

MAUX

d'exil

Éditorial

Une question négligée

Didier Fassin, président du Comede

Les discriminations ethno-raciales ont longtemps été un non-sujet en France. Une revue de la presse nationale montre que, jusqu'à la fin des années 1990, le thème n'était évoqué qu'à propos de l'Afrique du Sud et des États-Unis. C'est la conjonction des protestations des victimes de ces discriminations, de la mobilisation d'associations et de chercheurs, de la publication en 1998 d'un rapport du Haut Conseil à l'intégration et en 2000 de la Directive européenne sur l'égalité raciale, enfin de la création en 1999 du Geld, Groupe d'études et de lutte contre les discriminations, qui ont fait prendre conscience de la réalité et de la gravité du problème, et entreprendre des actions visant à le corriger.

Dans le domaine de la santé, la reconnaissance des discriminations a toutefois été difficile et tardive. N'avions-nous pas en France une protection sociale inclusive permettant même aux étrangers en situation irrégulière d'être soignés ? En fait, les enquêtes, en particulier de l'ODSE, Observatoire du droit à la santé des étrangers, dont le Comede est l'une des organisations membres, révèlent que les distinctions, même limitées, établies dans la loi et surtout le climat de défiance, entretenu par le monde politique, envers des exilés et même des Français appartenant à des minorités conduisent les agents de l'État et de la Sécurité sociale à interpréter les textes au détriment de ces patients, les services de santé à développer pour eux des pratiques spécifiques en arguant de différences culturelles, et les médecins, notamment libéraux, à leur refuser ou retarder des soins, à se satisfaire de normes moindres ou à émettre des commentaires désobligeants.

Lutter contre ces discriminations suppose l'implication conjointe du ministère de la Santé, de l'Assurance maladie et de l'Ordre des médecins, et la collaboration des professionnels et des structures au niveau local, comme s'y emploie Migrations Santé Alsace, afin que prévalent l'égalité des droits et la qualité des soins.



Mur de séparation, Bethléem

DISCRIMINATIONS : DES PATIENTS PAS COMME LES AUTRES ?

« Ils » profitent du système de soins. « Ils » coûtent cher. « Ils » ne parlent pas « notre langue ». « Ils » appartiennent à une autre culture et appellent à ce titre un traitement différencié. Le code de la santé publique a beau disposer que nul « ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins », les mises à l'écart de la patientèle migrante dans le champ de la santé sont hélas réelles et encouragées par de nombreux alibis. Insidieuses voire invisibles, parfois liées à des stéréotypes et représentations, elles sont aussi le produit d'un cadre d'exercice du soin remis en cause par la focalisation actuelle sur la « rentabilité » de l'hôpital.

Sommaire

Décembre 2017

- ② Barrières visibles et invisibles **LES DÉCLINAISONS DE LA MISE À L'ÉCART DES SOINS**
- ③ Entraves à l'accès aux soins **LE MASQUE DE LA BIENVEILLANCE**
- ④ Routines et normes **UN SYSTÈME DE SÉLECTIONS INDUITES**
- ⑥ Innovation thérapeutique **AU-DEVANT DU PARCOURS DU COMBATTANT**
- ⑦ Vu du Comede **ENTRE IMPENSÉS ET INHOSPITALITÉ**

LES DÉCLINAISONS DE LA MISE À L'ÉCART DES SOINS

La persistance des stéréotypes, l'obstacle de la langue, les impératifs systémiques et l'absence de recours constituent les principaux défis à relever dans la lutte contre les discriminations en matière d'accès aux soins.

Emilie Jung, directrice de Migrations Santé Alsace



Mur de Berlin

En janvier 2017, le Défenseur des Droits a été saisi de douze cas de professionnels de santé affirmant, sur des plateformes de rendez-vous en ligne, ne pas prendre de patients bénéficiant de la CMU, CMU-C ou l'AME. Au-delà de cet exemple, des discriminations plus diffuses et quotidiennes entravent encore trop souvent l'accès aux droits et le parcours de soins des personnes migrantes. Une typologie dresse cinq formes de discrimination liées à l'origine. À côté du refus de soins, implicite ou explicite, figurent le retard au soin, l'abaissement des normes de prise en charge, l'instauration de modalités culturellement spécifiques et l'expression ordinaire de sentiments racistes ou xénophobes¹.

