

# L'avancée du sida dans les zones frontalières guyano-brésiliennes

Terre de destination pour les migrants caribéens et latino-américains, la Guyane est le département français le plus touché par le sida, tandis qu'au Brésil l'épidémie gagne jusqu'aux coins les plus reculés de l'Amazonie.

L'avancée de la maladie est directement liée à l'intensification de la mobilité humaine. Il n'en reste pas moins que face à la vulnérabilité croissante des migrants malades, le Brésil et la Guyane, occupés à sauver de fragiles et récents accords de coopération, ne prennent pas de mesures suffisantes.

par **Frédéric Bourdier**, anthropologue, chercheur à l'UR 102 "Intervention publique, espaces, sociétés", Institut de recherche pour le développement (IRD)

Il a été dit et redit que le sida agit comme un révélateur et un accélérateur des tensions sociales et géopolitiques. Corrélativement, dénouer le lien entre la migration internationale et l'épidémie à VIH peut servir de point de départ à une réflexion sur l'évolution des dynamiques sociopolitiques entre pays voisins. Le sida s'exporte mal, pourtant il transcende les frontières. Nous nous proposons d'examiner dans cet article en quoi et comment il remet en question quelques-unes des dispositions fragilement établies entre la Guyane française et le Nord brésilien (État de Amapá) et à quel point des distinctions sociales, culturelles et économiques, voire des revendications identitaires, ressurgissent en la circonstance. La circulation migratoire des Brésiliens dans toute la partie orientale de l'Amazonie est un phénomène dont les dynamiques sociales ont déjà été mises en avant et sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici. Ce point méticuleusement observé, analysé et admis une fois pour toutes dans d'autres écrits<sup>(1)</sup> permet de repérer la façon dont se constituent les flux et les réseaux migratoires qui, par la suite, s'étendent au-delà des frontières administratives. Dans une région où le mouvement des hommes tiendrait une place non négligeable dans la diffusion du VIH, l'hypothèse de la vulnérabilité accrue des migrants fragilise les rapports entre États, rend mal à l'aise les responsables de la gestion de l'épidémie aussi bien que les politiques chargés de la gestion de la migration. La porosité spatiale de l'épidémie met en avant quelques-unes des contradictions flagrantes entre niveaux de décision macro et micro, ainsi que les enjeux qui se dévoilent à chaque échelle. Pour qui connaît l'Amérique latine septentrionale, les trajectoires humaines n'ont rien d'extraordinaire. Elles sont au contraire anodines et emblématiques de la dynamique sociale et spatiale d'une population qui, depuis les premières générations, circule d'un endroit à l'autre dans l'espoir d'une amélioration de ses conditions de vie, à l'affût d'une rencontre

1)- Bourdier F., *Migration et sida en Amazonie française et brésilienne*, Ibis rouge, Cayenne, 2004 ; Leonardi V., *Fronteiras amazônicas do Brasil*, Brasilia, 2000, 176 p. ; Chérubini B., *L'évolution des relations interethniques en Guyane*, *Les Dossiers d'outre-mer*, Guyane, 4<sup>e</sup> trimestre, 1985.

qui accordera le *jeitinho*, le “petit coup de main” indispensable à établir les réseaux nécessaires de sociabilité<sup>(2)</sup>. Certes, le contexte historique a changé, la conjoncture économique et politique encore davantage, mais les mouvements humains transcendent la constitution du territoire national. Le Brésil a toujours été – et continue d’être – une terre d’agitation, de migration, de mouvement, d’exode. Combien de microrégions et d’États du Nordeste ont la réputation fondée d’être des réservoirs à migrants et, inversement, combien de villes et d’États sont réputés attirer les migrants, à l’instar du Pará, de l’Amapá au nord et de l’Acre au nord-ouest ?

Les parcours de vie se suivent sans se ressembler. Les trajectoires des personnes et des groupes ne sont pas que le fruit de décisions privées mais répondent à des logiques socio-économiques qui dépassent les individus. Certes, chacun dispose d’une marge de négociation, mais les volontés individuelles peuvent être contrecarrées par des contraintes politiques, historiques, économiques et sociales qui influent sur le devenir personnel et familial. En retraçant les trajectoires de personnes tirées au hasard de nos carnets de terrain, on se rend compte que les lieux investis représentent des pôles d’attraction pour les gens du Nordeste du Brésil. Quand ils ne s’implantent pas dans les capitales, ils poursuivent leur chemin vers des villes relais, des fronts pionniers agricoles ou des zones d’extraction de minerais. De même, contrairement aux théories simplistes qui envisagent les flux migratoires en termes de pertes/bénéfices et qui sous-tendent que l’individu est mû par une attitude calculée le poussant à se rendre là où il existe un plus à gagner, les études de cas comme les analyses régionales à grande échelle<sup>(3)</sup> démontrent l’inanité de chercher dans les comportements humains la quintessence d’une rationalité mathématique.

2)- Barbosa L.,  
*O jeitinho brasileiro. A arte de ser mais igual que os outros*, Editora Campus, Rio de Janeiro, 1992.

3)- Becker B. K.,  
*Amazônia*, São Paulo, Atica, 1991.

