

Estelle CARDE

Doctorat en médecine, spécialité “santé publique”
sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal

(2006)

“« On ne laisse mourir personne ».
Les discriminations
dans l'accès aux soins.”

Collection “Anthropologie médicale“

LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES
CHICOUTIMI, QUÉBEC
<http://classiques.uqac.ca/>



<http://classiques.uqac.ca/>

Les Classiques des sciences sociales est une bibliothèque numérique en libre accès, fondée au Cégep de Chicoutimi en 1993 et développée en partenariat avec l'Université du Québec à Chicoutimi (UQÀC) depuis 2000.

UQAC

<http://bibliotheque.uqac.ca/>

En 2018, Les Classiques des sciences sociales fêteront leur 25^e anniversaire de fondation. Une belle initiative citoyenne.

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs.
C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur associé, Université du Québec à Chicoutimi
Courriel: classiques.sc.soc@gmail.com
Site web pédagogique : <http://jmt-sociologue.uqac.ca/>
à partir du texte de :

Estelle Carde

**“« On ne laisse mourir personne ». Les discriminations dans
l'accès aux soins.”**

Un article publié dans la revue *Travailler*, 2006, 16 : 57-80.

L'auteure nous a accordé, le 19 février 2020, l'autorisation de diffuser en libre
accès à tous cet article dans Les Classiques des sciences sociales.



Courriel : Estelle Carde : estelle.carde@umontreal.ca

Police de caractères utilisés :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008
pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5'' x 11''.

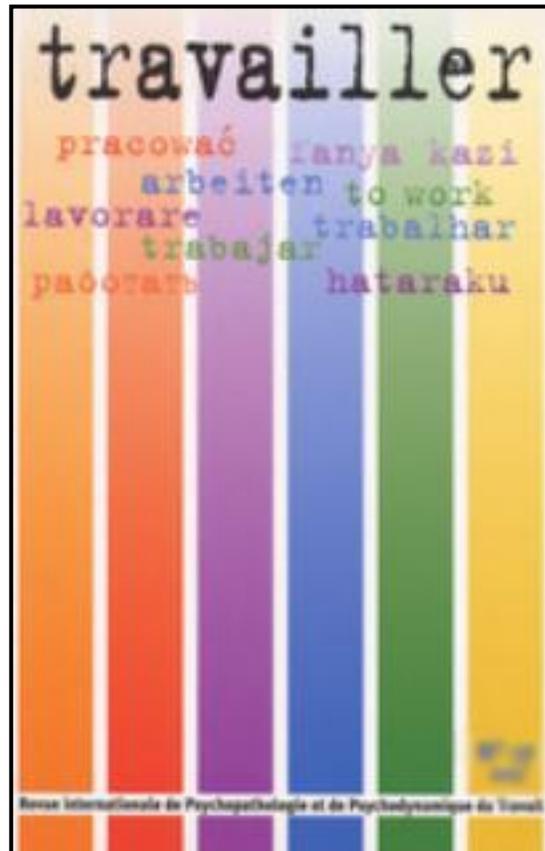
Édition numérique réalisée le 27 décembre 2020 à Chicoutimi, Québec.



Estelle CARDE

Doctorat en médecine, spécialité “santé publique”
sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal

“« On ne laisse mourir personne ». Les discriminations dans l'accès aux soins.”



Un article publié dans la revue *Travailler*, 2006, 16 : 57-80.

Table des matières

[Résumé / Summary](#)

[Introduction](#)

[MÉTHODOLOGIE](#)

Le recueil des données

L'analyse

[LA DÉLÉGITIMATION](#)

Les représentations : la perception de l'illégitimité

Les pratiques : la restriction des droits

Contextualisation

[LA DIFFÉRENCIATION](#)

Les représentations : la perception de la différence

Les pratiques : le dérogatoire au détriment du « droit commun »

Contextualisation

[LES EFFETS DE SYSTÈME](#)

Accès aux droits

Accès aux soins

[QUAND LES PROCESSUS S'ASSOCIENT LES UNS AUX AUTRES](#)

Quand délégitimation et différenciation sont mêlées

La délégation du droit commun vers le secteur associatif

Quand effets de système et conséquences d'une altérisation se cumulent

La connaissance insuffisante de la réglementation

[CONCLUSION](#)

[BIBLIOGRAPHIE](#)

Estelle CARDE

Doctorat en médecine, spécialité “santé publique”
sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal

“« On ne laisse mourir personne ». Les discriminations dans l'accès aux soins.”

Un article publié dans la revue *Travailler*, 2006, 16 : 57-80.

Résumé

[Retour à la table des matières](#)

Cet article propose une typologie des discriminations selon l'origine qu'opèrent des professionnels de l'accès aux soins. Elle est issue de l'analyse d'entretiens menés auprès de ces derniers. Dans les deux premiers types, le professionnel justifie le traitement discriminatoire par l'altérité qu'il perçoit chez l'utilisateur. Cette altérité est avant tout une illégitimité dans le premier type, une différence dans le second. Le troisième type est produit par des logiques structurelles, indépendamment de toute perception d'une altérité. Chacun de ces processus est illustré par des exemples concrets et est analysé au regard des politiques publiques mises en œuvre en France à l'égard des étrangers et des immigrés.

Mots clé : discriminations selon l'origine, accès aux soins, protection sociale, précarité, droit commun, logiques structurelles, politiques d'immigration

Summary

This paper presents a typology of origin based discriminations, produced by health care professionals. It is based on the analysis of interviews that were conducted with these professionals. In the first two types, the professional justifies his or her discriminatory treatment by the otherness he perceives in the health care user. This otherness is

mostly an illegitimacy in the first type, a difference in the second. The third type is produced by structural logics, independently of any perception of otherness. Each of these processes are illustrated by concrete examples and are analysed by looking at the public policies that target foreigners and immigrants in France.

Key words : origin based discriminations, health care access, social welfare, financial insecurity, common law, structural logics, immigration policies

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Les juristes ont défini la discrimination comme un traitement différentiel (le plus souvent entendu au sens de défavorable) et illégitime. (Lochak, 1987) Cette définition vaut quel que soit le critère de la discrimination : le sexe, l'appartenance syndicale, la « race », l'orientation sexuelle, le handicap, etc.

Si on s'intéresse plus précisément à la discrimination selon l'origine, la sociologie du racisme et des relations interethniques nous enseigne qu'elle s'appuie sur la perception d'un « autre » : un individu perçoit une différence essentielle chez un autre individu, placé en situation de dominé dans le cadre d'une oppression économique et/ou ou légale (par limitation des droits). C'est en se fondant sur cette perception que le premier individu applique au second un traitement différentiel défavorable. (Guillaumin, 1972)

Le modèle français de l'intégration des étrangers, en bonne logique républicaine, prévoit l'égalité des individus devant la loi quelles que soient leur origine, leur « race » et leur religion. A partir de la fin des années 90, il est mis à mal par la mise en évidence d'inégalités dont est victime une partie de la population parce qu'elle est perçue comme d'origine immigrée, en raison d'un patronyme ou d'une couleur de peau par exemple. (Fassin, 2002) La reconnaissance publique de ce qui est dès lors qualifié de discriminations selon l'origine et non plus de « difficultés d'intégration des étrangers » est relayée par des syndicats et des associations qui ne se mobilisent plus uniquement sur le terrain des idées (le racisme et l'antisémitisme) mais aussi sur celui du droit :

identifier des discriminations pour qu'elles soient sanctionnées. Parallèlement se multiplient des études en sciences humaines et sociales qui portent non plus sur l'idéologie raciste (la « représentation sociale qui transcrit les rapports sociaux en terme de race » (Wieviorka, 1998)), mais sur les conséquences concrètes, en termes d'inégalités, du « racisme à l'œuvre », celui qui s'exerce quotidiennement, avec ou sans référence à une idéologie expressément raciste. (De Rudder et al, 2000) Il peut y avoir discrimination sans intention raciste et vice versa, le préjugé raciste ne conduit pas forcément à l'acte discriminatoire.

