

# Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes.

Caroline Desprès, Pierre Lombrail

## Présentation de la recherche, des objectifs et des méthodes

Cette recherche répond à une demande du Fonds de financement de la CMU et du Défenseur des Droits. Elle visait à analyser le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU, de l'ACS et de l'AME et plus largement, à explorer d'autres formes de discrimination à l'encontre de patients, qui vivent des situations de pauvreté et/ou de précarité. En effet, la discrimination peut s'exprimer sous des formes multiples, parfois plus insidieuses, dissimulées sous des formes variables de prise en charge, le refus de soins n'en étant que la forme la plus extrême et la plus visible. Elle a été réalisée au sein du laboratoire LEPS de l'université Paris XIII (directeur : Pr Rémi Gagnayre).

La recherche s'est fixé pour objectifs de décrire et analyser les attitudes et les pratiques de médecins et de dentistes au prisme du statut social et de l'origine (ou appartenance) ethnique et culturelle de leurs patients, d'identifier différentes formes de différenciation dans l'accueil et la délivrance des soins, de les qualifier – procèdent-elles d'une discrimination ou non -, d'en comprendre les différentes logiques.

Pour comprendre les logiques qui président aux attitudes et pratiques, nous avons défini plusieurs objectifs intermédiaires :

- Un recueil et une analyse des connaissances et des représentations (de la pauvreté, de la précarité, des différentes formes de protection sociale et des personnes qui en bénéficient) ;
- Une analyse des processus de catégorisation de patients ;
- Le recueil d'une description des pratiques et une analyse des discours de rationalisation et de justification de ces pratiques ;
- Une analyse du contexte institutionnel (notamment les modes de prise en charge financière et de recouvrement des soins).

Nous avons choisi d'explorer ces questions auprès des médecins (spécialistes en médecine générale<sup>1</sup> et autres spécialités) et des chirurgiens-dentistes, dans le cadre de soins ambulatoires et de la pratique dite libérale, du fait de leur rôle privilégié d'orientation et de soin dans le parcours de soin et de santé de nos concitoyens.

Un des fondements de la discrimination est la stigmatisation des individus. La stigmatisation est amorcée par un processus de catégorisation. Un groupe est *désigné* et va subir une séparation symbolique (des uns par rapport aux autres : par exemple *certain patients* par rapport aux autres, pensés dans la différence). Ensuite, éventuellement des stéréotypes, des préjugés, produisant une disqualification, vont être alors attribués au groupe préalablement construit et désigné.

---

<sup>1</sup> Nous les appellerons « généralistes » par la suite, ce qui ne leur dénie pas leur statut de spécialistes de médecine générale.

Le fait de penser certains patients comme *autres* fait le lit d'une discrimination. Deux modes de caractérisation de « l'Autre » ont été identifiés par Estelle Carde (2006) : la délégitimation et la différenciation (de leurs besoins). Cette dernière n'établit pas un défaut de légitimité, des besoins différents justifient de Le traiter différemment. Elle est plus insidieuse. Les deux formes de qualification de l'autre, conduiraient à des pratiques discriminatoires différentes, directes ou indirectes. Nous avons alors particulièrement porté notre attention sur les catégories à l'œuvre en médecine de ville, les pratiques et les contextes qui les favorisent et les effets que ces catégorisations produisent.

## Méthodes

Le choix d'une approche socio-anthropologique était justifié par l'objet de la recherche, la compréhension des attitudes et pratiques de différenciation des soins et la nécessité d'en appréhender la complexité, de saisir des logiques individuelles d'acteurs (matérielles et symboliques) tout en les articulant tant à l'environnement sociétal, institutionnel (organisation des soins, politiques de santé), économique, qu'interactionnel (interaction entre le professionnel de santé et son patient).

Nous avons choisi une méthode par entretiens semi-directifs auprès des praticiens, en essayant de construire un corpus le plus varié possible (âge, genre, environnement, secteur d'activité, région, origine sociale et appartenance culturelle) par une méthode « boule de neige ».

