

MIGRATIONS ETUDES

SYNTHESE DE TRAVAUX SUR L'IMMIGRATION ET LA PRESENCE ETRANGERE EN FRANCE

La présente synthèse rend compte des résultats d'une étude menée en 2000 portant sur "l'identification des pratiques discriminatoires dans l'accès aux soins, en France métropolitaine, à l'égard des personnes d'origine étrangère ou supposées telles et résidant en France, de façon régulière ou non."

L'étude, dans son approche méthodologique, a privilégié deux axes : un état des lieux des textes et des savoirs ; une enquête de terrain, complétée par une analyse des appels reçus au numéro d'appel anonyme et gratuit (le 114). L'enquête s'est déroulée dans quatre régions : Ile-de-France (Paris et Seine-Saint-Denis), Nord-Pas-de-Calais (département du Nord) ; Provence-Alpes-Côte d'Azur (département des Bouches-du-Rhône) ; Aquitaine (département de la Gironde). Les entretiens ont été conduits auprès de trois types d'acteurs, représentant au total 85 personnes rencontrées au cours de 72 entretiens, soit à peu près à parts égales :

- des "administratifs", responsables des services d'accueil et services CMU-AME des CPAM, d'une part, médecins inspecteurs de santé publique et responsables des pôles-santé-exclusion des DDASS, d'autre part ;
- des "professionnels", travailleurs sociaux et professionnels soignants, exerçant en hôpital, notamment dans le cadre des dispositifs d'accueil des personnes en situation de précarité et des PASS, en centres municipaux de santé et dans le secteur libéral ;
- des "associatifs", salariés ou bénévoles au sein d'associations œuvrant dans les domaines de la santé, de la précarité, des droits des étrangers.

Par ailleurs, une enquête a été réalisée au service de téléphonie du 114 : entretiens avec 6 écoutants et les responsables du service ; analyse d'une cinquantaine d'appels relatifs à la santé et aux soins depuis l'ouverture du service.

L'étude a, d'une part, dressé un "état des lieux" à partir de l'écoute des acteurs concernés, et a d'autre part, analysé le contenu et la signification de phénomènes de discrimination dans un domaine caractérisé par des représentations approximatives de pratiques discriminatoires (situations objectives et subjectives).

Effectuée pour le compte de la Direction de la Population et des Migrations (DPM), cette étude, placée sous la responsabilité scientifique de Didier Fassin, Directeur du Cresp, a été réalisée par Estelle Carde, Didier Fassin, Nathalie Ferré et Sandrine Musso-Dimitrijevic (Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique).

UN TRAITEMENT INÉGAL

LES DISCRIMINATIONS DANS L'ACCÈS AUX SOINS

INTRODUCTION

La *discrimination* est un traitement inégal fondé sur l'application d'un critère illégitime. Cette définition appelle trois remarques liminaires. Qu'il y ait *traitement* implique une référence à l'action plutôt qu'à l'intention : le traitement s'objective dans un résultat. Qu'on le qualifie d'*inégal* ne pré-suppose pas le sens de cette inégalité : dans le cas le plus fréquent, le résultat est défavorable ; il peut en être autrement et la discrimination positive vise à corriger une situation en développant un traitement inégal prétendument favorable aux catégories discriminées négativement. Que l'on parle de critère *illégitime*, enfin, suppose qu'il y ait une certaine forme de consensus social sur ce qui est légitime et ce qui ne l'est pas : ce point est évidemment crucial ; il concerne, d'une part, le critère lui-même, et l'on peut se demander si une nation peut légitimement édicter des restrictions à la protection sociale des personnes résidant sur son territoire, d'autre part, le domaine d'application, et l'on peut s'interroger sur l'existence de critères légitimes pouvant conduire à refuser des soins à un malade. Il s'agit donc d'emblée de prendre acte que, derrière la simplicité et l'objectivité apparentes de la définition, des enjeux *sociaux et moraux* importants sont impliqués. Il en est de même du type de discrimination particulier auquel on s'intéresse ici.

La discrimination est en effet liée à l'*origine* étrangère réelle ou supposée des personnes. Derrière

cette indication, telle que formulée dans la commande publique, on peut saisir deux ordres de réalités différents. Premièrement, cette origine peut être *objectivée* dans une nationalité distincte, par rapport à laquelle se pose alors la question de la régularité ou non du séjour : autrement dit, il s'agit là de *critères juridico-administratifs*, renvoyant à un statut, la nationalité assortie d'un titre de séjour, ou à l'inverse, à une absence de statut, à savoir l'irrégularité ; mais quoi qu'il en soit, on a affaire à des réalités relativement faciles à identifier, même si l'on sait l'indétermination de certaines situations. Deuxièmement, cette origine peut également renvoyer, s'agissant d'une personne française, à la *construction d'une différence* et à son utilisation dans un sens défavorable : la couleur de peau, la consonance d'un patronyme, l'existence d'un attribut vestimentaire servent alors de marqueurs de l'altérité ; c'est ce que l'on appelle généralement une discrimination raciale ou ethnique, encore que ces deux qualificatifs soient peu utilisés dans le contexte français ; au-delà de ces indécisions sur les termes, le problème tient au caractère *subjectivement* construit de cette origine, tant pour celui qui commet un acte discriminatoire que pour celui qui le subit ; on ne peut pas considérer que l'on a simplement affaire à une différenciation en fonction d'une supposée profondeur générationnelle comme le laissent entendre ceux qui parlent de Français de souche, puisque le fils d'un Allemand ou d'un Ita-

lien ne sera pas vu comme le fils d'un Algérien ou d'un Malien, non plus que d'une opposition communautaire vs. extra-communautaire, car une personne antillaise peut se considérer victime des mêmes injustices qu'une personne d'origine africaine. C'est dire que l'on se trouve en présence d'une réalité multiple et plurivoque dont les effets en termes de soins sont très différenciés, car les disparités de traitement en fonction de la régularité du séjour, de la nationalité ou de la couleur de peau ne procèdent évidemment pas des mêmes logiques.

Les discriminations dont il est question ici concernent uniquement *l'accès aux soins*, selon les termes de la commande publique. Cette délimitation du champ appelle deux ordres de commentaires. Premièrement, *les soins ne sont pas la santé*. S'agissant d'inégalités, on peut même dire que les disparités d'accès aux soins ne sont à l'origine que d'une faible part des disparités de morbidité ou de mortalité que l'on observe dans la population française. Si l'on voulait analyser les inégalités dont les personnes d'origine étrangère réelle ou supposée sont victimes, il serait beaucoup plus important de s'intéresser aux discriminations en matière d'éducation et de formation, de travail et d'emploi, de logement et de loisirs, tous éléments dont on sait l'importance déterminante sur les inégalités sociales de santé. Pour autant, même restreinte à la seule question des soins, l'étude de la discrimination demeure pertinente à la fois parce que, même limité, l'effet des disparités de soins sur les disparités de santé n'est pas négligeable, et parce que, au-delà de la seule question de l'inégalité de résultat, il s'agit d'une inégalité de moyens, autrement dit d'une injustice. Deuxièmement, *l'accès n'est pas le tout des soins*. Il s'agit aussi de prendre en compte la qualité des prestations délivrées. Il ne suffit pas en effet de constater qu'une personne est autorisée à se rendre dans une structure, il faut encore vérifier que les soins qu'elle y reçoit lui sont prodigués de manière aussi satisfaisante et efficace que pour les autres patients et que dans d'autres dispositifs. Cet aspect des

soins est moins facile à mesurer et d'une manière générale plus rarement étudié.

Études de cas

La complexité des phénomènes de discrimination peut être illustrée à partir d'exemples suivants, tirés d'histoires de vie et d'expériences des institutions.