Ces études appréhendent le processus soit d'un point de vue général, soit à travers son ancrage dans un champ particulier : le travail et l'emploi surtout, mais aussi le logement, l'école, ou encore la police et la justice. Le soin reste relativement peu abordée par ces enquêtes ¹, comme si la forte légitimité sociale du corps souffrant et le droit constitutionnel de chacun à accéder aux soins urgents le protégeaient des discriminations.

Mon étude, issue d'un travail de doctorat de santé publique, porte sur les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins.

MÉTHODOLOGIE

Le recueil des données

[Retour à la table des matières](#)

J'ai rencontré en 2001-2002 une soixantaine de professionnels intervenant à différents niveaux de l'accès aux soins : des soignants bien sûr, mais aussi des professionnels intervenant dans l'accès à une couverture maladie, tant celle-ci est cruciale pour l'accès aux soins. Des agents administratifs exerçant en DDASS ² (pôle « lutte contre les

¹ Deux appels d'offre portant sur les discriminations selon l'origine en santé ont cependant été lancés, l'un en 2000 par la Direction de la Population et des Migrations, sur l'accès aux soins (qui a donné lieu à un rapport (Fassin ; Carde et al, 2001)) et l'autre en 2005 par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques).

² Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

exclusions et l'urgence sociale », pôle « intégration des étrangers ») et en caisses de l'Assurance maladie (agents de guichet, mais surtout responsables des services AME et CMU), ainsi que des travailleurs sociaux ont donc également été interrogés. Les soignants et les travailleurs sociaux rencontrés exerçaient dans les secteurs associatifs (santé, précarité, droits des étrangers), libéral et institutionnel (hôpitaux, centres médico-sociaux).

Ces entretiens ont été réalisés dans trois régions : Aquitaine, Ile de France et Nord-Pas de Calais. Ils étaient enregistrés et retranscrits intégralement, pour être ensuite soumis à une analyse qualitative de contenu.

La souplesse des entretiens semi-dirigés a permis de relever les multiples manifestations concrètes des discriminations (traitement tatillon d'un dossier, remarques désobligeantes, « simples » retards aux soins, formes « spécifiques » de soins, traitements « de faveur » etc.) qu'une enquête quantitative n'aurait pu ni recueillir avec les mailles d'un questionnaire fermé, ni encore moins comptabiliser. Elle laisse aussi la possibilité de s'attarder sur les événements moins dicibles car plus illégitimes et plus rares, mais néanmoins intéressants à analyser en terme de processus, tels que les refus de soins. A donc été recueilli pour être analysé tout traitement différentiel dans l'accès aux soins, en quantité comme en qualité, qu'il soit intentionnel ou produit par des logiques structurelles.

L'analyse

Je me suis dans un premier attachée à repérer la façon dont les professionnels catégorisent leurs publics en demande d'un accès aux soins, vis à vis desquels ils sont donc en position de pouvoir : quels sous-groupes distinguent-ils au sein de cette population, et en fonction de quels critères (biologiques, culturels, administratifs, économiques, etc.) ? Pour ce faire, je les ai amenés à évoquer les difficultés qu'ils perçoivent chez ces publics : distinguent-ils des groupes caractérisés par des difficultés spécifiques d'accès aux soins ? Simultanément, j'étais attentive à la nature des traits censés caractériser ces différents groupes.

Considérant, avec Guillaumin (1972), que c'est sur la perception de l'autre que se fondent les traitements discriminatoires, l'acte perceptif et l'acte discriminatoire constituant les chaînons d'un même processus, j'ai ensuite cherché à identifier le pendant « agi » de cette perception raciste. Après avoir amené les professionnels à évoquer les différents groupes qu'ils distinguent au sein de leurs publics selon leurs difficultés respectives d'accès aux soins, je leur ai demandé s'ils appliquent des traitements différentiels à ces groupes. Il s'agissait de faire correspondre des traitements différentiels à des catégorisations de l'altérité : s'exprimant sur les difficultés « particulières » de « certains » groupes de requérants, les professionnels associaient la spécificité des difficultés à la spécificité des groupes ; ils justifiaient ainsi, ensuite, la spécificité de certains de leurs actes professionnels appliqués à ces groupes qualifiés de différents. C'est donc bien un continuum idéal qui mène à la discrimination : c'est la qualification de « l'autre » comme autre qui justifie le traitement différentiel qu'on lui applique.

Deux modes de caractérisation de « l'autre » susceptibles de générer des traitements discriminatoires ont ainsi été identifiés : *l'un procède par délégitimation, l'autre par différenciation.*

À cette première série de discriminations, on doit ajouter les discriminations indirectes. Le droit qualifie de discrimination indirecte une mesure qui s'avère affecter une proportion significativement plus élevée de personnes caractérisées par un critère alors qu'elle est apparemment neutre par rapport à ce critère. Les discriminations indirectes peuvent relever de processus sociaux plus que de la motivation individuelle d'un auteur clairement identifié. Dans le cadre des discriminations liées à l'origine, la notion de « racisme institutionnel » désigne ainsi un ensemble de pratiques institutionnelles a priori aveugles à l'origine, générant des traitements formellement égaux mais qui ont pour conséquence de défavoriser de facto et indépendamment de toute intentionnalité certaines personnes ou certains groupes. L'enquête a permis de repérer une série de discriminations indirectes à l'encontre des étrangers, des immigrés et des Français d'origine étrangère : ils sont en effet surreprésentés parmi les victimes de certains traitements défavorables, sans avoir été pourtant identifiés en tant que tels par les auteurs de ces traitements. J'y ferai ici référence avec l'expression d'« effets de système ».

Enfin, les faits sont souvent moins simples que cette typologie ne le laisse entendre, puisque les deux modes de catégorisation de l'autre peuvent se mêler et/ou s'associer à des effets de système. Je vais donc présenter des discriminations directes générées par des perceptions de « l'autre » délégitimantes ou différentialistes, des discriminations indirectes résultant d'effets de système et enfin des discriminations cumulant plusieurs de ces mécanismes.

Cette analyse repose donc sur les discours des auteurs ou des témoins des traitements discriminatoires - leurs catégories de l'altérité et leur lecture du processus discriminatoire - et non sur ceux des victimes. Ce choix méthodologique présente deux limites. Ne sont en effet accessibles à l'analyse ni les faits ignorés des professionnels et donc non rapportés par eux (par exemple, l'éviction du recours à tel professionnel soignant « réputé raciste »), ni la dimension dynamique, interactive, de la construction des catégorisations (les catégorisations opérées par les dominants sont influencées par les réactions qu'elles suscitent du côté des catégorisés et vice-versa).

