

Entre droit aux soins et qualité des soins

Marguerite Cognet, Céline Gabarro et Emilie Adam-Vezina



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/443>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.443

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2009

Pagination : 54-65

ISSN : 1142-852X

Référence électronique

Marguerite Cognet, Céline Gabarro et Emilie Adam-Vezina, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & migrations* [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 19 avril 2019.

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/443> ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.443

Entre droit aux soins et qualité des soins

Par Marguerite Cognet,
enseignante-chercheure, UFR Sciences sociales, université Paris 7, URMIS, UMR IRD 205

Céline Gabarro,
doctorante en sociologie, URMIS, UMR IRD 205

et Emilie Adam-Vezina,
doctorante en anthropologie, URMIS, UMR IRD 205



Paris, 2009, Kader Benamer © Dominique Langoutte-photographies

Depuis le 1^{er} janvier 2000, les personnes résidant de manière stable⁽¹⁾ en France et ayant de faibles ressources bénéficient en droit d'une couverture maladie. Qu'elles soient Françaises ou étrangères, en situation régulière ou non, avec ou sans travail. Dans les faits, des inégalités persistent pourtant. La création de prestations non contributives, au côté de celles du régime général⁽²⁾, ne garantit pas un même accès pour tous aux services de santé. Par ailleurs, la qualité des soins dispensés souffre d'une même iniquité. Quand la discrimination devient système : état des lieux.

La Couverture maladie universelle (CMU) et l'Aide médicale d'État (AME)⁽³⁾ sont censées garantir un accès aux soins pour tous. Toutefois, la possibilité théorique d'accéder en droit aux soins suffit-elle pour que les personnes soient réellement accueillies dans les structures de santé et reçoivent une qualité de soins égale à tout un chacun ? Pierre Lombrail⁽⁴⁾ a distingué trois niveaux d'accès aux soins : d'une part, l'accès théorique et l'accès réel (tous deux constituant l'accès primaire) et, d'autre part, l'accès secondaire. Si l'accès théorique renvoie principalement aux droits, l'accès réel désigne plus spécifiquement le véritable accès aux services de santé et aux médecins : il questionne par exemple l'accessibilité géographique ou l'accueil des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, relativement à celui des assurés du régime général. Plusieurs études ont d'ores et déjà montré l'existence de discriminations. Les bénéficiaires de l'AME et de la CMU complémentaire, parmi lesquels les migrants sont surreprésentés, ont ainsi plus de difficultés à faire valoir leurs droits à ces prestations⁽⁵⁾ et à être reçus par les médecins que les assurés du régime général⁽⁶⁾.

Si la question de l'accès primaire aux soins commence à être bien documentée, notamment par les acteurs associatifs et les travaux de Didier Fassin⁽⁷⁾ ou d'Estelle Cardé⁽⁸⁾, il reste que les raisons pour lesquelles un individu se voit refuser un droit aux soins ne sont pas toujours claires. Par ailleurs, nous ne savons à peu près rien de ce qu'il en est pour l'accès secondaire : les soins sont-ils dispensés de la même manière pour tous ? Les critères sociaux ou ethniques ont-ils un impact sur le continuum de soins ? Il reste ainsi bien des zones d'ombre en matière d'accès aux services de santé et aux traitements dans les soins. En nous appuyant sur des travaux très récents, nous souhaitons lever le voile sur ce qui se passe aussi bien derrière les murs de l'assurance-maladie en matière d'instruction des dossiers de demande d'AME⁽⁹⁾ que derrière d'autres murs, ceux des services hospitaliers⁽¹⁰⁾.