M. S., Syrien, vit en France depuis vingt-cinq ans. A la suite d'une affaire de recel de stupéfiants, il a fait de la prison et a été condamné à une interdiction de territoire. Durant son incarcération, il a un infarctus grave. A sa sortie de la maison d'arrêt, il est sans protection sociale. Il consulte un médecin qui, compte tenu de sa situation, le voit gratuitement. Mais le traitement prescrit lui revient à environ mille francs par mois qu'il a les plus grandes difficultés à payer. Au centre municipal de santé et au service social de sa commune, c'est toujours la même réponse qui lui est faite : "Vous n'avez pas de papiers, donc vous n'avez droit à rien". Une assistante sociale, à laquelle il montre le document qui atteste sa sortie de prison en arguant de son droit à une couverture sociale, lui rétorque : "Oui, mais ça, c'est destiné aux Français". Pendant plus d'une année, souffrant d'angine de poitrine sévère, il continuera d'acheter ses médicaments en fonction de ses ressources du moment, jusqu'à ce qu'une assistante sociale hospitalière ne lui permette d'accéder à l'aide médicale de l'Etat.

M. T., Algérien, est venu en France il y a un an. Sans parent auprès de qui demander une aide, il vit d'expédients, étant hébergé au gré des places que lui trouve le Samu social. Il n'a pas de titre de séjour, mais bénéficie d'une aide médicale de l'Etat. Il se présente dans un service public hospitalier de chirurgie avec des séquelles d'un accident qui ont entraîné une atrophie et une rétraction de son pouce gauche. Le chef de service lui demande un bilan radiologique afin de décider des modalités de l'intervention. Lors de la seconde consultation, c'est l'un de ses assistants qui, en son absence,

voit le malade. Il refuse de l'opérer en lui disant que "l'aide médicale n'est pas suffisante pour l'hospitalisation". A l'assistante sociale qui lui explique le contraire, il répond : "De toute façon, il n'y a pas d'urgence. Ce sont des séquelles, on n'a pas à les prendre en charge. Et puis, il ne vous l'a pas dit, lui, mais ce qu'il veut en fait, c'est un certificat médical pour rester en France".

Mme. A., Ivoirienne, réside en France depuis quinze mois. Elle vit chez un parent. Elle n'a pas de titre de séjour ni de droits sociaux ouverts. Elle consulte à la cellule d'accueil pour démunis d'un hôpital public. Elle présente, entre autres problèmes de santé, une affection dermatologique. Adressée à un spécialiste, elle en reçoit une ordonnance composée de produits cosmétologiques coûteux. Dans la mesure où il existe à la pharmacie de l'hôpital des facilités pour obtenir gratuitement des médicaments et des préparations, l'agent administratif qui traite le dossier appelle le dermatologue pour lui demander s'il peut adapter son ordonnance. Elle s'entend répondre : "Vous voulez quoi ? Que je lui donne des crèmes corticoïdes pour qu'elle blanchisse ? Elle a bien pu se payer son billet d'avion pour venir ici, elle peut aussi s'acheter ses médicaments".

Dans un service de gynécologie d'un hôpital public, les patientes étrangères sont regroupées ensemble en chambres collectives. Une externe, récemment arrivée, s'étonne de ce qu'une parturiente pakistanaise fatiguée ne bénéficie pas d'une chambre seule et soit placée d'autorité avec d'autres femmes de même origine qu'elle. L'infirmière, après lui avoir expliqué que les chambres à un lit sont préférentiellement réservées pour les femmes françaises, lui en donne la justification : "Ça te plairait, toi, si tu étais une accouchée, de sentir une odeur de riz à longueur de journée ?".

Dans plusieurs départements, les Conseils généraux ou les Centres primaires d'assurance maladie ont établi des listes de médecins qui acceptent les malades bénéficiaires

d'une mutuelle complémentaire au titre de la couverture maladie universelle, autrement dit ceux dont les ressources inférieures au barème leur ouvrent droit à la gratuité des soins. Interrogés lors d'enquêtes en région parisienne, les médecins qui refusent de soigner ces patients invoquent d'abord les lourdeurs de l'administration et les délais de remboursement, avant de dénoncer les comportements des malades qui "se croient tout permis" et "viennent consulter pour le moindre petit problème" — affirmation que les statistiques de la Sécurité sociale invalident au demeurant. Parmi ces patients indésirables, une proportion élevée correspond, pour des raisons socio-historiques, à des personnes étrangères ou de parents étrangers.

Au 114, service de téléphonie anonyme et gratuite mis à la disposition des personnes victimes ou témoins de discriminations à caractère racial, une femme appelle de la maison de convalescence où elle est employée, dans la région bordelaise. Elle veut simplement, explique-t-elle, "témoigner d'une forme de défiance à l'égard des malades d'origine maghrébine, qui s'exprime dans le fait de parler, à leur propos, de 'syndrome méditerranéen'". Ce mode de qualification de troubles divers et souvent diffus lui semble une manière de disqualifier

la plainte, en suggérant chez le patient à la fois une moindre tolérance au mal et un bénéfice secondaire potentiel.

Quelque variés qu'ils soient, tous ces faits ont en commun l'existence d'un traitement défavorable en matière de soins. Quelque différentes que soient les histoires et les situations des personnes qui subissent ce traitement défavorable, les victimes partagent des caractéristiques liées à leur nationalité ou leur origine. En cela, ces observations disparates relèvent de *formes diverses de discrimination*. Cette qualification étant faite, on voit immédiatement l'hétérogénéité des réalités décrites. Le traitement défavorable peut concerner l'accès aux soins ou la qualité des soins. La défaveur peut procéder d'une intention explicite ou de logiques structurelles. Sa raison peut être liée à une méconnaissance du droit par les agents ou à une mauvaise volonté dans son application. L'importance de ses conséquences peut aller d'un risque vital à un relatif inconfort, en passant par des difficultés d'accès à des médicaments. Les personnes concernées peuvent être étrangères en situation régulière ou non, mais aussi françaises. L'objectivation de la discrimination peut apparaître directement dans le discours des agents ou indirectement dans les conséquences de leurs actes. Cette hétérogénéité n'est pas propre au domaine

étudié, même s'il existe certaines particularités tenant à la fois à la protection spécifique face au risque maladie et à la gravité potentielle des effets d'un traitement défavorable. Pour l'essentiel, cependant, elle est le fait même de toute "discrimination en fonction de l'origine réelle ou supposée des personnes", souvent également désignée, en référence aux travaux et aux législations européennes, "discrimination raciale" ou "discrimination ethnique". Les évolutions récentes de la compréhension des phénomènes et de la réglementation pour y faire face rendent compte de cette complexité des logiques et des mécanismes de la discrimination.

L'étude s'efforce de prendre en considération cette complexité. Elle essaie de démêler les différentes dimensions de la discrimination. Elle s'appuie sur les transformations du droit en matière de reconnaissance des pratiques discriminatoires, aussi bien du point de vue du dépassement de la question de l'intentionnalité qu'en ce qui concerne l'administration de la preuve.

En même temps, elle s'efforce de ne pas se limiter à la seule dimension juridique des phénomènes observés, mais d'inclure, autant que possible, les processus sociologiques qui les sous-tendent.

