de l'origine : il s'agit d'obstacles illégitimement opposés à l'accès de certaines personnes à une couverture maladie, au nom de leur origine. Mais quelle est cette origine ? Il s'agit d'une nationalité étrangère figurant [36] sur un dossier dans le premier cas, d'une identité noire marronne attribuée à une femme dans le second. Le présent article propose une analyse comparée de ces discriminations, selon qu'elles se fondent sur une nationalité ou une identité ethnoraciale. Il s'appuie pour ce faire sur les résultats d'une recherche qualitative menée sur deux terrains : la France "métropolitaine" et la Guyane française au début des années 2000, dans le domaine de l'accès aux soins.

Les discriminations  
dans le domaine de l'accès aux soins

[Retour à la table des matières](#tdm)

Peu d'études ont porté, en France, sur les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Certes, des inégalités en la matière sont objectivées entre étrangers et Français ou entre immigrés et non-immigrés. Ainsi notamment, des inégalités de consommation médicale selon la nationalité et le pays de naissance ont été constatées, celle des immigrés et des étrangers étant inférieure à celle des non-immigrés et des Français [[2]](#footnote-2). De plus, le moindre taux de couverture maladie des immigrés et des étrangers (base et complémentaire) [[3]](#footnote-3) et leur surreprésentation dans les lieux gratuits d'accès aux soins, qu'ils soient associatifs ou hospitaliers (permanence d'accès aux soins de santé, PASS) [[4]](#footnote-4), suggèrent qu'ils affrontent des difficultés accrues pour accéder aux soins.

Comme pour les inégalités selon l'origine dans l'accès à d'autres types de ressources, celles qui touchent l'accès aux soins sont habituellement expliquées par la surreprésentation des étrangers et des immigrés dans les couches de la population défavorisées sur le plan socioéconomique, au regard notamment de la qualification, du diplôme ou du revenu. Par exemple, la faiblesse de leur taux de couverture complémentaire (une couverture payante) est attribuée à celle de leurs revenus. Quand il s'avère qu'une part des inégalités persiste après ajustement sur les variables socioéconomiques, des explications culturelles peuvent être [37] avancées. Ainsi par exemple, le retard de l'accès aux soins de certains étrangers et/ou immigrés peut être attribué à leur interprétation différente de leurs symptômes (non perçus comme pathologiques) ou à leur recours à des thérapies non biomédicales.

Le propos du présent article n'est pas de discuter des limites de ces deux explications (universaliste versus culturaliste), mais d'en introduire une troisième. Plutôt que d'interroger l'impact sur l'accès aux soins des caractéristiques socioéconomiques et culturelles des étrangers et des immigrés, il s'agira en effet d'envisager celui des discriminations dont ils sont victimes.

Notre questionnement sur les discriminations sera élargi de façon à inclure également celles dont sont victimes des personnes caractérisées par leur identité ethnoraciale, qu'elles soient ou non étrangères. C'est en effet de façon contemporaine à l'irruption de la notion de minorité ethnoraciale dans la rhétorique républicaine qu'a émergé la discrimination comme "problème social" en France [[5]](#footnote-5). Cette irruption marquait une rupture d'avec le modèle d'intégration "à la française' [[6]](#footnote-6) qui, à l'instar de ce qui a été présenté précédemment de l'accès aux soins, attribuait la responsabilité des inégalités selon l'origine (dans l'accès à l'emploi, aux revenus, à l'éducation, par exemple) au fait que les étrangers et les immigrés sont en général des individus socialement défavorisés et/ou culturellement différents. Ces inégalités étaient censées se réduire progressivement à mesure que s'allongeait la durée de résidence en France, les comportements des individus se rapprochant progressivement de celui des Français non immigrés.

Mais à partir de la fin des années 1990, le paradigme des discriminations a remis en cause ce modèle en pointant la responsabilité de la société elle-même par ses traitements discriminatoires à l'encontre des étrangers et des immigrés. Or c'est aussi et surtout aux enfants de certains de ces étrangers, ainsi qu'aux Français des départements ultra-marins, qu'a été appliqué ce paradigme [[7]](#footnote-7). Le voile était ainsi levé sur des inégalités qualifiées désormais d'"ethno-raciales", jusqu'alors [38] largement occultées puisque la statistique française ne distingue les individus que selon leur nationalité et leur pays de naissance.

La catégorisation "ethnoraciale" procède d'une catégorisation sociale, c'est-à-dire que les indices sur lesquels elle se fonde (tels que la couleur de la peau, le faciès ou le patronyme) sont signifiants dans une société donnée, à une époque donnée. Elle est produite dans le cadre d'un rapport de pouvoir, entre une "majorité" qui catégorise et des "minorités" qui sont catégorisées. Les individus ainsi catégorisés peuvent se reconnaître dans ces appellations (comme les Noirs Marrons en Guyane, qui — au-delà de la complexité des clans et des familles — se reconnaissent une histoire commune) ou, au contraire, n'avoir pour seul point commun que d'être ainsi catégorisés et, le cas échéant, discriminés en tant que tels (comme les Noirs en France "métropolitaine' [[8]](#footnote-8)). Cette catégorisation charrie un ensemble de connotations biologiques et/ou culturelles. Certains auteurs la qualifient de "raciale" et d'autres d'"ethnique" [[9]](#footnote-9) plutôt que d'"ethnoraciale". Le propos est ici moins de prendre parti pour l'une ou l'autre de ces appellations que d'étudier, dans des contextes sociaux précis, les conséquences concrètes de cette catégorisation sur l'accès aux soins des personnes auxquelles elle s'applique.

