Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

74 | 2008
74

Dossier n° 12 – Les discriminations selon l’origine dans l’accès aux soins

Estelle Carde

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/496>

DOI : 10.4000/amades.496

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2008

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Estelle Carde, « Dossier n° 12 – Les discriminations selon l’origine dans l’accès aux soins », *Bulletin Amades* [En ligne], 74 | 2008, mis en ligne le 01 juin 2009, consulté le 07 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/496> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.496>

Ce document a été généré automatiquement le 7 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Dossier n° 12 – Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins

Estelle Carde

NOTE DE L'ÉDITEUR

L'annulation du mariage d'un « couple musulman », pour tromperie sur une des « qualités essentielles » de l'épouse, soit sa « non virginité », à Lille constitue un nouvel épisode d'actualité, sur la scène nationale des controverses relatives aux formes de confrontation du « modèle français » à l'épreuve de la « diversité ». Quelques mois auparavant en novembre 2007, le Conseil Constitutionnel « invalidait » l'usage des « statistiques ethniques ».

Dans les deux cas, c'est l'articulation des frontières du « public » et du « privé », et la manière dont l'Etat doit ou non intervenir dans la (re ?)définition de ces sphères qui sont au cœur des controverses. Le débat public et la médiatisation de ces questions prennent des formes qui peuvent toucher à ce qu'Emmanuel Terray (2004) avait qualifié, à propos de l' « affaire du foulard », d'« hystérisation ».

Ici encore, les faits de santé et de maladie sont par excellence des objets « bons à penser ». Quoi de plus « privé » et « public », que les enjeux à la fois existentiels, intimes, mais aussi sociaux et collectifs d'accès aux soins de santé ? C'est pourquoi le dossier que nous proposons dans ce bulletin offre à Estelle Carde l'occasion de présenter outils d'analyses et restitution des résultats de sa thèse, portant sur les « discriminations » dans le domaine de l'accès aux soins.

Cerner le concept

- 1 La désignation des individus et des groupes par des labels ethniques et raciaux (les « Arabes », les « Noirs », etc.) n'est pas un phénomène nouveau en France. Les obstacles spécifiques que rencontrent les groupes ainsi labellisés, lors de leur accès à diverses ressources (l'emploi, l'éducation, etc.), ne le sont pas plus. Ils font pourtant l'objet,

depuis la fin des années 1990, d'un intérêt récent et croissant : la discrimination, diversement qualifiée de « raciale », « ethnique », ou encore « raciste », n'est plus seulement l'objet – rare – d'une plainte déposée devant un juge, elle est désormais l'enjeu de débats de société.