Les praticiens ont été invités à décrire les différentes étapes de la consultation et de la prise en charge d'un patient : accueil, diagnostic, traitement et orientation, information, éventuellement prévention et éducation, réalisation d'un acte technique. Etant donné, la grande diversité de situations cliniques possibles, nous avons cherché plus précisément selon la spécialité des situations concrètes susceptibles de faire l'objet d'une différenciation et permettant d'approfondir et d'ancrer les discours sur des cas précis : annonce d'un cancer (pneumologue, ORL, gynécologue), dépistage de la trisomie 21 (gynécologue), dépistage d'un cancer, etc.

Cinquante praticiens ont été rencontrés, parfois à deux reprises, cinq d'entre eux dans le cadre d'un focus groupe, et répartis comme suit : 10 dentistes, 20 médecins spécialistes, 18 médecins généralistes, dans plusieurs régions. Une dizaine d'entretiens supplémentaires, plus anciens, ont été mobilisés dans l'analyse, réalisés entre 2009 et 2011. Notons que dans ce corpus, nous avons surreprésenté les praticiens que nous avons dénommés « engagés », cherchant à identifier ce qui les anime pour recevoir des patients en situation de précarité, ce qui les protège (ou pas) de représentations stigmatisantes et de préjugés, ce qui les différencie de ceux qui pratiquent des formes plus ou moins caractérisées de discrimination.

### **Limites méthodologiques**

La première limite est inhérente à toute étude sur la discrimination, pratique condamnée à la fois juridiquement, socialement et déontologiquement, celle des difficultés d'accès à des personnes qui la pratiquent. Rappelons qu'il est difficile de mettre en évidence une discrimination au sein d'une consultation qui se déroule « à huis clos », ce qui explique largement que la majorité des études aient été réalisées à l'hôpital.

Seulement quelques-uns des praticiens rencontrés refusent *systématiquement* les bénéficiaires de la CMUc et/ou de l'AME. Les concernant, nous avons complété nos données par des témoignages de praticiens à propos de leurs confrères, donc des témoignages « de seconde main ». Les praticiens qui refusent de manière systématique sont difficiles à recruter pour un entretien. Ce sont souvent des praticiens ayant une grosse activité<sup>2</sup>, donc peu disponibles, et dans un contexte de dénonciation de pratiques de refus de soins peu enclins à rencontrer un chercheur et à en parler.

Plus difficile encore à contourner, une partie des discriminations sont insidieuses, développées inconsciemment par leurs auteurs.

Cette recherche s'appuie sur une analyse de discours. Les explications livrées au chercheur peuvent être pensées comme une manière de justifier attitudes et actes, seulement *une rhétorique*, ou sont élaborées *a posteriori* sur le vif, en lien avec la situation d'entretien face à un chercheur qui interroge leurs manières de faire. Les discours viennent alors mettre leurs actions en cohérence avec leurs représentations et leurs valeurs. Ils ont inévitablement une dimension de construction. Le travail d'analyse visait alors à révéler des tensions, parfois des contradictions, des situations de dilemmes et les manières que les praticiens ont de les résoudre, ainsi que les divers ordres de rationalité. Comme de déceler des enjeux symboliques derrière des pratiques : enjeux de pouvoir dans la relation soignant/soigné, identitaires dans une profession en mutation, recherche de reconnaissance, etc.

Rappelons que la production d'une discrimination nécessite *un traitement différent, une raison illégitime, un résultat défavorable*. Concernant les soins, une prise en charge différenciée est parfois la marque d'une adaptation des soins aux besoins différenciés biologiquement (âge, genre, par exemple) donc légitime, voire nécessaire : elle ne relève pas nécessairement d'une discrimination.

## Résultat 1 : Les processus de catégorisation des patients

La différenciation procède selon deux schémas : par catégories ou en lien avec une situation précise, *incarnée, individualisée*, comme nous l'avons illustré par quelques exemples dans le rapport. Dans ce second cas, elle vise à ajuster la prise en charge au plus près du patient sans appliquer des stéréotypes ou des préjugés. Dans le premier cas, les risques de stigmatisation et de discrimination sont importants.

L'analyse des discours a porté plus spécifiquement sur les représentations des patients dits « précaires » et celles des bénéficiaires de la CMUc, qui parfois se recoupent ou se superposent. La catégorie « les CMUS » apparaît à la fois comme une catégorie opérante dans les discours, qui émerge spontanément, et fortement stigmatisée dans la profession médicale en général.