La « discrimination » se définit comme une différence de traitement fondée sur un critère illégitime. Le code pénal encadre cette notion et liste 25 critères prohibés² dont plusieurs ont trait aux publics migrants : l'origine, le patronyme, l'apparence physique, l'« appartenance ou non appartenance vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une prétendue race » et, depuis 2016, « la capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français ». Le code de la santé publique³ précise qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins ».

Depuis 2010, l'association Migrations Santé Alsace développe une réflexion sur cette question. Elle a notamment animé, pendant trois ans, un groupe de travail de professionnels de la santé exerçant dans différents structures (hôpital, maison de santé, PMI, etc.) en partenariat avec l'Observatoire de l'Intégration et de la Ville (ORIV). La démarche avait pour objectif, à partir de situations rencontrées par les participants, d'identifier des discriminations ou des risques discriminatoires et d'élaborer collectivement des pistes d'amélioration des pratiques professionnelles et des fonctionnements institutionnels⁴. Quatre enjeux méritent une attention particulière.

Représentations négatives

Le premier concerne les représentations que les professionnels nourrissent à l'égard de leurs patients. Les préjugés associant « migration » et « fraude » peuvent influencer les pratiques des professionnels et conduire à une suspicion, à une absence de prise en compte de la parole et à une délégitimation des demandes. Tel oncologue refuse de délivrer un certificat médical à un patient étranger en vue de l'obtention d'une allocation adulte handicapé en arguant du fait qu'« il a déjà suffisamment profité du système de soins français ». Or, certaines représentations qui apparaissent valorisantes, notamment autour d'une supposée « culture d'origine »,

peuvent entraîner des risques discriminatoires. Citons l'exemple d'une équipe soignante qui dit dédier moins de temps aux « Algériens » qu'aux autres patients, supposant une solidarité particulière dans cette « culture ». L'organisation de formations et de groupes d'analyse de pratique apparaissent alors comme des leviers essentiels pour permettre aux professionnels d'interroger leurs représentations et leur impact sur la prise en charge.

Le deuxième enjeu est lié à la langue. Lorsque les personnes sont allophones, en l'absence de réflexion sur les conséquences de la communication et sans recours à l'interprétariat professionnel, les risques de traitement différentiel sont élevés. Les exemples sont nombreux : refus d'hospitaliser un patient présentant un risque suicidaire faute d'interprète, exclusion d'un programme d'éducation thérapeutique, absence d'information éclairée avant une opération, etc. L'interprétariat professionnel apparaît comme seule réponse pour lutter contre ce type de discriminations. Espérons que les récentes évolutions législatives favoriseront son développement⁵.

Le troisième enjeu est lié plus directement à des logiques systémiques : organisation du système de soins, cloisonnement des cultures professionnelles, enjeux économiques en matière de santé, etc. Les professionnels avec qui nous avons travaillé ont exprimé le sentiment d'être pris en

Le masque de la bienveillance

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

Estelle Carde, sociologue et membre du CREMIS¹

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 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. À deux conditions, néanmoins : que cette différence de soins ne soit pas automatiquement imposée aux individus, et qu'elle ne leur soit pas préjudiciable.

>>>

étai entre des impératifs déontologiques et des contraintes financières, de temps, et de ressources humaines. Les situations des personnes migrantes sont souvent perçues comme complexes, mêlant des difficultés de santé, administratives, sociales, de communication et, de ce fait, difficiles à intégrer dans des protocoles normalisés. De plus, les difficultés de coordination entre professionnels ont été soulignées. Celles-ci sont susceptibles d'affecter tout patient mais leurs effets se trouvent amplifiés pour les publics les plus fragiles.

Enfin le quatrième enjeu concerne les voies de recours. Après avoir interrogé l'Ordre des médecins et la conciliation de la CPAM du Bas-Rhin, il apparaît que les saisines sont quasiment inexistantes. Ce constat qui semble concorder avec la situation dans le reste de la France induit une « invisibilisation » des situations de discrimination. Dès lors, le développement de l'information aux patients mais aussi aux professionnels constitue une piste importante de travail.