- 2 On va, dans les lignes qui suivent, adopter l'expression de « discrimination selon l'origine », afin de ne préjuger ni du critère discriminant (l'ethnie, la race, la nationalité), ni du processus à l'œuvre (l'idéologie – le racisme – ou la seule classification – la racialisation). Et l'on va s'intéresser à l'accès à une ressource que l'on considère en général comme plutôt épargnée par les discriminations, à savoir, le soin.
- 3 Il faut d'abord bien préciser le concept lui-même. Le croisement des approches est ici bienvenu : qu'est-ce que le droit, le politique, la sociologie et enfin la santé publique nous disent-ils de la discrimination selon l'origine ?
- 4 Le droit propose une définition « universelle » de la discrimination, c'est-à-dire qu'elle est valable quel que soit le critère de la discrimination : ce peut être l'origine aussi bien que le sexe, le handicap ou encore l'orientation sexuelle. La discrimination, nous expliquent les juristes, est un traitement différentiel et illégitime (Lochak, 1987), qu'il s'objective à un niveau individuel (discrimination directe) ou collectif (discrimination indirecte).
- 5 Préciser que la discrimination est un *traitement* signifie qu'une intention non suivie d'action n'est pas une discrimination et que vice-versa, une discrimination n'est pas forcément intentionnelle.
- 6 Ce traitement est *différentiel*, cette différence étant entendue le plus souvent dans un sens péjoratif. Les discriminations dans l'accès aux soins, ce sont alors tous les traitements différents, en quantité comme en qualité : les refus de soins bien sûr, mais aussi les retards aux soins, les formes « spécifiques » de soins, les « commentaires » qui accompagnent le soin, les traitements dits « de faveur », etc. Cette « différence » de traitement se repère au regard de la loi (ce sont les traitements illégaux) et/ou de l'usage local (ce sont les traitements « inhabituels »).
- 7 Enfin ce traitement différentiel est *illégitime*. Si le juriste apprécie l'illégitimité au regard de la loi, l'assimilant à une illégalité, le sociologue s'intéresse plutôt aux normes sociales, qualifiant d'illégitime ce qui est socialement perçu comme inacceptable. Cette qualification est délicate car le consensus social ne se décrète pas ni ne se tranche. De plus, les normes, sociales comme légales, évoluent chacune au cours du temps, ce qui impose un réajustement permanent de cette qualification du légitime et de l'illégitime.
- 8 Les débats suscités par l'évolution récente du droit des étrangers à une couverture maladie sont un bon exemple de cette difficulté à évaluer la légitimité d'une différence de traitement. La norme légale a été en effet déplacée ces quinze dernières années par une série de réformes législatives, dans le sens d'une restriction du droit de certains étrangers, ceux qui sont en situation irrégulière au regard de leur séjour. Le Conseil Constitutionnel, qui a été saisi sur plusieurs de ces réformes, les a chaque fois validées au nom de l'intérêt général (c'est à dire de la maîtrise de l'immigration et de l'effet d'appel d'air que provoquerait une protection sociale trop « généreuse » pour les sans papiers), considérant que les droits fondamentaux restaient par ailleurs respectés (les urgences vitales de tous les résidents peuvent encore être prises en charge, même pour les étrangers non éligibles à l'aide médicale depuis sa réforme de 2003).

- 9 De son côté, la norme sociale s'avère bien difficilement saisissable : comment la repérer, quand les arguments avancés par les politiques pour justifier chacune de leurs réformes suscitent des tollés de protestations auprès de certaines parties de la société civile ?
- 10 On peut ensuite rappeler quelques éléments du contexte politique qui a permis l'émergence dans les débats contemporains des discriminations qui ont l'origine pour critère.
- 11 La récente « invention » du phénomène discriminatoire (Fassin, 2002), c'est-à-dire sa reconnaissance sociale, n'a pu se faire qu'à la faveur d'une mise en cause de la « philosophie politique de l'autre » qui jusque là prévalait en République française.
- 12 Dans le cadre du traditionnel « modèle français d'intégration », l'assimilation des immigrés et de leurs descendants à la société française procède par disparition progressive de leurs spécificités. Les inégalités constatées en leur défaveur (en termes d'accès à l'emploi ou au logement par exemple) sont interprétées comme les symptômes de leurs « particularités résiduelles », notamment comportementales (ils ne font pas « ce qu'il faut » pour s'intégrer). Mais à partir des années 1990, ce paradigme s'est trouvé progressivement concurrencé par celui des discriminations selon l'origine. Selon ce dernier, les inégalités constatées ne traduisent pas des particularités des immigrés mais des traitements différentiels et défavorables dont ils sont victimes en raison de l'origine étrangère qui leur est attribuée.
- 13 Ce changement de paradigme a nécessité de redéfinir la population considérée. L'origine de la victime de discriminations est une origine étrangère « réelle ou supposée », c'est à dire attribuée par le ou les auteur(s) de la discrimination. Cette victime n'est donc pas nécessairement étrangère ou immigrée et vice-versa, tous les étrangers et tous les immigrés ne sont pas également exposés au risque de discriminations. Les catégories statistiques de l'origine les plus couramment utilisées en France, à savoir la nationalité et le lieu de naissance, sont donc insuffisantes pour les repérer (Simon, 1998). L'attribution d'une origine étrangère se fonde en effet volontiers sur des indices dits ethniques et raciaux, tels que l'apparence physique, l'accent ou le patronyme, c'est-à-dire des traits « socialement visibles ».
- 14 La recherche se donnant pour objet d'étude ces discriminations et l'action publique destinée à lutter contre elles doivent-elles alors élaborer des catégories ethniques et raciales ? Mais ne risque-t-on pas, ce faisant, de figer des identités stigmatisées et d'exacerber les phénomènes que l'on cherche à mettre en évidence ? Les débats sont vifs et dépassent largement le cercle de démographes au sein duquel ils ont pris leur essor.
- 15 Les travaux sociologiques portant sur le racisme et les relations interethniques sont ici cruciaux pour nous aider à comprendre les ressorts sociaux de la discrimination fondée sur l'origine. Ils nous révèlent en effet que la discrimination est le pendant agi d'une perception : un individu perçoit chez un autre individu, placé en situation de dominé, une différence radicale et lui applique un traitement différentiel (Guillaumin, 1972).
- 16 Enfin, puisque l'on se propose ici de réfléchir à la discrimination selon l'origine quand elle s'exerce dans le champ de l'accès aux soins, on entre de plein pied dans le registre, au sein de la santé publique, des inégalités sociales de santé. Celles-ci sont en effet des écarts, au regard d'un indicateur de santé ou de soins, entre des groupes socialement hiérarchisés (Aïach et al., 1987). Or la discrimination, en tant que traitement