LA DÉLÉGITIMATION

« L'autre » dont il est question ici est le bénéficiaire de l'aide médicale, et il est caractérisé par son illégitimité : il ne semble pas juste que cet « autre » bénéficie de cette prestation ; les pratiques discriminatoires justifiées par cette caractérisation consistent alors à restreindre ce bénéfice.

Les professionnels dont les discours et les pratiques sont ici analysés sont le plus souvent des administratifs (occupant des postes d'encadrement au sein de caisses de l'Assurance maladie et en DDASS), pour lesquels la réglementation est une référence constante et dont la tâche est de la faire appliquer.

Les représentations : la perception de l'illégitimité

C'est en présentant l'aide médicale comme une couverture « trop bonne » qu'est suggéré le défaut de légitimité de ses bénéficiaires.

On s'inquiète du risque que le coût de l'aide médicale, jugée trop généreuse, n'aggrave le déficit du budget de la protection sociale puisque ses bénéficiaires ne sont pas des « cotisants ». Or cette prestation sans contrepartie de cotisation, caractéristique par définition de l'aide sociale, est particulièrement regrettée quand elle bénéficie à des étrangers. Assimiler la collectivité des cotisants à celle des Français et celle des « assistés » à celle des étrangers suggère que le profit de la solidarité nationale par des étrangers se fait aux dépens des Français.

Le responsable du service des prestations extra légales d'une CPAM ³ évoque les réticences qu'expriment les administrateurs siégeant à la commission lorsqu'il s'agit d'attribuer ces prestations à des familles étrangères. Ces administrateurs considéreraient que « la France est bonne mère et qu'elle accueille sur les cotisations de ses ressortissants des personnes qui pourraient se faire soigner chez elles. (...) Les administrateurs représentent les cotisants et ils ont toujours derrière la tête que les cotisations ça doit servir à ceux qui cotisent, et que des gens qui viennent de l'étranger et n'ont pas cotisé viennent un petit peu manger le pain des autres... »

La réforme CMU ⁴ vient opportunément asseoir cette dichotomie « cotisants = Français ; assistés = étrangers ». Rappelons que la réforme CMU s'est accompagnée d'une rénovation de l'aide médicale, qui n'existe désormais plus que sous sa forme d'État, l'AME ⁵. La grande majorité des anciens bénéficiaires de l'aide médicale relèvent aujourd'hui de la CMU, sauf les étrangers en situation irrégulière qui se

³ Caisse Primaire d'Assurance Maladie

⁴ Couverture Maladie Universelle

⁵ Aide Médicale État. C'est la couverture maladie de l'aide sociale, elle est donc financée par l'État (l'impôt). La CMU, même si elle n'est pas soumise à une condition de cotisation antérieure, relève de la branche maladie (l'Assurance maladie) de la Sécurité sociale. Elle est donc financée principalement par les cotisations des travailleurs (ce n'est cependant pas le cas de la CMU complémentaire, qui est financée par l'État).

retrouvent, de fait, constituer la quasi-totalité du public actuel de l'AME.

Certains professionnels craignent alors que la « trop bonne » couverture offerte aux sans papiers par l'AME non seulement déséquilibre le budget de la protection sociale nationale mais en plus crée un « appel d'air » migratoire.

Cette inquiétude sur l'invasion par des migrants s'associe parfois au regret d'une autre privation des nationaux au profit des étrangers : l'AME, « couverture maladie des sans papiers », serait plus favorable que la couverture maladie à laquelle peuvent prétendre les Français. Par exemple, on regrette que les sans papiers disposent gratuitement d'une couverture maladie complémentaire alors que les Français doivent payer la leur, ou encore qu'aucune condition d'ancienneté minimale de résidence en France ne leur soit imposée tandis que les candidats à la CMU (« c'est-à-dire » les Français) doivent résider depuis trois mois au moins.

Ces commentaires ont été recueillis en 2001, avant donc la dernière réforme de l'AME. Bien qu'ils soient tenus le plus souvent par des professionnels œuvrant au sein de caisses de l'Assurance maladie, c'est à dire par des agents chargés d'instruire des dossiers d'aide médicale, ils sont erronés au regard de la réglementation en vigueur à cette époque :

- S'il est exact que dans les faits, la quasi totalité des bénéficiaires de l'aide médicale sont depuis la réforme CMU des étrangers, le symétrique n'est pas vrai : tous les assurés (par la CMU ou par leur travail) ne sont pas des Français, puisque le sont également des étrangers en situation régulière.
- Les Français (et les étrangers en situation régulière) peuvent également avoir accès à une couverture complémentaire gratuite si leurs revenus ne dépassent pas un seuil, le même que celui qui est opposé aux sans papiers ; et ils peuvent eux aussi bénéficier d'une couverture maladie tant que leur ancienneté de résidence en France est inférieure à trois mois : c'est justement l'AME.

Enfin, certains professionnels regrettent qu'une couverture maladie soit légalement accessible à des étrangers irréguliers au regard du droit

au séjour : étant jugés indésirables par ce dernier, pourquoi leur accorder une aide quelle qu'elle soit ? Les sans papiers se voient ainsi reprochés implicitement, outre leur condition d'assistés du système socio-sanitaire, celle de « hors la loi » de la société nationale. Or en jugeant illégitime que des sans papiers bénéficient d'une couverture maladie, ces professionnels de l'accès aux soins se prévalent de critères relatifs au droit au séjour plutôt que de ceux relatifs à l'accès aux soins.

Avant d'interroger cette prégnance des catégories liées à l'immigration (l'opposition aux nationaux, l'invasion, l'illégitimité, etc.) dans les discours de professionnels de l'accès aux soins, arrêtons-nous sur les pratiques, concrètes, susceptibles de découler de ces représentations.

Les pratiques : la restriction des droits

La réglementation relative à l'aide médicale, ainsi perçue comme trop favorable, pourra être appliquée par certains professionnels de façon restrictive.

L'aide médicale, dont bénéficie des « assistés », peut être présentée comme une faveur accordée par la collectivité des actifs plutôt que comme la satisfaction d'un droit. Elle est alors censée s'obtenir au prix d'une négociation au cas par cas plutôt que par l'application de critères strictement définis. Cette négociation implique le plus souvent que le requérant prouve son besoin de soin urgent, comme si l'AME devait permettre que la prise en charge des soins « essentiels » (le « on ne laisse mourir personne » est un leitmotiv), mais eux uniquement.

Certains agents CPAM rapportent, indignés, des propos de bénéficiaires d'AME ayant demandé, qui une chambre seule, qui des lunettes comme tout le monde : il ne manquerait plus que ça !

Or le fait de conditionner la délivrance de l'AME à l'évaluation casuistique du mérite et en particulier du besoin de soins est une application restrictive de la loi. Depuis la réforme de l'aide médicale en 1992, le besoin de soins n'est en effet plus requis et l'admission est décidée au vu de critères objectifs (résidence en France et barèmes de

revenus) et non du passage par une commission. Les agents font ainsi référence à des caractéristiques générales de l'aide sociale dont se distingue l'aide médicale depuis une dizaine d'années.

Par ailleurs, la crainte que la bonne qualité de la couverture offerte par l'AME n'incite des étrangers à se soigner « aux frais de la France » s'exprime parfois à travers la suspicion de demandes frauduleuses d'AME. Certains professionnels font ainsi part de leurs réticences à accepter les déclarations sur l'honneur, lesquelles permettent théoriquement de pallier l'absence de documents prouvant les revenus, la domiciliation et la résidence en France.