La notion de « discrimination » nous semble particulièrement importante à analyser avec les professionnels de la santé et du social. En effet, elle permet de replacer les questions de l'accueil et la prise en charge des personnes migrantes dans une triple perspective :

- politique, en défendant l'égalité d'accès à la santé pour tous et toutes ;
- juridique, en conformant les pratiques avec le droit ;
- pratique, en facilitant le positionnement des professionnels.

C'est à ce titre que Migrations Santé Alsace poursuivra ses travaux en proposant à l'horizon 2019 un guide en direction des professionnels de la santé et du social pour lutter et prévenir les discriminations dans le domaine dont il relève.

1. Cette typologie a été dressée par D. Fassin, E. Carde., N. Ferré., S. Musso-Dimitrijevic *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, Paris, Inserm, 2001, p. 65-69.

2. Article 225-1 et 225-2 du code pénal

3. Article L1110-3

4. Cf. encadré « Pour aller plus loin »

5. Cf. loi de santé publique de janvier 2016 et le décret du mai 2017 : « *L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit aux professionnels de santé les moyens d'assurer la prise en charge des personnes qui ne maîtrisent pas ou imparfaitement la langue française dans le respect de leurs droits prévus au présent titre, notamment du droit à l'information, du droit au consentement libre et éclairé, du droit au respect de leur vie privée et au secret des informations les concernant.* »

Usure à bas bruit

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 débloquent 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 en jeu 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.

1 - Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté

Un système de sélections induites

Souvent assimilés à des attitudes individuelles, les comportements discriminatoires sont aussi affaire de cadre d'exercice. Plus évident à l'hôpital, soumis aux contraintes bureaucratiques, le constat vaut également en médecine libérale.

François-Xavier Schweyer, sociologue et professeur à l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique

En matière de santé, les sociologues ne séparent pas les faits de discrimination des processus d'inégalité sociale. Le mot « discrimination » lié dès les débuts aux questions d'immigration sous-tend une conscience critique qui avive la dénonciation des inégalités sociales de santé, en particulier celles touchant à l'accès aux soins. Les discriminations fondées sur des faits illégaux et intentionnels sont heureusement rares. En revanche, beaucoup d'impensés, de routines professionnelles ou de normes institutionnelles peuvent conduire sans intentionnalité à des comportements discriminants.

La profession médicale définit sa responsabilité et sa légitimité sur une relation singulière au patient. Les styles de pratique diffèrent selon la conception que chaque médecin a de son rôle dans la société. Certains se limitent à l'acte médical, d'autres s'intéressent aux conditions de vie et d'intégration de leurs patients, d'autres encore pensent leur pratique en termes politiques. Ces attitudes ont pour effet que l'attention portée aux inégalités sociales de santé est variable, or les inégalités et discriminations sont souvent rendues invisibles. Et quand elles sont perçues, elles sont plus pensées en termes individuels, à partir de valeurs humanitaires qu'en termes de solidarité et de contrat social. Dans les rapports des médecins généralistes aux populations précaires¹, le statut social du patient influence moins la consultation que l'affinité du médecin qui sent si la relation peut être de confiance et peut se pérenniser. S'opère

ainsi une sélection qui permet aux médecins de préserver l'idée qu'ils se font de leur métier, mais qui peut renforcer des inégalités d'accès aux soins ou engendrer des refus de soins. On ne peut faire aisément une typologie de médecins qui discriminent ou pas², car beaucoup ajustent leur pratique en fonction d'épreuves vécues face aux patients. La logique humanitaire s'inscrit dans une approche individuelle, une « bienfaisance discrétionnaire ». Pour autant, les idées fausses, les représentations souvent erronées sur la précarité ou les migrants, les préjugés ou la méconnaissance du système de protection sociale ont des effets discriminants.