Revenons donc aux discriminations dans l'accès aux soins, dont il a été dit précédemment qu'elles sont rarement étudiées. La légitimité attachée aux soins — qui a justifié la mise en place, au cours des dernières décennies, d'une succession de politiques de lutte contre l'exclusion des soins — rend en effet difficilement conceptualisable l'hypothèse d'une différenciation des soins selon des critères autres que médicaux. Quelques études ont tout de même envisagé cette question. Certaines d'entre elles, parce qu'elles sont quantitatives et qu'elles définissent par conséquent leurs populations d'étude selon les catégories de la statistique française, n'ont pu identifier les victimes que selon leur nationalité et leur pays de naissance [[10]](#footnote-10). D'autres, qualitatives, ont appréhendé [39] des discriminations, les qualifiant alors de « raciales » [[11]](#footnote-11), y compris quand elles sont pourtant, comme les précédentes, fondées sur une nationalité étrangère (par exemple dans le traitement discriminatoire de dossiers d'assurés).

L'hypothèse qui fonde le présent article est que la compréhension des discriminations selon l'origine, c'est-à-dire l'identification des processus qui les sécrètent et des contextes qui leur permettent de s'épanouir, requiert une analyse précisément différenciée de ces deux dimensions de l'origine. Ainsi, aux États-Unis, où la statistique identifie plus volontiers les identités ethnoraciales que les nationalités et les pays de naissance, la compréhension des discriminations à l'œuvre derrière les inégalités dans l'accès aux soins mesurées entre les groupes ethno-raciaux pâtit de l'absence de données sur les étrangers et les immigrés [[12]](#footnote-12). On peut en effet supposer que les discriminations ne procèdent pas des mêmes justifications et ne prennent pas appui, pour se matérialiser, sur les mêmes dispositifs concrets, selon que la victime est étrangère ou issue d'une minorité ethnoraciale, même si elles peuvent aussi se recouper pour se renforcer mutuellement.

La discussion de cette hypothèse s'appuiera sur les résultats d'une enquête menée en France "métropolitaine" et en Guyane, département français situé en Amérique du Sud. Si les processus discriminatoires qui s'y déroulent procèdent bien de logiques similaires, leur déclinaison guyanaise s'avère la plus visible, facilitant en retour la lecture de la "métropolitaine". Cette étude de terrain a procédé par entretiens semi-directifs menés entre 2001 et 2003 auprès de 175 professionnels de l'accès aux soins (soignants, travailleurs sociaux, agents de la Sécurité sociale), dont 97 en Guyane et 78 en "métropole" [[13]](#footnote-13), et par des observations sur leurs lieux d'exercice.

La discrimination était définie comme suit : c'est un traitement différentiel — entendu le plus souvent au sens de défavorable — et illégitime [[14]](#footnote-14). [40] S'agissant de discriminations opérées par des professionnels de l'accès aux soins, cette illégitimité a été évaluée au regard des « bonnes pratiques professionnelles », telles que définies par la loi, mais aussi par la déontologie ou des connaissances actualisées. Ont donc été considérées discriminatoires des pratiques différenciées selon l'origine (étrangère ou ethnoraciale) de façon inopportune du point de vue des bonnes pratiques professionnelles.

Les professionnels ont été interrogés sur leurs représentations de l'origine et sur les traitements différentiels qu'ils réservent éventuellement à certains de leurs usagers au nom de ces représentations. Ce matériau a été soumis à une analyse qualitative.

Quant à la définition de l'accès aux soins, elle incluait l'accès à une couverture maladie. Ce dernier réside même au cœur de l'analyse, car la couverture maladie est un déterminant majeur d'un accès à des soins continus et de bonne qualité. Selon une étude quantitative récente, elle contribuerait même plus que toute une série de variables (telles que le sexe, l'âge et le statut socioéconomique) aux inégalités d'accès aux soins entre étrangers et Français [[15]](#footnote-15).

Le matériau de l'enquête a donc été recueilli auprès des auteurs ou des témoins des traitements discriminatoires, et non des victimes. Ont été analysés la façon dont l'auteur justifie la discrimination — sa perception de la différence d'origine et les représentations qu'il lui associe — puis les dispositifs concrets qui permettent à ces représentations de se matérialiser dans des pratiques discriminatoires. En revanche, la perception qu'en a la victime (en particulier son sentiment d'avoir été discriminée ou pas) ne faisait pas partie du cadre d'analyse. La démarche de cette enquête se situait ainsi à l'opposé de celles d'autres enquêtes qui, en se fondant sur le témoignage de personnes s'estimant discriminées, analysent le "pourquoi" de la discrimination à partir non pas des représentations de leurs auteurs, mais des caractéristiques sociales de leurs victimes [[16]](#footnote-16).

[41]

Une des limites de notre enquête est donc qu'elle ne pouvait pas mettre au jour ce qui n'était pas rapporté ni par les auteurs ni par les témoins (et qui en revanche auraient pu l'être par les victimes). De plus, que l'enquête recueille exclusivement le point de vue des auteurs ou bien celui des victimes, elle ne permet pas d'analyser la dimension dynamique, interactive, de la production des discriminations : comment celles-ci suscitent des réactions chez les victimes (telles que l'intériorisation du rejet ou la revendication de la différence, ou de l'absence de différence), susceptibles d'interférer à leur tour sur la production de discriminations.