À l'appui de ces réticences, ils rapportent 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 ; surtout, ils déclarent constater le « nombre très important » d'étrangers venant demander une AME dès leur arrivée en France, ce qui « signe » leur venue pour soins. Rappelons en effet que les visiteurs, c'est-à-dire les personnes non résidentes, qu'elles soient françaises ou étrangères, ne peuvent légalement prétendre ni à l'assurance maladie, ni à l'aide médicale.

Une responsable CMU-AME : « Il est très bien, ce système, mais on ne peut pas le maîtriser, on a l'impression qu'on se fait avoir, il y a plus de personnes qui trichent. Et aujourd'hui, à la caisse, on se dit « il doit y avoir un parcours fléché entre l'aéroport et notre caisse ! » car on voit les gens débarquer ici juste après leur atterrissage à l'aéroport ! »

Les « Européens de l'Est » sont décrits par l'assistante sociale d'une association comme particulièrement exigeants voire agressifs dans leurs demandes de droits et de prestations socio-sanitaires : « Ils arrivent avec des fascicules tous prêts sur lesquels sont marqués les droits auxquels ils peuvent prétendre quand ils arrivent sur le territoire français, dans leur langue. On s'est vraiment posé la question et on est sûr maintenant que ça existe car ils ne savent pas parler le français mais ils connaissent les mots comme « AME », « aide sociale à l'enfance » (rire) ».

Cette suspicion se traduit concrètement dans les pratiques de certains des agents CPAM qui reçoivent les demandes d'AME.

Des conditions non réglementaires pour l'ouverture de droits AME sont abusivement requises, telles que la résidence de plus de trois mois

en France ou l'intention de rester en France au moins un an ⁶. Si elles ne sont pas satisfaites, la demande d'AME se solde par un refus ou par l'ouverture à des droits restreints (pour moins d'un an, ou par « vignettes de soins »). Le refus peut aussi être opposé dès que des « indices » suggèrent la venue pour soins : si le passeport du requérant comporte un visa court séjour en cours de validité, en cas de défaut de passeport (suspect de cacher la détention d'un visa court séjour ou une arrivée dans les trois mois précédents), s'il y a un doute sur un aller-retour récent au pays, en cas de maladie déclarée avant la venue en France, etc.

Contextualisation

Ces représentations et ces pratiques peuvent être mieux comprises si on les replace dans le « contexte » politique et législatif français des trente dernières années.

Les politiques d'immigration, depuis les années 70, insistent sur la fermeture des frontières et la répression de l'immigration clandestine. Parallèlement, l'accès à la protection sociale, parce qu'il est perçu comme un élément d'attraction pour les candidats à l'immigration, a été peu à peu limité aux étrangers en situation irrégulière. Ceux-ci ont ainsi été exclus de la Sécurité sociale en 1993 (loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, dite « deuxième loi Pasqua ») puis isolés au sein de l'Aide médicale en 1999 (loi CMU), dont enfin l'accès leur a été restreint en 2003 (loi de finances rectificative pour 2003).

La délégitimation de l'étranger en situation irrégulière, sous-tendue par les politiques migratoires, trouve ainsi un prolongement dans les

⁶ Rappelons qu'en 2001, date du recueil de ces données, la condition de résidence doit être considérée comme satisfaite, selon un avis du Conseil d'État daté du 8 janvier 1981, dès lors que la personne étrangère se trouve en France et y demeure « dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité ». La loi ne fixe alors aucune condition d'ancienneté de résidence pour l'aide médicale hospitalière (tandis que l'aide médicale totale est soumise à une ancienneté de résidence de trois ans pour les étrangers en situation irrégulière).

politiques d'accès aux soins, et on vient de voir qu'elle est parfois reprise par certains professionnels chargés d'appliquer ces dernières. Ces derniers peuvent en effet se référer à ce contexte politique migratoire pour élaborer leurs propres représentations sur les étrangers en demande d'un accès aux soins.

On a remarqué plus haut, par exemple, que certains professionnels de l'accès aux soins se prévalent explicitement des critères du droit au séjour plutôt que de ceux du droit aux soins, quand ils regrettent que des « clandestins » bénéficient d'une protection sociale. Or ce regret peut aussi s'appliquer aux demandeurs d'asile, pourtant « réguliers » selon les critères de la Sécurité sociale puisqu'ils peuvent prétendre à la CMU. Certains professionnels les appréhendent en effet d'abord à l'aune du taux d'acceptation des demandes d'asile, taux jugé assez faible pour faire des demandeurs d'asile de probables « futurs hors la loi » au regard de leur séjour en France (une fois qu'ils seront déboutés), ce qui délégitime du même coup leur accès à une couverture maladie. La « contamination » du statut des demandeurs d'asile par la délégitimation des sans papiers illustre ainsi la « contamination » des représentations des professionnels de l'accès aux soins par des critères relatifs au droit au séjour.

Autre exemple illustrant l'influence des politiques d'immigration sur les représentations relatives à l'accès aux soins, c'est la suspicion exercée à l'égard de tout étranger. Rappelons que la réglementation sur l'immigration, toujours plus restrictive, « produit » des sans papiers (par exemple en ne renouvelant pas le titre de séjour d'étrangers jusqu'à présent en situation régulière), ce qui fragilise la situation des réguliers, faisant de chacun d'entre eux un potentiel fraudeur au regard de son séjour. Là aussi, le parallèle est vrai en matière de protection sociale puisque l'exclusion progressive des étrangers en situation irrégulière de différents pans de la protection sociale implique que les professionnels chargés d'ouvrir ces droits vérifient que tout étranger n'appartient pas à cette catégorie exclue. La suspicion des professionnels ne s'applique donc pas qu'aux sans papiers, elle peut s'exercer à toute personne étrangère voire à toute personne « d'allure étrangère ». Des acteurs associatifs témoignent ainsi de ce que les discriminations dont souffrent le plus les Français d'origine étrangère n'ayant pas de difficulté de titre de séjour ni de langue est la suspicion « spontanée » exercée à leur

encontre par les agents administratifs vis-à-vis de la régularité de leur présence en France.

Les étrangers en situation régulière et les Français d'origine étrangère ou des DOM expliquent : « je ne veux pas imposer à ma femme et à mes enfants l'interrogatoire sur mon titre de séjour, c'est dégradant, je préfère encore aller dans une ONG », (une bénévole dans une association)

Les représentations et les pratiques des professionnels peuvent ainsi être influencées par les politiques d'immigration, directement (cas des demandeurs d'asile) ou via un modelage des conditions réglementaires d'accès aux soins (avec « l'exception AME »). Mais cette interaction n'est pas unidirectionnelle. On peut en effet suggérer, réciproquement, l'influence des représentations et des pratiques de terrain sur l'évolution de la réglementation relative à l'accès aux soins.

La réforme de l'AME, en 2003, en offre un bon exemple car elle semble « prendre acte » des craintes exprimées par les professionnels que j'avais interrogés en 2001.

