

Des inégalités sociales dans l'accès aux soins

Comment se « fabriquent » les inégalités sociales dans l'accès aux soins ? En quoi les professionnels de l'accès aux soins participent-ils à ces processus ? Éléments de réponse en trois questions et un pas de côté.

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

La lutte contre l'exclusion des soins fait depuis une vingtaine d'années l'objet d'une série de réformes qui ont, principalement, visé à faire accéder les plus défavorisés à une couverture maladie. Mais dans le même temps étaient progressivement accrus les frais des soins médicaux restant à la charge des individus, après la prise en charge par l'Assurance maladie. Ces frais, parce qu'ils sont forfaitaires, pèsent de plus en plus lourd dans les budgets à mesure que l'on descend l'échelle des revenus. Ils freinent donc potentiellement l'accès aux soins de tout un chacun, mais selon un gradient qui va progressivement croissant du haut en bas de l'échelle des revenus. Ainsi, pendant que certaines politiques entendent préserver les plus défavorisés d'une complète exclusion des soins, d'autres fragilisent l'accès aux soins d'une large part de la population selon un gradient qui traverse la société de part en part, c'est-à-dire finalement accroissent les inégalités sociales dans l'accès aux soins.

Comprendre les inégalités sociales dans l'accès aux soins implique donc de sortir du périmètre des seuls « exclus » pour identifier des processus qui concernent tous les membres d'une société. C'est sur le décryptage de ce « social » qui siège au cœur de l'expression « inégalités sociales dans l'accès aux soins » que je voudrais m'arrêter ici, en posant trois questions, puis en les déclinant sur un terrain précis, la Guyane.

Trois questions

Rappelons d'abord la définition des inégalités sociales dans l'accès aux soins : ce sont des différences d'accès aux soins observées entre des groupes sociaux caractérisés par leurs positions différentes le long d'une hiérarchie sociale¹. L'échelle des revenus correspond indéniablement à une hiérarchie sociale ; si par conséquent les groupes sociaux accèdent différemment aux soins selon leurs revenus, alors on peut effectivement parler d'inégalités sociales dans l'accès aux soins.

Une première question est alors : d'autres hiérarchies sociales sécrètent-elles, elles aussi, des inégalités d'accès aux soins ?

La réponse est oui, sans doute. Citons la hiérarchie des niveaux d'éducation. La sensibilité aux sensations corporelles, l'empressement à solliciter des soins en cas de problème perçu, le type de soins recherchés (généraliste ou spécialiste, ambulatoire ou hospitalier par exemple) sont influencés par le degré de familiarisation avec le savoir médical. Plus le niveau de diplôme est faible, et moins on serait à l'aise pour décrypter ses besoins corporels et se repérer dans l'offre de soins, ce qui expliquerait, notamment, que les retards pour recourir aux soins soient plus fréquents chez les moins diplômés².

Soit. Mais que l'on pointe leur budget santé moins généreux ou leur moindre compétence médicale, on explique le moindre accès aux soins de certains individus par leurs caractéristiques. Or, on s'en doute, ces caractéristiques individuelles n'ont d'incidence sur l'accès aux soins que si le contexte leur en donne l'occasion. C'est ce qu'on a vu à propos du revenu, qui n'influence l'accès aux soins des individus que dans la mesure où est exigée une participation à leurs frais de santé.

Une seconde question est donc : peut-on identifier d'autres éléments contextuels qui transforment des hiérarchies sociales en inégalités dans l'accès aux soins ?

Là encore, certaines réponses sont connues. On peut citer par exemple un contexte de rareté de l'offre de soins : une offre éloignée géographiquement et/ou saturée sera d'autant moins accessible que les individus ne disposent pas des ressources matérielles pour se déplacer sur de grandes distances et/ou n'ont pas la latitude de s'installer des heures durant dans une file d'attente. C'est donc quand elles s'articulent à un contexte donné que certaines caractéristiques individuelles sont susceptibles de creuser des inégalités sociales dans l'accès aux soins.

Mais quand il ne porte que sur des éléments tels que la part des frais laissés aux ménages ou la répartition de l'offre de soins, ce regard sur « le contexte » de l'offre de soins reste incomplet. Il laisse en effet dans l'ombre les pourvoyeurs de cette offre.