Les discriminations à rencontre des étrangers :  
l'illégitimité du sans-papier

[Retour à la table des matières](#tdm)

Lorsqu'elles consistent en une restriction de la réglementation, les discriminations dans l'accès aux soins peuvent être repérées assez simplement [[17]](#footnote-17). Ce peut être, par exemple, l'exigence, par des agents des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), de justificatifs non prévus par les textes. De telles pratiques peuvent ensuite être qualifiées de discriminatoires à l'encontre des étrangers s'il s'avère qu'elles leur sont réservées. Les associations qui viennent en aide aux étrangers ayant besoin de soins constituent à cet égard, par leur expertise et leur présence sur le terrain, de précieuses sources d'information [[18]](#footnote-18).

La compréhension de ces pratiques discriminatoires à l'encontre des étrangers peut être éclairée par une contextualisation politique. Les gouvernements conduisent depuis une trentaine d'années des politiques dites de « maîtrise des flux migratoires » qu'ils justifient au nom du ralentissement de la croissance économique et de la progression du chômage. L'un des leviers de cette maîtrise serait, selon eux, la restriction des droits sociaux des étrangers sans papiers, censée réduire l’attractivité de la France aux yeux des candidats à l'émigration. Cette restriction serait de surcroît une mesure d'économie, toujours bienvenue pour un budget social déficitaire. Au cours des 15 dernières années, les droits [42] de sans-papiers à une couverture maladie ont ainsi été progressivement restreints au nom de l'intérêt général [[19]](#footnote-19).

Or cette politique s'inscrit à contre-courant d'une autre politique, conduite en France depuis plusieurs dizaines d'années, qui vise à permettre au plus grand nombre de bénéficier d'une couverture maladie, et dont le vote en 1999 de la loi Couverture maladie universelle (CMU) représente une étape phare [[20]](#footnote-20). Ainsi, alors que les politiques sociales s'efforcent d'intégrer les plus précaires au système de protection sociale, les politiques migratoires tendent à exclure de celle-ci les sans-papiers, c'est-à-dire les plus précaires d'entre les précaires [[21]](#footnote-21).

Les professionnels chargés d'accorder ces droits aux sans-papiers sont informés non seulement de cette évolution restrictive de la loi, mais aussi des arguments que mettent en avant les décideurs politiques pour la justifier. Ces derniers chargent d'ailleurs volontiers "la barque" des sans-papiers, accusés de faire une consommation de soins irresponsable, voire frauduleuse. Le contraste avec les politiques de lutte contre l'exclusion des soins suggère alors avec d'autant plus de force aux professionnels l'illégitimité de ces étrangers auxquels est refusé ce que l'on tente de faire obtenir aux "autres précaires".

Ainsi, les professionnels qui appliquent la loi de façon plus restrictive encore que ne le prévoient les textes s'en justifient en reprenant ces mêmes arguments, tels que la consommation excessive de soins par des étrangers venus en France exclusivement pour s'y faire soigner. Bien qu'illégales, leurs pratiques sont donc néanmoins conformes à l'esprit des politiques. Elles n'ont même souvent qu'un 'temps d'avance" sur une loi qui finira par les entériner à l'occasion d'une réforme ultérieure et plus [43] restrictive encore que les précédentes [[22]](#footnote-22). Mais si les politiques migratoires nationales préparent ainsi un terrain propice aux discriminations, le contexte local a lui aussi son importance en favorisant plus ou moins leur épanouissement.

Un premier élément significatif de ce contexte local est l'affluence des usagers étrangers dans les établissements d'ouverture de droits à une couverture maladie : son importance favorise la suspicion d'abus dans leur prétention à bénéficier de ces droits. Ainsi la comparaison de plusieurs villes de "métropole" a-t-elle fait apparaître que dans celles où les étrangers étaient les plus nombreux, les agents des CPAM avaient les commentaires les plus péjoratifs et regrettaient amèrement que la loi ne leur donne pas les moyens de s'opposer aux fraudes supposées des étrangers. À l'inverse, dans celles où les usagers étrangers étaient moins nombreux, les professionnels n'évoquaient pas ce type de crainte et mettaient même en place des dispositifs pour aller à la recherche des étrangers potentiellement bénéficiaires mais dont ils avaient perdu la trace suite à un changement d'adresse.

La Guyane présente de ce point de vue une figure extrême. L'immigration très importante qu'elle connaît depuis les années 1960 (la population a été multipliée par neuf en un demi-siècle [[23]](#footnote-23), un habitant sur trois est né à l'étranger [[24]](#footnote-24)) fait l'objet de politiques plus sévères que nulle part ailleurs sur le territoire français, excepté Mayotte [[25]](#footnote-25). Ces politiques, permises par un régime dérogatoire au droit commun dans le domaine du droit des étrangers, accroissent l'illégitimité de l'immigration aux yeux de la population guyanaise. En outre, si la Guyane est pauvre au regard des standards français, les pays voisins (Surinam, Haïti, Brésil, Guyana), dont sont issus les étrangers qui émigrent en Guyane, sont bien plus pauvres encore [[26]](#footnote-26) ; ces étrangers connaissent par [44] conséquent des conditions de vie particulièrement précaires. Ainsi, par exemple, on compte 3% d'allocataires du revenu minimum d'insertion (rmi) en France contre 13% en Guyane [[27]](#footnote-27), mais 48% des allocataires de Guyane sont étrangers contre 14% de ceux de France [[28]](#footnote-28). Les étrangers sont par la suite accusés d'importer la pauvreté et avec elle la criminalité, et donc d'aggraver les difficultés économiques auxquelles est déjà confronté le département.