Le gouvernement l'a justifiée en mettant en avant le poids des étrangers sur le budget de la protection sociale, les avantages de la législation relative à l'accès aux soins des étrangers versus celle des Français⁷ et finalement l'appel d'air qu'induit une législation trop généreuse. Cette réforme instaure donc :

⁷ Pour justifier la réforme, les deux types de propos ont été énoncés :
- mise en cause de la solidarité nationale bénéficiant aux étrangers : « Ces gens-là ne participent en aucune manière à l'effort collectif, en ne versant aucune cotisation. » (Hervé Mariton, UMP) ; « On ne peut pas accueillir toutes les maladies du monde. » (Charles de Courson, UDF),
- contestation des avantages « supérieurs » des étrangers : « les étrangers en situation irrégulière ne peuvent pas avoir de droits gratuits illimités plus favorables que ceux qui sont offerts à l'ensemble de la population ». (François Fillon, ministre de la solidarité UMP)

- un « ticket modérateur » à la charge des bénéficiaires de l'AME (en écho aux regrets exprimés sur « la couverture complémentaire gratuite » des sans papiers) ⁸
- une condition d'ancienneté de résidence de trois mois pour l'accès à l'AME, prouvée par des justificatifs autres qu'une simple déclaration sur l'honneur (en écho d'une part aux regrets sur l'absence de durée minimale requise pour obtenir l'AME qui en ferait une législation plus favorable que celle applicable « aux Français » et d'autre part aux doutes quant à la validité des déclarations sur l'honneur. ⁹

Les représentations et les pratiques recueillies sur le terrain auprès des professionnels ne témoignent donc pas simplement de leur imprégnation par le contexte politique, elles sont également susceptibles d'être reprises dans les discours politiques pour contribuer à justifier des réformes législatives.

Au-delà des représentations, les pratiques de terrain semblent elles aussi d'ailleurs dotées de ce pouvoir « prédictif ». Discriminatoires et illégales un jour, elles peuvent être entérinées par la loi le lendemain. Par exemple, la condition de régularité du séjour pour l'affiliation à la Sécurité sociale était exigée avant le vote de la loi de 1993 par certains agents de CPAM, par des caisses tout entières, voire par la CNAM ¹⁰. L'ancienneté de résidence de trois mois pouvait être requise par certains agents dès 2001. Une circulaire interne de la CNAM rédigée en avril

⁸ Les affirmations erronées tenues sur le terrain en 2001 à propos de la couverture gratuite dont bénéficieraient seuls les étrangers l'ont été par des parlementaires pour justifier de l'adoption d'un amendement prévoyant la mise en place d'un ticket modérateur à la charge des bénéficiaires de l'AME : la mise en place de ce ticket modérateur était censée mettre les bénéficiaires de l'AME dans la même situation que les autres assurés sociaux. Rappelons que les assurés sociaux qui ont les mêmes revenus que les bénéficiaires de l'AME sont pourtant, grâce à la CMU complémentaire (qui est « gratuite »), exonérés de ce ticket modérateur.

⁹ 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).

¹⁰ En décembre 1989, une note interne de la CNAM (INFO/CNAM, n°284) stipulait qu'un titre de séjour était nécessaire pour prouver la résidence.

2004 anticipait sur les décrets non encore parus de la réforme de 2003 en s'opposant à la recevabilité des déclarations sur l'honneur. Etc.

Les distinctions faites par les lois successives, qui vont toutes dans le même sens, celui d'une restriction progressive des droits des étrangers en situation irrégulière, peuvent ainsi être anticipées ou suscitées par les acteurs de terrain. Les acteurs de terrain peuvent alors enfreindre la loi relative à l'accès aux soins, en l'appliquant de façon restrictive, tout en restant dans « l'esprit » de la loi ... ou de son évolution probable.

LA DIFFÉRENCIATION

[Retour à la table des matières](#)

Le deuxième mode de catégorisation de l'autre susceptible de justifier des traitements discriminatoires est la différenciation. Percevoir l'autre comme radicalement différent, sans pour autant nécessairement le délégitimer, c'est aussi lui attribuer des besoins différents et donc justifier de le traiter différemment.

Ces discriminations sont moins flagrantes que celles justifiées par la délégitimation. Les discours tenus à propos des personnes en situation de précarité socio-économique et/ou étrangères en séjour irrégulier sur le territoire français charrient en effet des connotations péjoratives : on évoque les « assistés » du système socio-sanitaire et les « hors la loi » de la société nationale. Par suite, la contestation de la légitimité de ces derniers à accéder aux soins est plus ou moins ouverte, d'autant plus qu'elle se justifie au regard du contexte politique que l'on a décrit plus haut. La perception différencialiste, elle, est sinon plus rare, du moins plus insidieuse car le locuteur peut se percevoir et être perçu comme porteur de « bonnes intentions » à l'égard de la victime. Le traitement différentiel qu'elle justifie le cas échéant peut d'ailleurs être compris par son auteur comme une « discrimination positive », c'est-à-dire un dispositif censé pallier les difficultés spécifiques que rencontrent certains groupes.

Ces traitements différentiels peuvent concerner l'accès aux droits ou aux soins, ils peuvent être le fait de chacune des catégories de professionnels que nous avons rencontrés.

Les représentations : la perception de la différence

La différence perçue peut être de nature administrative. Par exemple, dans certains départements, notamment ceux où les étrangers en situation irrégulière sont nombreux, les requérants d'une AME sont reçus non pas dans les centres de paiement de la Sécurité sociale mais dans des antennes délocalisées situées dans des locaux associatifs et des hôpitaux. Il n'y a donc pas de « guichet unique », c'est-à-dire de guichet commun de la CPAM accueillant les demandes pour les divers modes de couverture maladie (assurance maladie (CMU ou autre) et aide médicale).

Les agents CPAM justifient le traitement à part des demandes d'AME par la réglementation relative à l'AME : récemment introduite dans les CPAM (depuis la réforme CMU, c'est à dire à peine plus d'un an avant les entretiens) ¹¹, elle serait trop différente de celle relative à l'assurance maladie pour être correctement maîtrisée par tous les agents (lesquels ont déjà du mal à assimiler la nouveauté de la CMU). Réduire le nombre de guichets permettrait alors de former moins d'agents aux nouveaux textes mais de les former mieux.

Sur cette première différence, d'ordre réglementaire, s'en greffe une autre, relative elle au public concerné : les bénéficiaires de l'aide sociale nécessiteraient un accueil spécifique en raison de leur précarité socio-économique, responsable de besoins particuliers (dossiers souvent plus complexes et plus urgents ; usagers moins familiarisés avec les procédures administratives, plus en demande d'aide, etc.).

Mais la différence est le plus souvent qualifiée par les professionnels de « culturelle », il est alors fait référence à des difficultés spécifiques de communication qui dépassent les obstacles linguistiques, de « codage culturel » des symptômes ou encore d'incompréhension de l'offre de soins, chez des personnes étrangères ou françaises d'origine étrangère.

¹¹ Avant la réforme, les caisses ne géraient pas l'aide médicale départementale, laquelle représentait le plus gros volume de l'aide médicale.

*Les pratiques :
le dérogatoire au détriment du « droit commun »*

Sans nier les effets potentiellement favorables des guichets spécifiques pour l'accès à l'AME, on peut en relever les conséquences négatives : le dépassement des capacités d'accueil de ces guichets à l'origine de longues files d'attente, le surplus de déplacements pour les usagers (notamment après le refus de la CMU opposé, lui, dans un centre de paiement) et surtout la mise à part « physique » de ces derniers, les exposant à la stigmatisation, d'autant plus qu'il s'agit de groupes déjà volontiers connotés péjorativement, « assistés » et « clandestins » au regard du droit au séjour. Un agent CPAM a ainsi été accusé en 2000 « d'incitation à la haine raciale » après avoir interpellé les usagers de son guichet réservé à l'AME en les qualifiant de « sans papiers se faisant soigner aux frais de la France ».

