

D



Études & Résultats MARS 2017

Résultats de l'étude :

« Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. »

Une analyse de discours de médecins et dentistes



Laboratoire LEPS – Université Paris XIII

Face au droit, nous sommes tous égaux

Défenseur des droits

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Résumé

À la demande du Fonds CMU et du Défenseur des droits, l'étude « **Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes** » a été réalisée par Caroline DESPRES et Pierre LOMBRAIL du laboratoire LEPS de l'université Paris XIII.

L'objectif de cette recherche était de recueillir le point de vue des médecins généralistes et spécialistes ainsi que des chirurgien·ne·s-dentistes exerçant en libéral concernant la prise en charge des patient·e·s vivant dans des conditions de précarité, notamment celles et ceux se situant en dessous des seuils de pauvreté et qui sont éligibles à la CMU-C, l'ACS ou encore l'AME. L'étude socio-anthropologique a permis d'interroger les mécanismes de différenciation dans les soins en s'appuyant sur une analyse des discours des professionnel·le·s de santé. Les résultats montrent que la construction de catégories de patient·e·s favorise la différenciation dans la prise en charge, qui peut revêtir des formes multiples, évidentes ou dissimulées. Les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou encore de l'AME se voient ainsi parfois attribuer les stigmates et préjugés associés à la grande pauvreté. Cet « étiquetage social » favorise des pratiques professionnelles différentes, dont certaines renvoient à une discrimination.

Méthodologie

Une approche socio-anthropologique a été adoptée pour saisir les attitudes et pratiques susceptibles de produire de la discrimination dans l'accès aux soins et durant les soins. Cette approche permet de mieux comprendre les logiques individuelles d'acteurs en les situant dans leur environnement social, institutionnel (organisation des soins, politiques de santé), économique mais aussi interactionnel (interaction entre la/le professionnel·le de santé et sa/son patient·e).

Des entretiens approfondis ont été conduits auprès d'un échantillon varié de praticien·ne·s, en termes d'âge, de sexe, d'environnement, de secteur d'activité, de région, d'origine sociale et culturelle. Pour constituer l'échantillon, le réseau personnel des chercheurs a été mobilisé et chacun·e des praticien·ne·s rencontré·e·s pouvaient proposer un ou plusieurs noms de collègues. Les praticien·ne·s ont été invité·e·s à décrire les différentes étapes de la consultation et de la prise en charge des patient·e·s : accueil, diagnostic, traitement et prescription. Au total, 50 praticien·ne·s ont été rencontré·e·s, parfois à deux reprises, 5 d'entre eux dans le cadre d'un focus groupe. Cet échantillon comprend 10 chirurgien·ne·s-dentistes, 20 médecins spécialistes et 18 médecins généralistes exerçant dans plusieurs régions (Île-de-France, PACA, Rhône-Alpes, Nord, Bretagne et Bourgogne). En raison de la grande diversité des situations cliniques possibles, l'équipe de recherche a exploré des cas susceptibles de faire particulièrement l'objet d'une différenciation dans les soins : annonce d'un cancer (pneumologue, ORL,...), dépistage de la trisomie 21 (gynécologue).

Précisions terminologiques

La catégorisation

La catégorisation constitue un mécanisme cognitif fondamental dans le traitement de l'information. Il s'agit d'une tendance « naturelle » à classer les choses selon leurs traits caractéristiques, qui nous permet de faire face à un flot d'informations que nous ne sommes pas en mesure de traiter. La catégorisation sociale consiste à classer et donc à regrouper au sein de catégories, des individus ou des groupes, en accentuant les ressemblances et les différences entre catégories. Ce mécanisme permet de simplifier la réalité sociale et de la structurer. Le processus de catégorisation sociale renvoie à la mobilisation des stéréotypes qui sont associés au groupe social dans lequel l'individu aura été catégorisé¹.

La différenciation

La différenciation est ici mobilisée pour décrire la prise en charge différenciée des patient·e·s selon la catégorisation opérée par les professionnel·le·s de santé. Dans le domaine médical, la différenciation apparaît non seulement comme indispensable : la prise en charge doit être adaptée aux caractéristiques individuelles de chaque personne. Néanmoins, lorsqu'elle ne s'appuie pas sur des critères médicaux, elle peut produire de la discrimination.