### *Des migrations internes au Brésil pour coloniser l’Amazonie*

Quitter Macapá pour une petite ville provinciale signifie fuir le microcosme périurbain inhumain des quartiers défavorisés où règne la violence. Les critiques relatives aux théories comportementalistes ont suffisamment fait couler d’encre et il est inutile d’y revenir. Contentons-nous de préciser que les tentatives d’intensification de l’occupation humaine de l’Amazonie à partir des années soixante traduisent en premier chef la volonté politique du régime militaire alors en place depuis 1964. Ce dernier, obnubilé par le miracle économique censé propulser le Brésil au rang des grandes puissances industrielles, et fort de ses visées expansionnistes, a tenté de planifier la seconde conquête de l’Amazonie en traçant les routes transamazoniennes, en implantant des colons, en créant des fronts pionniers et en favorisant l’implantation de puissants propriétaires dont le gouvernement savait qu’ils seraient des défricheurs acharnés de la forêt. Celle-ci, omniprésente, était considérée comme improductive et comme un obstacle au développement.

4)- Littéralement, quelqu'un qui s'accommode des situations et s'y complaît.

Bien entendu, les stratégies migratoires n'aboutissent pas toujours pour le migrant à la stabilité espérée. En dépit de son infection par le VIH, la réusite de Suelly (une femme dont nous avons suivi le parcours), aussi modeste soit-elle, s'affiche en contrepoint de la vie précaire d'une multitude d'autres personnes. Conditions drastiques d'existence qui ne cessent d'alimenter des migrations successives sans horizon dégagé ; irruption d'une maladie qui réduit les chances de se projeter dans un avenir conforté ; irresponsabilité de l'État ou imprévisibilité des acteurs sociaux : les discours populaires ainsi que scientifiques oscillent entre une interprétation focalisée sur la responsabilité de la personne et une analyse centrée sur l'incapacité du gouvernement à résoudre les questions de survie les plus élémentaires de la population.

À la faveur des discours populaires, il a été avancé par une pléthore d'auteurs que l'homme brésilien du Nord est davantage *comodista*<sup>(4)</sup> qu'entrepreneur. Il ne se révolte pas, ne critique pas. Poète, chanteur et musicien à ses heures, il s'accommode des choses comme elles se présentent, recherche la compagnie, adore le bavardage et privilégie ce qui représente son patrimoine symbolique, à savoir des relations sociales dont il maintient de façon constante l'intensité et la qualité. Ce bon vivant évite la confrontation autant que la dispute ouverte et préfère se dérober s'il y a de l'eau dans le gaz. Le discours scientifico-politique ne contredit pas cette image mais la complète : il relève d'une critique systématique des institutions et des dirigeants qui affichent leur impuissance à fournir des repères au citoyen, le laissant dans son ignorance, son marasme et son imprévisibilité. Ces facteurs politiques favorisent à leur tour des comportements sociaux déraisonnables, qui se caractérisent par une fuite en avant des individus ne disposant pas de ressources pour se mobiliser, en dehors de quelques rares mouvements organisés comme celui des Paysans sans terre. D'où la tendance de ce prototype du Brésilien *comodista* à partir pour aller voir ailleurs ce qui se passe ou, inversement, à se contenter de son sort, tant que la bière est fraîche et que son équipe de football gagne.

### *Une mobilité forcée qui traduit la dureté de la condition humaine*

Ces idées repérables dans les représentations collectives laissent l'observateur perplexe. Se dégage en effet la fausse représentation d'une société bicéphale, sorte de Janus à deux têtes : la première constituée par l'agrégation de citoyens peu soucieux de leur avenir, fêtards, prenant la vie du bon côté ; et la seconde qui insiste sur le processus de "victimisation" de l'autochtone, sur l'absence d'ingérence de l'État, sur la déliquescence des pouvoirs publics et leur incapacité à maîtriser de façon cohérente l'occupation de l'espace national et l'avenir de ses citoyens. Il n'est pas question ici de rentrer dans les détails de ce débat ni de cerner sa complexité mais de mentionner la nécessité de sortir de cette double vision, issue du sens

commun, d'une société érigée en modèle où joie de vivre et pauvreté s'unissent miraculeusement pour constituer la spécificité brésilienne : sa chaleur humaine, sa solidarité, voire sa supériorité qui s'énonce dans l'expression si régurgitée : *O Brasil é o melhor país do mundo* ("Le Brésil est le meilleur pays du monde").