Nombre d'agents de la Caisse de l'assurance maladie de la Guyane déplorent que les étrangers, par leur affluence très importante, saturent les services ; et en tant que citoyens guyanais, ils s'irritent de ce que ces mêmes usagers, par leur précarité socioéconomique qui en fait des prétendants à l'aide sociale, donc des "non-cotisants", déstabilisent l'ensemble du système social. Ainsi les discriminations relevant de restrictions dans l'accès aux droits des sans-papiers sont-elles plus ouvertement assumées en Guyane qu'en "métropole" par des professionnels qui considèrent que la différence que présente la Guyane d'avec le territoire "métropolitain" (en termes de situation migratoire et économique) justifie que la protection sociale y soit moins généreuse à l'égard des étrangers sans papiers. Toute entrave à l'accès de ces derniers au système socio-sanitaire peut alors être perçue comme un frein bienvenu à leur accès au territoire [[29]](#footnote-29).

Un deuxième élément significatif du contexte local est la configuration du système sociosanitaire, laquelle facilite plus ou moins la diffusion des pratiques discriminatoires. Ainsi, en Guyane, la faiblesse des effectifs des professionnels sociosanitaires qualifiés (due aux difficultés à les recruter) donne un large espace d'influence à tout professionnel doté de quelques responsabilités en matière d'accès aux droits des étrangers. Les éventuelles pratiques restrictives de ce professionnel ne susciteront guère de critiques auprès de ses partenaires, trop mal informés des spécificités des droits des étrangers pour les relever, et qui pourront même les reproduire en pensant bien faire.

[45]

Ajoutons enfin que les individus victimes de discriminations n'ont guère de possibilités de recours (peu d'associations œuvrant dans le champ de la santé et impossibilité d'aller dans un département voisin pour y trouver mieux), ce qui accroît l'impact effectif des discriminations.

Les discriminations "ethnoraciales" :  
"l'Autre", pourtant français

[Retour à la table des matières](#tdm)

Les discriminations dont il était question ci-dessus étaient opérées à l'encontre des étrangers : c'est au nom de représentations péjoratives à l'encontre des usagers étrangers que les auteurs justifiaient les discriminations, et c'est parce qu'ils avaient la possibilité, concrètement, d'identifier leurs usagers par leur nationalité (mentionnée sur les dossiers), qu'ils avaient celle de mettre en pratique ces représentations. Etudier les discriminations fondées sur l'identité ethnoraciale et non plus sur la nationalité étrangère est moins aisé, en raison non seulement de l'absence de catégories ethnoraciales dans la statistique et la législation françaises, mais aussi de la censure relative dont font l'objet ces catégories jusque dans les discours recueillis par la recherche qualitative.

La situation diffère en Guyane car les individus y sont, de façon banale, désignés selon des catégories ethnoraciales, oralement mais aussi lors des recensements publics [[30]](#footnote-30). Le terrain guyanais ne donne ainsi pas simplement à voir de façon particulièrement flagrante ce qui est également observé en "métropole" — à l'instar de ce qu'on a dit précédemment des discriminations dans l'accès à une couverture maladie des étrangers sans papiers — il permet aussi de déchiffrer les conséquences dans l'accès aux soins du processus de minorisation ethnoraciale dont on "suppose bien" qu'elles existent également en "métropole", mais sans qu'on puisse pour autant aisément les y mettre au jour.

Cependant, contrairement à l’illégitimation des sans-papiers, dont la logique est la même en Guyane ou en "métropole", la lecture de la "version guyanaise" du processus de minorisation requiert d'en connaître les codes et la syntaxe locale. Les catégories ethnoraciales sont en effet identifiées par des critères qui font sens dans la société qui les a sécrétées et dans elle seule. Pour comprendre ce processus de minorisation en Guyane, il est donc indispensable d'identifier les différentes [46] communautés, et plus précisément de repérer les connotations comportementales, les attributs culturels, les fragments d'histoire, etc. qui sont associés à chaque catégorie ethnoraciale, que tout un chacun connaît (quelque soit son avis sur la pertinence de tels liens) et sur lesquels se fonderont d'éventuelles pratiques discriminatoires. Nous nous limiterons dans cet article aux relations tissées entre deux de ces communautés, les Créoles et les Noirs Marrons ; le développement qui suit ne prétend donc nullement dresser le tableau général des discriminations ethnoraciales dans l'accès aux soins en Guyane.

Créoles et Noirs Marrons ont pour ancêtres communs des esclaves amenés d'Afrique aux XVIIe et XVIIIe siècles. Les premiers ont été affranchis lors de l'abolition de l'esclavage en 1848 ; les seconds se sont échappés des plantations avant 1848 pour se réfugier dans la forêt qui recouvre l'intérieur du département. Alors que les premiers étaient progressivement assimilés à la société française et vivaient en majorité sur le littoral guyanais, les seconds sont restés dans l'intérieur, un territoire immense (90% d'un département grand comme le Portugal), couvert de forêts, à l'écart de la société de plantation puis de la société créole. Alors que les Créoles ont progressivement pris les rênes du pouvoir politique local (notamment à la suite de la départementalisation de 1946 puis de la décentralisation de 1982), ce n'est qu'à partir des années 1960 que les Noirs Marrons ont été "francisés", avec notamment l'introduction sur leur territoire des registres de l'état civil, du système de soins et d'éducation.

