

Les discriminations dans le champ de la santé.
Contours, enjeux, impacts sur les pratiques professionnelles.
23 octobre 2013 – Centre Administratif, Strasbourg.

Synthèse de l'après-midi de réflexion

Programme

13h30 : Accueil

14h : « Les discriminations selon l'origine dans le champ de la santé »

Par Estelle Carde sociologue, médecin de santé publique et professeure à l'Université de Montréal

15h30 : Comment lutter contre les discriminations au quotidien ?

Ateliers animés par Accord 67, le Centre d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles - CIDFF, la Maison des Adolescents, Migrations Santé Alsace et l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville – ORIV.

16h45 : Clôture – perspectives

I. Contexte et objectifs

L'après-midi de réflexion « les discriminations dans le champ de la santé. Contours, enjeux, impacts sur les pratiques professionnelles » a été organisée dans le cadre de la Semaine de l'Égalité et de la lutte contre les discriminations de la ville de Strasbourg. Elle se donnait pour objectifs d'échanger et de travailler sur les questions suivantes :

- ▣ Pourquoi recourir à une approche en termes de discrimination dans le champ de la santé ?
- ▣ Comment aborder les discriminations et rendre effective l'égalité de traitement ?
- ▣ Comment les représentations de chacun-e influent sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes ?
- ▣ Comment accueillir, accompagner et soigner les personnes en toute égalité à l'heure où les contraintes structurelles et les enjeux économiques sont prégnants ?

Cette après-midi a été portée par un travail collectif dans lequel se sont investies plusieurs associations (Accord 67, le Centre d'Information pour le Droit des Femmes et des Familles - CIDFF, Joie et Santé Koenigshoffen, Médecins du Monde, Migrations Santé Alsace, Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville – ORIV, la Station), la Ville de Strasbourg (Conseil des Résidents Etrangers, mission de lutte contre les discriminations, service de la santé et de l'environnement) et la Maison des Adolescents.

L'après-midi s'est déroulée en trois temps :

- ▣ une intervention d'Estelle Carde, sociologue et médecin de santé publique, spécialisée dans les questions de discriminations, professeure à l'Université de Montréal
- ▣ un temps de travail en atelier autour de situations pratiques
- ▣ un temps d'échanges et de débat avec l'intervenante

Une centaine de professionnel-le-s de la santé et du social, travaillant dans des structures variées (associations, collectivités territoriales, hôpitaux) ont participé à cet événement.

Nous proposons, ici, une brève synthèse de cette après-midi de réflexion qui n'a pas vocation à restituer en détail les échanges et débats mais à donner un aperçu des échanges et des questions travaillées.

II. Ouverture : les enjeux de la question des discriminations dans le champ de la santé

Résumé de l'intervention d'Emilie Jung, Migrations Santé Alsace

Lorsqu'on parle de discriminations, les domaines qui viennent de prime abord à l'esprit sont l'emploi, le logement ou les loisirs... Le champ de la santé semblerait ainsi « exempt » de pratiques et de processus discriminatoires. Il semble que trois raisons peuvent expliquer cette invisibilité :

- ▣ Le champ de la santé est marqué par un discours scientifique qui est perçu comme indépendant des relations sociales
- ▣ Ce champ est traversé par une éthique humaniste, des valeurs égalitaires, qui apparaissent comme contradictoires avec l'idée même de discrimination.
- ▣ Les analyses sur les inégalités de santé mettent davantage en avant les facteurs sociaux expliquant ces inégalités (appartenance à telle ou telle catégorie sociale, les conditions de travail ou de logement...) que le système de santé en tant que tel.

Ainsi, un premier enjeu sur de la question des discriminations dans le champ de la santé est de prendre la mesure du phénomène et d'interroger le système de santé comme producteur d'inégalités. L'exemple qui est sans doute le plus connu sur cette thématique est sans doute celui du refus de rendez-vous pour les bénéficiaires de la CMU. Ce taux est très variable selon les territoires et les spécialités et culmine à plus de 40% dans les cas des dentistes en région parisienne. Peut-être s'agit-il là de la partie « émergée de l'iceberg » et il serait intéressant de pouvoir s'interroger plus avant : cette situation concerne l'accès à un droit mais qu'en est-il tout au long du parcours des personnes de l'accueil, à la prise en charge en passant par l'accompagnement ?

Un deuxième enjeu est ainsi de considérer l'ensemble du champ de la santé et de ne pas se concentrer sur l'accès. Il me semble ici nécessaire de préciser que nous entendons la santé dans son acception globale et qu'elle recouvre les professionnels et les institutions du sanitaire, du social et du médico-social.