Or, contrairement à ce qui se dit à propos du joyeux caractère inné du Brésilien, les migrations ne sont pas plus des parties de rire qu'une expression du caractère léger de plaisants nomades préférant vivre à l'air libre, détachés de toutes contraintes matérielles. La mobilité forcée et *a fortiori* les migrations successives et ce qu'elles impliquent comme mode de vie traduisent la dureté de la condition humaine et la difficulté des migrants

à rencontrer un monde social stable auquel la plupart aspirent. Une étude sur les migrants de la fin du XX<sup>e</sup> siècle note l'image dépréciative que ces "vagabonds forcés" ont d'eux-mêmes. L'expression est dure, peut-être exagérée, mais elle renvoie à des désignations encore plus significatives :

les personnes se comparent à un arbre qui a séché et perdu sa sève alors qu'il n'a pas encore été coupé<sup>(5)</sup>. La force symbolique de cette appréciation personnalisée correspond à un mécanisme de déconstruction de l'identité aux effets délétères. Encore faut-il se rappeler que l'identité ne se construit pas seulement par rapport à l'autre (cet autre qui peut renvoyer à une image de soi négative) mais à travers les relations sociales. Dans le cas des migrants, cette identité est niée. Dans le meilleur des cas, elle est appliquée à des personnes qui n'ont bien souvent en tant que groupe qu'une existence fictive : les migrants. En retraçant des parcours de vie, on voit justement comment des individus en situation de mobilité qui se perçoivent déniés par les autres reconstruisent une "*self esteem*" (estime de soi) en se démarquant et en essayant de trouver des points d'ancrage à partir desquels ils se sentent différenciés et valorisés. Les comportements qui indiquent une aptitude particulière à gérer la santé et la maladie en sont une parfaite illustration. C'est dans ce contexte d'intensification de la mobilité spatiale des hommes que l'épidémie du sida est apparue au Brésil. Conjoncture ou ironie de l'histoire. Mais cette fois-ci, les mouvements de population convergent plutôt vers les métropoles qu'ils ne s'en éloignent, même si des va-et-vient existent en permanence. Le début de l'épidémie survenu dans la première moitié des années quatre-vingt coïncide avec l'accélération du processus d'urbanisation, l'augmentation des favelas et des habitations spontanées. Les villes de Manaus, Belém et plus récemment Macapá témoignent à leur tour de cette croissance urbaine peu contrôlée qui, loin de proposer aux nouveaux arrivés ce qu'ils espéraient, débouche *in fine* sur des formes de violence et d'anomies sociales qui ne sont pas sans répercussions sur la diffusion du

Le début de l'épidémie survenu dans la première moitié des années quatre-vingt coïncide avec l'accélération du processus d'urbanisation, l'augmentation des favelas et des habitations spontanées.

5)- Moraes Silva M.A. (de), *Errantes do fim do século*, Editora Unesp, São Paulo, 1998.

sida. Ne commettons pas cependant l'erreur de présenter le sida comme une maladie de la pauvreté. Les dynamiques sociales qui concourent à la transmission du VIH sont infiniment plus complexes et dépendent autant de la précarité sociale et affective de la population que de l'inconstance du gouvernement à administrer les politiques sociales et sanitaires.

### *La Guyane française est le département le plus touché par le sida*

L'épidémie de sida continue à toucher toutes les classes de la société, mais force est de lui reconnaître, statistiques à l'appui, une nette tendance à s'infiltrer dans les strates sociales les plus démunies. Ces réflexions pèsent tout leur poids. Elles amènent à envisager la place de la santé dans le processus migratoire et non pas seulement l'inverse. Jusqu'à présent, aucune étude en Amazonie brésilienne et française n'aborde le tandem santé/migration sous cet angle. Or, la question est de mise et pas seulement au regard de l'épidémie à VIH. Une réflexion similaire pourrait voir le jour à propos du paludisme ou de la dengue. Les enjeux sont de taille si l'on se rappelle qu'autant en Europe qu'en Amazonie, et probablement dans d'autres régions du globe, les populations immigrées sont celles qui sont proportionnellement les plus touchées par le sida, qui accèdent le plus tardivement au dépistage et qui éprouvent le plus de difficultés à se faire soigner.

Chercher à comprendre comment et sous quelles conditions la mobilité peut être un facteur de risque, puis examiner en quoi la santé infléchit la décision des personnes à migrer ou pas<sup>(6)</sup> constitue une porte d'entrée pour apprécier les retombées du phénomène migratoire sur les relations politiques et sociales en temps de sida entre les deux portions de pays que sont la Guyane française et l'Amapá. Comment s'articulent en effet les politiques publiques de santé dans une zone interfrontalière ?

Force est de constater que, jusqu'à ce jour, les gouvernements agissent piétinement, exclusivement et pratiquement sans aucune concertation, si ce n'est quelques rencontres ponctuelles et sans suite. La Guyane française est le département le plus touché par le sida avec près de 900 cas recensés fin 2002. Contrairement à la métropole, l'épidémie du sida est en progression constante. Loin d'être stabilisées dans toutes les couches sociales, les données épidémiologiques affichent une population étrangère contaminée sur-représentée chez les Haïtiens, les Dominicains, les Surinamais, les Guyanais et les Brésiliens demeurant en Guyane française. Dans le petit État voisin de l'Amapá, la faible incidence officielle de l'épidémie ne doit pas cacher sa régulière progression. Le nombre de nouveaux cas déclarés augmente chaque année, aboutissant à un cumul de plus de 200 personnes sous traitement. Ici et là, le VIH touche de plus en plus les femmes et les classes jeunes en âge de reproduction. Bien que dominant en ville, le sida n'est plus un phénomène urbain : l'épidémie s'intériorise et affiche une nette tendance à progresser rapidement auprès des couches sociales défavorisées.