différentiel, est bien productrice de disparités entre des groupes sociaux caractérisés au sein de rapports de domination.

- 17 Les recherches portant sur les discriminations selon l'origine ont relativement peu investi la santé, pour s'intéresser plutôt à l'emploi ou à l'éducation par exemple. C'est d'ailleurs, plus largement, toute la question des inégalités sociales de santé qui peine, en France, à émerger dans les débats publics. Ou plus exactement, elle peine à sortir d'un angle particulier, celui de l'exclusion des soins. Cette dernière a en effet fait l'objet de nombreuses politiques, depuis les années 1990 : trois réformes de l'aide médicale depuis 1992, volet santé de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998¹, instauration du chèque santé en janvier dernier pour faciliter l'accès à une complémentaire santé des foyers aux revenus faibles mais exclus de la CMU complémentaire, etc. Identifier des discriminations dans l'accès aux soins, c'est donc à la fois mettre à l'épreuve des faits un objectif réitéré par les pouvoirs publics (en identifiant des restrictions à cet accès aux soins prétendument « universel »), et « élargir la focale » en montrant que les inégalités, en matière d'accès aux soins, ne se réduisent pas à l'exclusion des soins (en identifiant des soins non pas refusés, mais donnés « différemment ») et ne concernent pas que « les plus précaires » des usagers.

Une enquête et ses résultats

- 18 Dans le cadre de ma thèse de sociologie, j'ai interrogé et observé sur leurs lieux d'exercice 175 professionnels de l'accès aux soins, entre 2001 et 2003, en France métropolitaine et en Guyane. Ils étaient pour la plupart agents administratifs (à la Sécurité sociale, en DDASS, etc.), professionnels du soin (médecins, infirmiers, etc.) ou travailleurs sociaux. Ils exerçaient dans des administrations de la santé, en établissements de soins, en libéral et dans le secteur associatif (Carde, 2006).
- 19 Mon analyse s'est attachée à repérer des traitements différentiels opérés par des professionnels de l'accès aux soins auprès de certains groupes de personnes, qu'ils justifient au nom des différences d'origine qu'ils perçoivent chez ces personnes.
- 20 J'ai distingué deux modes de caractérisation de la différence d'origine susceptibles de justifier des traitements discriminatoires.