Comment les soignants, et plus largement les professionnels qui interviennent sur l'accès aux soins, contribuent-ils à la conversion des hiérarchies sociales en inégalités dans l'accès aux soins ?

Cette troisième question nous emmène sur un terrain plus mouvant que les deux précédentes. S'il paraît de bon sens de suggérer que ces professionnels, comme tout un chacun, ont leurs a priori, favorables ou non, comment savoir si leurs conséquences sont suffisamment récurrentes pour creuser des inégalités sociales dans l'accès aux soins ?

Un type de description : les étrangers

On peut alors, pour mieux serrer la réflexion, la décliner sur une population spécifique, à titre de fil directeur. Prenons celle des étrangers, dont la consommation médicale est moindre que celle des Français³. Là aussi, l'explication socio-économique est la première mobilisée pour expliquer ces inégalités : les étrangers sont surreprésentés dans les couches socio-économiquement défavorisées de la population (au regard notamment de la qualification, du diplôme et du revenu). On peut par conséquent expliquer leur moindre consommation médicale par leur moindre taux de couverture complémentaire (celle-ci constitue un déterminant majeur de la consommation médicale), et ce dernier par leurs moindres revenus (la couverture complémentaire étant payante). Cependant, les enquêtes révèlent que l'ajustement sur les variables socio-économiques diminue, mais ne fait pas disparaître les écarts de consommation médicale : le socio-économique n'explique donc pas entièrement les inégalités sociales dans l'accès aux soins entre Français et étrangers, « autre chose » est en jeu. Des explications culturelles sont alors parfois avancées ; leur retard dans l'accès aux soins biomédicaux pourrait par exemple résulter de leur interprétation différente de certains symptômes (par exemple l'obésité, quand elle est perçue comme physiologique) et/ou de leur volonté de recourir d'abord à des thérapies autres que biomédicales. On a donc là les explications habituelles, centrées sur les caractéristiques (socio-économiques et culturelles) des individus. Mais on peut aussi s'interroger sur les pratiques des professionnels, pour se demander si elles contribuent à la moindre consommation médicale des étrangers.

Quand un « pas de côté » facilite l'objectivation de ce qui est peu dicible. Partons par exemple en Guyane.

Dans ce département français d'Amérique du Sud, la mise en œuvre du système de soins se heurte de toute évidence à une série de difficultés. Il faut d'abord le déployer sur un territoire de la taille du Portugal (c'est le plus grand département de France). Il convient ensuite de le rendre intelligible à une population peu formée, en par-

tie non francophone et issue d'horizons culturels divers qui font place à des interprétations de la maladie et des recours aux soins non biomédicaux. On tient donc là des explications « de contexte » et des explications comportementales.

Mais qu'en est-il du côté des professionnels ? C'est une question que je me suis posée à l'occasion de plusieurs terrains de recherche, menés depuis 2002 par entretiens auprès de professionnels de l'accès aux soins (soignants, travailleurs sociaux, administratifs), exerçant en milieu hospitalier, libéral et associatif et dans des administrations (Assurance maladie, services de l'État et du Conseil Général). Ces enquêtes ont révélé deux types de comportements, chez ces professionnels, susceptibles de freiner l'accès aux soins des étrangers⁴.

Le premier est fondé sur une présomption d'illégitimité à accéder aux soins. J'ai pu l'observer en particulier chez certains agents de l'Assurance maladie. Il se matérialise par exemple dans l'exigence faite à des candidats à l'Aide Médicale État (AME), donc des sans-papiers, de produire des justificatifs non prévus par la loi, tels qu'une preuve de leur besoin de soins. La justification avancée par ces agents est qu'il faut éviter que les étrangers n'instrumentalisent leurs droits à une couverture maladie pour s'installer sur le territoire guyanais (une attestation d'AME pouvant étayer une demande de titre de séjour). Les discours évoquent la nécessité de protéger la Guyane d'un « raz-de-marée de sans-papiers » (selon les termes d'une responsable) : les obstacles opposés à leur accès à une couverture maladie seraient alors autant de freins à leur ancrage sur le territoire. Les récriminations envers une législation sociale trop généreuse pour les étrangers ne sont pas spécifiques à la Guyane, elles sont aussi exprimées en France métropolitaine. Mais elles y restent plus souvent qu'en Guyane cantonnées au registre du verbal, se concrétisant moins ouvertement dans des pratiques discriminatoires.