6)- Bourdier F., "Malades et maladies en exil, les migrations brésiliennes en Guyane française à l'épreuve du sida", *Sciences sociales et santé*, Paris, septembre 2002, 20 (3).

En l'absence d'indications précises, les relations entre sida et mobilité restent sous-estimées, voire inconnues, par les responsables de santé publique. Des deux côtés, les données épidémiologiques montrent que la diffusion du virus est un processus irrégulier et asymétrique qui agit non seulement par contiguïté mais aussi par saut, créant ainsi des réseaux de connexion sélectivement établis entre des localités et des groupes sociaux physiquement distants. Dans ces conditions, le sida se moque des unités territoriales, et le passage d'une unité administrative à l'autre constitue un défi pour la prévention et la prise en charge des personnes séropositives.

### *Les Indiens Tiriyos dépourvus de route mais contaminés par le sida*

Les processus migratoires ne sont pas unidirectionnels. Ils facilitent la diffusion du sida jusque dans les zones les plus reculées de l'Amazonie, ce qui n'est pas sans poser des problèmes pour l'acheminement des médicaments, et pour le déplacement des malades vers les unités de référence où sont délivrés les antirétroviraux. Depuis plus d'une dizaine d'années des cas de sida sont déclarés chez les Indiens Tiriyos habitant aux confins de l'État du Pará, à la frontière du Surinam, alors qu'il n'existe aucune route d'accès. Nombreux sont pourtant les militaires, les chercheurs d'or, les incontournables missionnaires et autres trafiquants de passage qui y séjournent ou ne font que transiter mais dont certains laissent à tout jamais la trace indélébile et mortifère de leur passage. Il en va de même des communautés implantées dans d'innombrables "bouts du monde" et dont l'hôpital de Macapá recevra la visite tardive d'un des membres en stade final de la maladie. Ajoutons les individus mobiles et les travailleurs saisonniers qui traversent l'Amazonie de long en large et migrent sur de grandes distances pour se rendre dans les pays voisins, notamment en Guyane française. Plusieurs d'entre eux échouent dans un hôpital après des parcours thérapeutiques exténuants. Ils y seront tardivement dépistés, mais le stade avancé de la maladie ne les empêchera pas de repartir, à moins qu'ils ne soient vraiment trop invalides.

Les migrations internationales suscitent de nouvelles questions concernant la réceptivité à la maladie et l'accès aux soins des immigrés contaminés par le VIH. Elles posent le délicat problème des relations entre migration, clandestinité et santé. La Guyane constitue un terrain de recherche de prédilection car elle est une terre de destination où convergent les populations caribéennes et latino-américaines. Si les lois d'exception adoptées en matière d'immigration ont peu d'effet sur le contrôle des flux migratoires, elles suscitent des problèmes sociaux, en particulier l'accès malaisé des populations non régularisées aux services de santé. En ce sens, le taux relativement bas du suivi régulier des personnes contaminées par le sida (autour de 50 %) ne peut être imputé aux seuls comportements culturels, comme cela est souvent avancé, mais également aux conditions politiques et légales qui définissent le droit de séjour des immigrés.

La population de l'Amapá qui, à plus de 80 %, se concentre en milieu urbain, augmente d'au moins 5,3 % par an. Cette forte croissance est due à la venue d'immigrés originaires du Pará et des États du Nordeste (Maranhão, Ceará, etc). L'amplification des mouvements migratoires vers la capitale n'a pas seulement une origine externe. Des vagues de migrations internes conduisent les gens de l'intérieur de l'État à s'agglomérer dans les villes. Parallèlement, le petit État septentrional de l'Amapá est un lieu de migration-retour des Brésiliens ayant séjourné en Guyane lors des grands chantiers de construction et de l'élaboration du centre aérospatial de Kourou. Il va sans dire que d'un tel déferlement ancien, mais toujours continu, de migrants jaillissent maintes difficultés d'intégration. Il est facile d'observer les errements et péripéties des nouveaux arrivés à Macapá, Santana ou dans la petite ville frontalière brésilienne d'Oiapoque. Il est encore plus instructif de cerner leurs pratiques quotidiennes de vie aussi bien que d'identifier les réseaux de relations sociales qu'ils s'efforcent de développer afin de tirer leur épingle du jeu. En retour, nombreuses sont les situations de précarité économiques et affectives qui conduisent les individus esseulés, en famille ou en petits groupes, à élaborer des stratégies provisoires de survie qui, en retour, les exposent à l'épidémie. Quête momentanée d'un partenaire susceptible d'apporter un peu de réconfort affectif ou matériel, lien fugace qui procure un réconfort, vague espoir de s'immiscer dans les rouages sociaux de la ville pour s'y faire une place. Est-il étonnant qu'une grande partie des personnes contaminées appartienne justement à cette frange de la société en situation de mobilité spatiale, la plus souvent démunie ?