La stigmatisation

La stigmatisation est définie comme un processus dynamique qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres. Elle peut être décrite comme un processus de dévaluation qui commence par un « étiquetage » *via* l'application de stéréotypes au groupe désigné (différences rattachées à une valeur négative), un processus de séparation (entre eux et nous) et enfin, des effets de perte de statut². L'un des fondements de la discrimination est la stigmatisation.

La discrimination

La discrimination est définie comme « *le traitement inégal d'individus ou de groupes sociaux pour des raisons illégitimes* »³. D'un point de vue juridique, il y a discrimination quand le traitement désavantageux est consciemment ou non lié à un critère prohibé et concerne un domaine prévu par la loi. Plusieurs formes de discrimination sont distinguées en droit. La discrimination directe renvoie au fait de traiter moins favorablement des individus en raison d'une caractéristique particulière. La discrimination indirecte renvoie quant à elle à une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence mais susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes ou des groupes relevant d'un des motifs prohibés. La discrimination multiple et/ou intersectionnelle, notion plus récente, est subie du fait du cumul de plusieurs critères⁴. Elle permet d'aborder « l'imbrication, et la démultiplication de différents systèmes de domination »⁵, comme par exemple quand se croisent rapports sociaux de genre, de classe, de race. Existente aussi les notions de discriminations statistiques, implicites... L'étude retient une définition sociologique de la discrimination sans se restreindre au cadre de la non-discrimination.

¹ « Stéréotypes, préjugés et discrimination », Jean-Baptiste LEGAL et Sylvain DELOUVEE, DUNOD, 2^e édition, 2015.

² « Stigmates, les usages sociaux des handicaps », E. GOFMAN, Les Éditions de minuit, 1963, Paris.

³ « Réflexion sur la notion de discrimination », D. LOCHAK, Revue de droit social, n°11, 1997

⁴ « Lutte contre la discrimination multiple : pratiques, politiques et lois », Commission européenne, 2007.

⁵ « L'ombre portée des assignations identitaires », F. KACHOUKH, Hommes et migrations, n°1292, juillet/août.

I. Catégorisation et représentations dans les relations médecin/patient·e·s

Les catégories de patient·e·s en médecine de ville

Le contexte de la relation médecin/patient·e

La relation entre les médecins et leurs patient·e·s a déjà fait l'objet de nombreux travaux en sociologie et en anthropologie, qui soulignent notamment le caractère asymétrique de cette interaction. La consultation peut être envisagée comme la rencontre entre deux mondes sociaux et culturels distincts : le savoir expert de la/du soignant·e face au savoir profane de la/du patient·e⁶. La manière dont se déroule cet échange est donc influencée par les représentations de chacun·e des protagonistes, qu'il s'agisse de la santé, de la maladie, de la consultation et de ses règles de déroulement, ou encore les représentations que chacun·e se fait de l'autre. Les processus de catégorisation des patient·e·s par les médecins interviennent au cœur de cette interaction, quand les symptômes, l'état de santé, mais aussi l'attitude et le vocabulaire des patient·e·s sont pris en compte pour orienter un diagnostic.

La relation entre les médecins et les patient·e·s s'inscrit par ailleurs dans un cadre institutionnel propre à chaque système de santé. Les modalités de prise en charge et de remboursement, les statuts respectifs des soignant·e·s et des usager·e·s, sont autant d'éléments institutionnels qui peuvent influencer la relation qui se noue entre les médecins et leurs patient·e·s. À titre d'exemple, le processus de démocratisation sanitaire amorcé en France depuis la fin des années 1990, qui vise à donner une plus grande place aux patient·e·s dans la gouvernance du système de soins, a modifié les statuts respectifs des soignant·e·s et des soigné·e·s. Le cadre institutionnel de l'activité médicale est également à mettre en lien avec les rapports entre l'Etat, l'Assurance Maladie et le corps médical. Les débats récents autour de la généralisation du tiers payant votée dans le cadre de la loi santé du 26 janvier 2016⁷ témoignent des tensions qui peuvent traverser cette collaboration politique et institutionnelle, et des conséquences qu'elles peuvent avoir sur le déroulement des soins.