Une interrogation sur ce que produit la formation des professionnels de santé est nécessaire. La lutte contre les pratiques discriminatoires n'est pas qu'une affaire de conviction, elle demande des connaissances et une réflexion partagée. C'est aussi une affaire de cadre d'exercice, de réseau de partenaires locaux et de connaissance du système. L'exercice pluri-professionnel et l'association des patients permettent de faire face à la complexité de certaines situations, de maintenir le lien social, d'assurer un travail souvent lourd qui s'écarte du soin tout en le permettant. Les systèmes relationnels locaux d'adressage et d'interdépendance entre professionnels (médecins, paramédicaux et travailleurs sociaux) sont aussi des systèmes de normes, une façon de concevoir le mandat social de la médecine sur un territoire.

Services du Comede

www.comede.org ☎ 01 45 21 39 32

■ LES PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES NATIONALES

Permanence téléphonique sociojuridique

☎ 01 45 21 63 12, du lundi au vendredi, 9h30-12h30

Permanence téléphonique médicale

☎ 01 45 21 38 93, du lundi au vendredi, 14h30-17h30

Permanence téléphonique santé mentale

☎ 01 45 21 39 31, mardi et jeudi, 14h30-17h30

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMEROS PAR AN

Abonnement gratuit et annulation par mail à contact@comede.org

■ GUIDE COMEDE, LIVRETS BILINGUE

Diffusion gratuite par Santé Publique France
12 rue du Val d'Osne 94 415 Saint-Maurice Cedex
ou par fax : 01 41 79 67 67 ou par mail : edif@santepubliquefrance.fr

■ CENTRE DE FORMATION DU COMEDE

☎ 01 45 21 39 32

■ CENTRE DE SANTE A BICETRE (94)

Prises de rendez-vous l'après-midi au 01 45 21 38 40
Consultations pluridisciplinaires lundi, mardi, mercredi et vendredi de 8h30 à 18h30, jeudi de 13h30 à 18h30

■ ESPACE SANTE DROIT AVEC LA CIMADE A AVICENNE (93)

Consultations mercredi 9h30-12h30 et 15h-17h30, vendredi 9h30-12h30

Permanence téléphonique : 01 43 52 69 55, mercredi et vendredi, 9h30 - 12h30

■ COMEDE EN REGION PACA (13)

Permanences téléphoniques régionales dédiées aux professionnels

Sociojuridique : mardi 9h30-12h30 au 04 84 89 08 61

Médicale : mardi 9h30-12h30 au 04 84 89 08 62

■ Les activités du Comede sont soutenues par des donateurs privés, et :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et les hôpitaux de Bicêtre et d'Avicenne
- Le ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de la santé (DGS) et Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Le ministère de l'Intérieur, Service de l'Asile et Direction de l'accueil, de l'accompagnement des étrangers et de la nationalité (DAAEN)
- Le ministère de la Ville, de la Jeunesse et des sports, Fonds pour le développement de la vie associative
- L'Agence nationale de santé publique - Santé publique France
- Le Commissariat général à l'égalité des territoires
- Le Sénat et l'Assemblée nationale, réserve parlementaire (cf. liste sur le site du Comede)
- Le Fonds européen asile, migration et intégration
- Les Agences régionales de santé d'Ile-de-France, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Guyane
- La Direction régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale IDF
- Le Conseil régional d'Ile-de-France, Fonds régional pour le développement de la vie associative
- Le Conseil départemental du Val-de-Marne, Direction Départementale de la Cohésion Sociale
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF)
- La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne
- La Caisse de Sécurité sociale de Guyane
- La Ville du Kremlin Bicêtre
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- La Fondation de France, la Fondation Abbé Pierre, le Fonds Transmission et Fraternité
- Aides, le Barreau de Paris, le Secours catholique



Peace wall, Belfast.

L'institution hospitalière, ouverte et sélective

La tension entre la mission d'accueil et une logique bureaucratique et financière met sous pression l'hôpital. Elle ne se réduit pas à une opposition simple entre soignants et bureaucrates. Car l'hôpital, en tant qu'institution, est un système de normes qui s'impose à tous. La médicalisation de l'hôpital a été portée par un projet politique qui visait à placer le progrès médical à la portée de tous et a donné une forte légitimité politique à la modernisation de l'hôpital, en rupture avec l'image dégradée de l'hospice et d'une certaine idée de la pauvreté³. Mais la médicalisation a eu des effets discriminants : des filières « nobles » de patients ayant une valeur médicale ont cohabité avec des filières de relégation sociale ; les « malades de l'hôpital » ont été moins considérés que les « malades du médecin ». Deux principes définissent le rapport à l'hôpital et à son environnement⁴ : d'une part, l'ouverture au nom du principe de solidarité, de « la gestion collective du malheur », mais à condition qu'il s'agisse d'une urgence et d'une pathologie médicalement traitable ; d'autre part, la sélection. Le tri est fonctionnel, il fait partie du métier⁵. Mais les critères de tri peuvent être problématiques. Les sociologues ont étudié la sélection entre bons et mauvais malades aux urgences et ailleurs. Le mauvais malade prend du temps, n'est pas prévisible, fait sortir de la routine, n'est