### ***La construction administrative de la catégorie CMU***

Rappelons que la loi CMU contribue à la construction de la différence en introduisant une prise en charge financière distincte (tiers-payant et tarifs opposables) dont le différentiel est assumé par les praticiens. Au moment de produire les documents qui permettent de bénéficier du tiers-payant ou simplement lors de la lecture de la carte vitale, la situation du patient devient visible. En ce qui concerne la CMUc, elle suppose un

---

<sup>2</sup> En tout cas, c'est l'hypothèse que nous formulons (Bellamy, Mikol, 2012)

revenu familial situé en-dessous d'un seuil (et en-dessous du seuil de pauvreté<sup>3</sup>). Mais la catégorie administrativement construite s'est « enrichie » ... Elle est devenue une catégorie sociale, très opérante dans le milieu médical, peu de praticiens échappant à nommer les patients concernés « les CMUs ».

Plus fréquemment chez les dentistes et les médecins spécialistes, sans caractère automatique et sans que les médecins généralistes ne soient épargnés, la catégorie « CMU » aboutit à la construction d'une différence. Les « CMUs » sont frappés de suspicion, jugés différents. L'étiquetage (labeling) est accompagné fréquemment d'une disqualification. La protection sociale, pourtant attribuée sur des critères socio-économiques, variant au gré des situations souvent changeantes dans le temps, semble leur conférer une nature spécifique (essentialisation) et des comportements distincts des autres, construisant l'altérité. Elle produit également une vision homogénéisante du groupe désigné, pourtant très contrasté.

Une très large majorité des médecins généralistes sont en secteur 1 et donc, en dehors du tiers payant, que certains ont déjà généralisé à une grande majorité de leur patientèle, la prise en charge financière est identique. Pour certains, les bénéficiaires de la CMU sont nécessairement des patients « ordinaires » puisqu'ils constituent la majorité de leur patientèle. Identifiés comme des patients plus fragiles pour d'autres, ils peuvent faire l'objet d'une plus grande attention (parcours de soin, prescription), mais ils sont souvent considérés comme relativement protégés dans l'accès aux soins. Seuls quelques-uns parmi l'ensemble des bénéficiaires de la CMUc feront l'objet d'une telle attention, alors que chez d'autres praticiens leur attention se tournera plutôt vers ceux qui sont au-dessus des seuils (donc moins protégés en termes d'accès aux soins).

Si les représentations dominantes des bénéficiaires de la CMU sont péjoratives, nous nous sommes interrogés sur le contenu et les racines du stigmat.

### ***“Les CMUs” de mauvais citoyens et de mauvais malades ?***

La catégorie « les CMUs » se superpose à celle de la pauvreté, qui n'est pas seulement un état de privation économique mais une situation subjective, qui fait l'objet d'une stigmatisation dans la société : une situation sociale dévalorisée, « être sans », notamment sans emploi, articulée avec un discours sur l'assistance. Transformée dans le cadre médical, le discours sur l'assistantat prend plus la teneur d'un discours sur les dépenses de santé, articulé à la fraude<sup>4</sup> et la surconsommation de soins. Il s'enrichit au passage d'autres significations : les mauvais citoyens sont de mauvais malades. Pour les dentistes, en termes d'hygiène bucco-dentaire, de consultations tardives, souvent dans l'urgence ; pour les médecins, un manque d'observance, des conduites à risque, des conduites d'addiction et leurs conséquences, sur-représentées dans cette frange de la population. Certaines maladies - maladies mentales, sida, tuberculose - ou des handicaps leur sont plus souvent associés (du fait d'une corrélation statistique), qui produisent eux-mêmes une stigmatisation et/ou une discrimination.

---

<sup>3</sup> de même que l'ACS

<sup>4</sup> Alors qu'ils ne connaissent pas les seuils d'attribution de la CMUc, qu'ils pensent que la CMU est rattachée à la situation de chômage, en se fiant aux apparences ou aux dépenses de prestige.