### *Les migrants atteints du sida confrontés à une double discrimination*

Du côté des pouvoirs publics français et brésiliens, la gestion sociale, économique et sanitaire des flux migratoires reste mal contrôlée. Les autorités locales ne savent pas qui sont ces migrants, s'inquiètent de leurs motivations à s'installer définitivement en ville, ignorent la façon dont ils se débrouillent à survivre et redoutent, surtout en Guyane, l'existence de filières migratoires solidement établies, susceptibles de continuer d'alimenter la venue intensifiée de nouvelles personnes. Autrement dit, personne ne sait comment agir envers les migrants ni comment les faire participer formellement au développement local, si ce n'est, au mieux, en les laissant s'installer provisoirement dans les favelas brésiliennes et les bidonvilles guyanais, au pire, en développant des mesures de répression pour les chasser du territoire guyanais, voire de leur propre pays où ils deviennent des gens à expulser. Les problèmes rencontrés dans les deux pays par les populations migrantes nationales et internationales sont appréhendés sans planification particulière par les instances du lieu d'accueil, et très peu d'actions concrètes les concernent. Tout se passe comme si elles échappaient aux priorités du gouvernement tant brésilien que guyanais.



La santé est emblématique de la difficile réalité vécue par les migrants, qui ne sont pas toujours au courant des disponibilités locales, qui ne savent pas très bien où se diriger quand la maladie survient et surtout qui ont du mal à y trouver une relation humanisée. Dans des situations de dénuement total, penser au “risque sida” représente un tourment de trop que les individus tendent à éviter ou à ignorer. Préférer ne pas savoir, tant que physiquement tout va bien, est une attitude qui prévaut, ce qui n’empêche pas d’être conscient de la prise de risque, exceptionnelle, occasionnelle ou régulière. Quant à ceux qui sont au courant de leur séropositivité, ils se trouvent confrontés à une double discrimination du fait de leur statut de migrant et de porteur du virus. Double rejet qui les amène, en certaines occasions, à se replier sur eux-mêmes ou à chercher ailleurs, géographiquement et socialement, un réconfort à leurs maux.

En Guyane française, la position de méfiance vis-à-vis des travailleurs clandestins urbains et des orpailleurs de la forêt témoigne de leur situation équi-

voque avec les institutions en général et le secteur de la santé en particulier. Si les services de santé ne sont pas censés tenir compte de la situation irrégulière des malades dans le département, les entorses à la règle restent de mise. Les chercheurs d’or brésiliens représentent l’essentiel, et dans certaines régions frontalières la quasi-exclusivité, des migrations spontanées effectuant des mouvements circulaires entre les placers aurifères (gisements d’or, ndlr) guyanais et les villes comme Cayenne (en Guyane), Oiapoque et Macapá (au Brésil) où ils viennent se “régénérer”, vendre les produits de leur exténuant labeur et dépenser leur argent dans les artifices de certains plaisirs évanescents. Engagés en permanence dans des stratégies de migrations provisoires, la plupart d’entre eux ne perçoivent pas autrement que comme des lieux de passage leurs successives implantations, s’interdisant toute adaptation durable à un milieu social difficile, sans loi et peu sécurisant. Par contre, des mouvements plus ou moins étalés dans le temps indiquent une volonté d’insertion plus tenace des candidats à la migration arrivant à Cayenne, avec l’espoir d’un emploi à la clé. Certains bénéficient de contacts avec des Brésiliens implantés de longue date, d’autres arrivent accompagnés par quelqu’un qui connaît déjà les lieux et un employeur, tandis que les plus débrouillards s’évertuent à développer eux-mêmes des relations une fois sur place.

La circulation migratoire remet à l’ordre du jour le délicat problème du suivi thérapeutique et de la régularité de la prise des antirétrovirus.

### *La population des villes frontalières plus réceptive au risque du sida*

La zone interfrontalière, avec les villes de Saint-Georges d’Oyapock (Guyane) et Oiapoque (Brésil) séparées par le fleuve, est un terrain propice pour rendre compte de la dynamique des rapports sociopolitiques générés par la migration. L’accès en Guyane est aujourd’hui facilité par la route qui



va jusqu'à Macapá. Les fluctuations de populations se traduisent par de nombreux débordements d'agriculteurs brésiliens et par la venue de multiples travailleurs pendulaires sur le versant guyanais. Les déplacements constituent sans aucun doute des atouts puissants pour le migrant, qui profite de l'occasion pour augmenter un capital financier, bénéficier des services de santé et s'accommoder peu à peu d'un nouvel environnement en vue d'une installation plus durable. Mais dans le même temps, ces voyages l'exposent à de nouvelles situations d'irrégularité et de défiance sociale de la part de la population locale, qui ne voit pas toujours d'un bon œil cet entrisme brésilien. Réciproquement, la bourgade d'Oiapoque, du côté brésilien, reste un point de référence et de repli pour les mouvements pendulaires. Là, le faible déploiement des structures médicales, le peu d'attention accordée jusqu'à présent par les autorités au risque épidémique en dépit de sa forte prévalence (une des plus élevées en Amazonie orientale), le fréquent éloignement de la famille, l'incroyable développement de la prostitution organisée ou en *free lance*, et l'atmosphère d'émulation et de compétition entre jeunes célibataires pour la survie incarnent autant de facteurs susceptibles d'augmenter la réceptivité au sida au sein d'une population instable.