Ainsi, bien que leur installation sur le territoire guyanais soit aussi ancienne que celle des Créoles [[31]](#footnote-31), les Noirs Marrons sont en quelque sorte des nouveaux venus sur la scène de la citoyenneté départementale. Leur intégration au sein du système sociosanitaire peut alors être perçue comme récente et non méritée par des Créoles qui ont, eux, suivi un long processus d'assimilation (au sens d'"occidentalisation") [[32]](#footnote-32).

Dans le champ de l'accès aux soins, une part importante des professionnels (infirmiers, travailleurs sociaux, agents de l'assurance maladie) auxquels ont affaire les Noirs Marrons est créole. Ces professionnels [47] affirment observer et déplorer chez leurs usagers noirs marrons le caractère récent de leur "occidentalisation" qui se manifesterait par un usage inadéquat de l'offre sociosanitaire : maladresse dans les démarches administratives, recours à des soins dits "traditionnels", faible observance des soins biomédicaux, etc. Ces représentations sur l'immaturité supposée des Noirs Marrons motivent, à l'occasion, des pratiques censées les contraindre à s'adapter au système sociosanitaire. Un exemple parmi d'autres est celui d'un agent de l'assurance maladie qui refuse de lire à ses usagers noirs marrons analphabètes le descriptif de leurs droits, écrit sur l'attestation de droits qu'il leur remet, au motif qu'il ne veut pas les assister, qu'ils n'ont qu'à apprendre à lire et à écrire le français. Cette pratique est fondée sur l'origine ethnoraciale : ne sont pas visés des étrangers qui "ne mériteraient pas" l'accès au territoire, mais une communauté d'"ici" qui "ne mériterait pas" l'accès à la citoyenneté. Elle est discriminatoire car elle est de plus illégitime (non conforme aux bonnes pratiques professionnelles), même si elle respecte les conditions stipulées dans les textes de loi prévoyant l'accès à une couverture maladie.

De la porosité des processus

[Retour à la table des matières](#tdm)

Ont été distinguées jusqu'à présent les discriminations selon qu'elles ont pour cible une nationalité étrangère ou une identité ethnoraciale. Leurs auteurs justifient les premières par la défense d'un espace territorial et les secondes par la défense d'un espace citoyen, justifications qui s'inscrivent dans des rapports sociaux historiquement situés, entre nationaux et étrangers dans un cas, entre majorité et minorité ethnoraciales dans l'autre. Mais ces deux types de discriminations se distinguent également par les circonstances qui leur permettent de s'exercer concrètement. Les discriminations fondées sur la nationalité étrangère — altérité juridiquement définie — peuvent être exercées "sur dossier", dès lors que la nationalité de l'usager y est mentionnée. Les secondes requièrent une interaction sociale, puisque c'est lors de celle-ci qu'est désignée l’altérité ethnoraciale [[33]](#footnote-33).

[48]

Si les processus sont distincts, ils peuvent cependant se croiser. C'est l'expérience qu'en font par exemple les étrangers qui sont à la fois sans-papiers et issus des minorités ethnoraciales les plus stigmatisées. On peut illustrer ce cas de figure avec les pratiques d'une bénévole exerçant dans une association d'aide à l'accès aux droits à une couverture maladie en France "métropolitaine". Reprenant les arguments décrits ci-dessus à propos des risques de fraudes par des étrangers venant se faire soigner en France alors qu'ils n'y résident pas réellement, elle n'accepte d'accompagner, dans leurs démarches d'accès à une AME, que les étrangers sans papiers qui lui fournissent la preuve d'une ancienneté de résidence de trois mois. La scène se passe en 2001, c'est-à-dire alors que cette exigence n'est pas encore légale. Sa pratique est donc discriminatoire à l'encontre de l'ensemble des sans-papiers. Mais elle est aussi différenciée ethno-racialement. La bénévole demande en effet aux Roms, et à eux seuls, de produire, outre la preuve de l'ancienneté de résidence de trois mois, une attestation écrite de ce qu'ils s'engagent à rester un an au moins sur le territoire français. Elle justifie ce surplus d'exigence en expliquant que les Roms vont et viennent entre la France et leurs pays d'origine (Roumanie, Bulgarie) pour revendre dans ces derniers les médicaments obtenus avec l'aide médicale en France.

Cette réticence à accorder des droits aux Roms, observée également chez d'autres professionnels, s'est muée en résistance institutionnelle à l'application de la loi lorsque, suite à l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie à l'Union européenne (1er janvier 2007), certaines CPAM ont tout simplement refusé d'accorder la CMU à laquelle les ressortissants de ces deux pays pouvaient désormais prétendre. Une circulaire a alors été publiée [[34]](#footnote-34), prévoyant que les ressortissants communautaires inactifs qui s'installent sur le territoire français alors qu'ils sont dépourvus de ressources suffisantes et/ou de couverture maladie n'auraient plus droit à la CMU. En jouant à la fois sur le registre du droit (pour entériner des pratiques de refus de droit qui étaient réservées à certains étrangers) et celui de l'identitaire (en ciblant ces étrangers identifiés par des catégories ethnoraciales [[35]](#footnote-35)), l'État a ainsi conforté la convergence des deux types de pratiques discriminatoires.

