

Migrations et sida en Guyane, ou les pièges d'une situation complexe (Commentaire)

Marie-José Jolivet

Citer ce document / Cite this document :

Jolivet Marie-José. Migrations et sida en Guyane, ou les pièges d'une situation complexe (Commentaire). In: Sciences sociales et santé. Volume 20, n°3, 2002. pp. 29-36;

doi : <https://doi.org/10.3406/sosan.2002.1558>

https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_3_1558

Fichier pdf généré le 01/04/2019

Migrations et sida en Guyane, ou les pièges d'une situation complexe

Commentaire

*Marie-José Jolivet**

L'analyse que propose F. Bourdier sur « les migrations brésiliennes vers la Guyane à l'épreuve du sida » a le mérite de choisir très clairement son camp : celui des migrants brésiliens. À lire son article, on est assez vite enclin à partager son insatisfaction quant à l'accueil que la Guyane et ses centres de santé réservent à ces migrants lorsqu'ils sont séropositifs ou malades du sida (1). Ce qui est dit de ces hommes et de ces femmes, de leurs problèmes de travail, de vie et de santé, ne peut que sensibiliser le lecteur aux difficultés, voire aux injustices, auxquelles il les voit alors confrontés. Mais ce que l'article n'expose guère, c'est toute la complexité du milieu socio-culturel d'accueil dans lequel viennent s'inscrire la migration et se poser la question du sida, dans la double nécessité de sa prévention et de son traitement. Fortement multi-ethnique, par-delà la

** Marie-José Jolivet, socio-anthropologue, Institut de Recherche pour le Développement (IRD), UR 107, « Constructions identitaires et mondialisation », 213, rue Lafayette, 75010, Paris, France.*

(1) Toutefois, il n'y a pas de lois propres à la Guyane, ni en matière d'immigration, ni en matière de santé publique : ce sont les lois françaises qui, pour l'instant, eu égard au statut encore actuel de Département d'Outre-Mer, y sont en vigueur. Mais ces lois peuvent être assorties de décrets d'application spécifiques et, à ce niveau, peuvent faire intervenir des différences parfois importantes.

variabilité des niveaux d'intégration des groupes en présence, la société guyanaise ne saurait être réduite ni à ses antennes administratives, ni à sa composante créole, fût-elle politiquement dominante.

C'est donc en tenant étroitement compte de cette réalité guyanaise que je tenterai ici d'apporter un autre éclairage au thème traité. Pour ce faire, je m'attacherai non pas à la situation des migrants brésiliens qui vient d'être exposée, mais à celle, plus brouillée, des Noirs marrons qui, à l'autre bout de la Guyane, là où le fleuve Maroni fait frontière avec le Surinam, sont en butte à des problèmes du même ordre. Aborder la relation entre migration et sida sur cet autre bassin migratoire guyanais permettra, en outre, de faire ressurgir toute l'importance de la dimension socio-culturelle en l'affaire. Car, dans un ensemble de ce niveau de complexité, aucun élément ne peut être minoré sans gros risque d'interprétation « forcée ».

D'une immigration à l'autre

Si l'on excepte les précédents — modestes — des temps mouvementés des ruées vers l'or, entre les années 1880 et les années trente, la migration brésilienne en Guyane est assez récente, surtout dans les proportions qu'elle connaît aujourd'hui : les débuts peuvent en être datés dans les années soixante, en relation avec la construction de la base spatiale de Kourou qui a impliqué l'importation d'une main-d'œuvre que la Guyane et ses faibles effectifs démographiques ne pouvaient alors fournir.