Le poids des interprétations dans l'instruction des dossiers de demande d'AME

Les nombreuses réformes engagées dans le domaine de la santé depuis les années quatre-vingt-dix ont durci l'accessibilité aux soins pour les étrangers en situation irrégulière. Plusieurs associations ont rapporté le rôle des agents de l'assurance-maladie dans la mise en place de nouvelles restrictions du droit (délais d'instruction non respectés, demande d'éléments non nécessaires)⁽¹¹⁾. Notre propre recherche⁽¹²⁾ confirme ce rôle central et les conséquences induites en termes de refus ou de retard d'accès aux soins. Les raisons qui conduisent à cet état de fait relèvent de facteurs

qui tiennent pour partie à la complexité organisationnelle ainsi qu'aux pratiques managériales et routinières du travail administratif quotidien.

Les demandes d'AME sont instruites par les Caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM). Ces organismes représentent le niveau départemental de l'assurance-maladie. Chaque CPAM étant libre de son organisation, le processus de traitement des demandes d'AME se décline de façon variée sur le territoire. Les directives de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), émanant des textes de lois et de circulaires ministérielles, sont suffisamment complexes pour que chaque CPAM les retranscrive en notes d'instruction internes se livrant ainsi à un véritable travail d'interprétation. Ces notes sont ensuite transmises aux agents chargés d'instruire les demandes d'AME qui vont, à leur tour, les interpréter en fonction des dossiers qu'ils traitent. Il existe en matière d'AME autant de règles qu'il y a de CPAM et, au sein des CPAM, autant de règles qu'il y a d'agents.

Une interprétation à l'aune du soupçon de fraude

Les textes ne définissant pas l'ensemble des procédures et pouvant être compris dans un sens comme dans l'autre, les agents chargés d'instruire les dossiers vont se fier à leur jugement ou à celui de leurs supérieurs.

Cette marge d'interprétation, à l'évidence, n'exclut pas les préjugés. Si une pièce manque au dossier, certains agents hésitent à priver le demandeur d'un recours à ses droits et lui retourne son dossier. D'autres optent pour le rejet du dossier qui se traduit par un refus d'AME. Un climat de suspicion généralisé règne à l'égard des demandeurs considérés, le plus souvent, comme des fraudeurs potentiels. Les occasions du soupçon sont multiples. Un des exemples récurrents est la "vraie" qualité d'un mariage : les demandeurs n'ayant pas fourni d'acte de mariage sont soupçonnés de "mentir" sur leur situation et voient revenir leur dossier, accompagné d'une réclamation de l'acte, et ce même si la réalité du mariage ne conditionne pas l'obtention de l'AME. Les femmes peuvent, de toute façon, être immatriculées sous leur nom de jeune fille, une mise à jour sous leur patronyme marital pouvant, en théorie, se faire à tout moment. Les demandeurs accusés de mentir sur le montant de leurs ressources pour pouvoir bénéficier de l'AME verront, quant à eux, leur dossier rejeté sans aménité lorsque le montant de leurs dépenses (quittance de loyer, facture d'électricité) sera supérieur aux ressources déclarées. Un agent instructeur déclare ainsi : *"50 % des dossiers que le service traite ne devraient pas être acceptés parce que les demandeurs bidouillent et mentent sur leurs ressources."* En revanche, pour ceux qui sont

considérés comme faisant preuve de bonne foi, c'est avec plus de commisération que tomberont les refus pour un dépassement du plafond de quelques euros. *“Ce qui me dérange le plus c'est qu'il y en a qui sont honnêtes et ont des refus pour deux euros”*, explique un agent instructeur.

En quête de critères qui permettraient de distinguer de façon définitive le bon grain de l'ivraie, les agents utilisent un répertoire partagé⁽¹³⁾ d'expériences, sans cesse enrichi des nouveaux cas, pour se livrer à une véritable construction des histoires où ils opposent en permanence les bons des mauvais demandeurs.

Entre routine, application des règles et obsession du chiffre

Les agents notifient aux demandeurs des accords, des refus ou leur retournent leur dossier leur demandant des pièces complémentaires. Entre ces trois voies (accords, refus, retours), la trajectoire des dossiers subit au moins trois influences majeures : la routine, l'obsession de l'application scrupuleuse de la règle et l'obsession du chiffre dans les pratiques managériales.