Le terrain de l'Ouest guyanais offre une illustration particulièrement nette de ce recoupement des discriminations. Les professionnels guyanais [49] dont on a dit qu'ils utilisent l'accès aux soins aux fins des politiques migratoires sont en effet le plus souvent des Créoles (plutôt que des métropolitains venus en Guyane pour y exercer). On peut ainsi les qualifier au regard tout à la fois de leur nationalité (française) et de leur identité ethnoraciale (majoritaire). Quant aux individus discriminés, certains sont à la fois minoritaires ethno-raciaux (Noirs Marrons) et étrangers (Surinamais). Les discours des professionnels créoles mêlent ainsi inquiétudes à l'égard de l'intégrité du territoire guyanais "menacé" par la "déferlante migratoire" et amertume suscitée par l'accès aux droits de Noirs Marrons qui n'auraient jamais eu à faire la preuve de leur volonté de s'intégrer.

Nationalité étrangère et identité ethnoraciale,  
marqueurs sociaux pris   
dans des rapports inégalitaires plus larges

[Retour à la table des matières](#tdm)

Pour comprendre comment ces deux acceptions de l'origine sont des critères de discriminations, nous les avons envisagées en tant que marqueurs de rapports de pouvoir inégalitaires : qu'il s'agisse de l'étranger soumis à un droit restreint par rapport à celui octroyé au citoyen national ou du minoritaire stigmatisé du seul fait de sa couleur de peau, les discriminations dont ils sont victimes sont bien sécrétées par des rapports inégalitaires. Or ces discriminations entretiennent des liens étroits avec les autres rapports inégalitaires qui traversent une société.

Et là encore, le terrain guyanais se montre particulièrement éclairant, du fait de l'importance des rapports inégalitaires fondés sur d'autres statuts sociaux. Ainsi, les inégalités socioéconomiques sont particulièrement fortes en Guyane, en raison notamment de la moindre taxation des revenus et de la prime de vie chère octroyée aux fonctionnaires et aux salariés de certains secteurs comme la banque, tandis qu'à l'autre pôle de la hiérarchie socioéconomique, les étrangers en situation irrégulière vivent dans le dénuement le plus total. Or les dysfonctionnements dans l'accès aux droits à une couverture maladie (pertes de dossiers, retards à l'instruction), récurrents en Guyane, affectent tout particulièrement les individus les plus précaires (souvent analphabètes, peu rodés aux démarches administratives, n'ayant pas les moyens de se déplacer jusqu'à un guichet de l'assurance maladie, et finalement dans l'impossibilité de suivre l'évolution de leurs dossiers). À ces inégalités socioéconomiques s'ajoutent des inégalités territoriales. La mince bande littorale, plus densément peuplée et relativement développée économiquement, s'oppose en effet à un intérieur immense, [50] couvert de forêts et quasi-désert humain, où l'offre de soins est particulièrement insuffisante car très dispersée.

En outre, ces inégalités se renforcent car les lignes de force qu'elles dessinent au sein de la population guyanaise se superposent. Ainsi, notamment, les Noirs Marrons font face, pour accéder aux soins, non seulement à des discriminations selon l'origine (étrangère et ethno-raciale), mais aussi à des difficultés liées à leur zone d'habitation (représentant une part importante des habitants de l'intérieur du département) et à leur situation socioéconomique (du fait du caractère récent de leur insertion sociale) [[36]](#footnote-36). Or cette accumulation des situations défavorables ne doit rien au hasard. Les mêmes éléments historiques expliquent en effet à la fois les rapports ethnoraciaux, la répartition des communautés sur le territoire guyanais et la stratification socioéconomique. Le terrain guyanais nous rappelle ainsi que la discrimination selon l'origine n'est qu'une manifestation, parmi d'autres, d'un ordre social inégalitaire.



1. L'AME est la couverture maladie à laquelle peuvent prétendre les étrangers en situation irrégulière au regard du droit au séjour en France. Elle est délivrée sous condition de résidence en France (ininterrompue depuis plus de trois mois) et de ressources (inférieures à un plafond variable selon la composition du foyer). [↑](#footnote-ref-1)
2. Cf. DOURGNON, Paul ; JUSOT, Florence ; SERMET, Catherine ; SILVA, Jérôme, *Recours aux soins des populations immigrées en France*, rapport final, volume 2, Paris : IRDES, 2009, 65 p. ; INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES, *Les immigrés en France*, Paris : INSEE, 2005,