Dans un tel contexte sanitaire, aggravé par une politique protectionniste et arbitraire envers les immigrés, il n'est guère surprenant que soit remise en cause la délicate question des relations, réelles et symboliques, entre migration et sida. En sont témoins les discours et les pratiques discriminatoires des instances gouvernementales, relayés par une suspicion violente au sein de la population locale, principalement du côté guyanais. À l'aune des propos alarmistes sur le migrant, considéré comme vecteur et "intensificateur" de la propagation du VIH, se dévoilent les logiques institutionnelles et sociales régissant les termes d'une citoyenneté refusée, logiques qui altèrent le recours au système biomédical, limitent l'accès au dépistage et orientent les itinéraires thérapeutiques des personnes contaminées vers des solutions alternatives mais peu efficaces.

Le VIH fait fi des frontières, et les migrations constituent un enjeu pour la prévention. La situation revêt une dimension supplémentaire dans la région des Guyanes, y compris chez les Amérindiens de la zone frontalière, chez lesquels l'irruption tardivement révélée du sida laisse présager un futur préoccupant. Les populations dépendent d'un système de santé trop centralisé les amenant à se déplacer sur de longues distances. De surcroît, la quête thérapeutique dans une région interfrontalière implique *a fortiori* une grande mobilité spatiale. Les "exodes thérapeutiques" qui font partie des stratégies de survie sont d'un coût social, économique et culturel élevé et renvoient au compromis de la prise en charge entre la famille et l'État. L'absence de système sécurisant à proximité génère une tendance à la mobilité spatiale individuelle, qui incite en retour une recrudescence des formes de sociabilité dont ne sont pas exemptes les relations sexuelles non protégées, ainsi qu'en témoigne l'émergence de lieux d'attraction et de sociabilité (*corrutelas*), qui s'installent dans les endroits les plus reculés.

## *La quête thérapeutique génère aussi des stratégies migratoires*

La circulation migratoire remet à l'ordre du jour le délicat problème du suivi thérapeutique et de la régularité de la prise des antirétrovirus. On constate chez les personnes contaminées une tendance à rechercher une thérapie efficace, des soins médicaux humanisés ainsi qu'une volonté d'élaborer un capital social et affectif. Cette tendance prévaut aussi bien en Amapá que chez les Haïtiens, Surinamais et Brésiliens de Guyane. La quête thérapeutique d'une personne vivant avec le sida génère ainsi des stratégies migratoires internes et internationales guidées par une volonté de regroupement familial ou communautaire, sans que soit forcément dévoilé le secret de la maladie. À cet égard, l'attrait de la France en matière de santé ainsi que la qualité reconnue de l'offre de soins par le système public se double d'une tendance inverse chez certains migrants malades – et pas seulement du sida. Certains décident en effet de retourner dans leur pays, provisoirement ou définitivement, occasionnellement ou régulièrement, convaincus d'y trouver un système de recours au moins autant efficace que dans le pays hôte, mais avant tout soucieux de retrouver un univers social familial, vers lequel ils se sentent poussés à un moment crucial de leur vie correspondant par ailleurs à un certain stage d'évolution de la maladie.

Or, dans la région des Guyanes, les institutions ne sont pas préparées à de telles réalités sociales et culturelles. Les systèmes de santé centralisés comptant sur la stabilité géographique des personnes contaminées génèrent des exclus : ceux qui résident en des lieux reculés, les migrants internationaux ainsi que les personnes démunies qui ne possèdent pas de documents et, par conséquent, ne peuvent bénéficier de droits *minima* et ne parviennent qu'exceptionnellement à accéder aux soins dans le secteur public. Il ne faut pas négliger le fait que la relation des migrants brésiliens au sein de leur environnement immédiat est infléchie au premier chef par les conditions institutionnelles et sociales de plus en plus limitatives de leur reconnaissance collective. S'il est vrai que la santé est indissociable de certains facteurs culturels et économiques, comme maintes études en témoignent en temps de sida<sup>(7)</sup>, on ne peut faire l'impasse d'une prise en compte de la nature du lien social qui conditionne les stratégies de survie dans le pays de destination. Dans le cas contraire, on risquerait de surdéterminer la part de la culture au détriment du contrat social, principal récipient à même de cimenter durablement l'insertion institutionnelle et affective du migrant dans son nouvel environnement géographique. Ainsi, des protocoles d'accueil draconiens des migrants en Guyane peuvent découler soit des stratégies de regroupement et de protection de l'individu migrant au sein de l'univers fermé d'autres Brésiliens déjà installés, soit un repli et un isolement accru de la personne. La situation des travailleurs clandestins ou irréguliers à Cayenne, comme celle des orpailleurs dans la forêt, est révélatrice de cette ambiguïté quant à leur insertion dans une

7)- Benoist J. et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida*, Karthala, Paris, 1996.

société qui ne leur reconnaît qu'une existence virtuelle liée à leur force de production. Cette existence est davantage remise en question en période d'épidémie et le spectre de l'invasion d'un bataillon de personnes aux histoires de vie semblables à celles d'Anita, Macio et Suelly, évoquées par tranches dans ce texte, ressurgit dans l'imaginaire Guyanais.