Quand l'attitude des agents n'est pas explicitée par le soupçon de fraude, elle relève le plus souvent du réflexe, soit de l'application d'habitudes intériorisées et qui ne sont plus réfléchies. Ainsi, nombre d'agents ayant travaillé auparavant à l'affiliation au régime général, pour lequel des actes de mariage ou des justificatifs de ressources sont demandés, peuvent réclamer ces documents par simple routine. Les services qui instruisent les dossiers d'AME sont, comme toutes les administrations où les agents exécutent des tâches très répétitives, en proie au développement de pratiques routinières qui ne favorisent guère la pensée réflexive⁽¹⁴⁾. Les retours de dossiers aux demandeurs relèvent, en fait, d'une certaine obsession de la règle, du goût du travail bien fait et du respect strict du droit. Les agents spécialisés dans l'instruction des demandes d'AME se définissent aisément comme les gardiens des règles. Ils conviennent de l'importance du pouvoir que leur confèrent ces règles qui leur permettent de décider de l'octroi ou non d'un droit aux étrangers en situation à la fois d'irrégularité et de besoin de soins le plus souvent urgents. Leur travail consisterait à respecter au mieux ces règles, ce qui peut parfois provoquer des situations saugrenues. Par exemple, dans les

Dans les cas où le demandeur présente un titre de séjour récemment expiré, les agents peuvent retourner le dossier et réclamer un document attestant de l'irrégularité de son séjour.

cas où le demandeur présente un titre de séjour récemment expiré, les agents peuvent retourner le dossier et réclamer un document attestant de l'irrégularité de son séjour.

Aussi absurde que cela puisse paraître, ce document permet aux agents de s'assurer que cette personne n'est pas éligible à la CMU, plutôt qu'à l'AME. La CMU offrant une couverture plus avantageuse que l'AME, les agents cherchent à accorder le "bon droit à la bonne personne", même si cela risque de provoquer un retard de soins. Par leur volonté de l'application la plus stricte et la plus scrupuleuse de la règle, les agents cherchent d'abord à s'assurer que la personne se verra bien accorder un droit légal et légitime. Mais ils veulent également garantir une neutralité qui les absout des conséquences des décisions prises. L'obsession de la règle des agents croise l'obsession du chiffre de leurs supérieurs. L'agent instruisant un dossier doit aboutir dans un délai toujours plus court⁽¹⁵⁾ à décider dans quel panier il doit verser le dossier : le panier des accords, celui des retours ou celui des refus. Le retour

des dossiers est présenté comme une faveur faite au demandeur plutôt que la bonne application d'un droit. Un agent instructeur traitant un dossier s'interroge ainsi : *"Est-ce que je fais un refus ou je suis humain et je demande des preuves supplémentaires ? Non, je vais être humain."*

Le refus, sauf dans le cas de certitude de fraude, n'est pas la mesure privilégiée par les agents qui ont une conscience assez aiguisée des conséquences pour un individu dont ils n'ont pas de raison de douter des besoins de soins urgents, voire vitaux. Il reste l'accord, mais, en cas de doute, ni les uns ni les autres ne le donnent aussi

aisément. Cette résistance vient d'une certaine obsession de la bonne application de la règle, mais à celle-ci vient se greffer une autre obsession, celle "de devoir faire du chiffre". Les nouvelles pratiques managériales, inspirées des modèles du management entrepreneurial à partir d'indicateurs de performance⁽¹⁶⁾, sont soucieuses de raccourcir les délais de traitement des dossiers tout en augmentant l'efficacité et la qualité.⁽¹⁷⁾ Or, si les refus et les retours ne sont pas supervisés, les dossiers accordés sont systématiquement vérifiés par un contrôleur qui en déduit le taux d'erreurs de chaque agent. Le