Envisageons maintenant les pratiques découlant de la perception d'une différence culturelle responsable de difficultés spécifiques. Certains professionnels proposent une offre de soins alternative, adaptée à « la culture » du patient. Prenons l'exemple de la consultation d'ethnopsychiatrie réalisée au sein d'une association.

Selon une psychiatre intervenant dans cette structure, la prise en charge culturellement différenciée est de seconde intention, indiquée uniquement quand le suivi initié dans une consultation « tout venant » (c'est-à-dire de « droit commun ») n'évolue pas favorablement. Elle est instaurée sans rupture avec celle-ci (qui continue pendant et après les consultations d'ethnopsychiatrie) et pour une durée limitée.

L'échec du suivi dans le droit commun - que la prise en charge en ethnopsychiatrie est susceptible de débloquent - est attribué aux caractéristiques « culturelles » du patient. Cependant l'ethnopsychiatre souligne que celles-ci n'interviennent souvent que conjointement à des dysfonctionnements de l'offre de soins, tels que le manque de temps des professionnels ou des préjugés péjoratifs de ces derniers sur les étrangers.

La plupart des professionnels interrogés en dehors de cette structure se disent favorables à cette prise en charge ethno-psychiatrique. Mais

leurs arguments en ce sens restent le plus souvent centrés sur « la culture », sans plus tenir compte des caractéristiques de l'offre de soins elle-même. Cette « culture » est présentée comme une entité stable, qu'il faut préserver, aux contours identifiables, et incompatible avec l'offre sanitaire de droit commun. Alors que la consultation d'ethnopsychiatrie est destinée - de l'avis de la professionnelle qui y exerce - aux patients pour lesquels la prise en charge dans le droit commun est mise en échec et que son objectif est le retour dans ce droit commun, la plupart des acteurs extérieurs à cette consultation considèrent que doit y être orienté tout patient dès lors qu'il est « d'origine africaine » (français ou non) et sans orientation préalable dans le droit commun.

L'insistance sur la différence culturelle du patient au détriment de ses autres caractéristiques, notamment cliniques, se traduit alors par la proposition d'une offre de soins amputée puisque n'est plus proposée au patient que ce qui est censé correspondre à ses caractéristiques culturelles. L'universalité de sa pathologie est niée, le soin « tout venant » ne lui est plus proposé. La réification de l'origine culturelle et son utilisation comme une indication systématique d'orientation vers un dispositif dérogatoire au droit commun rendent alors discriminatoire au sens négatif du terme un système qui ne l'était pas initialement. C'est ce qu'on a observé également à propos des guichets spécifiques AME, lorsque la mise en place d'un dispositif particulier au motif de besoins particuliers débouche sur une exclusion du droit commun (le « guichet unique »).

Des médecins exerçant dans des associations prenant en charge de nombreux étrangers font ainsi part de leurs difficultés récurrentes à faire accepter leurs patients par des services de droit commun. Les professionnels intervenant dans ces derniers se déclarent en effet incompétents et préconisent l'orientation systématique vers des filières spécifiques, notamment associatives.

Enfin, l'argument de la spécificité culturelle peut, quand aucune solution « alternative » n'est plus proposée, résulter en l'exclusion pure et simple des soins.

Une gynécologue refuse d'examiner une femme qui ne veut pas enlever son tchador, au motif que « / *l'examen se fait selon les références du médecin* ».

Contextualisation

On a dit que la conception républicaine française ne reconnaît pas de différences culturelles dans l'espace public, elle considère les citoyens et non les communautés et pose l'égalité des droits et des devoirs individuels. Il arrive cependant que les pouvoirs publics reconnaissent officiellement des différences culturelles, mais c'est alors pour les placer en dehors du droit commun, dans le cadre de l'immigration (c'est le cas par exemple des classes de culture arabe pour élèves musulmans arabes, conduites par les pays d'origine et non par l'école républicaine française). On voit ici que de la même façon, les catégories de l'origine peuvent être mobilisées au quotidien par les professionnels, pouvant alors justifier d'un traitement différentiel par rapport au droit commun : la différenciation ne peut s'exprimer qu'en dehors du droit commun.

LES EFFETS DE SYSTÈME

[Retour à la table des matières](#)

Les victimes préférentielles du racisme institutionnel que l'on va présenter ici sont étrangères, immigrées ou françaises d'origine étrangère. Des obstacles à l'accès aux soins qui agissent apparemment de la même façon sur toute personne quelle que soit l'origine qui lui est attribuée s'avèrent en effet chez elles à la fois plus fréquents et d'impact plus sévère.

C'est par exemple l'affluence excessive d'usagers ou de patients au regard des effectifs de professionnels, agents CPAM ou soignants, qui incite ces derniers à réduire au minimum le temps passé avec chacun d'entre eux. Ceux qui ne maîtrisent pas la langue française seront les premières victimes de cette limite de temps.

À la CPAM, l'étranger n'ose pas dire qu'il n'a pas compris, pour ne pas « énerver l'agent car il y a du monde, ça va vite, il sent que l'agent n'est pas très réceptif ... » (un assistant social)

Mais les effets de système concernent surtout les étrangers en situation de précarité économique, qui relèvent de la CMU et/ou de l'AME. Ils perturbent l'accès aux droits à une couverture maladie et l'accès aux soins proprement dits.

Accès aux droits

Les rapports d'activité des consultations précarité mettent en évidence des taux de couverture maladie moindres chez les étrangers (parmi ceux qui y ont droit) que chez les Français. Une partie des difficultés des premiers à accéder à leurs droits relève d'effets de système.

Par exemple, au motif que depuis la réforme CMU les moyens financiers nécessaires ne leur sont plus affectés, les CCAS ¹² refusent le plus souvent d'accompagner les démarches d'ouverture de droits CMU et AME, ce dont pâtissent surtout les requérants analphabètes et/ou non francophones. Pour les mêmes raisons, les CCAS ne réalisent des élections de domicile plus que pour les bénéficiaires du RMI, ce qui exclut d'emblée tous les requérants étrangers en situation irrégulière (puisqu'ils ne peuvent pas prétendre au RMI).

Accès aux soins

Le bénéfice de la CMU et plus encore de l'AME expose à une série de difficultés au moment de l'accès aux soins.

Ces problèmes se posent surtout en libéral, où les bénéficiaires de l'AME et de la CMU ne font pas l'avance des frais, les praticiens (médecins et dentistes) étant payés par la suite par leur CPAM. Or les tarifs de remboursement sont imposés, même aux praticiens en secteur 2 et les délais sont très longs. Résultat, certains praticiens refusent de recevoir ces patients en consultation, d'autres les acceptent mais en leur

¹² Centres Communaux d'Action Sociale

demandant de faire l'avance des frais, avec des dépassements d'honoraires non remboursables.