### *Les migrants brésiliens considérés comme vecteurs de diffusion des maladies*

Le département d'outre-mer de Guyane a jadis été une terre d'accueil. Les populations des pays voisins, Brésil en tête, ont largement contribué à son développement socio-économique : construction des infrastructures, barrages, centre aérospatial, routes, équipements. Dans les années soixante, le déficit en main-d'œuvre a généré des accords pour l'attribution de contrats de travail temporaire, au nom de la solidarité interétatique et des relations historiques privilégiées rétablies depuis la résolution de l'accord franco-brésilien (1901). Vers la fin des années soixante-dix, les besoins en travailleurs étrangers diminuèrent et une politique d'incitation au retour fut promue. Nombre de Brésiliens tentèrent malgré tout de s'installer durablement en Guyane, en dépit des réticences locales. Depuis, l'afflux de migrants ne cesse d'augmenter. La grande majorité des étrangers sont clandestins et perçus comme une menace pour la stabilité économique, sociale et sanitaire du département. Progressivement, on est donc passé de l'image du migrant brésilien provisoirement utile à celle du migrant certes travailleur mais empiétant sur l'emploi des populations natives, amenant avec lui l'insécurité, la débauche, le trouble, et causant de grands préjudices à la santé publique. L'image colportée à propos de l'attitude des Brésiliens (ainsi qu'à propos d'autres populations étrangères) vis-à-vis de la santé est riche d'enseignement. D'abord, ils furent considérés comme les vecteurs de diffusion du paludisme, quoique cette accusation restât principalement confinée aux chercheurs d'or et aux prostituées résidant en forêt. L'épidémie à VIH n'a fait qu'amplifier et généraliser ces représentations. On susurre que l'étranger déstabilise le système de santé. L'accusation n'apparaît pas dans les discours officiels, diplomatie oblige, mais elle est patente dans certains cercles politiques et sociomédicaux. À l'image de ce médecin, qui perçoit la Guyane assiégée par les malades du tiers-monde environnant, de cet employé de la sécurité sociale qui, désavouant les dispositions en vigueur, refuse de cautionner l'"envahissement" de la sacro-sainte terre et rechigne à donner un numéro d'identification aux sans-papiers, et de cette employée de mairie d'une ville frontalière mettant tout en œuvre pour décourager les ressortissants non français, y compris ceux en cours de régularisation, à réclamer leurs droits *minima*. Les Brésiliens sont souvent perçus comme d'impénitents sujets, sexuellement incontrôlables et enclins à toutes exactions. Ils ne respecteraient pas les consignes de prévention, qu'ils ignoreraient le plus souvent, et ils ne se précoc-

cuperaient pas du risque de transmettre le virus. Les idées préconçues renvoient à des images simplistes qui touchent au pays. L'Amazonie brésilienne est assimilée à une zone de non-droit dont les immigrés sont les représentants et les propagateurs d'une culture dont on se défie. Traversant les frontières, les migrants exportent les miasmes de leur civilisation dégradée, désorganisée et considérée comme inférieure à celle du monde occidental. Le sida est emblématique de ce qu'ils apportent de négatif avec eux, en ce sens qu'il est considéré comme une maladie de la pauvreté et de l'ignorance.

La réaction brésilienne n'est pas moins ténue. Les responsables de santé en Amapá ne manquent pas de rappeler que les premiers cas de sida provenaient de migrants ayant séjourné en Guyane. L'épidémie à VIH aurait donc

été importée, et sont déplorées en catimini les exactions du département français qui expulse à tour de bras les Brésiliens, indépendamment de leur statut de malades. Cette amertume ne s'affiche pas au grand jour car elle s'accommode peu avec les perspectives d'intensification des relations économiques et sociales entre la Guyane et l'Amapá.

Les systèmes de santé centralisés, comptant sur la stabilité géographique des personnes contaminées, génèrent des exclus : ceux qui résident en des lieux reculés, les migrants internationaux, etc.

### *Les moyens mis en œuvre pour combattre l'épidémie sont insuffisants*

Le gouvernement local relativise l'avancée de l'épidémie sur son territoire et prend soin de ne pas mettre la lutte contre le sida sur la liste de ses priorités de santé publique. Il est clairement énoncé que dans une perspective d'accords de collaboration pour des projets de développement entre les deux pays, le sida dérange. Il est un frein potentiel, une entrave qu'il vaut mieux contourner, voire passer sous silence, plutôt que de le mettre à l'ordre du jour dans le cadre de la gestion d'une politique commune de rapprochement. Pourtant, les moyens mis en œuvre pour combattre l'épidémie dans la région interfrontalière restent mal planifiés et les interventions propres à chaque pays n'aboutissent à aucune articulation cohérente, tout au moins jusqu'en 2004. Les programmes de lutte contre le sida mériteraient d'être coordonnés au niveau régional et davantage implantés localement afin de ne pas nuire à leur acceptation par les populations contaminées, surtout quand il s'agit de populations qui ne sont pas sédentarisées ou qui sont mal intégrées. Certes, il ne s'agit pas de prendre des mesures renforcées de protections frontalières contre le passage d'un pays vers un autre, ce qui serait éthiquement contestable, techniquement irréaliste et inefficace au niveau des retombées espérées. Il serait davantage logique, et réaliste, d'intervenir en direction des migrants et de réfléchir sur les dispositions à prendre pour les besoins en matière de santé que suscite le retour dans le