Catégorisation des patients et construction de la différence

La construction de catégories médicales est une opération cognitive « obligée » pour les praticien·ne·s : elle leur permet d'orienter leurs diagnostics grâce à des critères pertinents, tels que la zone géographique de résidence (en lien avec la prévalence de certaines pathologies) ou encore les

⁶ « La profession médicale », E. FREIDSON, Payot, 1984, Paris

⁷ « Pouvoirs publics et professions de santé », D. TABUTEAU, Les tribunes de la santé, 1, n°26, p : 103-121.

conditions de travail qui peuvent entraîner des maladies professionnelles spécifiques. Ces indicateurs objectifs permettent d'affiner les diagnostics et les traitements choisis par les soignant·e·s et d'appréhender l'état de santé des patient·e·s de la manière la plus individualisée possible.

Cependant, en mobilisant des critères permettant de catégoriser les patient·e·s qu'elles ou ils rencontrent, les médecins sont susceptibles de s'appuyer sur des indicateurs moins pertinents sur le plan médical, qui renvoient à des représentations sociales. Ce type de catégorisation s'appuie cette fois-ci non pas sur des connaissances scientifiques mais sur des stéréotypes. Le pays de naissance ou la situation financière sont des indicateurs subjectifs, en cela qu'ils peuvent être associés à des jugements de valeur⁸, et à une forme de stigmatisation des personnes concernées, alors qu'ils n'apportent pas d'informations pertinentes sur le plan médical.

La catégorie des patient·e·s « *précaires* », désormais passée dans le sens commun, fait référence de manière générale à des personnes qui rencontrent des difficultés socio-économiques et qui ont des conditions de vie plus difficiles que les autres. Si les perceptions de ce que signifie « *pauvre* » ou « *précaire* » varient fortement selon les professionnel·le·s de santé, des représentations négatives sont le plus souvent associées à cette catégorie. La catégorie des patient·e·s « *précaires* » désigne également celles et ceux qui bénéficient d'une protection sociale spécifique, parfois appelé·e·s « *CMUs* » par les praticien·ne·s, en référence aux dispositifs solidaires prévus par l'Assurance Maladie⁹.

La catégorie des patient·e·s « *CMUs* » est largement utilisée par les praticien·ne·s : elle semble être devenue une autre manière de nommer les personnes pauvres ou en situation de précarité. Le fait de bénéficier de ce type de couverture maladie rend ainsi visible, *via* la lecture de la carte vitale, le niveau de revenus des personnes ou de leurs foyers et participe à une catégorisation qui définit les patient·e·s par leur couverture.

**« Les CMU je pense, parce qu'on les appelle comme ça, ...
On dit les CMU comme on dit les obèses, les borgnes et machin,
ce qui n'est pas très joli non plus »
(pédiatre)**

Cette catégorie est considérée comme homogène, sans aucune distinction parmi les membres qui la composent. Or, les « *CMUs* » ont pour seul point commun leurs faibles ressources économiques à un moment donné mais représentent des profils variés selon la situation de famille, l'activité salariée ou non, la situation du logement, le rapport aux soins et aux professionnel·le·s de santé... Le bénéfice de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME étant subordonné à des conditions de ressources, certain·e·s praticien·ne·s s'appuient sur ces conditions pour distinguer ces patient·e·s des autres. La loi CMU¹⁰ a ainsi contribué à rendre visible sur le plan administratif la situation financière des individus et à ré-inviter dans le secteur ambulatoire des personnes qui en étaient jusqu'à alors exclues et le plus souvent prises en charge dans les hôpitaux. La catégorie « *CMU* » recouvre donc des situations de précarité sociale désormais « étiquetées » par le statut de bénéficiaires.

**« Avant, on parlait des gens en situation de pauvreté qui avaient
l'aide médicale... On a commencé à parler d'une catégorie CMU.
Pour la profession, les CMU sont devenues la bête noire. On a
mis l'étiquette CMU, ils peuvent pas venir, ils nous laissent leurs
prothèses et ils nous coutent de l'argent » (Dentiste, centre de santé)**

⁸ « Outsiders, étude de sociologie de la déviance », H. BECKER, Edition Métailié, 1983, Paris

⁹ Soit la CMU-C ou l'ACS

¹⁰ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

La CMU a ainsi contribué à l'institutionnalisation d'une catégorie socio-administrative homogène, qui renvoie à des bénéficiaires pourtant très divers. Les situations socio-économiques qui rendent le recours à ces prestations sanitaires nécessaire sont en effet très variables, tant en termes de situation d'emploi, de famille que d'état de santé.