nombre de dossiers traités sur un temps et le pourcentage d'erreur conditionnent l'évaluation des agents. On ne s'étonnera guère, dans ces conditions, que, d'une part, les dits agents vivent leurs erreurs d'instruction comme des échecs et que, d'autre part, ils soient non seulement tatillons, mais qu'ils aient une préférence à refuser ou retourner un dossier plutôt qu'à délivrer un accord. Un agent instructeur explique ainsi : *"Là, le dossier a été déposé en avril 2008, mais le demandeur a des droits à la CMU-C jusqu'au 30 juin 2008. Normalement, je devrais lui faire un retour, car j'ai besoin de m'assurer qu'il est bien en situation irrégulière et qu'il ne peut pas renouveler ses droits à la CMU-C... Si je ne le fais pas et que le contrôleur estime que j'aurais dû, ce dossier sera compté comme mal instruit dans mes statistiques."*

Au final, les dossiers font, plus qu'ils ne devraient, l'objet de retour, alternative pour les agents puisqu'ils ne spolient pas (encore) les demandeurs de leur droit et que cela ne les met pas, eux, en échec.

Au-delà des critiques qui peuvent être faites sur l'AME en tant que dispositif qui discrimine (traite à part) des personnes malades du fait de leur situation juridique sur le territoire, nous ne pouvons que constater que le système mis en place pour instruire les demandes constitue un frein à l'accès aux droits pour soins et que, dans le meilleur des cas, il entraîne un retard de soins pour les demandeurs dont les médecins, comme les associations, attestent pourtant l'urgence des besoins.

Du droit d'accès aux soins à l'égalité effective dans les soins

En aval des droits d'accès aux services et aux soins de santé, une fois que les personnes bénéficiaires de l'AME et de la CMU sont arrivées dans un service de santé, se pose la question de la qualité des traitements – l'ensemble des actes de soins et des prescriptions – qu'ils reçoivent. *A priori*, elles doivent être traitées de manière égalitaire par rapport à n'importe quel autre patient, sans aucune discrimination⁽¹⁸⁾. Cette question de la discrimination durant la prise en charge dans les services de santé est délicate tant les états de santé, les risques relatifs aux antécédents d'un patient, les réactions aux thérapeutiques... peuvent fonder un traitement différentiel entre deux individus malades. Aussi est-il utile de préciser que pour qu'un traitement différentiel puisse être reconnu comme de la discrimination, il faut que le traitement soit illégitime et arbitraire. L'idée de traitement *illégitime* suppose que sa justification n'est pas acceptable parce qu'elle ne concorde pas avec l'objectif visé et les moyens mis en œuvre. Celle d'*arbitraire* revient à des orientations et décisions thérapeutiques fondées sur des postulats qui présupposent des comportements ou des capacités sur la base de critères subjectifs, de préjugés ou stéréotypes.

Les observations que nous avons menées dans des services hospitaliers de trois hôpitaux parisiens spécialisés dans le traitement du VIH-sida et de la tuberculose⁽¹⁹⁾ ont montré qu'en matière de soins les orientations et décisions relevant de protocoles donnant des instructions précises, notamment sur les examens à effectuer à tous les stades de la maladie, les prescriptions d'antirétroviraux et d'antibiotiques ainsi que le rythme des consultations médicales des suivis étaient conformes aux protocoles⁽²⁰⁾. Sur ce point, aucun traitement différentiel, en raison de l'origine ethnique ou de tout autre critère illégal, n'est apparu. En revanche, sur d'autres aspects, des écarts ont pu être observés selon l'origine nationale des patients. Des observations répétées ont montré que, toutes choses égales par ailleurs, les patients d'origine africaine, caribéenne ou maghrébine avaient une probabilité significative plus élevée