UNE CONTRADICTION STRUCTURELLE

A la différence des autres domaines sociaux dans lesquels les discriminations ont été étudiées (emploi, logement, etc.) et pour lesquels certains critères de différenciation des traitements peuvent être considérés comme légitimes (niveau de formation pour l'emploi, niveau de ressources pour le logement, etc.), la santé présente une singularité : il n'y existe pas de critère légitime. Toute distinction posée préalablement à l'accès aux soins est frappée d'illégitimité. Lois et circulaires n'ont cessé de le rappeler depuis une quinzaine d'années, signalant d'ailleurs, par leur répétition, la permanence de discriminations de fait. Personne ne s'estime fondé à affirmer publiquement qu'une restriction pourrait

être apportée à la possibilité de se soigner lorsqu'on est malade. On peut considérer qu'il s'agit là d'un acquis datant de la fin de la Seconde guerre mondiale avec la création de la Sécurité sociale en France, mais aussi plus largement avec la Charte de l'Assemblée mondiale de la santé instituant un droit à la santé, qui se résume de fait à un droit aux soins.

Mais parallèlement à cet acquis social de la santé, on a vu se délimiter de plus en plus, depuis le début des années soixante-dix avec la fermeture progressive des frontières, des catégories de population de plus en plus illégitimes : les étrangers en situation

irrégulière se trouvent au bas de cette échelle, mais les immigrés des pays du tiers monde n'échappent pas à cette évolution et même, dans une certaine mesure, les personnes d'origine étrangère, y compris lorsqu'elles sont de nationalité française. En fait, le paradoxe est le suivant : au moment où l'obligation morale à l'égard des malades, quelle que soit leur situation juridique ou économique, s'est étendue, la légitimité politique de catégories de population qui ont en commun une origine étrangère, réelle ou supposée, s'est trouvée progressivement réduite, par un ensemble de faits qui débordent les législations restrictives et les politiques répressives et incluent plus globale-

ment la manière dont la société se représente ces catégories en termes négatifs, de charge, de coût, de tricherie, de duplicité. Ce paradoxe pourrait être illustré par le fait que, d'un côté, dans le discours politique ou journalistique, on désigne de plus en plus facilement comme « clandestins » les demandeurs d'asile et que, de l'autre, tout en leur refusant le statut de réfugié qu'ils réclament, on leur permet d'accéder aux soins avec un tiers payant intégral, s'ils sont malades, et même à un titre de séjour de droit, si leur pathologie est jugée suffisam-

ment grave. Les propos recueillis auprès d'agents administratifs rencontrés montrent clairement leur difficulté à appréhender la situation.

Cette contradiction entre la légitimité de la santé et l'illégitimité des étrangers, surtout irréguliers, est en effet perçue par les institutions et par les agents qui se chargent de construire eux-mêmes, au quotidien, *l'espace concret de ce qui est légitime*. Ainsi voit-on, en de nombreux endroits et en maintes circonstances, se multiplier les ini-

tiatives, souvent illégales, dans les administrations publiques et dans les services médicaux, visant à réduire les prérogatives de fait des étrangers : ici, une caisse primaire d'assurance maladie établit des critères d'accès à la CMU, voire à l'AME, en deçà de ce que prévoit la loi ; là, un agent prend sur lui de déclarer à une personne qu'elle n'a droit à rien ; là encore, un chirurgien décide de ne pas opérer un malade parce qu'il est à l'aide médicale. De ces tactiques locales, on a eu, tout au long de l'enquête, beaucoup d'illustrations.

RÉGULARITÉ ET RÉGULARISATION DU SÉJOUR

On peut tenter de synthétiser les points sur lesquels des *différences de traitement* ont été observées en fonction de la régularité du séjour, différences que ni le Conseil constitutionnel, ni la Communauté européenne ne considère comme discriminatoires, puisque, sous réserve que les nécessités fondamentales en matière de soins soient pourvues, le droit peut traiter différemment les personnes en fonction de la régularité de leur séjour.

L'aide médicale Etat, réservée aux étrangers en situation irrégulière, constitue la première différence de traitement. Elle est inscrite dans la loi. Elle introduit une distinction à deux niveaux. Premièrement, en instituant un *régime à part* pour les étrangers en situation irrégulière. Les conséquences en ont été indiquées : réticence des candidats potentiels à l'officialisation de leur irrégularité ; stigmatisation des personnes concernées par ce statut d'exception ; exclusion du principe d'universalité pour une catégorie de population souvent installée de longue date et destinée à rester sur le territoire. Deuxièmement, en *différenciant les prestations* entre les personnes ayant un séjour de moins de trois ans sur le territoire qui ne bénéficient que de l'aide médicale hospitalière et celles résidant depuis plus de trois ans qui bénéficient de prestations à domicile. Les conséquences de cette restriction pour les premiers sont également connues :

difficultés d'accès à la prévention ; impossibilité d'utiliser la médecine de ville ; allongement inutile de la file active des hôpitaux. A titre indicatif (en l'absence de données disponibles à la CNAM et au ministère de la Santé), une enquête de Médecins du monde réalisée en 2000 sur 8594 patients relevant de l'aide médicale Etat et ayant consulté dans leurs centres montre que 90,4 % d'entre eux n'en bénéficient de fait pas contre seulement 3,8 % qui en sont bénéficiaires (le reste étant en cours).

Les restrictions de l'application de la loi représentent une seconde source de traitement différentiel. Elles relèvent d'initiatives provenant soit des institutions, en particulier des Caisses primaires d'assurance maladie, qui sont amenées à se prononcer sur la recevabilité des demandes, soit des agents, dans les divers services médicaux ou administratifs, qui sont conduits à soigner ou à orienter les malades en situation irrégulière. Elles revêtent de multiples formes, dont témoignent les entretiens présentés plus loin, qui reviennent ou bien à restreindre l'accès à l'aide médicale Etat, ou bien à orienter en excès vers celle-ci des personnes qui pourraient relever de la CMU. Dans le premier cas, la restriction d'accès à l'aide médicale Etat concerne les étrangers bénéficiant de visas de court séjour qui sont souvent exclus, car régulièrement sur le territoire, et se manifeste également par l'indi-

cation que l'hébergeant devra prendre en charge les dépenses de la personne, ce qui revient de fait à une forme de dissuasion. Dans le second cas, l'*orientation excessive vers l'aide médicale Etat* concerne généralement des étrangers qui bénéficient d'un statut précaire, en particulier ceux qui ont un récépissé de leur demande de titre de séjour ou d'asile, soit par principe, éventuellement inscrit dans des circulaires internes en contradiction avec les recommandations ministérielles, soit en raison de l'absence de document d'état-civil permettant d'établir l'immatriculation à la Sécurité sociale. Mais les restrictions à l'application de la loi prennent souvent des *formes plus subreptices liées à la méconnaissance des textes ou à la mauvaise volonté* de la part des différents acteurs. Les sans-papiers tendent facilement à devenir, dans l'esprit de beaucoup, des "sans-droits", sans qu'il soit toujours facile de déterminer, quand un agent administratif dit à une personne qu'elle n'a "droit à rien", ce qui relève de l'ignorance de la législation et ce qui procède d'une décision délibérée, que certains reconnaissent d'ailleurs, de ne pas l'appliquer car ils la considèrent trop laxiste. Dans les deux cas, toutefois, on voit bien que c'est l'illégitimité des étrangers en situation irrégulière qui est en jeu, soit sous une forme intériorisée à l'insu des agents, soit sous une forme explicitement revendiquée. A titre là encore indicatif (en l'absence de

données disponibles à la CNAM et au ministère de la Santé), dans l'enquête citée de Médecins du Monde, sur 10 592 patients relevant de la CMU/Sécurité sociale de base et ayant consulté dans leurs centres, 60,5 % des Français ont des droits ouverts, contre seulement 23,9 % parmi les étrangers, ce qui signifie que l'accès aux droits de ces derniers est deux fois et demi moins effectif, à situation sociale comparable.