Enfin un troisième enjeu – et non des moindres – est d'analyser, dans les processus discriminatoires, la responsabilité des acteurs mais aussi le poids des contraintes systémiques. En effet, la question des discriminations ne se limite pas aux pratiques des professionnels mais recouvre également le fonctionnement des institutions et des politiques publiques. Ce n'est qu'à partir d'une analyse contextualisée que l'on pourra envisager des pistes d'actions pertinentes.

Voici un vaste programme et nous n'avons pas l'ambition d'en faire le tour en une après-midi. Bien plus, il s'agit aujourd'hui de commencer une réflexion et d'explorer ensemble des pistes de réponses pour lutter contre les discriminations et assurer l'égalité des droits et l'égalité de traitement. Les discriminations dans le champ de la santé recouvrent une question complexe pour laquelle il n'existe pas de recette toute prête. La dimension juridique est un outil mais elle n'est pas suffisante à elle seule et doit être pensée en lien avec les pratiques et les enjeux politiques.

Pour nous accompagner dans cette réflexion, nous avons la chance de compter sur Madame Estelle Carde qui est médecin de santé publique et professeure de sociologie à l'Université de Montréal. Elle est spécialiste des inégalités de santé et de la question des discriminations selon l'origine dans le champ de la santé. Elle a notamment travaillé avec Didier Fassin.

III. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins

Résumé de l'intervention d'Estelle Carde

A. Définitions et concepts généraux

1. Qu'est-ce qu'une discrimination ?

3 notions sont au cœur de la définition sociologique de la discrimination¹ :

- ▣ C'est le fait de traiter différemment quelqu'un ou un groupe de personne : la discrimination est un acte, peu importe qu'il y ait intention ou pas
- ▣ Ce traitement différent est défavorable (sauf bien sûr dans les cas de discrimination positive)
- ▣ Ce traitement différent est illégitime.

L'illégitimité n'est pas forcément une illégalité mais renvoie à ce que le consensus social considère inacceptable. La restriction du droit des étrangers sans-papiers à bénéficier de la solidarité nationale pour accéder à des soins, depuis une vingtaine d'années² constitue un bon exemple pour illustrer la difficulté à évaluer la légitimité d'une différence de traitement :

- ▣ Pour les opposants à cette évolution, il est illégitime de différencier le droit à une protection sociale selon la situation au regard du droit au séjour
- ▣ Pour les gouvernements qui ont voté ces réformes, celles-ci sont légitimes en ce qu'elles sont censées protéger l'intérêt national (en réduisant l'attractivité de la France aux yeux des candidats à l'immigration)

2. La discrimination selon l'origine

La définition formulée ci-dessus est « universelle », c'est-à-dire qu'elle est valable quel que soit le critère de la discrimination (le sexe, l'âge, le quartier de résidence, l'origine, etc.). Si maintenant on souhaite étudier des discriminations selon l'origine, comment identifier celle-ci ?

L'origine peut être catégorisée selon des catégories dites objectives ou selon des catégories ethno-raciales.

■ Les catégories objectives de l'origine

Ce sont la nationalité et le pays de naissance. Elles permettent de distinguer les Français des étrangers et les non immigrés des immigrés. L'origine ainsi qualifiée est dite « objective » car tout individu se verra qualifié de la même façon par différents observateurs, dès lors qu'ils seront d'accord sur la façon de définir un étranger et un immigré.

■ Les catégories ethno-raciales de l'origine

Elles sont dites subjectives car elles désignent la perception d'une origine étrangère, via la reconnaissance d'attributs (facies, couleur de peau, patronyme, accent, religion, etc.)

- ▣ dits ethniques (si l'identité est perçue comme relevant de la culture) ou raciaux (si l'identité est perçue comme fondée dans la biologie)³
- ▣ dont la signification est socialement située, c'est-à-dire qu'elle est valable dans une société donnée et à une époque donnée

¹ Lochak D. (1987) « Réflexions sur la notion de discrimination », *Droit Social*, 11 : 778-790

² Carde E. (2009) « Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires ? La loi et l'illégitime », *Santé Publique*, 3 : 331-337

³ De Rudder V., Poiret C. et F. Vourc'h, (2000) *L'inégalité raciste : l'universalité républicaine à l'épreuve*. Paris, PUF

Les identités ethniques et raciales ne qualifient donc pas nécessairement des individus qui auraient en commun un pays de naissance ou une nationalité, ni même des caractéristiques culturelles, biologiques ou socio-économiques. Elles rassemblent des individus qui ont pour « plus petit dénominateur commun » une « expérience sociale partagée »⁴, celle d'être considérés comme membres de telle ou telle catégorie ethnique ou raciale.