Quelques éléments du contexte guyanais permettent d'y expliquer cette moindre retenue. L'immigration, issue principalement des pays voisins (Surinam, Haïti, Brésil, Guyana), est très importante depuis les années 1960 : la population a été multipliée par neuf en un demi-siècle⁵, un habitant sur trois est né à l'étranger. Elle fait l'objet de politiques plus répressives que nulle part ailleurs sur le territoire français, excepté Mayotte. Or la sévérité de ces politiques, connue de tous, contribue à rendre illégitime la figure de l'étranger. De plus, les étrangers sont accusés par les Guyanais d'exacerber les difficultés qui singularisent déjà

Les discours évoquent la nécessité de protéger la Guyane d'un « raz-de-marée de sans-papiers »...

.../...

.../... leur département au sein du contexte national : ils importeront notamment la pauvreté, la délinquance, le VIH/sida (la Guyane est le département français le plus touché par cette épidémie et 80 % des patients qui y sont suivis sont étrangers ⁶⁾ et satureraient les services sociaux et de santé.

Le deuxième type de comportement relevé est le fait de soignants plutôt que d'agents administratifs. Il s'agit de la tendance, chez certains d'entre eux, à interpréter les différences d'accès aux soins des étrangers par leurs caractéristiques culturelles. Là encore, ce type d'interprétation est lui aussi présent en France métropolitaine. Qui n'a pas entendu parler des « réticences des femmes africaines à la césarienne » ou des recours aux soins retardés de telle ou telle population étrangère parce qu'elle a tendance à d'abord consulter des médecins « traditionnels » ? Il est cependant particulièrement prégnant en Guyane, surtout chez les soignants métropolitains. Souvent venus s'installer en Guyane pour quelques mois ou quelques années, ils affichent une vive curiosité pour la « différence culturelle ». Cette lecture des différences par la culture est de plus facilitée par l'usage courant, par tout un chacun en Guyane, de catégories socioculturelles pour qualifier les individus : Noirs Marrons, Créoles, Amérindiens, Chinois, etc.

Ainsi par exemple, certains soignants métropolitains déplorent la rareté de la couverture maladie chez les Noirs Marrons et l'expliquent par « leur culture ».

Pour étayer cette interprétation, ils rappellent « leur histoire » : les Noirs Marrons sont les descendants d'esclaves africains échappés des plantations du Surinam au XVII^e siècle, qui ont trouvé refuge dans l'épaisseur de la forêt qui s'étend de part et d'autre de la frontière entre le Surinam et la Guyane ; ils y sont restés relativement à l'écart du développement des sociétés environnantes, jusqu'à la seconde moitié du XX^e siècle. Les soignants métropolitains

mettent par conséquent leur absence de couverture maladie sur le compte de leur familiarisation trop récente à la « culture administrative », ainsi que sur leur absence culturelle d'anticipation (une « vie au jour le jour » qui expliquerait qu'ils attendent d'être malades pour se préoccuper d'avoir une couverture maladie) et leur mode « traditionnel » de transmission de l'information (« on ne pose pas de question », qui ferait obstacle à leur apprentissage des démarches).

Ces explications « par la culture » occultent cependant des éléments contextuels cruciaux pour l'accès à une couverture maladie, tels que les dysfonctionnements de l'Assurance maladie : files

d'attente aux abords des établissements, caractère expéditif des explications données par les agents de guichet, délai de traitement des dossiers, perte de certains d'entre eux, etc. Or ces dysfonctionnements affectent surtout les populations les moins rodées aux démarches administratives, qui ont besoin d'explications, de soutien, d'accompagnement lors de ces démarches et parmi lesquelles sont surreprésentés les Noirs Marrons. Rappelons également l'exigence (illégal) d'une attestation d'un besoin de soins susceptible de leur être opposée quand ils tentent d'ouvrir leurs droits avant d'être malades et qui n'encourage pas elle non plus les démarches d'accès à une couverture « par anticipation » (avant d'avoir besoin de soins). La grille de lecture par le seul prisme de la « différence culturelle » occulte ainsi le fait que c'est le contexte (les dysfonctionnements de l'Assurance maladie locale) qui fait de certaines caractéristiques comportementales des obstacles à l'accès aux soins (ces caractéristiques étant d'ailleurs moins culturelles que sociales, comme la moindre « compétence » administrative).