pas « rentable » (moindre valorisation des actes). Pour gérer la tension entre l'accueil et la performance, les PASS (permanences d'accès aux soins de santé) ont été créées. Ces dispositifs sont complexes et demandent un ajustement continu avec les patients⁶.

La question financière a toujours existé à l'hôpital. Hier les créances irrécouvrables, la gestion de la CMU, les missions d'intérêt général, aujourd'hui la tarification à l'activité et la financiarisation. Mais la quantification de l'activité modifie aussi la nature de l'activité : les soignants sont amenés à interioriser les critères budgétaires et, *in fine*, intègrent le coût de la santé dans leur choix. Cette nouvelle obligation professionnelle pourrait modeler une nouvelle morale hospitalière⁷.

1 - C. De Pauw (2017), *Les médecins généralistes face au défi de la précarité*, Presses de l'EHESP.

2 - C. Despres, P. Lombrail (2017), « *les pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes* », Rapport de recherche pour le fonds CMU et le défenseur des Droits, laboratoire LEPS de l'université Paris XIII.

3 - Cf. encadré « Pour aller plus loin »

4 - Dodier Nicolas, Camus Agnès. L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital. In: *Annales. Histoire, Sciences Sociales*. 52^e année, N. 4, 1997. pp. 733-763.

5 - Lachenal G. et al (2014) *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Paris, PUF, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, N° 6.

6 - Parizot Isabelle (2003) *Soigner les exclus*, Paris, PUF.

7 - Izambert Caroline (2016) « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? » *Agone* 2016/1 (n° 58)

AU-DEVANT DU PARCOURS DU COMBATTANT

Psychiatre à Strasbourg, très engagé auprès de populations marginalisées et souvent exclues des soins, Georges Yoram Federmann est à l'initiative de consultations innovantes, au-devant des patients. Où le soignant devient un allié.

Georges Yoram Federmann, psychiatre.

J'ai toujours fait confiance à mes patients et ce, d'autant plus fermement, que j'avais saisi chez certains de mes maîtres-enseignants une défiance vis-à-vis d'eux. *« Leur témoignage n'est pas assez crédible. Leurs plaintes intarissables et même gênantes s'opposent à la neutralité affective devant présider à l'établissement d'un bon diagnostic. »* À mes yeux, les patients sont les spécialistes – sans pouvoir et avec très peu de crédit – de l'expression de leurs maux et de leurs mots. Ils peuvent nous éclairer, nous leurs soignants, plus encore que leurs manifestations symptomatiques physiques et psychiques, sur le chemin non pas tant du diagnostic que de la bonne distance à établir « face » à eux et à leurs côtés, pour adopter l'attitude d'allié et de compagnon de route sur « leur parcours du combattant ».

Mes premiers patients toxicomanes m'ont enseigné deux principes fondamentaux que j'ai toujours appliqués et qui constituent la structure et l'essence de ma pratique. Le premier est qu'ils ne peuvent pas toujours venir à ma consultation « à mon heure » et que si je veux m'adapter à eux, il est impératif que je les accueille à « leur heure ». Le second est que le patient connaît mieux que le thérapeute les posologies de médicaments propres à le soulager. En conséquence, la prescription finale, fruit d'une discussion, s'inscrit plus du côté de la « demande » du patient que de la proposition initiale du médecin. Chacun de mes patients rejoint ainsi une sorte de collectif où il est appelé à pouvoir soutenir les autres ou à trouver lui-même réconfort, dans le cadre de mon cabinet, ouvert à

tous, « sans rendez-vous ». Chaque patient m'offre aussi un enseignement qui profitera à tous les autres.