L'histoire du peuplement (2) de ce pays est faite d'une succession de vagues migratoires dont les premières remontent à l'époque précolombienne et dont la plus déterminante et la plus longue fut celle de la transplantation esclavagiste en provenance d'Afrique — la population créole en est issue. Or, à l'échelle de cette longue histoire, la durée de la migration brésilienne est encore insuffisante pour une intégration en forme de créolisation : tout comme les Haïtiens, dont l'immigration a commencé à s'intensifier au cours des années soixante-dix, les Brésiliens sont encore aujourd'hui appréhendés d'abord comme des étrangers. Qu'ils soient ou non en situation régulière ne change guère le sentiment xénophobe qu'éprouvent à leur égard les Créoles qui, implicitement mais fondamen-

(2) Pour avoir une vision plus large de ces problèmes, le lecteur pourra se reporter à certains de mes travaux (Jolivet, 1997), ainsi qu'à l'article rédigé par P. et F. Grenand dans le dernier Atlas de la Guyane (2001).

talement, reprochent à ces migrants de les avoir réduits en moins de trente ans à l'état de minorité (3). Il en va de même envers ceux qui viennent du Guyana. Selon les circonstances, tel ou tel de ces groupes devient plus particulièrement le bouc émissaire des Guyanais confrontés à la croissance d'une délinquance dont les sociologues connaissent bien les liens avec les situations de précarité.

D'autres migrants peuvent être perçus un peu différemment. Les Hmong dont l'implantation première, strictement organisée, date de 1977, sont reconnus pour leur utilité économique (4) ; appréciés à l'aune de leur cantonnement dans les cadres de vie qui leur ont été au départ assignés, ils ne sont jamais soupçonnés des désordres ambiants, et la xénophobie qui les vise néanmoins est plus discrète. Une place à part doit être faite à la migration surinamienne qui compte une forte composante de Noirs marrons avec lesquels les Créoles guyanais entretiennent des rapports également ambigus, quoique d'une autre manière.

Dans les creux de l'approche en terme de migration privilégiée par F. Bourdier, la question du sida est particulièrement intéressante à examiner au niveau des Marrons, en raison tout d'abord de la complexité de leurs statuts historiques et nationaux. Tous ont en commun, entre eux et avec les Créoles, une origine africaine sur fond d'esclavage. Les Marrons, il est vrai, ont fui très tôt les « cases-nègres » des colons surinamiens (5) pour constituer plusieurs sociétés autonomes au cœur de la forêt, dont trois nous intéressent ici tout particulièrement : les Saramaka, les Ndjuka et les Aluku (6). En 1890, par le hasard du règlement d'un différent frontalier, entre Surinam et Guyane, les Aluku, dits alors Boni, se sont trouvés installés sur la rive française du fleuve, tandis que les Ndjuka étaient définitivement rattachés au Surinam. Pour les uns et les autres, néanmoins, par-delà leurs violentes querelles, le fleuve Maroni et ses deux formateurs, le Lawa et le Tapanahoni, appartenaient au même ensemble. Mais la frontière et les différences nationales qu'elle définissait sont devenues décisives quand, en 1986, la guerre civile éclata au

(3) Les Créoles qui avaient su absorber les précédentes migrations, de rythme plus lent il est vrai, représentaient encore les trois quarts de la population guyanaise dans les années soixante.

(4) Ce sont eux qui, depuis vingt ans, alimentent les marchés avec leurs productions maraîchères et fruitières.

(5) Il y a en Guyane, des mouvements de marronnage, mais de moindre envergure : ils ont toujours été réduits par les soldats du gouverneur.

(6) Pour mieux connaître les Noirs marrons, outre D. Vernon citée plus loin, on peut se reporter aux travaux de R. Price (1979, 1994) et de K. Bilby (1990).

Surinam, opposant les Ndjuka au gouvernement créole de Paramaribo. Les Ndjuka du territoire ancestral du Tapanahoni, situé en amont, échappèrent à cette guerre ; mais ceux qui s'étaient implantés dans la région plus côtière de la rivière Cottica furent touchés de plein fouet. Ils furent quelques milliers à traverser le fleuve frontière pour venir se réfugier en Guyane. Appelés officiellement « Personnes provisoirement déplacées du Surinam », soit plus couramment « PPDS », ils furent installés dans des camps, avec le statut et les droits réduits des réfugiés. Puis en 1992, la guerre civile ayant cessé, ils furent fortement incités (indemnité de départ à l'appui) à rentrer chez eux. Néanmoins, beaucoup préférèrent rester et devinrent ipso facto des clandestins. Fuite dans la forêt, reconduction à la frontière : tel fut pendant quelques années le quotidien. Aujourd'hui cependant, beaucoup des anciens réfugiés ont fini par obtenir la régularisation de leur situation, en particulier sur la commune de Mana où la municipalité créole a fortement œuvré en ce sens. La migration clandestine reste toutefois alimentée par la faiblesse du niveau de vie au Surinam.