D'autres catégories sociales sont également mobilisées, qui empruntent des termes économiques ou politiques tels que « les bourgeois du 16^e ou 17^e », « les bobos », « les MGEN »... ou reprenant le plus souvent des catégories socio-professionnelles : les cadres, les ouvrier·e·s...

« Certaines patientes... Alors je les catégorise. Les patientes du 6^e, 7^e qui sont très près de leurs sous. Qui discutent tout et je pense qu'elles font ça pour tout, pas que pour la consultation... »
(Gynécologue, Paris)

Précarité et CMU : des représentations qui se superposent

Les catégories de patients « *précaires* » et « *CMUs* » se superposent fréquemment. Les représentations médicales du groupe des « *CMUs* » se superposent aux préjugés caractérisant traditionnellement les personnes en situation de pauvreté : soupçons de fraude, mais aussi anticipation de difficultés de suivi spécifiques à ces personnes qui seraient de « *mauvais patients* », porté·e·s à la sur-consommation de soins¹¹, à l'absentéisme et aux retards fréquents.

L'étude a permis de mettre en évidence différentes attitudes professionnelles vis-à-vis des populations précaires.

Les propos le plus souvent tenus par des médecins « engagé·e·s » qui exercent dans des territoires défavorisés se détachent des stéréotypes dévalorisants pour considérer ces patient·e·s comme des « patient·e·s normaux ». Pour ces praticien·ne·s, les « vrai·e·s précaires », éloigné·e·s du système de santé, comme les personnes SDF, ne viennent pas dans les cabinets libéraux.

Pour d'autres praticien·ne·s, ces patient·e·s auraient un rapport aux soins particulier : elles et ils consultent majoritairement en situation d'urgence, éprouvent des difficultés à s'approprier la maladie, renoncent aux soins... Elles et ils auraient ainsi des besoins spécifiques nécessitant une prise en charge particulière, ce qui conduit certain·e·s praticien·ne·s à les orienter vers le secteur public.

« C'est pas toujours des gens faciles à soigner. Ils sont très exigeants, ils ne veulent surtout pas payer. Il y en a qui sont très gentils. Pas de problème. Mais certains ne sont pas gentils. Là on leur dit : allez-vous faire soigner ailleurs. »
(Chirurgien-dentiste, 94)

Ces représentations, qui mettent en évidence une méconnaissance des situations de précarité, semblent traduire une logique d'essentialisation : les personnes précaires seraient « par nature » des patient·e·s difficiles à soigner, leurs comportements attendus sont appréhendés de manière majoritairement négative et justifient des refus de soins. Lorsque le renvoi vers d'autres soignant·e·s ou d'autres types de prise en charge ne s'appuie que sur des préjugés et non sur des critères médicaux, il s'agit de discriminations.

¹¹ Les études de l'IRDES démontrent régulièrement qu'il n'y a pas de surconsommation mais un phénomène de rattrapage.

L'influence du cadre normatif sur la catégorisation

Les modes d'organisation professionnelle qui peuvent être liés au recueil ou non d'information sur la situation sociale du patient, aux logiques économiques et aux pressions de normalisation de l'Assurance maladie ne sont pas sans effet sur les relations entre les patient·e·s et les professionnel·le·s. À titre d'exemple, le dispositif de lecture de la carte vitale qui informe le médecin sur les droits ainsi que sur l'application de tarifs opposables et du tiers payant a un impact sur la prise en charge des bénéficiaires de la CMU, la CMU-C et de l'ACS. Les logiques économiques et les relations avec l'Assurance maladie ont également une forte incidence sur les attitudes des praticien·ne·s à l'égard des bénéficiaires de la CMUC, de l'ACS ou encore de l'AME¹². Les dispositions destinées à contrôler l'activité des praticien·ne·s se traduisent par des évaluations fondées sur le volume d'activité, de prescriptions, d'arrêts maladie sans que ne soient pris en compte des critères liés au profil de la patientèle et notamment le nombre de patient·e·s en situation de vulnérabilité¹³. Les logiques comptables de l'Assurance maladie se confrontent aux logiques médicales du médecin, engagé dans une relation interindividuelle avec leurs patients, avec le risque que certains praticien·ne·s sélectionnent leur patientèle pour éviter les patient·e·s pauvres ou âgé·e·s afin de conserver une activité respectant les normes de l'Assurance Maladie, et parce que de telles consultations sont chronophages et ne sont pas valorisées financièrement. La tarification imposée par l'Assurance maladie est aussi un sujet de crispation avec les praticien·ne·s, plus particulièrement avec les chirurgien·ne·s-dentistes qui estiment que le remboursement des soins de base par l'Assurance maladie est sous-évalué. Enfin, les modalités et délais de remboursement de l'Assurance maladie posent des difficultés aux professionnel·le·s de santé. Une majorité relate le temps considérable passé à pointer les dossiers qui n'ont pas fait l'objet de remboursement en raison des difficultés de gestion des droits à la prestation.