Leurs comportements<sup>5</sup> sont aussi dénoncés par certains médecins : exigeants, revendicatifs (de leurs droits), mal éduqués. Cette mauvaise éducation est évoquée plutôt indirectement, quand les soignants se plaignent de patients qui ne les respectent pas, qui sont en retard et qui n'honorent pas leurs rendez-vous (et ne préviennent pas) ce qui désorganise les cabinets, voire met en péril leur rentabilité. L'éducation est alors entendue non pas en termes de niveau d'études mais de valeurs transmises dans un milieu familial donné.

Quelques praticiens notent un fort taux de patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb dans leurs patients ayant la CMU, ce en fonction des lieux où ils exercent, les implantations de migrants selon les territoires, voire des micro-territoires, ne se faisant pas au hasard mais selon des logiques historiques, économiques.... Ce lien entre origine et précarité (donc CMU)<sup>6</sup> n'est pas souvent énoncé comme tel, sauf pour des médecins généralistes installés dans des banlieues très défavorisées et qui décrivent pour certains, une patientèle en grande part étrangère et pauvre. Le discours « sur la mauvaise éducation » ne va pas jusqu'à faire le lien avec l'origine sociale ou culturelle (sauf exceptions) : explication à peine suggérée, quelques mots au détour d'une phrase, bien vite repris dans le cadre d'un discours autocensuré.

### ***Un contexte institutionnel renforçant les stigmates***

Ces processus qui contribuent à en faire des malades difficiles à soigner, donnant moins de satisfaction en termes de résultats de santé, parfois sur le plan relationnel, sont alors renforcés par les évaluations des pratiques par l'assurance maladie, à la fois parce qu'avec des populations en situation de précarité, les praticiens ont moins de chance d'atteindre les objectifs de santé publique déterminés par l'assurance maladie<sup>7</sup> et verront leur rémunération dans ce cadre réduite (ROSP<sup>8</sup>), ou parce qu'ils risquent de sortir des moyennes attendues du fait de certains profils de population : pathologies vues plus tardivement plus difficiles à prendre en charge, plus complexes, ce qui peut entraîner des notifications (RIAP<sup>9</sup>), ce qui en soi est mal vécu, les pointant comme de mauvais praticiens, parfois accompagnées de sanctions.

### ***Les effets de la « gratuité » des soins : un dispositif en cause***

La supposée nature particulière des bénéficiaires de la CMUc est articulée à un discours sur la « gratuité », l'absence de contrepartie (Desprès, 2010), qui les déresponsabiliserait quant à la consommation de soins et transformerait la relation, dans une logique consumériste. Le dispositif serait alors en cause. Leurs propos sur la gratuité sont ancrés dans une vision libérale qui ne tient pas compte des transferts

---

<sup>5</sup> Les travaux sur la pauvreté montrent à l'inverse que les attitudes et les conduites sont le résultat d'une organisation sociale hiérarchisée, de la répartition des richesses et des politiques de solidarité, parfois d'attitudes défensives en lien avec des expériences antérieures de disqualification, parfois d'humiliations, de discrimination.

<sup>6</sup> Rappelons qu'il y a surreprésentation des minorités dans les catégories populaires.

<sup>7</sup> Ces processus contribuent plus globalement à construire des catégories de mauvais malades (fumeurs, obèses).

<sup>8</sup> Rémunération sur objectifs de santé publique pour les médecins traitants.

<sup>9</sup> Relevé individuel d'activité et de prescriptions qui se réfère aux moyennes départementales sans tenir compte d'un contexte spécifique éventuel qui explique un profil spécifique de clientèle, parfois simplement une activité différente.

sociaux et de la place du médecin de ville (dépenses socialisées) dans l'organisation de la prise en charge de la santé.

La méconnaissance de la protection sociale par un grand nombre de médecins (beaucoup moins les dentistes dans notre étude) renforce les incompréhensions, malentendus, fausses idées, de même que la méconnaissance des conditions de vie des personnes en situation de précarité, affiliés à la CMU ou à l'AME. Nous avons noté en outre que les discours sont alimentés par la rumeur, les expériences subjectives sont partagées entre confrères, renforçant les processus de catégorisation et de stigmatisation.