En fin de compte, on trouve, parmi les Noirs marrons, tous les types de statut en matière de nationalité : des Français de pleins droits, aluku et parfois même saramaka ou ndjuka (7), des migrants possédant une carte de séjour déjà plusieurs fois renouvelée, des migrants « régularisés » de fraîche date et, bien sûr, des clandestins.

Lutter contre le sida : modes de prévention et de soins

Sans doute, en termes d'accès aux soins, la position des migrants surinamiens en situation irrégulière est-elle assez proche de celle décrite par F. Bourdier à propos des Brésiliens et plus largement connue par tous les immigrés clandestins de France : on sait combien, malgré la Couverture maladie universelle (CMU), les migrants sans papiers répugnent à demander une prise en charge sanitaire dont ils craignent qu'elle ne les conduise sur le chemin de l'expulsion. On ne peut que partager les analyses que résume Fassin (2000) dans son introduction à Santé, le trai-

(7) Les Saramaka sont venus en Guyane pour être canotiers au temps où l'exploitation de l'or en forêt entraînait un important trafic fluvial. Leur migration était en principe temporaire mais certains sont restés en Guyane. Pour les Ndjuka, il s'agit notamment de migrants descendus du Tapanahoni via le village ndjuka guyanais de Grand Santi et naturalisés, ainsi que de tous ceux qui sont nés sur la rive française, dans ce village ou aux alentours.

tement de la différence concernant la vulnérabilité de l'étranger et l'aspect politique de la question des soins. Mais la nécessaire mise en garde contre le « culturalisme ordinaire » qui essentialise la différence ne condamne évidemment pas toute approche socio-culturelle du sida à un effet stigmatisant.

Peut-être la question de la prévention, dont on connaît toute l'importance en matière d'épidémie en général et de sida en particulier, est-elle la mieux à même de révéler le rôle de la culture, marronne en l'occurrence, dans l'engrenage qui conduit à l'échec relatif auquel en Guyane, il faut le dire, les meilleures volontés médicales et sociales sont confrontées. Certes, cette culture partage avec d'autres, y compris occidentales, certains paradigmes concernant la menace que les préservatifs feraient peser sur la puissance sexuelle masculine et sur le plaisir ; elle place d'autres valeurs au-dessus de la prise en compte du risque. Mais, au-delà de ces attitudes partagées, résonne l'écho de nosologies particulières. Si l'apparition d'une nouvelle maladie entraîne partout la nécessité de la comprendre, en vue de s'en protéger ou de la guérir, chez les Noirs marrons, le système nosologique, pour cumulatif qu'il soit — il a effectué de nombreux emprunts aux diverses cultures en présence et notamment au système occidental dont il intègre certaines croyances populaires, via leurs expressions créolisées —, attribue une fonction cardinale aux explications d'ordre « socio-cosmique ». C'est ce que montre D. Vernon (1992, 1993) dans ses divers travaux et, plus récemment, en analysant les croyances et les pratiques marronnes relatives au sida (Vernon, 1998) : lorsqu'ils ont eu connaissance de cette maladie, dans les années quatre-vingt, les Noirs marrons, après quelques hésitations, ont réussi à l'associer à la catégorie déjà répertoriée du kandu, un principe magique et vengeur au départ posé, nous dit l'auteur, comme une sorte de serrure, sur tout ce qui donne des fruits susceptibles d'être dérobés. Partant de la triade « propriétaire, propriété, voleur » (Vernon, 1998 : 14), le kandu auquel sont désormais rapportées les maladies sexuellement transmissibles, y compris le sida, est la conséquence d'une transgression de l'interdit touchant les rapports sexuels d'un veuf ou d'une veuve durant le temps du deuil : l'esprit du mort veille ainsi sur son bien.