¹² Précisons à ce titre que les dépassements d'honoraires sont interdits pour cette catégorie de patient et que les montants des prothèses dentaires sont fixés par l'Etat.

¹³ Les praticiens reçoivent des courriers « étoilés » de l'Assurance maladie. Plus le praticien a d'étoiles, plus il est considéré « hors norme » c'est-à-dire mal noté. Or un praticien est susceptible d'être « hors norme » lorsqu'il reçoit fréquemment des populations précaires. Le professionnel est alors invité à réduire son activité, voire soumis à des sanctions.

II. Différenciation et discrimination

Une prise en charge différenciée peut être la marque d'une adaptation des soins aux besoins des patient·e·s en fonction de leurs caractéristiques, comme l'âge, le sexe et leurs conditions de vie. La différenciation est donc nécessaire. Elle permet une individualisation de la prise en charge des patient·e·s, alors envisagé·e·s dans leur singularité.

Quelles sont les effets de la catégorisation dans la production de soins différenciés ? Pour analyser les multiples situations de différenciation des soins, l'étude distingue deux temps dans le parcours de soins : la prise de rendez-vous pour accéder à une consultation médicale et les soins eux-mêmes. Lors de la prise de rendez-vous, la catégorisation de certain·e·s patient·e·s conduit à des refus de soins, qui constituent des situations illégales assimilées à des discriminations prohibées par la loi. Durant les soins, la catégorisation de patients produit de la différenciation dans la prise en charge. La différenciation peut être légitime, puisqu'il s'agit de prendre en compte les conditions de vie de la/du patient·e pour proposer le traitement le plus adapté à sa situation individuelle. Cependant, cette différenciation peut être problématique quand, en lieu et place d'une prise en compte des patient·e·s dans leur globalité et singularité, la prise en charge s'appuie uniquement sur une catégorisation mobilisant des stéréotypes, et aboutit à des inégalités dans les soins proposés et prodigués.

Différentes situations de différenciation des soins ont ainsi été examinées afin de mieux comprendre la place qu'occupe le processus de catégorisation dans la production de la différenciation et de relever celles qui pourraient constituer une discrimination. L'aspect innovant de cette étude est d'avoir interrogé la perception des refus de soins par les praticien·ne·s pour en établir une typologie et analyser les logiques explicatives.

Les refus de soins lors de la prise de rendez-vous : une pratique discriminatoire

Certain·e·s praticien·ne·s sélectionnent leur patientèle, ce qui se traduit parfois par des refus de soins illégaux, situations qui constituent une discrimination au sens juridique du terme¹⁴.

La circulaire 33/2008 de l'Assurance maladie pose une définition des refus de soins illégaux :

« Il faut entendre par refus de soins, le refus de soins stricto sensu, c'est-à-dire le fait pour un professionnel de santé de ne pas accepter de recevoir certaines personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires de la CMU-C »

¹⁴ L'article L.1110-3 interdit toute discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 a ajouté à la liste des refus de soins discriminatoires, les refus de soins fondés sur le type de protection sociale (CMU-C, ACS et AME).

Les refus de soins fondés sur le type de protection sociale (CMU-C, ACS ou AME) ont été largement mis en lumière dans les enquêtes menées par « testing ». La discrimination peut se matérialiser sous la forme d'un refus, de quelques refus isolés, ou d'une pratique systématisée au sein d'un cabinet, par exemple *via* des directives données aux secrétaires à l'égard des bénéficiaires de certains types de protection sociale¹⁵.

