|  |
| --- |
| Estelle CARDEDoctorat en médecine, spécialité “santé publique”sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal(2017)“Discriminationsdans l’accès aux soins.LE MASQUEDE LA BIENVEILLANCE.”Collection “Anthropologie médicale“**LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES**CHICOUTIMI, QUÉBEC<http://classiques.uqac.ca/> |



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

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



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

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

Politique d'utilisation
de la bibliothèque des Classiques

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

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

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.

- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

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

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

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

Jean-Marie Tremblay, sociologue

Fondateur et Président-directeur général,

LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur associé, Université du Québec à Chicoutimi

Courriel: classiques.sc.soc@gmail.com

Site web pédagogique : <http://jmt-sociologue.uqac.ca/>

à partir du texte de :

Estelle Carde

**“Discriminations dans l’accès aux soins. LE MASQUE DE LA BIENVEILLANCE.”**

Article publié dans***Maux d'exil****,* 56, décembre 2017, p. 3-4.

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

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

Police de caractères utilisés :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

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

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

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

Édition numérique réalisée le 26 décembre 2020 à Chicoutimi, Québec.



Estelle CARDE

Doctorat en médecine, spécialité “santé publique”

sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal

**“Discriminations dans l’accès aux soins.
LE MASQUE DE LA BIENVEILLANCE.”**



Article publié dans***Maux d'exil****,* 56, décembre 2017, p. 3-4.

**Note pour la version numérique** : La numérotation entre crochets [] correspond à la pagination, en début de page, de l'édition d'origine numérisée. JMT.

Par exemple, [1] correspond au début de la page 1 de l’édition papier numérisée.

[3]

Estelle CARDE

Doctorat en médecine, spécialité “santé publique”

sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal

**“Discriminations dans l’accès aux soins.
LE MASQUE DE LA BIENVEILLANCE.”**

Article publié dans***Maux d'exil****,* 56, décembre 2017, p. 3-4.

L'intérêt présumé du patient ou celui de la société servent souvent d'alibi aux discriminations envers des étrangers malades.

Les discriminations sont des traitements défavorables illégitimes, donc choquants. Les discriminations sont pourtant souvent difficiles à cerner, même quand elles portent sur le soin, une ressource dont l'accès constitue un droit fondamental. D'une part, le traitement défavorable qui les caractérise prend souvent des formes plus discrètes que le refus de soins : soins retardés, plus chers, de moindre qualité, ou accompagnés de commentaires désobligeants. D'autre part, leurs auteurs les présentent souvent comme des pratiques légitimes : ils reconnaissent traiter moins bien certains individus, mais affirment le faire pour de « bonnes » raisons.

« *C'est dans l'intérêt général »* : cette affirmation s'inscrit dans un discours qui présente les étrangers comme des profiteurs du système social français, système qu'il s'agirait donc de protéger. Elle accompagne des discriminations consistant en des exigences illégales imposées aux étrangers en situation irrégulière qui demandent une couverture maladie. Bien qu'illégales, ces discriminations sont, paradoxalement, confortées par la loi, ou plus exactement par l'évolution de celle-ci. Les droits des étrangers en situation irrégulière à une couverture maladie ont en effet été progressivement restreints, au fil des réformes votées depuis une vingtaine d'années. Les gouvernements successifs ont justifié ces réformes au nom de la nécessité de limiter le fameux « appel d'air » que créeraient des droits trop généreux offerts à des étrangers qualifiés d'indésirables par le droit au séjour. S'appuyant sur cette rhétorique gouvernementale, des professionnels de l'accès aux soins peuvent avoir des pratiques discriminatoires qui, à l'occasion d'une nouvelle réforme, deviennent légales. Ainsi, l'ouverture de droits AME était conditionnée à une certaine ancienneté de résidence en France avant que cette exigence ne soit effectivement stipulée par la loi.

« *C'est dans leur propre intérêt »* : ici, les étrangers se voient attribuer, du fait de leur culture supposée, des besoins de soins « différents ». Débusquer cette discrimination suppose de déjouer deux types d'écueils. Il faut d'abord identifier la rhétorique culturaliste derrière le discours sur la culture : l'expression de stéréotypes derrière ce qui se présente comme une description objective de comportements culturellement différenciés. Or, si le culturalisme relève de la même logique différencialiste que le racisme, ses expressions sont moins visibles. C'est que l'évocation de la culture de certains individus est plus « politiquement correcte » que celle de leur « race ». De plus, les discours culturalistes [4] tendent à souligner la différence des individus concernés plutôt que leur présumée infériorité.

Le second écueil tient dans le caractère flou de la distinction entre adaptation (légitime) et discrimination (illégitime). Imaginons un discours culturel non culturaliste. Il décrirait un trait culturel - par exemple, une façon d'interpréter des symptômes - sans pour autant prétendre que tous les individus associés à la culture en question ont ce trait, ni considérer que ce trait guide tous les comportements de ces individus. Quitte, donc, à laisser ouverte la possibilité que le recours aux soins s'explique non par cette interprétation des symptômes mais, par exemple, par des contraintes économiques. On pourrait alors légitimement proposer un soin qui tienne compte de cette différence culturelle. A deux conditions, néanmoins : que cette différence de soins ne soit pas automatiquement imposée aux individus, et qu'elle ne leur soit pas préjudiciable.

Prenons pour exemple une consultation d'ethnopsychiatrie. Les médecins qui y exercent ont à cœur d'« adapter » leurs soins aux spécificités culturelles de leurs patients. Pour autant, ils reconnaissent que leur consultation n'est utile qu'à certains patients étrangers (ceux dont la prise en charge dans un service de psychiatrie tout venant s'avère peu satisfaisante), que son indication est temporaire (le temps de débloquer la situation, puis le patient est réorienté vers le service tout venant), et enfin que la culture des patients n'entrave le suivi dans le service tout venant qu'en raison de la désorganisation de ce dernier (des professionnels surchargés n'ont pas le temps de prêter une oreille attentive à ces éventuelles spécificités). En d'autres termes, leur conception de la culture est dynamique et contextualisée.

Bien différente est celle de professionnels extérieurs à la consultation, qui louent volontiers celle-ci du seul fait qu'elle existe, y réfèrent tous leurs « patients africains » - quelle que soit la tonalité culturelle de leur socialisation effective - sans passage préalable en service tout venant (et privant donc ces patients des opportunités offertes par celui-ci) et alors même que beaucoup de ces patients n'en ont pas besoin, voire se sentent stigmatisés par cette orientation différentielle.

Enfin, ces discriminations affectent la santé par l'entrave qu'elles peuvent poser au soin, mais aussi par le ressenti qu'en éprouvent les victimes : l'impuissance face à une injustice dont on fait l'objet du seul fait d'un attribut sur lequel on n'a aucune prise, en l'occurrence l'origine, réelle ou supposée. Ce vécu « s'incorpore » en suivant des voies à présent bien identifiées par la recherche, qui mettent enjeu les mécanismes de réaction aux événements stressants (sécrétion de cortisol, hypertension, etc.) et qui, sollicités excessivement, finissent par fragiliser l'organisme. À la discrétion des discriminations répond ainsi celle de leur impact sur la santé : cette usure à bas bruit qui menace tous les minorisés d'une société.