Il est vrai qu'en 1998, la rapide extension de l'infection par le sida faisait encore l'objet d'un véritable déni de la part des Noirs marrons, comme si, seul, l'Autre était concerné par la pathologie, en opposition à un « Nous » protégé (Vernon, 1998 : 5). Mais les Marrons savent bien, au fond, qu'il ne suffit pas d'observer scrupuleusement la règle de l'abstinence durant l'année de deuil, pour échapper à ces maladies. Ils connaissent les possibilités de simple transmission hors toute faute — si ce n'est initiale. Une femme ndjuka m'expliquait en 2001, avec une ferme assu-

rance : « Si un homme a le sida, sa femme va l'attraper et les enfants qu'elle portera l'auront aussi ».

Il faut dire que, malgré les campagnes de prévention, les préservatifs n'ont jamais joué le rôle que les milieux médicaux auraient souhaité leur voir jouer. Un vieil obiaman ndjuka, qu'on pourrait désigner ailleurs comme « homme médecine », m'a fait part à cet égard d'un point de vue très tranché : « Utiliser un préservatif, c'est fou ! Ça ne protège pas assez ! Les préservatifs ne servent à rien et, en plus, ce plastique, c'est désagréable » (traduit du ndjuka tongo, Charvein, 2001). Tout rapport sexuel avec une personne contaminée doit donc être strictement évité. Mais dans une société où le multipartenariat reste la norme, même si la polygamie de type traditionnel régresse (8), les moyens de cette conduite doivent bien être trouvés hors du recours à l'abstinence extra-conjugale. Ces moyens existent, m'indique le précédent obiaman, il suffit de se les procurer auprès de ceux qui savent les fabriquer : « C'est un obia, dit-il, en se passant la main derrière l'oreille comme pour y attraper quelque chose. Je le prends et je pointe la main vers le sexe de la femme. Si elle crie, c'est qu'elle est malade : alors, il ne faut surtout pas la toucher. Si je te donne cet obia, tu pourras faire pareil. Mais si l'homme crie quand tu approches la main de son sexe, il faudra fuir très vite. C'est à toi de te débrouiller (...) Cet obia sert aussi pour voir si on a mis quelque chose dans ton verre : tu t'absentes, on peut mettre ce qu'on veut dans ton verre. Tu as ça dans la main : personne ne le voit. Tu approches ta main du verre, et s'il y a quelque chose dedans, le verre éclate (...) C'est un obia que tu prépares ou qu'on te donne pour te protéger. Tu peux le boire ou l'introduire dans ton corps en faisant des incisions. Une fois que ton corps est bien imbibé de l'obia, tu es protégé à vie. Mais pour le sida, j'aime mieux renouveler à chaque fois... » (Saint-Laurent du Maroni, 2001).

Ce discours présente donc ce qui entend être la prévention absolue, permettant de ne jamais entrer en contact avec la maladie, fût-elle encore non déclarée. L'obia est une notion complexe ; dans la présente forme, il peut être rapidement défini comme un remède auquel les esprits confèrent son pouvoir. Il est ici utilisé à des fins de protection assez larges, puisqu'une même préparation sert tout à la fois à se garder d'une maladie dont l'intéressé et les autres Marrons commencent à mesurer la gravité, comme des risques d'empoisonnement qui constituent une catégorie par-

(8) Cette assertion mérite toutefois d'être légèrement pondérée. Certains jeunes, installés à Saint-Laurent du Maroni, ont accès légalement ou par les voies de l'économie informelle, voire souterraine, à des revenus assez élevés et la multiplication des épouses est alors un moyen d'affirmer leur nouvelle position sociale.

ticulièrement prégnante dans l'ensemble des sociétés marronnes et créoles. On notera tout de même que le renouvellement systématique de la protection, prôné par l'obiaman quand il s'agit de dépister le sida, montre bien la conscience qu'il a de la difficulté à éradiquer ce risque. Il n'en affirme pas moins sa pleine confiance en l'efficacité de cet obia.