En France, les statistiques ne recueillent que les catégories objectives de l'origine. Elles permettent de comparer l'accès aux soins des étrangers à celui des Français, ou celui des immigrés à celui des non immigrés. Les écarts ainsi mesurés sont généralement attribués à des différences socio-économiques (étrangers et immigrés étant plus souvent défavorisés à cet égard) ou culturelles (par exemple dans l'interprétation différente des symptômes, amenant à un accès aux soins plus ou moins retardé).

Comme elles ne recueillent pas les identités ethniques et raciales, les statistiques ne peuvent pas permettre de démontrer l'impact des discriminations ethniques et raciales dans l'accès aux soins⁵. Par exemple, si on constate⁶ que la mortalité maternelle est supérieure chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne que chez les Françaises en raison de soins non optimaux reçus pendant la grossesse et l'accouchement, on peut supposer que ces différences de soins reçus s'expliquent par le caractère récent de l'immigration de nombre de ces femmes originaires d'Afrique subsaharienne, d'où une moindre connaissance du système de soins et des difficultés de communication avec le personnel de santé. Mais on ne peut pas savoir si des discriminations raciales contribuent, elles aussi, à ces différences d'accès aux soins. Pour le savoir, il faudrait pouvoir comparer par exemple la mortalité des femmes « noires » à celle des femmes « blanches », parmi des femmes toutes françaises : une mortalité significativement plus élevée chez les premières irait dans le sens d'une telle hypothèse.

B. Les discriminations selon l'origine dans le champ de la santé

Les quelques résultats que je présente sont issus de ma thèse de sociologie qui portait sur les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins⁷.

Concernant le recueil des données, des entretiens semi-directifs ont été réalisés entre 2001 et 2003 auprès de 175 professionnels de l'accès aux soins et observations à des guichets de l'assurance maladie et dans des bureaux médicaux.

Les questions qui ont guidé mon analyse ont été les suivantes :

- ▣ les professionnels catégorisent-ils leurs usagers selon leurs origines respectives, et si oui, selon quels indices ?
- ▣ ces catégorisations sont-elles associées à des traitements différenciés ?
- ▣ si oui, ces différences de traitement sont-elles défavorables et illégitimes (c'est-à-dire, ici, inopportunes du point de vue des bonnes pratiques professionnelles) ?

⁴ NDiaye P. (2008) *La condition noire. Essai sur une minorité française*, Paris, Calmann Lévy

⁵ Carde E. (2014) (à paraître) « Les inégalités sociales dans l'accès aux soins : l'origine mise en catégories », *Sociologie et sociétés*

⁶ Deneux-Tharoux C., Philibert M. et M.-H. Bouvier-Colle (2009) « Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 9 : 77-80

⁷ Carde E. (2006) *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Études en France métropolitaine et en Guyane*, Doctorat de Sociologie, Université Paris XI

J'ai distingué 2 modes de caractérisation de la différence d'origine susceptibles de justifier des traitements discriminatoires⁸ :

■ La délégitimation

Il s'agit des pratiques discriminatoires fondées sur la perception du défaut de légitimité des victimes.

Type de description : les discriminations dont sont victimes les étrangers sans-papiers, lors de leur accès à une couverture maladie.

Exemple : certains professionnels exigent de la part des requérants plus de justificatifs que n'en prévoit la loi.

Analyse systémique : on peut mettre en rapport ces pratiques professionnelles avec des logiques macro-sociales⁹ :

- ☒ ces pratiques sont justifiées par les professionnels par l'illégitimité supposée des sans-papiers, qui viendraient en France pour y abuser du système de protection sociale
- ☒ de telles représentations sont favorisées par la succession des réformes législatives qui restreignent, depuis une vingtaine d'années, les droits des sans-papiers : ces réformes font des sans-papiers une figure sociale illégitime

■ La différenciation

Il s'agit des pratiques discriminatoires fondées sur la perception de la différence des victimes.

Type de description : les discriminations fondées sur la perception d'une différence culturelle.

Exemple : un médecin oriente un patient d'origine africaine vers un soin spécifique - une consultation d'ethno-psychiatrie - au seul motif que son origine signifierait une différence culturelle qui l'empêcherait de pouvoir bénéficier d'une prise en charge en psychiatrie « ordinaire ».