Délégitimation : la logique du soupçon et de l'« excès de zèle »

- 21 Le premier procède par ce que j'ai appelé la *délégitimation*. Dans ces représentations, l'usager délégitimé, c'est à dire caractérisé par un défaut de légitimité, est avant tout le bénéficiaire de l'Aide Médicale Etat (AME). Il est volontiers présenté comme un « assisté » dont les soins « coûtent cher aux cotisants », ceux qui relèvent de l'Assurance maladie.
- 22 Depuis la réforme CMU en 1999, les derniers « assistés » ne sont plus uniquement des « pauvres », ce sont des « pauvres » étrangers en situation irrégulière.
- 23 Leur prise en charge est alors présentée, dans les discours de certains professionnels en charge de leur accès à cette aide médicale (agents des caisses de l'Assurance maladie, travailleurs sociaux), comme un poids pour les cotisants mais également pour les Français. S'agissant de plus d'étrangers en situation irrégulière, certains soulignent aussi leur statut de « hors la loi » au regard du droit au séjour.

- 24 Au nom de ces représentations de délégitimation, ils justifient parfois des pratiques différentielles, illégales.
- 25 Par exemple, des agents administratifs chargés d'accorder des droits à l'Aide médicale, jugeant la législation applicable aux « assistés étrangers » trop généreuse et vulnérable aux fraudes, accordent des droits réduits (pour moins d'un an ou par bons de soins).
- 26 Ils peuvent aussi imposer des conditions non prévues par la loi. On peut ici en présenter trois exemples.

Le besoin de soins

- 27 Certains professionnels exigent du requérant qu'il prouve son besoin de soin. Or le fait de conditionner la délivrance de l'AME à l'évaluation au cas par cas de son besoin de soins est une application restrictive de la loi. Depuis la réforme de l'aide médicale en 1992, l'admission est décidée non plus au vu du besoin de soins et du passage par une commission, mais au vu de critères objectifs (résidence en France et barèmes de revenus). Les agents font donc référence à des caractéristiques générales de l'aide sociale dont se distingue l'aide médicale depuis 1992.

Des justificatifs « papiers » : pas de déclaration sur l'honneur

- 28 Certains professionnels, craignant que la bonne qualité de la couverture offerte par l'AME n'incite des étrangers à se soigner « aux frais de la France », suspectent que certaines des demandes d'AME qui leur sont adressées soient frauduleuses. Ils ont alors des réticences à accepter les déclarations sur l'honneur qui permettent théoriquement de pallier l'absence de documents prouvant les revenus, la domiciliation et la résidence en France.
- 29 À l'appui de ces réticences, ils rapportent par exemple le cas de l'étranger « *qui gare en double file sa Mercedes devant l'antenne CPAM et dont la femme est parée de bijoux* » mais qui ne déclare aucun revenu.

Une résidence ancienne de trois mois au moins :

- 30 Des professionnels déclarent constater le « nombre très important » d'étrangers venant demander une AME dès leur arrivée en France, ce qui selon eux « signe » leur venue pour soins. Les visiteurs, c'est-à-dire les personnes non résidentes, qu'elles soient françaises ou étrangères, ne peuvent en effet pas légalement prétendre ni à l'assurance maladie, ni à l'aide médicale.
- 31 Certains des agents CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) qui reçoivent les demandes d'AME exigent alors une résidence de plus de trois mois en France ou l'intention de rester en France au moins un an.
- 32 La réforme de l'AME, en 2003 a « pris acte » de ces pratiques observées en 2001, en instaurant une condition d'ancienneté de résidence de trois mois pour l'accès à l'AME et l'obligation d'apporter des justificatifs (à l'occasion du vote de cette réforme, le ministre de la solidarité (François Fillon) a déclaré qu'il fallait « éviter ce qui se passe aujourd'hui, c'est à dire la fraude généralisée à l'identité » (octobre 2003)). Les représentations et les pratiques recueillies sur le terrain auprès des professionnels sont donc susceptibles d'être reprises dans les discours politiques pour contribuer à justifier

des réformes législatives. Discriminatoires et illégales un jour, elles peuvent être entérinées par la loi le lendemain, à la faveur d'un déplacement de la norme légale.