Marginalisés et rescapés

D'où l'idée d'élaborer de nouveaux cadres de consultations, en libéral. Ils permettent aux médecins libéraux que nous sommes d'organiser aussi leur pratique hors de leur cabinet et de voir des psychiatres s'inscrire comme généralistes aux yeux « des marginaux » ou comme aides à l'examen d'une dynamique de travail de groupe dans les associations sociales ou les structures socio-humanitaires.

Il s'agit d'être particulièrement attentif aux troubles prédominants que sont le sentiment d'humiliation et d'indignité, et l'insomnie. Ils aliènent le sujet, parfois jusqu'à la sidération, et l'empêchent d'être à l'heure au rendez-vous. Ce qui a pour conséquence, en libéral, de décourager le praticien, qui a tendance à considérer cet « acte manqué » comme une transgression et non comme la traduction paradigmatique d'une douleur morale abyssale. Comme si nous étions incapables de faire le lien entre la douleur des rescapés des camps et celle des traumatisés psychiques modernes (en y incluant nos militaires blessés au combat et notamment en Afghanistan), si semblables à celle des toxicomanes, avant l'heure de la substitution.

Ce qui importe, à certains de ces moments, c'est de retrouver le cadre relationnel et social d'une dignité et d'une humanité perdues, que la seule présence du thérapeute (mais encore faut-il être là où se trouve le

Marginalisé¹ ou lui permettre de se rendre à votre cabinet à « son » heure et non pas à la « nôtre », donc sans rendez-vous) peut restituer. J'ai évoqué régulièrement la dimension quasiment transculturelle de l'expression de la douleur morale ou physique de nombreux concitoyens d'origine étrangère *« qui exercent des activités professionnelles plus exposées aux accidents du travail ou aux maladies. »* Comme le précise le livre *Déchiffrer les inégalités², « dans le BTP [Bâtiment et travaux publics], ce sont les étrangers et notamment les maghrébins qui sont en première ligne. Représentant 10 % environ des effectifs mais plus du cinquième des taux d'incapacité permanente, du fait d'une plus grande exposition aux risques, car l'examen détaillé des chiffres montre qu'à poste équivalent, ils n'ont pas plus d'accidents que les autres »*. Un travail de sensibilisation destiné aux médecins conseils de la caisse primaire, aux experts psychiatres et aux praticiens, sur ces formes d'expression de la maladie, m'a toujours semblé indispensable mais il n'est pas réalisé. Ce qui a toujours exposé ces patients à une appréciation minorée de leurs souffrances et de leurs plaintes.

« Le syndrome de Federmann »

Je me souviendrai toujours du néologisme créé pour l'occasion par un de nos expert-psychiatres, intervenant pour la CPAM, et qui renvoya avec mépris un travailleur de force d'origine marocaine et en fustigeant son « théâtralisme » et sa

recherche de « bénéfices secondaires » en affirmant que cette posture (à l'évidence insupportable pour lui) était fréquente dans la culture « malgrébine ». Contractant « maghrébine » et « Malgré-nous »³.

J'ai pu constater que les plaintes des traumatisés d'aujourd'hui étaient analogues à celles des rescapés des camps. J'ai pu également, au cours des années 2000, développer un diagnostic quasiment sans faille : le « Syndrome de Federmann ». Il suffisait d'être algérien, d'avoir entre 18 et 30 ans, à Strasbourg-Centre (Place Kléber ou Place de l'Homme de Fer c'est-à-dire là où s'effectuent les contrôles d'identité, en plus de la gare) pour porter à 95 % de « malchance » le diagnostic de troubles majeurs post-traumatiques.

Je ramenaient alors l'usager au cabinet pour l'aider à la régularisation dans le cadre d'accompagnement s'inscrivant dans la durée : entre cinq et dix ans, avant d'obtenir une carte de résident. Il s'agissait de célibataires clandestins, démunis, déboutés par l'OFPRA ou renvoyés à l'improbable asile territorial. Très peu parmi eux avaient fait l'expérience de la psychiatrie en Algérie et pouvaient même se représenter ce qu'est un psychiatre. Il s'est agi à l'époque, de leur faire savoir, notamment par le biais du réseau associatif, qu'ils étaient les bienvenus au cabinet.