8)- Kalligs L.O.,  
*International Cooperation  
in the Fight against  
HIV/AIDS*, Multilateral  
Cooperation, National Public  
Health, Sweden, 1994.

pays des individus porteurs du VIH. Distinguer les continuités et les discontinuités entre le niveau global de décision, celui intermédiaire de l'organisation des services de santé et le niveau local de leur mise en application, c'est envisager les lieux de suture et les points de rupture que les administrateurs et acteurs de santé ont de fortes chances de rencontrer dans la mise en pratique de leur projet (discrimination d'individus ou de groupes, enjeux géopolitiques, image du sida perçue comme un frein au rapprochement international, etc.).

Malheureusement, l'intégration spatiale et supranationale des services de santé n'est pas à l'ordre du jour, contrairement à ce qui se fait en ailleurs en Amérique latine et en Europe<sup>(8)</sup>. La région d'Oïapoque est la triste figure emblématique de cette omerta. L'identification des dynamiques migratoires et des conditions de vie afférentes peut faciliter un meilleur ciblage des interventions sur les personnes migrantes esseulées et contaminées afin qu'elles soient mieux écoutées, prises en considération avec davantage de lucidité et afin que leur insertion dans leur famille, société, pays d'origine soit facilitée. Mais cela ne suffit pas. Encore faut-il savoir de quelle insertion on parle, et les conditions de sa faisabilité. Encore une fois, les itinéraires migratoires ne sont pas des divertissements et si des individus ont à un moment de leur vie décidé de quitter momentanément les leurs ou de ne plus les revoir, c'est qu'ils se trouvaient soit dans une impasse matérielle, soit dans une incapacité de projeter leur vie dans leur milieu d'origine, à moins qu'ils en aient été rejetés. Les liens familiaux subsistent parfois, mais n'en sont pas moins éphémères et étriqués. En tout cas, ils ne permettent nullement à l'individu de compter dessus, notamment dans un contexte de maladie déclarée. *A contrario*, dans de meilleures situations comme celle vécue par Suelly, le poids de la maladie se conjugue mal avec sa responsabilité vis-à-vis de sa famille qui l'a érigée en modèle. Les histoires identifiées à partir de nos interviews ne sont pas des exemples extrêmes et des milliers de personnes connaissent la solitude face à la migration et la maladie, notamment quand les deux sont conjugués. Les enquêtes réalisées en Guyane et à Macapá auprès des personnes vivant avec le sida témoignent amplement d'une tendance accrue à l'isolement, volontaire ou forcé.

### *La discrimination au quotidien pour les malades du sida*

Le sida agit comme un catalyseur des problèmes sociaux. Le sentiment de discrimination n'est pas le fruit de l'imagination des victimes de l'épidémie, mais fait partie de leur quotidien, aussi bien dans la rue que dans les couloirs de l'hôpital. La responsabilité des gouvernements à cet égard est patente dans la mesure où la relation avec les patients se restreint, au mieux, à la délivrance des médicaments, à la surveillance médicale et à de simples consignes comportementales. L'écoute est niée ou perçue comme

une démarche secondaire destinée à “calmer” les personnes difficiles, migrants en tête, car leur instabilité n’est pas adaptée à un système de soins trop rigide. Cela n’empêche pas que des personnes dévouées des services sociaux ou sanitaires s’évertuent à briser la glace, mais elles représentent une minorité. La promotion de la santé devient alors une entreprise normative destinée à remettre les individus dans le droit chemin. En d’autres termes, le malade potentiellement dérangeant est raisonné à grands coups de recommandations d’hygiène morale et physique pour être transformé en un bon patient que l’on pourra alors exhiber comme un modèle de réussite des programmes en place. En de telles circonstances, l’immigré ou celui qui est porteur d’un patrimoine différent est perçu comme problématique. Sa différenciation culturelle sert d’alibi tout mâché pour justifier les difficultés de compréhension et d’insertion qu’il éprouve dans la société d’accueil.

La façon dont le VIH se propage dépend aussi de la manière dont les États réagissent à son encontre. La spécificité des Guyanes est, là encore, peu exaltante. Alors que Paris et Brasilia mettent en place des politiques de lutte contre le sida constructives, innovantes et périodiquement réajustées, l’Amapá et la Guyane continuent à s’enliser dans des considérations atones et fallacieuses (peur de choquer les susceptibilités locales, crainte de réveiller des tensions interethniques, volonté de ne pas stigmatiser et de ne pas brusquer des peuples traumatisés par l’histoire). Autant de prétextes qui limitent les actions concrètes basées sur les réalités sociales, humaines, géographiques et épidémiologiques de la diffusion du virus. ◀



► Dossier *Diasporas caribéennes*, n° 1237, mai-juin 2002

► Dossier *Santé, le traitement de la différence*, n° 1225, mai-juin 2000