d'être surveillés sur l'observance de leur traitement (contrôle du respect des prescriptions) et les premiers – les personnes d'origine africaine – accusaient un écart élevé avec les derniers. Autrement dit, le fait d'être classé comme Maghrébin protégeait moins de cette mise sous surveillance que d'être classé comme Français, mais plus que tous les autres groupes. Dans le même temps, ces mêmes patients considérés comme des individus d'origine étrangère (Afrique subsaharienne, Caraïbe, Maghreb) avaient une probabilité significative plus faible de se voir proposer de participer à une étude clinique, en particulier à des essais thérapeutiques auxquels n'étaient inscrits que des Français, blancs et homosexuels. Ces résultats, pour une première étude en France abordant la question de la discrimination dans le cours des soins, interrogent immédiatement sur les processus qui sous-tendent de telles pratiques. Il est important d'écouter les praticiens expliquer les décisions qu'ils prennent et les choix thérapeutiques qu'ils font, à l'égard des origines, réelles ou supposées, des patients dont ils ont la charge.

Les risques relatifs aux antécédents d'un patient, les réactions aux thérapeutiques, etc., peuvent fonder un traitement différentiel entre deux individus malades.

Des praticiens désireux de “faire au mieux”

Lors d'entretiens d'explicitation, les praticiens reconnaissent aisément que, pour eux, les “Africains”, même s'ils sont dans les faits très observants de leur traitement, sont des patients plus “à risque” de ne pas ou de ne plus l'être. *“Je crois que les patients africains, une fois que le traitement a été expliqué et qu'ils ont compris, sont plutôt très observants. Mais c'est un processus qui peut prendre du temps et ils ont toujours des difficultés économiques et très pragmatiques, pas d'endroit où dormir, pas de quoi manger...”*, explique un praticien.

Le jugement des médecins se base sur une série d'obstacles qu'ils augurent : des obstacles d'ordres cognitif (capacité à comprendre les informations), culturel (leurs croyances sur la maladie et la thérapeutique en santé) et social (leurs conditions et moyens d'existence et de séjour en France). Un praticien déclare : *“Ils consultent ‘à l'africaine’ ; ils viennent aux consultations quand ils veulent, au jour et à l'heure qui leur conviennent.”* Un autre précise : *“Les Africains ont un désir parfois moindre de se traiter parce qu'ils ont des contraintes juridiques qui font que c'est impossible pour eux de tout*

gérer, de s'occuper de soi, mais aussi du logement, des papiers, du travail, et en plus de venir à l'hôpital et de prendre les médicaments."

En matière d'études cliniques, avant même de leur proposer d'y participer, nombre de praticiens renoncent à les inclure dans des essais thérapeutiques et, pour une moindre part, dans d'autres types d'études cliniques, pour trois motifs : la disponibilité du patient, ses capacités cognitives (à comprendre les objectifs et les contraintes de l'étude) et ses capacités culturelles (présomption d'un moindre intérêt pour les études cliniques en lien avec des valeurs ou/et des croyances). *"Dans la recherche avec des prélèvements, il y a plus difficilement consentement chez les patients africains"*, explique un praticien.

Celles et ceux qui se voient proposer de participer à des études cliniques, *a fortiori* aux études qui requièrent impérativement l'adhésion éclairée du patient, sont majoritairement des patients pour lesquels les médecins estiment que le suivi se fera sans heurts, et il se trouve que, dans la plupart des cas observés, il s'agit d'hommes français et blancs.

C'est ainsi, au vu de ces motifs, dans un contexte qui contraint leur disponibilité pour chaque patient (manque de temps, de moyens matériels et de personnel en milieu hospitalier), et avec l'intention de "faire au mieux" pour les patients, que les praticiens prennent leurs décisions. Néanmoins, la plupart des praticiens présupposent ces obstacles bien plus qu'ils ne les vérifient systématiquement. Leurs jugements se font alors sur la base de préjugés. Des préjugés qu'ils héritent des représentations ethniques qui imprègnent la société française dans une histoire et une actualité qui construisent des Eux et des Nous⁽²¹⁾. De ces préjugés découlent des façons de faire différentes avec les patients qu'ils catégorisent comme "Africains".

Quand la discrimination fait système

Ces deux études attestent bien que des discriminations "raciales" s'insinuent, *volens, nolens*, dans la santé comme dans d'autres sphères des activités sociales (emploi, logement, éducation...). Les résultats montrent qu'en amont des soins (dans l'accès théorique aux droits) comme dans la dispense de ceux-ci au sein des services hospitaliers (accès secondaire), certains individus malades risquent de se trouver spoliés de leur droit aux soins ou de la qualité des soins.

Les différents processus qui apparaissent dans l'instruction des dossiers de demande d'AME et dans les motifs qui président aux décisions et orientations thérapeutiques dans le cours des soins au sein de services hospitaliers participent

d'une même logique et transforment l'accès aux soins en un véritable parcours du combattant. Encore plus difficile à surmonter pour les personnes étrangères en situation irrégulière ou considérées comme telles. Les deux études tendent à montrer que la discrimination, même quand elle est directe, ne peut s'expliquer par le seul fait des acteurs en situation de contact le plus immédiat avec les personnes discriminées – les agents instructeurs des dossiers d'AME et les praticiens des services hospitaliers. Si les pratiques de ces intervenants sont sans conteste de la discrimination (un traitement non seulement illégitime, arbitraire, mais également illégal), elles n'en sont pas moins possibles que parce qu'elles s'ancrent dans un système où tout les autorise.

Comme le présumaient Lombraile et ses collaborateurs⁽²²⁾, les traitements différentiels dans les soins sont en partie le résultat de l'incapacité du système de santé à intégrer les inégalités sociales et leur incidence sur la santé – ce que les chercheurs

appellent “la contribution à la production des inégalités par *omission*”. À ce type de discrimination, ils ajoutent que le système de santé, en fonctionnant sur des normes, définit des objectifs et met en place des programmes qui peuvent contribuer à aggraver ces inégalités ; c'est là une “contribution par *construction*”. Mais notre étude montre que, dans le cours des soins, les traitements différentiels peuvent également procéder d'une surdétermination des représentations négatives efficientes dans la société française sur les groupes minoritaires. Ces représentations caricaturent leurs pratiques, leur prêtent ou leur dénie des capacités et des compétences qui les stigmatisent. La discrimination surgit de l'imposition de ces représentations en l'absence de toute recherche explicite des situations concrètes dans lesquelles les personnes malades vivent, vivent leur maladie, leurs traitements et leurs effets sur leur vie quotidienne personnelle, familiale et professionnelle.

Les préjugés des agents chargés d'instruire les demandes d'AME à l'égard des personnes en situation irrégulière peuvent s'immiscer à tous les niveaux de leur instruction et au sein de chaque catégorie de réponses observées. Toutefois, il est rare que les agents refusent ou retournent un dossier par simple préjugé à l'égard des sans-papiers ou de la nationalité du demandeur. D'ailleurs, un taux de refus trop élevé alerterait certainement les responsables. Les barrages à l'obtention de l'AME sont favorisés par les pratiques managériales, la peur de mal effectuer son travail, des règles mal connues ou mal comprises ou encore des routines administratives.

Les barrages à l'obtention de l'AME sont favorisés par les pratiques managériales, la peur de mal effectuer son travail, des règles mal connues ou mal comprises, ou encore des routines administratives.

Les préjugés existent, la suspicion de fraude est omniprésente, mais ces éléments ne jouent pas tous seuls, ils s'accrochent à cet ensemble de configurations qui organisent la vie du service.

Conclusion

Les discriminations observées dans les services en charge de l'AME et dans les services hospitaliers ne sont pas nécessairement intentionnelles et, quand elles le sont, ce n'est pas obligatoirement dans l'idée de porter préjudice, mais bien plutôt de "faire au mieux". Elles sont certes le produit d'une pratique pas toujours consciente des conséquences, mais elles sont également le fruit d'effets du système (dans le cas de l'AME, la productivité, la volonté de bien faire son travail, l'organisation de l'assurance-maladie et ses routines jouent contre le bénéficiaire ; dans le cas des services hospitaliers, le manque de temps, l'urgence de soigner, les catégories offertes par l'épidémiologie favorisent des décisions dont on n'a pas forcément vérifié tout le bien fondé) qui prédisposent les conditions de leur expression. Au-delà des conditions qui préparent à leurs productions, il reste qu'en dépit des lois, dans tous les cas, les discriminations ont pour effet de retarder, voire d'empêcher, l'accès théorique aux soins ou leur accès secondaire en termes de déroulement équitable. ■

Notes

1. Soit depuis plus de trois mois et pouvant en attester.
2. Les travailleurs salariés, tout comme leurs ayants droit, dépendent du régime général. Des cotisations sont prélevées sur leurs salaires, finançant la prise en charge de leur couverture maladie de base.
3. La Couverture maladie universelle comprend deux prestations : une protection de base, la CMU de base, et une protection complémentaire, la CMU-C. Seules les personnes en situation régulière et résidant depuis plus de trois mois sur le territoire peuvent y être éligibles. Pour bénéficier de la CMU-C, les ressources des personnes ne doivent pas dépasser un certain plafond (s'élevant au 1^{er} juillet 2008 à 620,58 euros par mois pour une personne seule en métropole). Cette couverture complémentaire est gratuite et attribuée pour un an. L'Aide médicale d'État (AME) est une couverture maladie octroyée gratuitement aux personnes en situation irrégulière résidant de façon stable sur le territoire et dont les ressources ne dépassent pas le plafond CMU-C.
4. Pierre Lombraïl, "Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007, vol 55 (1), p. 23-30.
5. COMEDE, Rapport d'activité et d'observation 2006, Paris.
6. Médecins du Monde, "Je ne m'occupe pas de ces patients", enquête réalisée par la Coordination France, Paris, 2006.
7. Didier Fassin, Estelle Carde, Nathalie Ferré, Sandrine Musso-Dimitrijevic, *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, rapport d'étude n° 5, Bobigny, CRESF, 2001.

- 8.** Estelle Carde, *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Étude en France métropolitaine et en Guyane française*, thèse de doctorat en Santé publique, université Paris 13, 2006.
- 9.** Céline Gabarro, *Discriminations dans l'accès aux soins : l'influence des pré-supposés dans le traitement de l'Aide médicale de l'État (AME)*, mémoire de master en Sociologie, sous la direction de Marguerite Cognet, université Paris 7 Diderot, Paris, 2008.
- 10.** Cette recherche a été conduite dans le cadre d'un programme sur la discrimination "raciale" de la DREES- MiRe. Marguerite Cognet, Sandra Bascougnano & Emilie Adam-Vezina, *Traitement différentiel dans les parcours thérapeutiques. Maladies infectieuses : VIH-Sida, tuberculose*, rapport de recherche, DREES-MiRe, ministère de la Santé et des Sports, Paris, 2009.
- 11.** Voir sur ce point les rapports d'activité annuels du COMEDE, de Médecins du Monde ou de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), <http://www.odse.eu.org/>.
- 12.** Les résultats que nous présentons ici sont extraits des analyses réalisées lors d'observations en CPAM et Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) d'une durée totale de neuf mois.
- 13.** Sur la notion de répertoire partagé dans les communautés de pratiques, voir le concept d'Etienne Wenger, parfaitement bien repris dans le récent travail de Patricia Carlier sur les équipes de soignants hospitaliers : P. Carlier, *Déconstruction et reconstruction des communautés de pratique dans les organisations de santé professionnelles. Le cas des fusions des hôpitaux universitaires*, université de Montréal (Québec), 2009. Thèse en ligne : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/handle/1866/3040>.
- 14.** La pensée réflexive, au sens où l'a défini Donald Schön, est un processus cognitif continu qui utilise la réflexion sur et dans l'action en vue de résoudre les problèmes se posant dans l'exercice de son métier ou en vue d'être conscient des solutions qu'il apporte. À terme, les nouveaux savoirs et savoir-faire que produit l'analyse réflexive ont vocation à être transformés en savoirs théoriques. Cf. Schön, D.-A., *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Éditions Logiques, 1994.
- 15.** Il est demandé aux agents de traiter entre 20 et 25 dossiers par jour.
- 16.** Méthode de management appelée Key Performance Indicators (KPI), ou encore Key Success Indicators (KSI). Les KPI sont des indicateurs, ou mesures quantifiables, choisis pour rendre compte de l'évolution d'une organisation par rapport à des objectifs prédéfinis. Les difficultés de cette méthode résident principalement dans le choix des indicateurs, la précision de leur définition et la faisabilité des objectifs d'amélioration visés. Cf. David Parmenter, *Key Performance Indicators (KPI): Developing, Implementing, and Using Winning KPIs*, New York, John Wiley & Sons, 2007.
- 17.** Objectifs qui, en France, s'appliquent à l'ensemble de la fonction publique dans le cadre de la LOLF.
- 18.** La Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité des chances (HALDE) définit la discrimination comme "une inégalité de traitement fondée sur un critère prohibé par la loi, comme l'origine, le sexe, le handicap... dans un domaine visé par la loi, comme l'emploi, le logement, l'éducation... Elle peut être directe, si l'inégalité se fonde sur un critère prohibé, ou indirecte, lorsqu'une règle, une pratique ou un critère apparemment neutre a un effet défavorable sur un groupe visé par un critère de discrimination", <http://www.halde.fr/Missions-et-pouvoirs.html>.
- 19.** Nous avons suivi cent quatre patients. Quarante-deux questionnaires (intégrant les données du dossier médical) ont été complétés et soumis à un traitement statistique (analyses univariées, bivariées et régressions logistiques). Dix-sept praticiens en charge du suivi de ces patients ont été sollicités pour un entretien les invitant à revenir et à expliciter leurs actions et décisions à l'endroit de leurs patients. Les résultats présentés ici sont issus de ces analyses. Cf. Marguerite Cognet, Sandra Bascougnano & Emilie Adam-Vezina, *Traitement différentiel dans les parcours thérapeutiques. Maladies infectieuses : VIH-Sida, tuberculose*, rapport de recherche, DREES-MiRe, ministère de la Santé et des Sports, Paris, 2009.
- 20.** Les protocoles ou recommandations à partir desquels travaillent les soignants (médecins, sages-femmes, infirmières) sont des traductions opérationnelles issues de la médecine de preuve (*Evidence-Based Medicine and Health Care* notamment alimentées sur la base Cochrane www.cochrane.org).
- 21.** Le débat sur l'identité nationale dirigé par le ministre de l'Immigration, E. Besson, en est une des illustrations, puisque le guide envoyé aux préfets chargés d'animer les débats régionalement invite, entre autres, à se prononcer sur "nos valeurs", "nos clochers et nos cathédrales"... Le possessif récurrent autour de tels symboles, opposés à des "autres" obligatoirement "communautaristes", est une rhétorique qui alimente une certaine vision et division du monde au sens où le propose Loïc Wacquant, "For an Analytic of Racial Domination", *Political Power and Social Theory*, n° 11, 1997, p. 221-234.
- 22.** Pierre Lombrail, Jean Pascal & Thierry Lang, "Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ?", *Santé, société et solidarité*, 2004, n° 2, p. 61-71.