Georges Yoram Federmann est l'auteur Le divan du monde (Ed. Golias, 2016) et le protagoniste principal du documentaire éponyme (réal. Swen de Pauw, 2016).

1 - Les Marginalisés sont les citoyens de résidence que des causes politiques ou sociales (ou autres) ont poussés vers la marge de la société à leur corps défendant, durablement ou momentanément, grâce aux soins.

2 - Alain Bihr et Roland Pfefferkorn, *Déchiffrer les inégalités*, Paris, Syros, 1999, p.327

3 - L'expression « Malgré-nous » désigne les Alsaciens et Mosellans incorporés de force au sein de l'armée allemande durant la Seconde guerre mondiale.

Vu du Comede

Entre impensés et inhospitalité

Les observations du Comede relèvent deux facteurs majeurs et combinés de discriminations dans l'accès aux soins des exilés : une représentation faussée de leur état de santé et leur délégitimation à être soignés ici.

Pascal Revault et Arnaud Veïsse, directeur opérationnel et directeur général du Comede



Frontière États-Unis Mexique

Les discriminations dans le domaine de la santé des exilé.e.s sont le plus souvent rapportées aux questions d'accès aux soins curatifs, la situation s'étant progressivement détériorée dans ce domaine depuis le début des années 2000. En écartant de la nouvelle Couverture maladie universelle (CMU) les étrangers « sans-papiers », derniers bénéficiaires de l'Aide médicale état (AME), la réforme CMU de 1998 a ouvert la voie à une restriction progressive des droits visant l'ensemble des étrangers résidant en France en séjour précaire, incluant les demandeurs d'asile, dont la réforme Puma représente le dernier avatar.

Face aux refus, retards et restrictions de soins à l'hôpital, le Comede, à travers les permanences téléphoniques nationales et les dispositifs d'accueil en Île-de-France et en région Paca, recueille un certain nombre de situations où le contact direct avec les médecins hospitaliers s'est imposé. Cette documentation, fondée sur des données issues des entre-

tiens avec patients et soignants, et la consultation des éléments médicaux et administratifs, permettent de dresser une certaine typologie du phénomène et des constats partagés.

L'opposition factice entre gestion et accès aux soins

Le paradigme d'une prise en charge médicale « urgente et vitale » semble repoussé toujours un peu plus loin. Ce qui paraît *a priori* comme une intériorisation de règles de bonne gestion au sein de l'hôpital, tout en laissant transparaître une délégitimation d'un étranger « sans droit », rentre pourtant frontalement en conflit avec le cadre déontologique médical inscrit dans le code de santé publique. Il ne s'agit plus de penser « comment soulager les douleurs ici et maintenant ? », « comment éviter l'apparition de complications à moyen terme ? », « comment finalement favoriser l'espérance de vie sans incapacité dans le parcours de vie d'une personne », mais

« quelle est la figure du soin à mettre en œuvre dans une situation de restriction du soin pour cette catégorie de personnes ? ».

Plusieurs processus d'exclusion du soin et de renoncement à de « bonnes pratiques » peuvent se superposer, et sous-entendent souvent la représentation chez nombre de soignants que ces patients étrangers viendraient prélever des soins alors qu'ils en disposent « chez eux », ou encore qu'ils feraient supporter à la collectivité une dépense de soins qui risquerait de priver les « autochtones » d'une précieuse ressource limitée qu'il ne serait pas possible de partager, sans même considérer l'apport des étrangers à la construction de la société. Mais, des formes de résistance à ces représentations de la coupure d'avec l'autre et dans le soin existent, même si elles peuvent parfois se cantonner à contourner les dispositifs de tri instaurés, ou en recréer d'autres. Les interventions du Comede peuvent faire évoluer les pratiques à travers une véritable intermédiation entre praticiens du soin et la réinscription des personnes dans l'accès aux soins. L'éclairage des mécanismes conduisant aux discriminations pourrait aussi bénéficier du développement de travaux sociologiques en milieu hospitalier, comme ceux réalisés par Aaron V. Cicourel sur le raisonnement médical¹, qui ont démontré le poids des cultures de service qui orientent les décisions en matière de soins.