« Alors la CMU-C, pour plein de raisons, il y a eu des refus à une époque, il y en a encore. Je ne veux pas stigmatiser, ni le nier, je suis sûr qu'il y en a. Parce qu'il y a des confrères qui ont une clientèle et ne veulent pas... Bon à tort, ils ne jouent pas leur rôle. Mais... »
(Praticien représentant syndical)

Dans l'étude, une grande majorité de praticien·ne·s est informée de la réalité des refus de soins et condamne ces pratiques. Certain·e·s se montrent choqué·e·s que de telles pratiques puissent exister et se réfèrent alors à la déontologie médicale. Rares sont les praticien·ne·s à connaître personnellement un confrère ou une consœur qui refuseraient certain·e·s patient·e·s ; le refus de soins concerne les autres, mais ces autres ne sont pas connu·e·s.

L'analyse du discours des praticien·ne·s permet d'établir une typologie de situations pouvant être assimilées à des refus de soins. Lorsque la/le médecin refuse de recevoir un·e patient·e lors d'une demande de prise de rendez-vous, souvent par téléphone, le refus est alors direct. Le plus souvent, le refus de soins revêt une forme plus insidieuse, moins explicite mais néanmoins illégale : il peut s'agir de la réorientation d'un·e patient·e vers un autre confrère ou consœur, ou à l'hôpital, réorientation non justifiée par la disponibilité de la/du professionnel·le de santé ni par la pathologie de la personne. Il peut aussi s'agir de proposer des délais d'attente anormalement longs, du refus d'appliquer les modalités spécifiques de paiement pour les bénéficiaires d'une protection sociale (refus du tiers payant et du tarif opposable) ou encore d'une forme d'entente entre praticien·ne·s lorsque certain·e·s demandent à des confrères ou à des consœurs de ne plus leur adresser de bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME. Parfois le refus de soins implicite se traduit par la mise en place de conditions que les patients précaires ne sont pas en mesure de remplir, comme le refus d'appliquer le tiers-payant pour les ayants-droits. L'étude relève également des stratégies de contournement qui ont pour conséquence d'entraver l'accès aux soins, en invoquant par exemple un délai de rendez-vous très lointain dans le temps. Si les praticien·ne·s condamnent les refus de soins, elles et ils considèrent néanmoins que refuser de pratiquer certains soins au tarif opposable ou le fait d'orienter systématiquement les patient·e·s vers l'hôpital ne relèvent pas d'une discrimination¹⁶.

Les refus de recevoir sont multidimensionnels, facilités par la catégorisation des patient·e·s dont l'éviction est alors facilitée par un processus de différenciation. Qualifié·e·s avant tout par leur couverture santé, des besoins spécifiques sont attribués aux patient·e·s « CMU », qui justifient pour les praticien·ne·s de les traiter différemment des autres patient·e·s, voire de les orienter vers une offre de soins censée être adaptée à leurs spécificités comme les centres de santé ou l'hôpital.

La différenciation durant les soins

La différenciation dans les soins ne produit pas de la discrimination quand elle repose sur des critères objectifs et qu'il s'agit pour la/le praticien·ne d'ajuster les soins à la situation individuelle de la personne. Il est alors normal qu'elle produise des effets variés sur la prise en charge : sur les soins prodigués, le temps consacré, le type de traitement proposé...

¹⁵ Précisions à cet égard que tous les refus de soins ne sont pas discriminatoires. Des refus peuvent être justifiés tels que des patients qui font des demandes disproportionnées de soins.

¹⁶ Ces pratiques sont assimilées à des refus de soin dans le cadre de la circulaire 33/2008 de l'Assurance maladie.

Les motifs avancés pour rendre compte de soins différenciés sont variés : éviter des soins qui ne seraient pas adaptés à des catégories de population / peur de stigmatiser la personne ou supposer qu'elle a d'autres priorités que la santé / considérer qu'elle n'est pas en capacité de s'approprier des notions liées à l'éducation à la santé et à la prévention...

Plusieurs types d'attitudes professionnelles peuvent être distinguées au sein de l'étude. Une grande majorité de praticien·ne·s exerce de manière « égalitaire » et ne prend pas en compte la situation sociale des personnes pour rester dans une approche strictement médicale.