Analyse : il y a discrimination car l'orientation vers l'ethno-psychiatrie est un traitement

- ☒ différencié : selon l'origine du patient
- ☒ illégitime : car cette orientation est fondée non pas sur l'inadéquation avérée de la consultation ordinaire, mais sur le présupposé selon lequel l'origine africaine signale une culture différente qui rendrait inadéquate la consultation ordinaire.
- ☒ défavorable : car le patient est privé de l'offre de soins ordinaire et la consultation d'ethnopsychiatrie n'est pas forcément adaptée à ses besoins. De plus, celle-ci peut, comme toute offre de soins dérogatoire, l'exposer à un risque de stigmatisation.

Il y a discrimination sans intentionnalité de discriminer :

- ☒ le traitement différentiel ne se fonde pas sur la perception de l'illégitimité des victimes
- ☒ son objectif est d'offrir à ces dernières un soin mieux adapté à leur différence supposée.

⁸ Carde E. (2006) « "On ne laisse mourir personne." Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, 16 : 57-80 et Carde E. (2007) « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, 2 : 99-110

⁹ Carde E. (2009) « Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers : de l'Aide sociale aux politiques d'immigration », *Mouvements*, 59 : 144-156

IV. Conclusion et perspectives

Pendant les temps d'échange, les débats ont porté sur :

- ▣ les différents critères de discrimination existants,
- ▣ l'imbrication ou le cumul de critères de discrimination pour certains patients
- ▣ les frontières entre l'illégitime et l'illégal
- ▣ les différents chaînons de responsabilité dans les mécanismes discriminatoires
- ▣ la complexité à repérer, dans sa pratique professionnelle, les situations où l'on est potentiellement discriminant
- ▣ la dimension politique du sujet et les choix de société.

A l'issue de ces discussions, certaines pistes de travail sont ressorties pour poursuivre ce travail dans le champ de la santé :

- ▣ Accompagner les personnes pour faire valoir leurs droits et signaler les situations de discriminations dont elles sont victimes
- ▣ Développer des analyses sur les phénomènes discriminatoires dans l'accès aux soins
- ▣ Diffuser des connaissances sur les discriminations auprès des publics
- ▣ Former les professionnels de la santé et du social pour améliorer les pratiques
- ▣ Favoriser le travail collectif et partenarial

V. Bibliographie

Cette bibliographie, réalisée par Migrations santé Alsace et l'Observatoire régional de l'intégration et de la ville, propose des références bibliographiques pour une première approche de la question des discriminations dans le secteur de la santé. Une bibliographie plus complète est téléchargeable sur le site de chaque structure : www.migrationssante.org ou www.oriv-alsace.org

CARDE E., « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, n°2, vol. 19, 2007, p 99-109.
<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-2-page-99.htm>

COGNET M., HAMEL C., MOISY M., « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, vol.28, n°2, 2012.
<https://remi.revues.org/5863>

Comité médical pour les exilés (Comede), *Migrants/étrangers en situation précaire : soins et accompagnement – Guide pratique pour les professionnels*, Le Kremlin-Bicêtre, Comede, 2013, 373 p.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1464.pdf>

FASSIN Didier, « L'invention française de la discrimination », *Revue française de science politique*, n° 52, 2002/4, p. 403-423. http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RFSP_524_0403

FASSIN Didier, CARDE Estelle, FERRÉ Nathalie, MUSSO-DIMITRIJEVIC Sandrine, *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, Paris, Inserm, 2001, 269 p.

Fonds CMU, Évaluation de la Loi CMU - Rapport N°V, Paris, Fonds CMU, nov. 2011, 313 p.
http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION%20_2011.pdf

Institut de veille sanitaire (INVS), « Santé et recours aux soins des migrants en France », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)*, n°2-3-4, 17 janvier 2012, 40 p.
http://www.invs.sante.fr/content/download/27502/145753/version/15/file/beh_2_3_4_2012.pdf

SCHOENENBERGER SANDRINE, MOULIN PIERRE, BRANGIER ERIC, *La discrimination dans le secteur du soin comme expression de l'augmentation de la charge de travail : enquêtes prospectives en milieu hospitalier et libéral*, *Nouvelles perspectives en management de la diversité*, BARTH Isabelle, FALCOZ Christophe, Ed EMS, 2010, p. 159-176.
www.researchgate.net/publication/261711660_La_discrimination_dans_le_secteur_du_soin_comme_expression_de_l%27augmentation_de_la_charge_de_travail_enquetes_prospectives_en_milieu_hospitalier_et_libral

Les discriminations dans le champ de la santé. Contours, enjeux, impacts sur les pratiques professionnelles.
23 octobre 2013 – Centre Administratif, Strasbourg.