« Question de société »

Une première lecture des inégalités sociales dans l'accès aux soins en Guyane soulignait les enjeux spatiaux (la dispersion de l'offre de soins sur un territoire immense) et socioculturels (population précaire, peu instruite, peu francophone, culturellement diverse). Tourner le regard vers les professionnels de l'accès aux soins permet d'articuler ces enjeux à des processus sociaux plus larges.

D'une part, on a vu comment certains professionnels guyanais refusent d'affilier des sans-papiers à une couverture maladie en se justifiant par la volonté de freiner l'installation des étrangers sur le territoire guyanais. Or cette même volonté justifie, chez d'autres professionnels guyanais, de cantonner les sans-papiers dans des bidonvilles ou de ne pas inscrire leurs enfants dans les écoles publiques. Un même processus social (la xénophobie) produit ainsi des inégalités dans l'accès à diverses ressources, dans une société donnée : les soins, mais aussi le logement et l'éducation ; le décryptage des inégalités dans l'accès à ces diverses ressources peut ainsi bénéficier d'une grille de lecture commune.

D'autre part, on a vu, avec la pratique de certains soignants métropolitains à l'égard des Noirs Marrons, comment le « contexte » transforme certaines caractéristiques comportementales en vulnérabilités dans l'accès aux soins. Mais on peut aller plus loin dans l'exploration de ce contexte et de ces vulnérabilités. Il se trouve en effet que les Noirs Marrons sont en position de vulnérabilité pour d'autres raisons que leur seule absence de familiarisation avec les démarches administratives relatives à une demande de couverture maladie.

Une tendance, chez certains soignants, à interpréter les différences d'accès aux soins des étrangers par leurs caractéristiques culturelles.

D'une part, parce qu'ils habitent l'intérieur du département – un immense territoire couvert d'une épaisse forêt vierge –, ils sont surexposés aux difficultés spatiales dans l'accès aux soins qui caractérisent la Guyane. Ils peuvent d'autre part faire l'objet d'une hostilité particulière en raison de l'ambiguïté de leur statut, eux qui partagent avec les Créoles guyanais le fait de compter, parmi leurs ancêtres, des esclaves des plantations. Les Noirs Marrons cumulent ainsi une position de dominés au regard d'enjeux socio-économiques, mais aussi territoriaux et ethniques. Or cet emboîtement n'a rien de fortuit, ainsi que l'éclairerait une lecture plus attentive des éléments historiques trop brièvement rapportés ci-dessus. Déchiffrer les inégalités dans l'accès aux soins requiert donc de se familiariser avec une syntaxe particulière, celle des rapports inégalitaires qui structurent une société donnée.

Qu'il s'agisse du type de ressources ou de la hiérarchie sociale à l'œuvre, on voit donc comment l'intelligibilité des inégalités sociales dans l'accès aux soins ouvre sur des processus sociaux qui s'étendent au-delà du seul système de soins, pour affecter des individus que ne caractérise pas seule-

ment (et pas forcément) leur pauvreté. C'est un ensemble complexe de hiérarchies sociales (par revenus, catégories ethniques, niveau de diplôme, etc.) qui contribuent toutes ensemble à creuser des inégalités dans l'accès aux soins comme dans l'accès à d'autres ressources... par le truchement, à l'occasion, des pratiques des professionnels de l'accès aux soins. ■

-
- 1. Aïach P., Fassin D., 2004, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du Praticien*, 54(20), p. 2221-2227.
- 2. Boltanski L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales, Economies, Sociétés, Civilisations*, 1, p. 205-231.
- 3. Berchet C., Jusot F., 2012, « État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3-4, p. 17-21
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012>
- 4. Avec, il faut le souligner, d'autres pratiques qui au contraire facilitaient l'accès aux soins des étrangers.
- 5. On comptait 25 000 habitants en 1946, 222 000 en 2008.
- 6. Conseil National du Sida, 2008, *L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique*, Paris.

Bibliographie sélective :

- Carde E. (2011), « De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, (27) 3, p. 31-55.
- Carde E. (2009), « Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane », *Espace Populations Sociétés*, 1, p. 175-189.
- Carde E. (2007), « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, 2, p. 99-110.
- www.bdsp.ehesp.fr/FullText/Show.asp?Ref=357848