L'instauration de filières spécifiques réalise une troisième modalité de traitement différentiel. Ces filières sont principalement de deux natures. Les premières filières concernent l'accès aux droits et donc à l'aide médicale Etat : il s'agit des guichets spécifiques institués pour le traitement de ces dossiers dans les caisses primaires d'assurance maladie. Ces guichets existent dans certaines caisses qui correspondent toujours à des départements avec un grand nombre de dossiers d'AME à traiter ; ils ont pour objectif affiché de permettre, grâce à des personnels formés spécifiquement, une meilleure efficacité. On peut donc entendre le souci des responsables des caisses concernés de permettre un meilleur fonctionnement de leur institution, avec un bénéfice attendu pour le malade. On peut cependant les critiquer d'un quadruple point de vue : ils ne respectent pas le principe du guichet unique qui est dans l'esprit dans la loi sur la CMU ; ils séparent physiquement les étrangers en situation irrégulière renforçant ainsi les effets évoqués plus haut de leur séparation réglementaire ; ils risquent de susciter, chez les personnels chargés de ces seuls dossiers, des réactions négatives qui ont été observées dans toutes les situations de traitement exclusif, par les agents, de populations sous régime d'obligation ; enfin, ils ajoutent un obstacle supplémentaire dès lors que les personnes qui s'adressent à un guichet sont envoyés, pour autant que l'agent fournisse l'information correspondante, vers un autre guichet, généralement situé dans une autre ville. Quant à l'argument de l'efficacité, il n'est pas établi et les responsables de la CNAM indiquent que le seul élément qui semble

l'affecter est le nombre de dossiers traités dans le département : plus celui-ci est élevé et plus les personnels sont habitués à opérer rapidement. Quoi qu'il en soit, cette pratique, jugée peu satisfaisante par tous, semble sur le point d'être supprimée. Les secondes filières concernent l'accès aux soins : il s'agit des consultations dites pour démunis dans certains hôpitaux et des consultations gratuites mises en place par des associations humanitaires. L'existence de ces consultations manifeste les insuffisances du dispositif d'accès aux soins et surtout aux droits. Bien qu'elles soient destinées à tous les patients sans protection sociale, elles reçoivent toutes des proportions très élevées, généralement supérieures à 80 % et parfois à 90 %, d'étrangers en situation irrégulière. Si elles sont orientées moins vers une option caritative que vers un recouvrement de droits permettant le retour dans les circuits communs, elles ont cependant pour effet, d'une part, d'instituer, même sous la forme d'un sas temporel, une différence de traitement qui participe de la stigmatisation des groupes concernés, d'autre part, de fournir une solution facile pour nombre d'acteurs, tant médecins libéraux que personnels administratifs, qui tendent à renvoyer vers ces consultations des personnes qui devraient bénéficier d'emblée des structures de droit commun, parce qu'elles satisfont aux conditions de la CMU ou de l'AME.

L'application de l'article 12bis11 produit une dernière forme, assez particulière, de traitement différentiel. Assez particulière, ou plus exactement indirecte, dans la mesure où il ne s'agit pas à proprement parler d'accès aux soins, mais de régularisation pour raison médicale qui ouvre droit, par conséquent, à un accès aux soins, en l'occurrence à la CMU. Malgré l'existence d'un protocole établi dans des circulaires ministérielles, des disparités subsistent dans les modalités de mise en œuvre de ce critère et, tout autant, dans les résultats de cette mise en œuvre. Ici réception des personnes, là examen des dossiers. Ici information sollicitée auprès d'un expert attiré, là auprès du médecin

traitant. Dans une enquête récente déjà évoquée, les taux d'avis favorables variaient, selon les départements, d'environ quatre sur dix à près de cent pour cent. Si les circulaires mentionnées se sont efforcées de corriger ces disparités, elles n'ont toutefois pas été gommées, puisqu'il s'agit d'opérer au cas par cas, selon une intime conviction du médecin inspecteur, parfois assisté d'infirmières de santé publique dans l'examen des dossiers. Par ailleurs, des dysfonctionnements ont été relevés dans l'accueil des demandeurs : établissement de quota de dossiers examinés chaque jour conduisant les malades à passer la nuit devant les portes du service de l'immigration de la préfecture ; rejet des demandes par certains agents sur leur propre initiative sans passage par le médecin inspecteur, parce que le cas ne leur paraît pas correspondre au critère légal ; rupture de la confidentialité par la délivrance, au guichet, d'informations sur la maladie demandées par l'agent ou spontanément révélées par le malade. Là encore, des aménagements locaux sont parfois intervenus à la demande des préfets ou sur pression des associations, permettant d'améliorer les conditions d'accueil. A ces deux éléments, s'ajoute, dans certaines préfectures, le recours préférentiel à l'autorisation provisoire de séjour, statut précaire renouvelé tous les trois mois, alors que la loi prévoit "de plein droit" un titre de séjour temporaire d'une année, de surcroît généralement assortie de la mention "sans autorisation d'occuper un emploi", là encore à l'encontre de la réglementation rappelée dans les circulaires ministérielles.

Enfin, même si elle est justifiée par sa plus grande facilité d'obtention, l'orientation privilégiée vers la raison médicale pour la régularisation, et ce au détriment des autres critères auxquels peuvent prétendre nombre d'étrangers, apparaît comme un traitement au fond défavorable, compte tenu de la précarité des titres obtenus et compte tenu de la non reconnaissance de droits tels que l'asile ou le regroupement familial, auxquels on substitue une procédure dérogatoire et compassionnelle.

INÉGALITÉS ET DIFFÉRENCES

Au-delà des formes de traitement défavorable qui affectent de manière relativement spécifique les étrangers en situation irrégulière, il s'agit aussi de prendre en considération plus largement les inégalités et les différences de traitement liées à la nationalité ou même à l'origine. Celles-ci sont toutefois difficiles à étudier pour au moins *trois raisons* : illégales, elles ne sont guère énoncées comme telles ; illégitimes, elles ne font généralement pas l'objet de quantification, comme ce peut être le cas dans d'autres pays qui différencient certaines de leurs statistiques de morbidité, mortalité ou accès aux soins en fonction de l'origine nationale ou ethnique ; enfin, souvent mêlées à d'autres facteurs, tels que la pauvreté ou le lieu de résidence, également objets de disqualification, elles sont difficiles à interpréter.

Quoi qu'il en soit, il faut les comprendre comme des différences et des inégalités de traitement qui reposent sur des échelles de légitimité, plus ou moins implicites, dont se servent les acteurs pour agir à l'égard des autres. Autrement dit, elles procèdent de logiques qui s'apparentent aux logiques qui ont été décrites pour les étrangers en situation irrégulière.