Pour d'autres praticien·ne·s, très engagé·e·s sur les questions de précarité et qui ont une connaissance des problématiques des personnes en situation d'exclusion, la priorité peut parfois être plus de réconcilier ces personnes avec la médecine en établissant une relation interindividuelle que d'obtenir des résultats cliniques immédiats. La précarité constitue pour eux une dimension essentielle de la prise en charge. Ces praticien·ne·s s'attachent alors à recueillir des informations sur la situation sociale des patient·e·s. Selon le statut social, différentes formes de différenciation apparaissent en vue d'ajuster les soins proposés: adaptation du discours au niveau de compréhension, ajustement du tarif, orientation vers des spécialistes sans dépassements d'honoraires... La connaissance des problématiques de vie des personnes peut amener à reporter des propositions préventives pour attendre le moment opportun afin de ne pas stigmatiser des personnes déjà en situation de fragilité sociale.

« Chez quelqu'un qui est tout le temps débordé par sa vie, par tout ce qui se passe. Quelqu'un qui a mille problèmes. C'est du soin plus adapté. On va être plus sous contrainte. Je fais mieux, plus finement. Est-ce que ce soin est vraiment nécessaire ? »
(MG, Bretagne)

La caractérisation de la situation sociale peut ainsi parfois entraîner un abaissement des normes de prises en charge pour des raisons pragmatiques.

Cette anticipation de problèmes spécifiques aux populations précaires, si elle s'appuie sur une volonté de s'ajuster aux patient·e·s, peut se révéler contre-productive. Partir du principe que les conditions de vie des personnes précaires rendent impossible le suivi d'un traitement ou des soins préventifs peut mener à proposer une offre médicale de moindre qualité et à ne pas laisser le choix aux personnes concernées.

Ainsi, la construction de catégorie de patient·e·s comporte un risque d'inégalités de traitement lorsque les praticien·ne·s anticipent certains comportements attendus d'une catégorie de patient·e·s.

¹⁵ Précisions à cet égard que tous les refus de soins ne sont pas discriminatoires. Des refus peuvent être justifiés tels que des patients qui font des demandes disproportionnées de soins.

¹⁶ Ces pratiques sont assimilées à des refus de soin dans le cadre de la circulaire 33/2008 de l'Assurance maladie.

Conclusion

L'aspect innovant de cette étude est de s'être attachée à étudier la différenciation et la discrimination dans les soins de ville à partir d'une analyse des discours des praticien·ne·s.

Il s'agit donc d'un premier état des lieux qui propose un point de vue « global » de la différenciation au sein de la profession médicale et dentaire. L'étude visait à répondre à plusieurs interrogations dont notamment : la catégorisation produit-elle nécessairement de la discrimination ? Que penser du traitement égal des situations inégales ?

La relation médecin/patient·e procède d'une nécessaire individualisation afin d'appréhender la/le patient·e dans sa globalité et sa singularité. Il s'agit d'adapter la prise en charge médicale afin de se montrer plus vigilant·e vis-à-vis de pathologies dont la prévalence augmente avec la précarité. Ignorer les difficultés des personnes n'est pas sans conséquence sur les inégalités sociales de santé mais leur prise en compte se traduit parfois par des anticipations négatives et un abaissement des normes de prises en charge (moins proposition d'arrêt du tabac, par exemple). De telles anticipations sont facilitées par la construction de catégories de patients. Le risque est alors de créer une inégalité de traitement. L'enjeu n'est alors pas tant de prendre en compte la situation sociale mais les conséquences que cette connaissance peut entraîner sur la prise en charge des patient·e·s lorsqu'elle renvoie à des représentations stéréotypées ou des jugements de valeur. La différenciation dans les soins est légitime lorsqu'elle a des motifs cliniques. Lorsque la construction d'une catégorie s'appuie sur des représentations stigmatisantes, cela produit une différenciation des soins susceptible de faire le lit de la discrimination comme le fait de refuser de recevoir en consultation un·e patient·e du seul fait qu'elle ou il est bénéficiaire de la CMU-C. L'étude apporte cependant des nuances quant au caractère problématique de la catégorisation, qui le plus souvent constitue le premier temps de la construction d'une relation singulière avec les patient·e·s.

—
Défenseur des droits
TSA 90716 - 75334 Paris Cedex 07
Tél. : 09 69 39 00 00
www.defenseurdesdroits.fr
—

Toutes nos actualités :



www.defenseurdesdroits.fr



D
Défenseurdesdroits
— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —