

Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé

Marguerite Cagnet,
sociologue, Laboratoire
URMIS, Université Paris
Diderot

Dans les années 1990, des rapports soulignent les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les personnes pauvres¹. Étendre l'assurance maladie à l'ensemble de la population devient alors une priorité inscrite dans la loi de lutte contre l'exclusion et la pauvreté du 29 juillet 1998. Le 27 juillet 1999 une loi proclame l'universalité de la couverture maladie et institue trois prestations pour les plus démunis : la CMU de base², la CMU complémentaire (CMU-C) et l'aide médicale d'État (AME)³. Depuis, toutes les personnes résidant en France depuis trois mois et plus, qu'elles soient Françaises ou étrangères, en situation régulière ou non, avec ou sans travail, sont censées accéder aux soins. Toutefois, la possibilité d'accès 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 ?

Convenons de distinguer trois niveaux d'accès aux soins : l'accès théorique, l'accès réel et l'accès secondaire⁴. Si l'accès théorique renvoie principalement aux droits, aux dispositions juridiques au moyen desquelles les personnes peuvent légitimement prétendre aux soins comme le prévoit, par exemple, la loi portant création de la CMU, l'accès réel désigne lui plus spécifiquement l'accès pratique aux services de santé et aux médecins. Ce niveau d'accès questionne, pour sa part, l'accessibilité géographique ou les modalités concrètes d'accueil des bénéficiaires de la CMU ou de

l'AME, population la plus précaire parmi laquelle les migrants sont surreprésentés. L'accès secondaire, enfin, renvoie plus spécifiquement à la reconnaissance des problèmes de santé et la qualité optimum de leur prise en charge par les professionnels des services.

Si nous pouvons convenir que les études sont encore trop peu nombreuses en France, plusieurs travaux empiriques attestent d'inégalités d'accès aux soins⁵ et ont d'ores et déjà montré l'existence de discriminations. Si la loi permet effectivement en théorie l'accès aux soins même aux plus vulnérables via l'obtention de la CMU et de l'AME, les interprétations que font les agents chargés de l'instruction des dossiers introduisent de l'arbitraire (demande de preuves complémentaires de résidence, de stabilité, de revenus, demande d'acte de mariage, soit autant de pièces non prévues dans les instructions afférentes à la législation)⁶ restreignant le droit aux soins que cela prenne la forme d'un refus ou d'un accès retardé aux soins⁷. L'étude de Céline Gabarro démontre que les raisons qui conduisent à l'exclusion du droit relèvent de facteurs qui tiennent pour partie à la complexité organisationnelle de la caisse nationale d'assurance maladie et pour l'autre aux pratiques managériales et routinières du travail administratif quotidien appliquées dans les caisses primaires (CPAM)⁸. À cela s'ajoute les préjugés que les agents des caisses partagent avec une large opinion française à l'endroit des migrants, toujours plus ou moins soupçonnés d'être venus profiter des avantages sociaux de la France. En quête de critères qui permettraient de distinguer de façon définitive le bon grain de



l'ivraie, les agents construisent des histoires de cas où ils opposent en permanence les « bons » des « mauvais » demandeurs. Au-delà de ces inégalités d'instruction de leurs dossiers, les personnes qui obtiennent l'AME ou la CMU ont plus de difficultés à faire valoir leurs droits à ces prestations⁹ et à être reçus par les médecins que les assurés du régime général (refus de consultation ou contrainte sur des créneaux spécifiques)¹⁰. Et parmi eux, les migrants se trouvent encore plus fortement discriminés du fait des préjugés des médecins à leur endroit (soupçon d'abus du système de santé français)¹¹. 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 – entendus ici comme l'ensemble des actes de soins et des prescriptions – qu'ils reçoivent. *A priori*, elles devraient être traitées de manière égalitaire par rapport à n'importe quel autre patient, sans aucune discrimination¹². Cette question de la

1. Froitié, Brigitte La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie, *Lien social et politique-RIAC*, 2006, p. 33-44.

2. Seules les personnes en situation régulière sur le territoire français et y résidant de manière ininterrompue depuis plus de trois mois peuvent y être éligibles à la CMU. La CMU-C est une assurance complémentaire accessible aux personnes dont le revenu en 2013 n'excédait pas 716€/mois pour une personne seule. Cf. <http://www.cmu.fr/plafonds.php>

3. L'Aide médicale de l'État (AME) est une couverture maladie accessible aux personnes étrangères en situation irrégulière résidant de façon stable sur le territoire français depuis au moins trois mois révolus. Le plafond d'attribution de l'AME est identique à celui de la CMU-C.

4. Lombrail, Pierre, Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007, vol 55 (1), p. 23-30.

5. Lombrail, Pierre, Pascal, Jean, & Lang, Thierry, "Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ?", *Santé, société et solidarité*, 2004, 2 : 61-71.

6. Cf. 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/>.

7. Pian, A. (2012). De l'accès aux soins aux «trajectoires du mourir». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives. *Revue Européenne Des Migrations Internationales*, 28(2), 101-127.

8. Gabarro, Céline, Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique, *Revue Européenne Des Migrations Internationales*, 2012, vol. 28(2), 35-56.

9. COMEDE, Rapport d'activité et d'observation 2006, Paris.

10. Médecins du Monde, "Je ne m'occupe pas de ces patients", enquête réalisée par la Coordination France, Paris, 2006.

11. Cagnet Marguerite, Hamel Christelle, & Moisy Muriel (2012). Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe, *REMI*, 2012, vol.28 (2), pp.11-34.

12. Juridiquement la discrimination est définie comme "une inégalité de traitement fondée sur un critère prohibé par la loi, comme l'origine, le sexe, le handicap, etc., dans un domaine visé par la loi, comme l'emploi, le logement, l'éducation, etc. 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".

Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé (suite de la page 8)

13. Cagnet Marguerite, L'hôpital, un ordre négocié à l'aune des origines. « Français » et « Africains » en traitement pour un VIH-sida. *Migrations Santé*, 2012; (144-145): 79-110. 1. Sauvegrain Priscille, Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ? *Spirale*, 2008, vol.3(47): 167-78.

14. Sauvegrain Priscille, Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes "Africaines" en maternité publique, Thèse de Doctorat de Sociologie, Paris: Université Paris Diderot (P VII); 2010. Nacu Alexandra, À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes, *Sociologie du travail*, 2011; (53): 109-30.

15. Lors du conseil des ministres du 22 avril 1992, après avoir consulté le conseil national du sida, l'académie de médecine, le conseil national de l'ordre des médecins, le haut comité de la santé publique et le comité national d'éthique, il a été arrêté quatre mesures dont le rappel de la règle selon laquelle il est interdit de pratiquer des dépistages à l'insu des personnes, suivant d'ailleurs en cela les recommandations de l'OMS et du Conseil de l'Europe (H.C.S.P., 1992).

16. David Evelyne, « De la psychiatrie transculturelle au traitement différentiel », Mémoire de master Sociologie-Anthropologie, ss la dir de M. Cagnet, Université Paris Diderot, 2010, 100p.

17. Collectif Manouchian, Glossaire critique des notions liées aux discriminations racistes, sexistes, classistes Critique du glossaire dominant, *Les Figures de la Domination*, 2010, <http://lesfiguresdeladomination.org>

18. Cagnet & al., Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe, 2012, Op.cit.

19. Krieger Nancy, Discrimination and Health, in Lisa F. Berkman & Ichiro Kawachi Eds., *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000, pp. 36-67.

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, etc. peuvent fonder un traitement différentiel entre deux individus malades. Aussi est-il utile de préciser que pour qu'un traitement différentiel puisse être catégorisé 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.