Dans certains cas, on peut même parler de contamination des effets de soupçon et de disqualification, l'illégitimité des étrangers en situation irrégulière touchant également les demandeurs d'asile, mais aussi dans une certaine mesure les étrangers extra-communautaires même réguliers et jusqu'à leurs enfants français nés sur le territoire français. Peu de *données statistiques* sont disponibles, on l'a dit. On peut cependant, à titre d'illustration, utiliser les chiffres existants sur le sida qu'a publiés, en avril 1999, l'Institut de veille sanitaire : ces chiffres ont l'intérêt de concerner une maladie grave, de reposer sur des informations fiables compte tenu de la déclaration obligatoire, de présenter une analyse relativement détaillée en fonction de la nationalité. Ce dernier point doit être

souligné : on n'a pas de données distinguant les malades en fonction de l'origine. Par ailleurs, on ne dispose pas non plus d'indications sur la catégorie socio-professionnelle, non plus que sur toute autre variable socio-économique. En se limitant donc à la seule indication de la nationalité, on peut faire état des résultats suivants. Le taux d'incidence cumulée de la maladie est de 1,8 pour 1000 000 parmi les étrangers, atteignant 11,5 pour l'Afrique subsaharienne et 1,4 pour l'Afrique du nord, contre 0,85 parmi les Français. La diminution des nouveaux cas observée entre 1996 et 1998 est de 44 % parmi les étrangers et de 61 % parmi les Français. Même si leur interprétation doit être prudente, ces deux séries statistiques suggèrent un *accès nettement moindre des étrangers à la prévention*. La proportion des malades qui découvrent leur séropositivité au moment, tardif, où ils entrent dans la maladie atteint 42 % chez les étrangers, et même 51 % parmi les ressortissants d'Afrique subsaharienne, contre 22 % chez les Français. La proportion de malades qui, bien que connaissant leur séropositivité, n'ont pas reçu de traitement avant d'entrer dans la maladie, est de 48 % parmi les étrangers contre 39 % parmi les Français depuis 1994 et l'écart s'est encore accru, atteignant lors de la dernière année d'enregistrement, 65 % pour les étrangers contre 53 % pour les Français. Avec les précautions d'usage, ces deux séries statistiques indiquent un *accès nettement moindre des étrangers au dépistage et au traitement*. Quand on sait la gravité de cette affection et le cumul des facteurs limitant la prévention, le dépistage et le traitement, on conçoit que les inégalités d'accès se traduisent vraisemblablement par d'importants écarts de létalité. Ceci alors même que la législation permet en principe la prise en charge intégrale des soins préventifs et curatifs pour cette maladie, quel que soit le statut de la personne et, a fortiori, sa nationalité.

Le *refus de soins* est la manifestation la plus radicale de l'inégalité de traitement. Il n'est

pas le plus fréquent, bien qu'il ne fasse évidemment l'objet d'aucune statistique, ni le plus visible, compte tenu de la censure déontologique qui s'exerce dans le champ de la santé. Il concerne les services publics et, plus encore, la médecine libérale. Si les étrangers ou des personnes d'origine étrangère ne sont pas seules en cause, comme on va le voir, elles sont considérablement sur-représentées dans ces refus de soins pour des raisons sociologiques, ce qui peut les faire considérer comme des illustrations de discriminations indirectes. S'agissant des *établissements publics*, les urgences sont particulièrement exposées dans la mesure où il s'agit souvent d'un point d'entrée pour les étrangers et pour les personnes en situation précaire. Le point névralgique est l'accueil, généralement tenu par un agent administratif : celui-ci s'informe souvent de l'existence d'une protection sociale et, en l'absence de celle-ci, exige parfois que le malade revienne après son obtention ou l'adresse vers une association humanitaire ou une consultation de précarité, ce qui retarde d'autant les soins et dissuade dans certains cas de recours ultérieurs à l'hôpital. Il arrive ainsi que des patients présentant des problèmes de santé graves et urgents soient ainsi "réorientés", ce que plusieurs témoignages de professionnels ont confirmé. S'agissant des *médecins libéraux*, la discrimination passe par le filtrage, par certains d'entre eux, des patients bénéficiant d'une prise en charge complète, naguère aide médicale, aujourd'hui mutuelle complémentaire ou aide médicale Etat. Des praticiens de ville, en particulier des spécialistes, refusent de prendre en charge ces patients. Ce refus ne conduit généralement pas à renvoyer le patient qui se présente, mais procède plutôt par dissuasion au moment de la prise de rendez-vous ou pour le suivi ultérieur, le médecin manifestant clairement qu'il ne souhaite pas revoir le malade. Afin d'éviter de telles déconvenues, des caisses ou des associations essaient d'orienter les patients vers des médecins connus pour accepter ces

patients, s'appuyant parfois sur des listes qu'elles ont établi à cet effet. Ceux qui pratiquent ces refus avancent pour se justifier deux types d'argument : premièrement, les retards au remboursement par les caisses primaires, effectivement constatés ; deuxièmement, les pratiques des malades, accusés d'être indûment consommateurs de soins, de "se croire tout permis", de "ne pas respecter les rendez-vous". Il est clair que cette disqualification des patients se rapporte à de supposés traits culturels, qui empruntent à la fois à la culture de la pauvreté et à la culture d'origine, et à des comportements déviants présumés, que démentent les enquêtes statistiques faites par les caisses sur la consommation médicale de ces patients. Quoi qu'il en soit, on voit qu'il s'agit là non seulement de conduites déontologiquement condamnables, mais également de justifications qui puisent dans le langage de la disqualification en fonction de l'origine. On peut d'ailleurs en rapprocher les refus de soins opposés par des médecins pour des raisons dites culturelles, par exemple à des jeunes femmes portant le voile.

Le *retard aux soins* apparaît comme une forme atténuée de cette inégalité de traitement. S'il est difficile, mais néanmoins faisable comme on vient de le voir, de refuser ouvertement un patient que l'on juge indésirable, il est en revanche plus aisé de lui montrer ostensiblement qu'on va le faire attendre. Le retard peut être une *simple temporisation* dans la salle d'attente : on explique à la personne qu'elle sera vue, mais devra attendre "quatre ou cinq heures", cependant que d'autres patients sont vus avant, soit en arguant que leur cas est plus grave, soit en ne donnant aucune raison. Mais le retard peut être aussi un *report indéfini* de la consultation : la personne téléphone pour un rendez-vous et on lui dit qu'il n'y a pas de place. Dans ces situations, il est évidemment difficile de faire la preuve de la discrimination, car on peut évidemment trouver des justifications aux retards qui viennent d'être évoqués. Cependant, des professionnels de santé se laissent parfois aller, dans les entre-

tiens, à dire que, pour certains patients étrangers, "s'ils ne sont pas contents, ils n'ont qu'à aller ailleurs". De plus, dans certains cas, des personnes ont réalisé leurs propres formes de testing en demandant à une autre personne de téléphoner pour prendre un rendez-vous ou en rappelant elles-mêmes sous un autre patronyme, ce qui les conduit à vérifier que des réponses différentes sont données. A ces deux situations, il faut en ajouter une troisième qui ne provient pas directement de l'attitude des professionnels, mais qui trouve son origine dans le sentiment qu'ont les malades de n'avoir droit à rien ou l'expérience qu'ils ont d'avoir été mal reçus, ce qui les conduit à des consultations à des stades avancés de la maladie, fait dont rendent compte par exemple les chiffres du sida.

L'*abaissement des normes de prise en charge* relève d'un troisième type de différenciation du traitement. Elle est difficile à appréhender. Elle se présente comme une d'adaptation de la pratique à la représentation que les professionnels ont des personnes comme n'étant pas capables de comprendre des explications ou de se plier à des protocoles contraignants, ce qu'ont montré diverses études en dehors de la présente enquête. On sait ainsi que l'on diminue généralement le *niveau d'exigence* en matière d'explorations complémentaires ou de traitements complexes, lorsque l'on a affaire à des malades que l'on suppose, pour des raisons sociales, culturelles ou linguistiques, n'être pas aptes à subir des examens pénibles ou à manifester une observance suffisante dans les thérapies dites lourdes. On a de même établi que le *temps passé* en consultation auprès de personnes de milieux défavorisés est en moyenne inférieur à celui consacré aux personnes des catégories supérieures et que les hospitalisations sont souvent écourtées pour des malades n'ayant pas de couverture sociale, ce que les chefs de service justifient en expliquant qu'ils ne veulent pas se pénaliser vis-à-vis de l'administration par des niveaux élevés de créances irrécouvrables. Dans les deux cas, cette attitude ne concerne pas exclusivement, mais seulement beau-

coup plus souvent les personnes étrangères, voire d'origine étrangère. Il est enfin fréquent d'observer que certains patients suscitent plus facilement des *réactions d'intolérance* quand se mêlent origines sociale (milieu défavorisés), territoriale (quartiers dits en difficulté) et étrangère (essentiellement extra-européenne) disqualifiées, à quoi peut s'ajouter le fait, pour certains, d'être vus comme toxicomanes ou anciens toxicomanes. On observe alors des restrictions dans les soins qui sont opérées a priori et qui, même si dans la plupart des cas elles n'impliquent pas d'intentions défavorables, conduisent à des discriminations de fait.

L'*instauration de modalités culturellement spécifiques* d'interprétation et de traitement procède d'une forme particulière de différenciation du traitement qui est faite au nom d'une adaptation des soins à la culture des personnes. Si, pour ceux qui la mettent en œuvre, elle apparaît comme une forme de discrimination positive, elle introduit un ensemble de jugements a priori qui restreignent de fait l'égalité devant les soins et l'universalité de la prise en charge. Ces modalités concernent l'interprétation et le traitement. En termes d'interprétation, il s'agit des *catégories cognitives ou nosographiques* mobilisées. L'exemple typique en est le "syndrome méditerranéen" qui sert communément, quoique officieusement, à désigner des tableaux cliniques mal définis par les médecins et volontiers analysés en termes d'excès, voire de simulation ; outre qu'elle conduit parfois à négliger des pistes diagnostiques mieux fondées, cette qualification opère, on le voit, comme une disqualification. S'agissant plus généralement d'interpréter des désordres physiques, psychiques ou comportementaux, l'utilisation de catégories supposées locales, comme la sorcellerie ou la magie, aboutit à une réduction culturaliste des étrangers, notamment africains, et de leurs enfants, qui s'effectue souvent même à leur corps défendant, ces derniers attendant des services de santé une attention semblable à celle des malades français ou considérés comme d'origine française. En termes de traitement, il s'agit de *pratiques ou de*

filières de soins culturellement définies. La communauté culturelle peut servir de prétexte au regroupement des malades de même origine dans des chambres à plusieurs, ce qui conduit à laisser aux malades français, supposés plus individualistes ou tout simplement plus différents entre eux, les chambres particulières : divers exemples en ont été donnés en gynécologie et obstétrique. Par ailleurs, le développement important de l'ethnopsychiatrie au cours des dernières années a institué un régime différentiel dans la prise en charge des troubles psychopathologiques, voire dans la psychopathologisation de désordres sociaux. Sans discuter les fondements épistémologiques et cliniques de cette discipline, on peut s'interroger sur la facilité avec laquelle tout ce qui concerne les malades originaires du tiers-monde, et singulièrement du continent africain, est orienté vers ces

spécialistes, souvent au détriment de prises en charge sociale, médicale ou psychiatrique de droit commun dont devraient relever les patients et qu'ils sollicitent souvent eux-mêmes.

L'expression ordinaire de sentiments racistes ou xénophobes constitue un dernier mode de différenciation de la prise en charge. Si elle n'est pas spécifique au domaine des soins, elle y a une double particularité. D'une part, elle manifeste explicitement la contradiction précédemment énoncée entre une légitimité indéfinie de la santé et l'illégitimité perçue des populations : tout en les administrant par obligation, on conteste le droit de la personne à recevoir des soins. D'autre part, elle y est vécue par les personnes qui en sont victimes de façon particulièrement douloureuse : la maladie, la souffrance et l'inquiétude les rendent plus

vulnérables à ces blessures symboliques. D'une manière générale, les acteurs concernés, agents administratifs, secrétaires, infirmiers, médecins, font payer aux étrangers, par des commentaires injurieux ou des allusions désagréables, ce qu'ils ne peuvent leur refuser par ailleurs. Ces propos, attestés par divers témoignages, comportent soit des mots injurieux ou des qualifications péjoratives, soit des commentaires suggérant que ce qui est accordé est déjà trop bien ou trop coûteux, soit enfin des invitations à partir. Ces attitudes et ces discours, s'ils relèvent avant tout de la qualification de racisme ou de xénophobie, constituent aussi des manières de dissuasion, à terme, du point de vue de l'accès aux soins, comme l'expriment les victimes qui déclarent souvent qu'elles ne remettront plus les pieds dans les structures où de tels propos leur ont été tenus.

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS

Les recommandations présentées ici concernent les principaux aspects traités dans le rapport. Elles ne prétendent pas à l'exhaustivité, ni au détail de ce que pourrait être un programme de lutte contre les discriminations dans l'accès aux soins.

Remarque préliminaire. La législation concernant l'accès aux soins est construite, on l'a vu, sur un *principe d'égalité* concernant toutes les personnes, françaises ou étrangères, vivant de manière stable et régulière sur le territoire national. Ce principe est complété par un *principe assistanciel*, institué par l'aide médicale Etat, pour les personnes ne répondant pas à ce critère, pour autant toutefois qu'elles manifestent l'intention de demeurer sur le territoire, et même par un *principe humanitaire*, mis en œuvre à titre exceptionnel, pour les cas urgents concernant des personnes de passage. Autrement dit, la réglementation introduit une *différence*, parmi les résidents, en fonction de la régularité et de la stabilité. Cette différence, qui n'empêche pas l'accès aux soins, en l'occurrence

même avec une prise en charge financière complète, conduit à certaines *inégalités* dans les opportunités et les modalités de traitement, comme on l'a montré. En revanche, dans l'état actuel du consensus social et de la définition juridique, cette différence et ces inégalités *ne sont pas énoncées comme discriminations*, car le critère de régularité et de stabilité n'est pas considéré comme illégitime. Tout en prenant acte de cette analyse de la situation qui ne permet donc pas de considérer qu'il existe des discriminations légales en matière d'accès aux soins, on peut cependant affirmer que, dans la pratique, ce dispositif dual a des *effets pervers* dans la mesure où il conduit, d'une part, à ce que les agents traitent moins bien les dossiers et les personnes relevant de l'aide médicale Etat et, d'autre part, à ce que la recherche de la ligne de partage en fonction de la stabilité et de la régularité favorise le développement de procédures de vérification et de logiques de suspicion défavorables à l'ensemble des personnes étrangères, voire d'origine étrangère. Par conséquent, même

si la loi n'est pas discriminatoire *per se*, les différences qu'elle introduit ont des répercussions concrètes négatives pour certaines catégories de population. La prise en compte du *seul critère de résidence*, établi par tout moyen, pour l'obtention d'une assurance sociale éviterait ces effets pervers qui concernent, il faut le rappeler, des personnes dont l'expérience et les études montrent que, pour la plupart, elles resteront en France ainsi que leurs familles. Mais la discussion sur l'aménagement de la loi ne doit pas éluder les questions plus cruciales aujourd'hui de son *application*. Ce sont ces questions qui seront évoquées maintenant.