   <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/IMMFRA05.PDF> [↑](#footnote-ref-2)
3. Cf. MARICAL, François ; SAINT POL, Thibaut de, "La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités", *Insee Première*, n° 1142, juin 2007, 4 p., <http://www.insee.fr/>fr/ffc/ipweb/ip1142/ip1142.pdf ; MIZRAHI, Andrée ; MIZRAHI, Arié, "Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger", *Journal d'Économie Médicale*, n° 3, 2008, pp. 159-176. [↑](#footnote-ref-3)
4. Voir, par exemple, pour les pass, FABRE, Catherine ; BAUDOT, Vincent ; TOULEMONDE, Sibylle, *Évaluation des permanences d'accès aux soins de santé*. Rapport final, Toulouse : Grès Médiation Santé, octobre 2003, 60 p., et pour les lieux associatifs, MÉDECINS DU MONDE, *Rapport 2008 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France*, Paris : Médecins du monde, 2009, 224 p. [↑](#footnote-ref-4)
5. Cf. FASSIN, Didier, "L'invention française de la discrimination", *Revue Française de Science Politique*, vol. 52, n° 4, 2002, pp. 403-423. [↑](#footnote-ref-5)
6. Tel qu'il avait été construit dans les années 1980 et défini par le Haut Conseil à l'intégration dans son rapport de 1991. Voir HAUT CONSEIL À L'INTÉGRATION, *Pour un modèle français d'intégration : premier rapport annuel*, Paris : La Documentation française, 1991, 185 p. [↑](#footnote-ref-6)
7. Les immigrés de nationalité française et les jeunes nés en France de parents immigrés (souvent à la fois français et socialisés en France), se déclarent plus sensibles que les étrangers aux discriminations dont ils sont victimes. Voir SIMON, Patrick, *Les discriminations ethniques dans la société française : une synthèse*, Paris : IHESI - INED, 2000, 34 p. [↑](#footnote-ref-7)
8. Cf. N'DIAYE, Pap, *La condition noire*, Paris : Éd. Calmann-Lévy, 2008, 440 p. [↑](#footnote-ref-8)
9. On peut retrouver une illustration de ce débat dans un récent numéro de Migrations Société, où Christian Poiret qualifie de "raciale" une catégorie dès lors qu'elle s'applique à des individus nationaux et socialisés en France (ne laissant donc aucune place à une possible assimilation, au contraire de la catégorie ethnique), tandis que Françoise Lorcerie lui préfère le terme "ethnique", en considérant que le paradigme de l'ethnicité inclut les théories de la race. Voir POIRET, Christian, "Le retour de la catégorie 'Noirs' dans l'espace public français", *Migrations Société*, vol. 22, n° 131, septembre-octobre 2010, pp. 69-85 ; LORCERIE, Françoise, "Action publique et discrimination ethnique : introduction", *Migrations Société*, vol. 22, n° 131, septembre-octobre 2010, pp. 31-50. [↑](#footnote-ref-9)
10. Cf. MESSIAH, Antoine ; REY, Dominique ; OBADIA, Yolande ; ROTILY, Michel ; MOATTI, Jean-Paul, "HIV testing, knowledge, attitudes, beliefs and practices among minorities : pregnant women of North-African origin in Southeastern France", *Journal of the National Medical Association*, vol. 90, n° , 1998, pp. 87-92, [http://www.slideshare.net/mrotily/hiv-testinge-kabp-minorities-and-women-jnca-1999](http://www.slideshare.net/mrotily/hiv-testinge-kabpminorities-and-women-jnca-1999). [↑](#footnote-ref-10)
11. COGNET, Marguerite ; GABARRO, Céline ; ADAM-VÉZINA, Emilie, "Entre droit aux soins et qualité des soins", *Hommes & Migrations*, n° 1282, novembre-décembre 2009, pp. 54-65. [↑](#footnote-ref-11)
12. Cf. LAUDERDALE, Diane S. ; WEN, Ming ; JACOBS, Elizabeth A. ; KANDULA Namratha R., "Immigrant perceptions of discrimination in health care : the California health interview survey 2003", *Medical Care*, vol. 44, n° 10, 2006, pp. 914-920. [↑](#footnote-ref-12)
13. Dans trois régions de France "métropolitaine" (Aquitaine, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais) et dans principalement deux villes guyanaises (Saint-Laurent du Maroni et Cayenne). [↑](#footnote-ref-13)
14. Cf. LOCHAK, Danièle, "Réflexions sur la notion de discrimination", *Droit Social*, n° 11, novembre 1987, pp. 778-790. [↑](#footnote-ref-14)
15. Cf. DOURGNON, Paul ; JUSOT, Florence ; SERMET, Catherine ; SILVA, *Jérôme, Recours aux soins des populations immigrées en France, op. cit*. [↑](#footnote-ref-15)
16. Par exemple, dans l'enquête Trajectoires et Origines (TeO) menée en 2008 par l'ined et l'insee, est évaluée l'influence, sur la probabilité de se sentir discriminé, de divers facteurs tels que l'origine géographique, la catégorie socioprofessionnelle ou encore la religion. Voir BEAUCHEMIN, Cris ; HAMEL, Christelle ; LESNE, Maud ; SIMON, Patrick et l'équipe de l'enquête TeO, "Les discriminations : une question de minorités visibles", *Population et Sociétés*, n° 466, avril 2010, 4 p. [↑](#footnote-ref-16)
17. L'identification de discriminations dans la délivrance de soins est plus délicate : elle requiert de bien connaître l'état de santé des malades et leurs préférences en matière de soins, ainsi que les moyens à disposition des soignants et leurs habitudes de prescription. [↑](#footnote-ref-17)
18. Par exemple, Médecins du monde, le Comité médical pour les exilés (comede) et l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (odse). [↑](#footnote-ref-18)
19. Cf. CARDE, Estelle, "Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires ? La loi et l'illégitime", *Santé Publique*, vol. 21, n° 3, 2009, pp. 331-337. [↑](#footnote-ref-19)
20. Les réformes du droit à une couverture maladie se sont succédées depuis la création de la Sécurité sociale en 1945, afin que le plus grand nombre y soit éligible. De 1945 à 1974 ont été rattachées à la Sécurité sociale des catégories qui en étaient au départ exclues car ne satisfaisant pas à la condition de l'activité professionnelle (étudiants, chômeurs, retraités, prêtres, etc.). À partir de 1975, les réformes de l'Aide sociale et l'imbrication de certains de ses dispositifs à ceux de la Sécurité sociale ont visé à faciliter l'accès à une couverture maladie pour les plus précaires des résidents : assurance personnelle en 1978 (simplifiée en 1994), réformes de l'aide médicale en 1988 et 1992, création de la cmu en 1999, puis divers dispositifs destinés à améliorer l'accès à une complémentaire santé pour les foyers dont les revenus sont faibles mais supérieurs au plafond ouvrant droit à la cmu complémentaire. [↑](#footnote-ref-20)
21. Cf. CARDE, Estelle, "Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers : de l'Aide sociale aux politiques d'immigration", *Mouvements*, n° 59, 2009, pp. 144-156. [↑](#footnote-ref-21)
22. Cf. CARDE, Estelle, "Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins", *Santé Publique*, vol. 19, n° 2, 2007, pp. 99-110 ; CARDE, Estelle, "'On ne laisse mourir personne'. Les discriminations dans l'accès aux soins", *Travailler*, vol. 16, n° 2, juillet 2006, pp. 57-80. [↑](#footnote-ref-22)
23. On comptait 25 000 habitants en 1946, 222 000 en 2008. Voir Institut national de la statistique et des études économiques (insee), <http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_>d=estim-pop. [↑](#footnote-ref-23)
24. Cf. BRETON, Didier ; CONDON, Stéphanie ; MARIE, Claude-Valentin ; TEMPORAL, Franck, "Les départements d'Outre-Mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations", *Population et Sociétés*, n° 460, octobre 2009, 4 p. [↑](#footnote-ref-24)
25. Cf. BENOIT, Catherine, "Un domaine de dérogations ; les outre-mers", in : *Cette France-là*, vol. 2, Paris : Éd. La Découverte, 2010, <http://www.cettefrancela.net/volume-1/descriptions/article/un-domaine-de>-derogations ; GROUPE D'INFORMATION ET DE SOUTIEN DES IMMIGRÉS, *Étrangers en Guyane, Guyane étrangère à son entourage*. Rapport de mission, Paris : GISTI, 2006, 20 p. [↑](#footnote-ref-25)
26. Cf. MORIAME, Éric (coordonné par) ; ATTALI Stéphane ; VOIRIOT Olivier, *Guyane, un développement sous contraintes*, Paris : INSEE, IEDOM, AFD, 2008, 83 p. [↑](#footnote-ref-26)
27. Proportions sur les populations âgées de 20 à 59 ans. Chiffres de 2006 pour la France entière et de 2007 pour la Guyane. Voir DIRECTION DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL - SERVICE STATISTIQUE, *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*. Mémento Antilles-Guyane 2008, Martinique : DSDS, 2009, 32 p., Statiss 2008, <http://www.martinique.sante.gouv.fr> [↑](#footnote-ref-27)
28. Chiffres de 2005. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETÉ ET DE L'EXCLUSION SOCIALE (onpes), *Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l’exclusion sociale 2005-2006*, Paris : La Documentation française, 2006, 164 p.,