Ces représentations dominantes dans la profession cohabitent avec d'autres représentations de la précarité et des bénéficiaires de la CMU :

- Des patients qui renoncent aux soins ou recourent tardivement. Le phénomène, de non recours aux droits, émerge dans les discours de quelques professionnels.

- Un discours sur les satisfactions professionnelles que procurent ces patients : « belle médecine », gratitude alors que d'autres catégories de malades sont plus difficiles dans leur rapport au savoir (enseignants, « bourgeois »).

### Retours critiques sur ces résultats

Rappelons que les liens entre pauvreté et santé ont fait l'objet de nombreuses études. Les conditions de vie se répercutent sur la santé tout au long de l'existence, avec des effets cumulatifs. Elles orientent et contraignent les conduites de soins et de santé. Mais aussi, la place des « pauvres » dans la société retentit sur leur rapport aux soins, produisant des formes de distanciation pour certains, voire pour certains d'entre eux une défiance (Desprès, 2011). Cela en fait parfois des patients peu compliants, peu enclins à changer leur mode de vie, qu'ils subissent sans avoir les moyens de faire autrement...

Le fait que certains patients, au parcours migratoire récent, venus de pays où les rapports médecin/patient, les normes de comportements, les codes de bienséance sont radicalement différents est exceptionnellement évoqué, alors que cela pourrait expliquer quelques-unes de leurs attitudes. Mais les médecins pensent plus volontiers en termes individuels que systémiques. L'origine culturelle est plus pensée en termes de croyances et de représentations que de systèmes, d'organisations ou de rapports sociaux.

### ***En creux, ce qui est peu évoqué***

Rares sont ceux qui évoquent les difficultés de prise en charge, la complexité (médical/social), les pathologies plus lourdes (prises en charge plus tardives) en lien avec la *health literacy*, mises en avant par quelques médecins engagés, plutôt niées par les autres.

*La stigmatisation des bénéficiaires de la CMUc apparaît procéder de deux origines, qui parfois se renforcent l'une l'autre, mais chacune peut intervenir isolément.*

Tout d'abord, des préjugés, une hostilité à l'égard d'un groupe tel que les bénéficiaires de la CMU ou les pauvres en général.

En second lieu, la mise en cause du dispositif pour différentes raisons. Certains praticiens peuvent être réticents, hostiles à délivrer des soins aux bénéficiaires de la CMUc (prothèses surtout) ou aux bénéficiaires de l'AME (IVG médicamenteuse) pour des

raisons exclusivement économiques, sans pour autant les concevoir comme « autres », ni comme « une catégorie à problèmes ». Plus souvent, dans la rhétorique, le dispositif participe à la construction des mauvais patients (ce qui rejoint l'hypothèse qui met en cause les bénéficiaires) par la gratuité qu'elle est censée instaurer.

## Résultat 2 : Classification des pratiques

*Dans le champ des soins, plusieurs formes de discrimination peuvent être constatées*

### 1) la discrimination directe<sup>10</sup>

- Eviction de la consultation : le refus de recevoir les titulaires de la CMUc est le plus fréquent, mais concerne aussi ceux de l'AME, des patients séropositifs, porteurs d'une maladie mentale, etc.
- Elle peut porter aussi sur les délais de rendez-vous, le temps de consultation, les conditions d'accueil, le lieu de consultation (consultation privée versus hôpital).
- Un abaissement des normes de prise en charge : exploration diagnostique moins poussée, moindre information, orientation et traitements différents, moindres propositions en termes de prévention.

**2) la discrimination indirecte** aboutit à l'éviction de certains profils de patients (sans intention initiale de discriminer)

- Par les modes d'organisation : modalités de prises de rdv par téléphone (système automatique) ou internet, par exemple.
- Par les modes de paiement et les tarifs pratiqués.

*Les pratiques de refus de soins ne sont pas univoques. Esquisse de typologie.*

Le refus épouse des formes multiples, son sens n'est pas univoque. Son caractère illégal n'est pas automatique. Nous en proposons une typologie.

**Refus primaires<sup>11</sup> : avant la rencontre** : il s'agit d'un refus de recevoir, lors de la prise de rendez-vous (par téléphone), ou quand le patient se présente au secrétariat.