Ces réticences concernent plus les bénéficiaires de l'AME que ceux de la CMU car les délais de remboursement sont plus longs pour l'AME ; en outre les patients ne disposent pas d'une carte vitale mais d'une simple attestation papier, les praticiens doivent donc remplir un formulaire papier jugé « compliqué » pour demander leur paiement ; enfin ils se méfient de cette couverture maladie qu'ils connaissent mal : confusion entre les deux types d'AME (hospitalière/totale) jusqu'en 2002, puis publication tardive des décrets d'application de la réforme de 2003. Selon Maille et al (2005), l'accès au secteur 2 et aux dentistes n'est jamais possible aux détenteurs d'une attestation d'AME.

Ces réticences à l'égard de l'aide médicale résultent de dysfonctionnements institutionnels anciens et elles sont bien antérieures à la réforme CMU de 1999, même si elles se sont accrues depuis. La plupart des médecins interrogés en 2001 n'avaient pas compris que depuis la réforme CMU, quasi tous les bénéficiaires de l'aide sociale sont des étrangers en situation irrégulière. Leurs réticences à l'égard de ces patients, même si elles n'affectaient plus que les sans papiers, ne pouvaient donc pas être mises sur le compte de préjugés à leur égard.

QUAND LES PROCESSUS S'ASSOCIENT LES UNS AUX AUTRES

[Retour à la table des matières](#)

Ont été successivement présentés trois processus à l'origine de discriminations dans l'accès aux soins. Deux modes de caractérisation de « l'autre », l'un par délégitimation, l'autre par différenciation, peuvent conduire à des pratiques discriminatoires lors de l'accès aux soins, par respectivement application restrictive des textes relatifs à l'accès à une couverture maladie et orientation vers une filière différentielle de services ou de soins. Le troisième processus est indépendant de toute caractérisation, il résulte du fonctionnement des institutions et est à l'origine de discriminations indirectes.

Cette typologie ne rend cependant pas tout à fait compte de la réalité. Les discriminations observées sur le terrain relèvent en effet le plus souvent du cumul de deux ou trois de ces processus.

Quand délégitimation et différenciation sont mêlées

La délégation du droit commun vers le secteur associatif

De nombreux membres d'association regrettent que leurs partenaires du droit commun leur délèguent trop souvent la prise en charge des étrangers, pour l'accès aux droits à une couverture maladie comme pour l'accès aux soins. Or cet accès « en dérivation » sur le droit commun n'est pas optimal. Par exemple, l'éventail des soins délivrés dans les associations est plus limité que dans le droit commun et leur continuité est plus difficile à assurer que si elle est coordonnée par un médecin traitant. Les professionnels de droit commun justifient ces orientations avec deux types d'arguments.

Le premier, le plus souvent rapporté, relève du registre de la différenciation. Les étrangers présenteraient des dossiers administratifs complexes (d'autant plus que les professionnels ne connaîtraient pas suffisamment les particularités du droit des étrangers) et des pathologies « exotiques » dont le recueil de l'histoire serait compliqué par la barrière de langue et les codes culturels.

Cette orientation correspondrait par ailleurs au choix spontané des usagers eux-mêmes. Ces derniers trouveraient dans les structures associatives un contexte plus sécurisant (notamment pour les sans papiers qui préfèrent se tenir à distance des institutions, y compris de l'hôpital) et plus familier que dans le droit commun : ils apprécieraient de revenir voir « leur » médecin (celui qui, le premier à leur arrivée en France, a pris connaissance de leur situation), dans un endroit qui ressemble au « dispensaire africain » (sans prise de rendez-vous, sans exigence en terme de papiers mais aussi de tenue, de langue, etc.).

Le deuxième faisceau de représentations se situe à la croisée de la délégitimation et de la différenciation.

Les professionnels considèrent qu'il ne leur revient pas de prendre en charge ces étrangers parce qu'ils relèvent de l'humanitaire, donc d'un « plus » que n'offre le système que s'il en a le temps, ou dans ses marges, assimilant le droit des étrangers à une faveur accordée, négociée à coup d'arguments « vitaux ».

Par exemple, face à une personne dont la satisfaction des besoins est pensée en termes « humanitaires », le premier souci du professionnel de droit commun sera la délivrance des soins et non les démarches administratives d'ouverture de droits, et ce d'autant plus qu'il n'a qu'une connaissance imprécise de ces droits ¹³. Or le patient n'étant pas couvert, cet accès aux soins ne peut que passer par une structure associative (ou une PASS ¹⁴).

Enfin, une représentation relève explicitement du registre de la délégitimation : le passage par le secteur associatif aurait pour intérêt, aux yeux de certains professionnels du droit commun, de garantir l'honnêteté du requérant. Ainsi, l'accompagnement physique d'un étranger au guichet CPAM par le membre d'une association calmerait la suspicion de l'agent de guichet à son encontre, l'accompagnant servirait de « caution », assurant « que ce sont bien de vrais papiers, ce sont bien ses enfants, qu'il ne peut vraiment pas fournir tels documents... ».

Quand effets de système et conséquences d'une altérisation se cumulent

¹³ La plupart des professionnels interrogés en 2001 ignorent en particulier la possibilité d'admission immédiate à la CMU complémentaire et à l'AME « quand la situation l'exige », c'est à dire quand le besoin de soins est pressant sans toutefois relever des urgences de l'hôpital (par exemple une échographie prénatale ou le renouvellement d'un traitement diabétique). Cette possibilité, instaurée avec la réforme de l'aide médicale en 1992 et supprimée en 2003 a été remplacée en 2005 par celle d'instruction immédiate pour une prise en charge *a posteriori* des soins d'une urgence vitale (circulaire parue en septembre 2005).

¹⁴ Permanence d'Accès aux Soins de Santé

La connaissance insuffisante de la réglementation

L'enquête a relevé de nombreuses affirmations témoignant d'une connaissance insuffisante des textes relatifs aux droits à une couverture maladie, émanant de professionnels de l'accès aux soins. Ces inexactitudes sont tout particulièrement importantes quand il s'agit de l'accès des étrangers à la CMU et à l'AME. Elles se traduisent par des restrictions de l'accès aux soins : conditions abusivement demandées pour l'ouverture de droits ; droits ouverts mais de façon réduite (pour moins d'un an, sous forme de bons), etc.

Des effets de système expliquent en partie qu'elles concernent tout particulièrement les étrangers. Ces derniers étant en effet moins nombreux que les usagers français, les professionnels maîtrisent moins les particularités réglementaires qui leur sont applicables, et ce d'autant plus que la complexité des textes est accrue quand ils s'appliquent aux étrangers (il faut par exemple évaluer la régularité du séjour des étrangers pour leur accorder la CMU).

Mais des représentations de « l'autre », ce public auquel s'applique ces réglementations, viennent étroitement se mêler à ces effets de système pour en aggraver les conséquences, contribuant encore à restreindre la portée des textes.

Certaines d'entre elles relèvent de la délégitimation. Dans le contexte politique rappelé ci-dessus de répression de l'étranger en situation irrégulière et de limitation de son accès à la protection sociale, les connaissances approximatives de ces législations se traduisent par des applications qui vont « dans le sens » de l'évolution des textes, à défaut de les respecter scrupuleusement, le « flou » sur les textes favorisant la perception d'une faveur faite aux étrangers plus que d'un droit à leur accorder.

Le deuxième faisceau de représentations se situe dans le registre de la différenciation. On a dit que les CPAM ne gèrent entièrement l'aide médicale que depuis la réforme CMU.