    <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>var/storage/rapports-publics/064000163/0000.pdf [↑](#footnote-ref-28)
29. Cf. CARDE, Estelle, "Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane", *Espace Populations Sociétés*, n° 1, 2009, pp. 175-189. [↑](#footnote-ref-29)
30. Le site du ministère de l'Outre-Mer affiche le décompte, parmi les résidents en Guyane, des Créoles, Amérindiens, Noirs Marrons, H'mongs, Métropolitains, etc.. Voir [http://www.outre-mer.gouv.fr/?presentation-guyane.html](http://www.outremer.gouv.fr/?presentation-guyane.html) [↑](#footnote-ref-30)
31. Ces considérations ne se rapportent qu'aux Noirs Marrons du clan des Alukus, qui se sont installés dans la forêt guyanaise sitôt après s'être échappés des plantations. Elles ne s'appliquent pas aux autres Noirs Marrons qui vivent aujourd'hui en Guyane mais qui pour la plupart n'y ont immigré qu'à partir de la fin du XXe siècle et sont surinamais, ayant vécu auparavant dans la forêt du Surinam (pays frontalier de la Guyane). [↑](#footnote-ref-31)
32. Cf. JOLIVET, Marie-José, *La question créole : essai de sociologie sur la Guyane française*, Paris : Éd. de l'ORSTOM, 1982, 503 p. [↑](#footnote-ref-32)
33. C'est ainsi, dans l'interaction sociale, qu'un Créole reconnaît un Noir marron à Saint-Laurent : d'abord parce qu'il ne le reconnaît pas comme étant l'un des siens (les Créoles se connaissant personnellement entre eux) et ensuite, probablement, sur des indices visuels (l'ascendance des Créoles de Saint-Laurent étant plus métissée — avec des Chinois et des Antillais — que celle des Noirs Marrons, leur peau est plus claire) et linguistiques (langues maternelles distinctes — créole *versus* nengué — accent français, patronymes). [↑](#footnote-ref-33)
34. Circulaire n° DSS/DACI/2007/418 du 23 novembre 2007, remplacée depuis par la circulaire n° DSS/DACI/2011/225 du 9 juin 2011. [↑](#footnote-ref-34)
35. Avec, par exemple, la demande ministérielle, adressée au cours de l'été 2010 aux services de police, d'arrêter et d'expulser préférentiellement, parmi les sans-papiers, les Roms. [↑](#footnote-ref-35)
36. Cf. CARDE, Estelle, "Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane", art. cité. [↑](#footnote-ref-36)