- 33 Cette anticipation de la loi par les pratiques n'est pas nouvelle. Par exemple, la condition de régularité du séjour pour l'affiliation à la Sécurité sociale était exigée par certains agents de CPAM, par des caisses tout entières, voire par la CNAM, avant qu'elle ne le soit par la « deuxième loi Pasqua » votée en 1993.
- 34 Mais inversement, les représentations des acteurs sociaux sont nourries par le contexte légal, à savoir l'évolution restrictive de droits des étrangers en situation irrégulière, et ils justifient leurs pratiques au nom de cette évolution. C'est donc de façon conjointe qu'il faut analyser le déplacement susdit de la norme légale et celui de la frontière entre le légitime et l'illégitime telle qu'elle est située par les acteurs sociaux (Carde, 2006 ; Carde, 2007).
- 35 Enfin, il faut préciser que si le juriste distingue les étrangers en fonction de leur situation au regard du séjour, les catégories mobilisées par les acteurs sociaux sont des catégories non pas administratives mais sociales. L'illégitimité croissante des étrangers en situation irrégulière, telle qu'elle est présentée par les acteurs sociaux, ne se limite pas à la catégorie administrative de l'étranger en situation irrégulière, elle « contamine » toute figure de l'étranger. Elle affecte l'accès aux soins des étrangers en situation régulière, ainsi que celui de leurs enfants français, et finalement de toute personne qui « a l'air » étrangère. Elle affecte aussi leur état de santé. Elle favorise en effet des pratiques discriminatoires qui ne se limitent pas à l'accès aux soins et qui sont opérées au moment de l'accès au logement, à l'emploi, à l'éducation, etc. Or l'orientation vers des habitats insalubres, des emplois physiquement exposés, à faible qualification, le chômage, etc. détermine des conditions de vie défavorables à l'état de santé.

Différenciation : l'essentialisation de la différence

- 36 Le second mode de perception de l'altérité procède par *différenciation*. Quand un usager est caractérisé avant tout par sa différence, le plus souvent qualifiée de « culturelle », lui sont attribués des besoins différents. Il est alors justifié de le traiter différemment. Il n'est pas question ici d'illégitimité, mais plutôt d'inadéquation.
- 37 Ces représentations justifient, chez certains professionnels du soin, que la personne soit orientée vers une offre de soins dérogatoire au droit commun (c'est à dire le service proposé au « tout venant »), censée être adaptée à sa différence.
- 38 Par exemple, un patient ayant besoin de soins psychiatriques pourra être orienté vers une consultation d'ethnopsychiatrie plutôt que vers un service de psychiatrie ordinaire parce qu'il a « l'air africain » et qu'il est entendu que la première est mieux adaptée à la « culture des Africains » que le second. Il y alors privation de la possibilité d'accéder au droit commun (alors même que le patient aurait pu le préférer). En outre, les usagers concernés, marginalisés, sont exposés à un risque de stigmatisation.
- 39 Différentielle (au regard cette fois de l'usage local et non plus de la loi), défavorable et fondée sur une différence d'origine perçue, cette pratique constitue bien une discrimination selon l'origine, au sens négatif du terme.