1. Respect de la réglementation en vigueur. Contrairement au discours souvent entendu sur la complexité de la législation qui constituerait un obstacle, trop facilement invoqué, à sa mise en œuvre, la loi sur la CMU et les textes afférant, notamment sur l'aide médicale Etat, établissent des règles *relativement simples* d'accès aux droits et aux soins, même si persistent certaines obscurités et contradictions. Il convient donc

avant tout de *les faire appliquer* et d'en *vérifier* les bonnes conditions d'application, de manière à faire respecter la lettre et l'esprit d'une législation dont les modifications les plus récentes visent précisément à favoriser *l'universalité et la facilité* de l'accès aux soins. Comme on l'a vu, pour l'essentiel, la non application de la loi par les administrations, en particulier les Caisses primaires, mais aussi les services sociaux et médicaux des établissements hospitaliers et des collectivités territoriales, relève d'*initiatives locales*, institutionnelles ou individuelles, pour en restreindre le champ, soit en exigeant des documents non prévus par la loi, soit en orientant de façon induue vers l'aide médicale Etat. Quant à l'existence de *guichets spécifiques*, même si elle a des justifications acceptables d'un point de vue pratique, leur suppression progressive semble faire l'objet d'un large consensus des associations et des administrations. Compte tenu de ces pratiques diverses, des *inégalités* sont constatées sur le territoire national dans la prise en charge des personnes en situation instable et irrégulière. Le travail d'*homogénéisation* de ces pratiques, déjà engagé au niveau des départements, doit être poursuivi. L'*évaluation* de ses résultats doit être conduite afin de corriger les principales disparités.

2. *La régularisation pour raison médicale.* L'instauration d'un titre de séjour temporaire de plein droit pour les étrangers atteints de maladie grave ne pouvant être soignée dans le pays d'origine est une *importante avancée* du droit en matière d'accès aux soins. Il importe cependant que cette mesure soit appliquée en réduisant les *disparités* persistant entre les départements malgré les récentes circulaires, qu'elle soit facilitée par un *délai* plus réduit d'accès et d'instruction, qu'elle ne soit pas *détournée* vers l'autorisation provisoire de séjour et qu'elle soit assortie du droit d'occuper un *emploi* conformément à la loi ou de l'accès aux *minima sociaux*. Enfin, contre l'évolution actuelle des pratiques, il est important que ce critère humanitaire ne tende pas à *se substituer*, dans les services préfectoraux

comme parmi les intervenants qui œuvrent auprès des étrangers, à d'autres critères prévus par la loi sur l'entrée et le séjour des étrangers, en particulier l'asile conventionnel. La raison médicale doit fonctionner, par rapport aux autres critères, selon un *principe de subsidiarité*, dans la mesure où il est précaire et compassionnel.

3. *L'accès aux soins.* L'ensemble des acteurs du système médical, y compris les agents administratifs et les personnels soignants chargés de l'accueil des patients, devrait se voir rappeler *l'obligation de soigner* tout patient, quel que soit son statut au regard de la protection sociale. Il ne s'agit pas de produire une nouvelle circulaire, comme tant ont été diffusées sur ce thème au cours des deux dernières décennies, notamment à l'égard des établissements hospitaliers. Il s'agirait plutôt de *veiller à l'application* des textes existants. Cette vigilance devrait s'appliquer plus particulièrement dans deux domaines qui, s'ils ne concernent pas exclusivement les personnes étrangères ou d'origine étrangère, les affectent particulièrement au point d'être assimilable à une discrimination indirecte. D'une part, *l'accueil des urgences à l'hôpital*, pour y faire prévaloir le principe de la prise en charge médicale avant la régularisation de la situation administrative et l'interdiction de refuser ou de reporter l'examen d'un patient jusqu'à ce qu'il ait une couverture sociale ; en cas de nécessité d'hospitalisation, il importe que le ministère de la Santé honore les factures hospitalières au titre de la prise en charge exceptionnelle pour raison humanitaire. D'autre part, *la médecine libérale*, pour y faire respecter l'obligation de soigner tout patient, y compris quand il relève d'une dispense du tiers payant, au titre de la mutuelle complémentaire de la CMU ou de l'aide médicale Etat ; actuellement, prévaut souvent l'attitude inverse, consistant à entériner les pratiques de refus par l'établissement de listes officielles de médecins acceptant ces malades ; l'Ordre des médecins doit considérer la modification de ces pratiques comme une priorité déontologique ; le ministère de la Santé

doit veiller au respect du droit aux soins ; la Sécurité sociale, quant à elle, doit s'assurer que le versement des consultations aux médecins se fasse dans des délais et des conditions convenables. Enfin, compte tenu de la méconnaissance constatée en la matière, la diffusion d'une *information sur l'aide médicale Etat* similaire à celle réalisée pour la CMU serait certainement bénéfique.

4. *La qualité des soins.* Le principe de l'égalité dans l'*administration des soins*, mais aussi plus largement dans les *conditions d'accueil et d'hébergement* des patients, devrait être rappelé. Les *filiales spécifiques* de prise en charge médico-sociale et les spécialités médicales particulières à certaines catégories de population, qui se sont multipliées au cours des dernières années, devraient faire l'objet d'une évaluation rigoureuse visant à en établir les bénéfices et les inconvénients à court et moyen terme. En revanche, des *dispositifs favorisant l'égalité* en matière de soins doivent être renforcés, notamment : l'utilisation systématique de l'interprétariat pour les personnes ne parlant pas le français ; la reconnaissance des situations de précarité rendant impossible l'achat des médicaments prescrits ; le recours aux travailleurs sociaux en cas de difficultés rencontrées.

5. *La lutte contre les discriminations.* La correction des multiples formes de *discrimination liées à l'origine*, allant du refus de soins à la délivrance au prix d'attentes injustifiées ou de propos blessants, relève du *dispositif général* de lutte contre les discriminations, quel qu'en soit le domaine d'application. L'amélioration de ce dispositif passe par une *information* du public sur ses droits, une *publicisation* du numéro d'appel anonyme et gratuit, une *formation* des acteurs des commissions départementales d'accès à la citoyenneté, une *utilisation* plus judicieuse des ressources nouvelles du droit et une *évaluation* rigoureuse des modalités et des résultats du traitement des plaintes. Dans ce cadre, le *Groupe d'étude et de lutte contre les discriminations* est appelé à jouer, à côté d'*autres acteurs*, en particulier associatifs, un

rôle important en tant qu'il est une émanation de l'Etat, mais la création d'une *instance indépendante*, chargée de vérifier le bon fonctionnement du dispositif et réclamée par nombre d'acteurs associatifs et professionnels à l'instar de ce qu'ont mis en place les autorités britanniques, mérite d'être considérée. Enfin, plus spécifique à ce domaine, une meilleure implication des *instances ordinales et professionnelles* des métiers de la santé est nécessaire afin d'en rappeler les devoirs déontologiques et éthiques, mais aussi d'en sanctionner les éventuels manquements.

Au-delà de ces recommandations, un commentaire plus général doit être fait, en rapport avec la contradiction existant au cœur de la question de l'accès aux soins, entre la légitimité de l'objet – la santé – et l'illégitimité des populations – étrangères ou d'origine étrangère. Dans la mesure où c'est cette contradiction qui sous-tend aussi bien les restrictions apportées par le législateur, et plus encore par les agents et les institutions, que les refus de soins et les

propos racistes, on ne saurait sous-estimer l'effort qui doit être entrepris pour *inverser les normes implicites* qui se sont progressivement imposées et qui font que l'on considère comme abusives les exigences de droit et de soins de la part de personnes irrégulières, immigrées ou même d'origine étrangère – pourtant inscrites dans la loi –, mais que l'on estime sinon normales, du moins non répréhensibles, et même souvent compréhensibles, les attitudes et les paroles de professionnels de soins qui refusent un patient ou l'acceptent au prix de commentaires blessants – au mépris de la déontologie et de la législation. Cette modification, qui touche au système de valeurs morales et éthiques, appelle à l'évidence des évolutions des représentations et des discours qui concerne autant le monde politique que la sphère médiatique et, plus généralement, l'espace public.

La réduction des inégalités et la correction des dysfonctionnements qui ont été analysés tout au long de ce rapport poursuivent deux objectifs distincts mais convergents.