Ce même obiaman dit connaître aussi le remède qui guérit le sida, mais n'en faire qu'un usage limité, tout en revendiquant plusieurs guérissons. Mais il n'est pas seul à avoir ce pouvoir de guérir : à partir du moment où la maladie est clairement répertoriée comme kandu, elle entre dans une catégorie que les obiamans connaissent bien. Par ailleurs, le fonctionnement du recours aux soins étant de type cumulatif, à l'instar du système nosologique, il permet aussi aux malades de fréquenter les centres de bio-médecine : tel Aluku ou tel Ndjuka pourra s'adresser d'abord à un obiaman de son groupe, puis aller voir un Saramaka, un Haïtien, sans négliger, parallèlement, le dispensaire local.

C'est donc dans ce contexte d'échanges et d'emprunts, lié à une situation multiculturelle particulièrement riche et complexe, qu'il faut appréhender la position du malade et sa demande de soins. Et si l'on sait que pour être efficace un obia exige son paiement, on prend alors mieux la mesure des contraintes auxquelles le patient est soumis dans tous les cas de figure.

En conclusion

Sans vouloir trop généraliser, il apparaît que le statut d'étranger ne modifie pas radicalement les comportements des Noirs marrons devant le sida, qu'il s'agisse de prévention ou de soins. L'homme cité plus haut est de nationalité française, mais ceux qui viennent le consulter sont d'appartenance socio-culturelle et de statut national divers. Certes, l'approche de F. Bourdier cible, quant à elle, les lacunes du système de santé guyanais dans sa réponse bio-médicale au sida et, de ce point de vue, sans avoir mené d'enquêtes à ce propos, je conçois que la xénophobie, que j'ai largement soulignée plus haut, puisse induire, de la part des personnels soignants créoles, un accueil du patient variable selon les cas. Mais ce que j'ai voulu montrer, c'est que les patients ne sont pas forcément toujours passivement soumis à la bonne ou mauvaise volonté du personnel soignant des centres médicaux : si ce n'était le caractère tragique de cette maladie, on pourrait même leur envier la liberté qu'ils ont de choisir entre les diverses possibilités d'une large offre de soins.

En fait, on retrouve ici le noyau dur de la question : la gravité de la maladie et l'efficacité de la prévention et des soins. Largement ouverts aux emprunts, les Noirs marrons ont déjà intégré — mais sans exclusive — la pratique occidentale du dépistage et des soins au sein de leur propre dispositif de santé. On peut penser que les jeunes, systématiquement scolarisés désormais, s'attacheront plus particulièrement à l'offre bio-médicale et observeront plus assidûment les consignes de prévention et les contraintes du traitement. Il faudra alors, bien sûr, que le système de santé guyanais soit à la hauteur de la demande.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bilby K., 1990, The remaking of the Aluku: culture, politics, and Maroon ethnicity in French South America, Thèse de doctorat, Baltimore (Maryland), John Hopkins Université.*
- Fassin D., 2000, Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration, In : Santé. Le traitement de la différence, Hommes et Migration, 1225, mai-juin 2000, 5-12.*
- Grenand P., Grenand F., 2001, Les groupes humains, In : Atlas illustré de la Guyane, IRD éditions, planche 8, 30-33.*
- Jolivet M.-J., 1997, La créolisation en Guyane. Un paradigme pour une anthropologie de la modernité créole, In : La Caraïbe des îles au continent, Cahiers d'Études Africaines, 148, XXXVII-4 : 813-837.*
- Price R., 1979, Maroon societies. Rebel slave communities in the Americas, Baltimore, John Hopkins University Press, first ed. 1973.*
- Price R., 1994, Les premiers temps. La conception de l'histoire des Marrons saramaka, Paris, Le Seuil, 279 p. (première éd. américaine en 1983).*
- Vernon D., 1992, Les représentations du corps chez les Noirs marrons ndjuka du Surinam et de la Guyane française, Paris, Éditions de l'Orstom, coll. Études et thèses, 97 p.*
- Vernon, D 1993, « Choses de la forêt ». Identité et thérapie chez les Noirs marrons Ndjuka du Surinam, In : Jolivet M.-J., Rey-Hulman, eds, Jeux d'identités. Études comparatives à partir de la Caraïbe, Paris, L'Harmattan, 261-281.*
- Vernon D., 1998, Croyances et pratiques autour du sida, chez les Noirs marrons et les prostituées guyanaises, en Guyane, Rapport multigr. CHAB de Saint-Laurent du Maroni, 30 p.*