Discriminations indirectes

- 40 On a présenté ci-dessus deux types de représentations de l'altérité, la délégitimation et la différenciation, qui justifient des pratiques discriminatoires. Ces discriminations sont dites directes : les pratiques sont justifiées par l'origine étrangère qui est perçue.
- 41 Envisageons maintenant le cas des *discriminations indirectes*. Dans le champ de l'accès aux soins des étrangers, ce sont des obstacles à l'accès aux soins qui agissent apparemment de la même façon sur toute personne quelle que soit son origine, mais qui s'avèrent plus fréquents et/ou d'impact plus sévère chez les personnes d'origine étrangère.
- 42 Les discriminations indirectes sont dites systémiques quand elles sont secrétées par des logiques structurelles, via en particulier des dysfonctionnements institutionnels, indépendamment de l'intentionnalité discriminatoire des personnes qui pourtant les mettent en œuvre.
- 43 C'est par exemple l'affluence excessive d'usagers ou de patients au regard des effectifs insuffisants de professionnels, agents CPAM ou soignants, ce qui incite ces professionnels à réduire au minimum le temps passé avec chacun de ces usagers. Ceux de ces usagers qui ne maîtrisent pas la langue française seront les premières victimes de cette limite de temps.
- 44 Mais les effets de système concernent surtout les étrangers en situation de précarité économique, qui relèvent de la CMU ou de l'AME : il y a multiplication des effets de l'origine étrangère et de la précarité. On peut donner ici l'exemple du tiers-payant. De nombreux médecins ont des réticences à accepter les patients en tiers-payant, en raison de difficultés alléguées à se faire ensuite payer par leurs CPAM. Or ces difficultés seraient maximales pour une partie de ces bénéficiaires du tiers payant : ceux qui relèvent de l'AME. Ces derniers étant des étrangers en situation irrégulière, ils sont victimes de discriminations indirectes : ils ne sont pas refusés par les médecins au nom de leur origine étrangère, mais en tant que relevant d'une catégorie administrative particulière.
- 45 Des représentations relevant de la délégitimation peuvent cependant renforcer ces discriminations indirectes, via des préjugés à l'égard des étrangers en situation irrégulière, ou à l'égard des bénéficiaires du tiers-payant (suspects d'abuser de prestations « gratuites »).
- 46 De plus, si les étrangers et leurs descendants nés en France se trouvent nombreux parmi ces populations en situation de précarité exposées aux discriminations indirectes, c'est parce que, entre autres raisons, ils sont soumis à des discriminations, directes cette fois, lors de leur accès à l'emploi, à l'éducation, etc. : des discriminations qui précarisent de façon générale leurs conditions de vie. La perception de l'altérité est donc un ressort essentiel des discriminations indirectes, même si c'est en amont d'elles.
- 47 Que conclure alors à l'égard des débats suscités sur les catégories ethniques et raciales ? Ce sont des catégories sociales, c'est à dire qu'elles renvoient bien à cette perception socialement située de l'altérité, que l'on a dite déterminante dans la production d'inégalités dans l'accès aux soins et la santé. Elles m'ont permis de repérer, dans cette enquête, les personnes victimes de délégitimation parce qu'elles « ont l'air » étrangères, ou les personnes faisant l'objet de différenciation parce qu'elles « ont l'air » africaines.

- 48 L'usage des catégories ethniques et raciales m'est ainsi apparu crucial dans cette étude des processus discriminatoires, pour autant qu'il respecte le principe suivant : les catégories pertinentes pour l'analyse ne sont pas les catégories qu'élabore le chercheur, ce sont celles qui s'imposent à lui, par leur prégnance dans les représentations et les pratiques ; leur exploitation, ensuite, doit être, également, précisément contextualisée. C'est ainsi du va et vient constant entre objectivation des catégories cognitives et objectivation des inégalités de fait qu'émerge la description du phénomène discriminatoire.

BIBLIOGRAPHIE

- Aïach P. Carr-Hill R. Curtis S. Illsley R. *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne*, Paris : Inserm, la Documentation française, 1987
- Carde E. « *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane française* », [Thèse de Santé Publique, option Sociologie], Paris, Université Paris XI, 2006 ; 539 p. <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00119345>
- Carde, E. « On ne laisse mourir personne ». Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, 2006, 16, 57-80
- Carde, E. « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, 2007, 2, 99-110
- Fassin D. « L'invention française de la discrimination ». *Revue française de science politique*, 2002 ; 52/4 : 403-423
- Guillaumin C. *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*, Paris : Mouton ; Co (réédition, 2002, Gallimard), 1972
- Lochak D., « Réflexions sur la notion de discrimination », *Droit Social*, 1987 ; 11 : 778-790
- Simon P., « Nationalité et origine dans la statistique française : les catégories ambiguës », *Population*, 1998 ; 3 : 541-568
- Terray E., « La question du voile : une hystérie politique », In Nordman C (dir), *Le foulard islamique en question*, Édition Amsterdam, 2004.

NOTES

1. Avec notamment la mise en place des PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies), des PASS, (Permanences d'Accès aux Soins de Santé), de réseaux ville-hôpital et de la CMU (Couverture Maladie Universelle).