À travers l'expérience du Comede, les discriminations s'observent dans l'ensemble des domaines de la santé des migrants/étrangers, de l'accès aux soins préventifs au non-recours à l'interprétariat profes-

sionnel, de la promotion de soins « spécifiques » pour des patients « différents » (cf. article d'Estelle Carde), à l'élaboration d'actions et recherches en santé publique largement déconnectées des priorités d'épidémiologie médico-psycho-sociale. Ainsi en est-il de la « lutte » contre les maladies infectieuses, qui continuent de mobiliser l'essentiel des discours et des moyens, alors que ces maladies représentent à peine un quart des maladies graves parmi les bénéficiaires du Comede, bien après les maladies chroniques non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer) et les psychotraumatismes².

Les traces de la médecine coloniale

Les stratégies de dépistage de la tuberculose (encore « obligatoire » dans les visites de « contrôle » médical de l'Ofii fin 2017) et du VIH (dont le dépistage est régulièrement évoqué au sein de ces visites de contrôle, ou reste pratiqué sans interprète dans certains services de santé de l'État) témoignent en particulier de la confusion des registres et des objectifs, dans une conception encore largement héritée de la médecine coloniale, oscillant entre protection et contrôle des « étrangers ». La trace de cette médecine coloniale se retrouve encore aujourd'hui dans le corps de certains exilés : les taux de prévalence particulièrement élevés de l'infection par le VHC parmi les migrant.e.s de plus de 60 ans originaires d'Afrique centrale (plus de 20% dans l'observation du Comede)³, trouvent leur origine dans la contamination due aux injections de lomidine dans les campagnes de « traitement [de masse] préventif de la

trypanosomiase », ce traitement sans les mesures d'hygiène et de qualité suffisante de la « maladie du sommeil » étant alors considéré comme « obligatoire pour les populations, et déconseillé pour les Européens » du fait de sa dangerosité⁴.

La lutte contre ces discriminations requiert une véritable appréhension des questions sociales par les soignants, ainsi que la transformation du paradigme du traitement de l'urgence comme priorité d'intervention médicale plutôt que de favoriser l'espérance de vie sans incapacité. Ces éléments ne pourront pas faire l'économie d'une appréhension des mécanismes à l'œuvre en matière de xénophobie dans le soin et plus largement dans la société, y compris à travers la considération de l'histoire du soin dans sa dimension également coloniale, ainsi que d'une transformation des politiques de santé, tant en regard des conditions d'accès aux soins et à la prévention, qu'*in fine* à l'accueil des étrangers.

1 - Le raisonnement médical, Seuil, 2002

2 - Cf. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, septembre 2017

3 - Cf. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, juin 2017

4 - Lachenal G. Quand la médecine coloniale laisse des traces in Les Tribunes de la santé, 2011/4 n° 33 | pages 59 à 66

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31,
78 rue du Général Leclerc
94 272 Le Kremlin Bicêtre Cedex

Tél. : 01 45 21 39 32 - Fax : 01 45 21 38 41
Mél : contact@comede.org
Site : www.comede.org

RÉALISATION :
Parimage

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Arnaud Veïsse

RÉDACTEUR EN CHEF :
Benoît Hervieu-Léger

A ÉGALEMENT PARTICIPÉ
À CE NUMÉRO :
Anne-Marie Chemali

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

Pour aller plus loin

■ Comede, *Rapport d'activité et d'observation 2017*.

■ Fassin D. *L'invention française de la discrimination*., préciser le support de publication. 2002.

■ Lachenal G. *Quand la médecine coloniale laisse des traces, L'épidémie iatrogène de virus de l'hépatite C en Afrique centrale*. Les Tribunes de la santé 2011/4 (n° 33). p. 59-66.

■ Migrations Santé Alsace et ORIV Grand-Est. *Actes du colloque Discriminations dans le champ de la santé : comprendre, prévenir, agir pour plus d'égalité* » ; 2017. Schweyer F.X. *Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences*. Paugam S. (dir), Repenser la solidarité au XXI^e siècle. Paris, PUF, 2007, 723-746.