Une responsable CPAM qualifie ainsi la gestion de l'AME de « *révolution* » dans le mode de fonctionnement des CPAM, ce qui justifie à ses yeux son caractère « approximatif », voire les « erreurs » faites par ses agents. Si cette responsable insiste sur le fait que les assurés sont indifférenciables les uns des autres, puisqu'en particulier aucun relevé de nationalité n'est réalisé, elle les catégorise en revanche selon « l'effort d'adaptation professionnelle » qu'ils demandent aux agents CPAM, c'est à dire selon qu'ils bénéficient de l'aide sociale ou non, ce qui revient finalement à distinguer les étrangers en situation irrégulière des autres usagers : « *L'aide médicale est indépendante de la Sécu, donc c'est toute une démarche ... toute une mentalité qui a changé pour les personnes qui travaillent à la Sécu depuis des années. Depuis que la Sécu existe, on fonctionne avec certaines habitudes, certains réflexes qu'il faut abandonner pour cette catégorie de personnes. C'est pour ça qu'au début on continuait de demander l'acte d'extrait de naissance car c'était un réflexe Sécu, maintenant on s'adapte.* »

CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

Une large part des discriminations présentées ici relève de l'écart entre le droit et les faits. On voudrait ici conclure en faisant deux remarques sur ce décalage entre la pratique prescrite et la pratique réalisée.

Ce décalage est d'abord à interpréter au regard de la marge de manœuvre dont dispose tout acteur social.

Quand on a différencié discriminations directes - fondées sur une catégorisation de l'autre - et discriminations indirectes - résultant d'effets de système -, on a considéré que la marge de manœuvre impartie aux acteurs est plus large dans le premier (c'est là que se loge la discrimination) que dans le second cas de figure (la discrimination en est indépendante), même si on a remarqué que les acteurs peuvent aussi user de leur marge de manœuvre pour renforcer les conséquences discriminatoires d'effets de système (« greffe » d'une catégorisation sur un effet de système).

Si on s'interroge maintenant sur la façon dont les acteurs justifient le fait de profiter ou non de cette marge de manœuvre, on peut

distinguer, très schématiquement et sommairement, deux groupes de professionnels.

Les premiers exercent dans le secteur associatif. Leur ambition première est de faire respecter les droits légalement prévus et d'insérer dans le droit commun ceux qui en ont été exclus, mais c'est également chez certains d'entre eux qu'on a pu observer la volonté la plus explicite de mettre à profit cette marge de manœuvre, comme si le sentiment d'être précisément à la marge du système de soins, d'offrir un « plus », autorisait parfois les prises de liberté les plus flagrantes avec les textes. Cette marge de manœuvre peut ainsi y être utilisée dans un sens favorable aux étrangers (par exemple on aide les étrangers malades à cacher leur venue en France pour soins, afin qu'ils puissent prétendre à une couverture maladie) ou défavorable (en triant selon leurs origines ceux des étrangers qu'on aide à accéder à leurs droits et ceux qu'on n'aide pas). Dans tous ces cas, l'utilisation de cette marge de manœuvre est rationalisée, justifiée au nom de principes politiques (l'accès aux soins pour tous) et/ou de l'expérience de terrain (le constat de la tendance à la fraude de tels ou tels étrangers, qui justifie qu'on ne les aide pas).

Le deuxième groupe d'acteurs est représenté par les agents de service public qui se défendent explicitement de profiter de leur marge de manœuvre. Ils assurent respecter l'égalité de traitement de tous les usagers, quelles que soient les représentations qu'ils peuvent en avoir, notamment les représentations délégitimantes que l'on a décrites, affichant donc la volonté de stopper l'enchaînement catégorisation - discrimination (même si ces discours peuvent être contredits dans les faits qu'ils rapportent eux-mêmes ou dont témoignent d'autres acteurs).

La deuxième remarque que l'on peut faire à propos de cet écart entre la loi et les faits est que l'application rigoureuse de la première devrait pouvoir constituer un premier rempart contre les discriminations. On a cependant remarqué à diverses reprises que la loi peut augurer de la forme que prendra son application discriminatoire (par restriction des droits ou par traitement hors du droit commun). Et inversement, on a vu qu'une pratique discriminatoire illégale un jour peut devenir légale ultérieurement, comme si la pratique discriminatoire « préparait le terrain » de l'évolution législative. Cette pratique est-elle alors encore discriminatoire ? La loi elle-même l'est-elle devenue ? Si, pour qualifier d'illégitime un traitement différentiel, le droit tranche (faisant de la

discrimination une illégalité), l'analyse sociologique se réfère à des normes relatives à des usages sociaux (la discrimination est un traitement perçu comme inacceptable, injuste, qu'il soit ou non légal), d'où l'intérêt de prendre en compte le contexte macro social dans lequel s'inscrit l'interaction particulière. On peut donner pour exemples de ce décalage entre les deux types d'appréciation (celle portée par le juge, celle opérée par le consensus social) les débats soulevés par le vote de chacune des trois réformes marquant l'exclusion progressive des étrangers en situation irrégulière de la protection sociale depuis 1993. De nombreuses associations (d'aide aux étrangers, anti racistes, d'accès aux soins) ont considéré que ces textes violaient le principe d'égalité de traitement et qu'il n'était pas légitime d'appliquer un critère relatif au droit au séjour (en l'occurrence la détention d'un titre de séjour) au domaine de la protection sociale : comment des différences de situation au regard du droit au séjour pouvaient-elles légitimer un traitement différent dans l'accès à la protection sociale ? Mais chaque fois que la question lui a été posée, le Conseil Constitutionnel a rappelé que la différence des situations (celle des étrangers en situation irrégulière et celle des autres résidents) et l'intérêt général (la maîtrise de l'immigration et l'effet d'appel d'air que provoquerait une protections sociale trop généreuse pour les sans papiers) légitimaient ces différences de traitement, tant que les droits fondamentaux restaient respectés (« les soins urgents » de tous les résidents restent en effet pris en charge, y compris ceux des étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent plus prétendre à l'aide médicale depuis 2003).

BIBLIOGRAPHIE

[Retour à la table des matières](#)

DE RUDDER, Véronique ; POIRET, Christian & VOURC'H, François (2000) : « *L'inégalité raciste : l'universalité républicaine à l'épreuve* », PUF, 2000, 213 p.

FASSIN, Didier (2002) : « L'invention française de la discrimination », *Revue française de science politique*, vol. 52, n° 4, août 2002, pp. 403-423.

FASSIN, Didier ; CARDE, Estelle ; FERRE, Nathalie & MUSSO-DIMITRIJEVIC, Sandrine (2001) : « Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins », rapport d'étude n° 5, Bobigny, Cresp, 197 p. + annexes.

GUILLAUMIN, Colette (1972) : « *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel* », Ed Mouton & Co (réédition, 2002, Ed Gallimard), 347 p.

LOCHAK, Danièle (1987) : « Réflexions sur la notion de discrimination », *Droit Social*, n° 11, novembre 1987, p. 778-790.

MAILLE, Didier, TOULIER, Adeline & VOLOVITCH, Pierre (2005) : « L'aide médicale d'État : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n° 4, juillet-août 2005, pp. 543-554.

WIEVIORKA, Michel (1998) : « *Le racisme, une introduction* », Paris, La Découverte / Poche & Syros, collection Essais, 166 p.