Des études récentes ont examiné les trajectoires thérapeutiques de malades dans des services accueillant des populations migrantes. Leurs analyses dévoilent des parcours divergents entre les migrants et la population majoritaire que les états cliniques (stade de la maladie, constantes, bilans cliniques, examens hématologiques, etc.) sont impuissants à expliquer¹³. Les écarts sont particulièrement frappants quand on compare la trajectoire thérapeutique des individus qui se trouvent catégorisés comme « Africains » de celles de ceux qui sont catalogués comme « Français »¹⁴. Ainsi, dans une étude menée dans des services d'immunologie, nous avons demandé aux patients de nous raconter comment s'était passée la découverte de leur séropositivité, qui et quoi était à l'origine de leur dépistage. Pour les « Français », c'est souvent une démarche dont ils ont eu l'initiative, que ce soit après un rapport sexuel où ils considéraient avoir un risque de contamination, ou qu'ils aient des raisons dans leur vie de procéder à des dépistages réguliers. Pour les personnes originaires d'Afrique, c'est le plus souvent dans un cabinet médical ou à l'hôpital où ils se sont rendus pour une

consultation qu'ils vont découvrir leur séropositivité. La demande est surtout initiée par le médecin et, contrairement à la loi¹⁵, le dépistage est parfois fait à leur insu. Au cours de leur prise en charge, ceux à qui l'on suppose une origine africaine ont une probabilité significativement beaucoup plus élevée d'être mis sous surveillance d'observance que ceux qui sont classés comme Français. Dans une autre étude conduite sous notre direction, des différences de traitements de même type étaient observées en milieu psychiatrique. Les soignants projetaient des représentations sur les « Africains » héritées du colonialisme les taxant soit de violents (image du sauvage effrayante) soit de naïfs puérils (en lien avec la figure largement diffusée par une célèbre marque de chocolat). Ces patients, qui se trouvaient plus souvent que les autres dans des modes d'hospitalisation sous contrainte, avaient droit à des traitements particuliers durant les hospitalisations (plus de temps en chambre d'isolement notamment) et, leurs suivis en post-hospitalisation étaient plus souvent organisés en milieu hospitalier qu'en centre médico-psychologique au prétexte que maintenant « amadoués » et en confiance avec l'équipe soignante intra-hospitalières il valait mieux ne pas modifier les habitudes qu'ils avaient prises¹⁶.

Ces façons de faire dans les organisations sanitaires ne se font pas nécessairement dans l'idée de porter préjudice. C'est même le contraire, elles se font souvent avec l'idée de « faire au mieux » parce que les soignants présupposent une série d'obstacles propres aux migrants – et parmi eux, plus encore à ceux qu'ils identifient comme des « autres culturels » : obstacles d'ordre cognitifs (capacité à comprendre les informations), culturels (croyances sur la maladie et la thérapeutique en santé) et sociaux (conditions de vie et de séjour en France). Des inégalités de traitement aux discriminations il n'y a qu'un pas très vite franchi et il l'est, de facto ici, quand ces

obstacles sont présupposés sans jamais être vérifiés. Dans de tels cas, les différences de traitement ne sont rien d'autre que des discriminations systémiques entendues comme « processus qui produisent et reproduisent les places sociales inégalitaires en fonction de l'appartenance à une « classe », une « race » ou un « sexe », cette appartenance pouvant être réelle ou supposée¹⁷ ». Ces processus constituent le soubassement des discriminations indirectes et directes repérées par la législation française. Elles sont toujours le fruit d'effets du système qui prédisposent les conditions de leur expression.

De telles discriminations produites par le système d'assurance et les organisations de santé provoquent des retards aux soins, voire des renoncements. Elles conduisent aussi à des formes de « surinvestissements thérapeutiques » ou des orientations singulières qui excluent sans aucun fondement clinique les migrants hors du droit commun. Elles viennent s'ajouter aux discriminations que les migrants expérimentent malgré eux dans l'ensemble de leur parcours migratoire (obstacles dans l'accès au territoire, dans l'accès aux droits de séjour, accès à l'ensemble des ressources socioéconomiques et culturelles) connues pour exercer des effets très délétères sur leurs états de santé. La très récente enquête Trajectoire et Origine, prouve qu'elles minent en quelques années de séjour en France la santé des migrants pourtant meilleure que celle des Français au moment de leur arrivée¹⁸.

Si ces travaux doivent être enrichis, ils attestent bien néanmoins qu'en France, comme cela a été observé dans d'autres pays¹⁹, la discrimination en raison des origines réelles ou supposées existe en santé comme dans d'autres sphères de l'activité sociale (travail, école, logement, services publics). Ce qui, pour le moins, appelle des actions de sensibilisation des professionnels de la santé sur ces questions. ■