Premièrement, il s'agit de *faire respecter un principe d'égalité*, inscrit dans la Constitution et hérité d'une longue tradition républicaine, dont les violations dans le domaine de la santé revêtent de surcroît une dimension potentiellement grave, puisqu'il y va de maladies et de souffrances. Deuxièmement, il s'agit de *faire jouer des principes de santé publique*, tant pour ce qui est du coût induit par les retards de prise en charge des patients que pour ce qui est des risques collectifs suscités par le développement de maladies transmissibles non traitées et donc non contrôlées. Pour ces deux séries de raisons, la lutte contre les discriminations en matière de santé relève de la *défense d'un bien commun*.

Synthèse réalisée par Estelle Carde*,
Didier Fassin, Nathalie Ferré
et Sandrine Musso-Dimitrijevic

* Une bibliographie thématique a été établie par Estelle Carde, cf. rapport (pp. 175-198)



Tous les numéros parus dans Migrations Études depuis sa création sont maintenant disponibles en texte intégral au format PDF sur le site de l'Adri à l'adresse

<http://www.adri.fr/me/>

Un moteur de recherche permet d'accéder aux notices bibliographiques des synthèses par auteur, mots-clés, date de publication...

Un index général des auteurs est également disponible.

Le site a, par ailleurs, été entièrement modifié graphiquement ainsi qu'au niveau de la navigation.

Conception graphique du site : Laurent Girard

TABLE DES MATIÈRES DU RAPPORT

REMERCIEMENTS	5
PROLOGUE : DES DISCRIMINATIONS par Didier Fassin	7
INTRODUCTION : UNE INÉGALITÉ ILLÉGITIME par Didier Fassin	11
Grille de lecture	13
Méthode de l'enquête	17
CHAPITRE 1 - DÉVELOPPEMENTS JURIDIQUES : ÉGALITÉ ET DISCRIMINATION par Nathalie Ferré	21
Le principe d'égalité	21
Le principe de non-discrimination	28
CHAPITRE 2 - LES DIFFÉRENCES INSTITUÉES PAR LA LOI. RÉGLEMENTATION, INTERPRÉTATION, APPLICATION par Estelle Carde, Didier Fassin et Nathalie Ferré	37
La protection contre le risque maladie avant la loi sur la CMU	37
La protection contre le risque maladie depuis l'instauration de la CMU	42
L'obtention d'un titre de séjour pour raison médicale	48
CHAPITRE 3 - LA DISCRIMINATION EN PRATIQUES. SOURCES, PROCESSUS, OBJETS par Didier Fassin	53
La singularité paradoxale de la santé	54
Régularité et régularisation du séjour	59
Inégalités et différences	63
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS par Didier Fassin	71
COMPLÉMENT : ENQUÊTE DANS QUATRE DÉPARTEMENTS par Estelle Carde, avec Didier Fassin et Sandrine Musso-Dimitrijevic	77
L'ouverture des droits : des disparités territoriales	84
Les dispositifs précarité, un observatoire du système de soins	97
Le traitement de la précarité dans le droit commun : difficultés partagées et difficultés particulières	111
Méconnaissance de la loi, ignorance des droits	125
Remise en cause de la légitimité de l'accès aux soins des étrangers	138
La culturalisation de l'étranger : une justification aux réponses spécifiques	158
BIBLIOGRAPHIE : UNE LECTURE THÉMATIQUE par Estelle Carde	173
ANNEXES	199
Entretiens auprès d'intervenants, par Estelle Carde	201
Données du 114, par Didier Fassin	253
La mobilisation sur l'accès aux soins des étrangers, par Sandrine Musso-Dimitrijevic	259
Rapport 2000, Observatoire du droit à la santé des étrangers	273

LES PUBLICATIONS DE L'ADRI

Adri Info



Adri info, lettre d'information bimensuelle (6 pages tous les 15 jours) sur l'intégration et la politique de la ville (législation, ouvrages, articles, formation, colloques...) enrichie alternativement d'un supplément "Europe" et d'un supplément "Culture".

Adri Presse



Adri Presse, une sélection hebdomadaire d'articles de la presse nationale traitant de la politique de l'immigration, de la politique de la ville, des discriminations, de la religion...

Également disponibles, des éditions thématiques d'*Adri Presse* : L'Islam en France (2001) ; Les discriminations dans le monde du travail (2001) ; Les cultures urbaines (2000) ; Du rapport Weil aux lois sur l'immigration (1998)...

Hommes & Migrations



Hommes & Migrations, revue bimestrielle. Une tribune pluridisciplinaire et indépendante de réflexion et d'information, axée sur les sciences sociales et plus spécialement sur les faits migratoires, leurs causes et leurs conséquences, directes ou indirectes, en France et dans le monde. Dans chaque numéro, un dossier thématique, des articles hors-dossier, des chroniques régulières (Initiatives associatives, Musiques, Cinéma, Médias, Agapes, Livres). Liste complète des numéros et tables analytiques disponibles sur le site www.adri.fr/hm.

Migrations études



Migrations Études, synthèse de travaux sur l'immigration et la présence étrangère en France (10 numéros par an, 8 à 12 pages).

Publication à titre gracieux sur demande écrite.

Réalisée et diffusée pour le compte de la DPM (ministère de l'Emploi et de la Solidarité)

Téléchargeable en texte intégral sur le site : www.adri.fr/me/

Ressources intégration



Ressources Intégration (anciennement *Adri Biblio*), bulletin bibliographique trimestriel, recense les parutions récentes (ouvrages, revues, textes législatifs) concernant l'immigration, l'intégration, les relations interculturelles, la politique de la ville... Publication issue directement d'une base de données alimentée en réseau par cinq centres de ressources spécialisés (l'Adri à Paris, D'un Monde à l'autre à Roubaix, la Maison de la Méditerranée à Belfort, l'Observatoire régional de l'intégration et de la ville à Strasbourg, l'Espace picard pour l'intégration à Amiens).

Contact : Karima Dekiouk

Tél. : 01 40 09 69 15 - Fax : 01 43 48 25 17

E-mail : info@adri.fr

À PARAÎTRE
DANS LE NUMÉRO SUIVANT :

RÉSUMÉS DES SYNTHÈSES
DE 1999 À 2002

MIGRATIONS ÉTUDES SUR INTERNET :
Tous les numéros de *Migrations Études*
sont disponibles en texte intégral sur :
www.adri.fr/me/

Les études originales dont les synthèses sont publiées dans la revue *Migrations Études*, sont consultables au centre d'information et de documentation de la Direction de la Population et des Migrations du ministère de l'emploi et la Solidarité, au Département Études et Documentation du Fas au Centre de Ressources de l'Adri. Les vues exprimées dans *Migrations Études*, le choix des faits présentés et les jugements portés sur ces faits n'engagent que l'auteur ou les auteurs des études, et ne reflètent pas nécessairement le point de vue des commanditaires ni celui de l'Adri.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ
Publication réalisée et diffusée
par l'Adri pour le compte de la Direction
de la Population et des Migrations.

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Luc Gruson

COORDINATION

Moustapha Diop

COMMUNICATION-ÉDITION

Sandy Chamailard
Renaud Sagot

ABONNEMENTS

Karima Dekiouk
Tél. : 01 40 09 69 15

ABONNEMENT 10 N°/an

Dépôt légal : 2^e trimestre 2002
ISSN : 0994 - 5334
Tous droits réservés



Agence pour le Développement
des Relations Interculturelles
4, rue René-Villermé - 75011 Paris
Tél. : 01 40 09 69 19
Fax. : 01 43 48 25 17
www.adri.fr
e.mail: info@adri.fr