Les refus peuvent être :

- *Systématiques* pour une catégorie donnée (bénéficiaires de la CMUc, de l'AME), *ou pas* : en fonction de la disponibilité du patient (heures creuses), de son mérite... ;
- *Explicites* : refus énoncés clairement (plus ou moins argumentés) ;
- *Masqués* : en proposant un délai de rdv très tardif visant à décourager le demandeur<sup>12</sup> ;
- *Implicites* : en proposant des conditions que ne peuvent pas remplir les individus (ou le groupe visé).

---

<sup>10</sup> cf rapport pour les définitions.

<sup>11</sup> Primaires en référence à l'accès aux soins primaire (professionnels de premier recours) et secondaire (après orientation).

<sup>12</sup> à distinguer des situations où le délai de rdv est long pour tous les patients.

Cette dernière situation mérite une attention toute particulière, d'autant qu'elle est fréquente. Le médecin refuse d'appliquer les conditions spécifiques de paiement pour les bénéficiaires de la CMU : refus du TP (tiers-payant) et du tarif opposable (application de dépassements d'honoraires). Il ne refuse pas à proprement parler de le recevoir, de le soigner, mais refuse d'appliquer la loi. Cette pratique est **illégale**. Cette situation est apparentée à un refus de soins (et considérée comme telle dans les testings). Il y a discrimination indirecte, du fait de proposer des conditions telles que la majorité des bénéficiaires de la CMUc ne pourront les remplir : faire l'avance de la consultation et payer éventuellement des dépassements d'honoraires. Le non-respect du tiers payant, l'application de suppléments illégaux, ne visent pas nécessairement à décourager le patient, car les tarifs demandés vont rejoindre ceux qui sont appliqués aux autres patients mais ils les découragent de fait, ces patients n'ayant généralement pas les moyens de payer de telles sommes.

Le praticien peut réorienter ou non le patient, parfois sur sa propre consultation publique, accepter seulement les urgences, dans une approche restreinte de la loi.

### ***Des raisons légitimes...***

Le refus de recevoir parce que le médecin n'a pas de disponibilité est considéré comme une raison légitime et n'est pas illégal (sauf en cas d'urgence). Dans des régions sous-dotées, et afin de garder des délais de rendez-vous acceptables pour leurs patients habituels, certains médecins refusent d'accueillir de nouveaux patients. Cette raison est aussi considérée comme légitime. Cependant, elle produit une discrimination indirecte des nouveaux arrivés sur un territoire.

Des pratiques sont parfois mises en œuvre de manière à assurer le bon déroulement des activités de soins et la rentabilité du cabinet, comme une éviction des patients après un nombre donné de rendez-vous non-honorés sans prévenir. Elles concernent parfois tous les patients et apparaissent légitimes. Cependant, des praticiens sont moins tolérants quand le patient a la CMUc ; il y a discrimination quand le « contrat » oral diffère selon le statut social, administratif ou pour toute autre raison.

### **Refus secondaire : alors qu'il y a rencontre entre le soignant et le soigné**

A l'étape suivante, le patient est reçu mais certains soins lui sont « refusés » (ou non proposés alors qu'ils seraient indiqués médicalement) : le cas le plus fréquent concerne les prothèses dentaires. Certains médecins refusent de pratiquer certains types de soins dans leur cabinet de ville et redirigent les patients vers l'hôpital.

### **Rupture du contrat de soins**

Des situations sont régulièrement pointées : des praticiens mettent fin à la relation, pour des raisons individuelles, en général une incompatibilité de tempérament, ou quand le médecin a le sentiment de ne rien apporter au patient. Un patient peut être alors invité à ne plus revenir en lui proposant de l'orienter vers un confrère, parfois la rupture peut être plus brutale. Ces cas, qui parsèment les carrières individuelles, apparaissent légitimes, voire nécessaires quand la relation ne fonctionne pas, à condition qu'il soit mis fin à la relation dans les règles déontologiques. Ne pas mettre fin à une situation bloquée serait nier la dimension relationnelle du soin. Pour autant, la dimension sociale ou culturelle peut participer du dysfonctionnement d'une relation ou de résultats cliniques décourageants. Pour les praticiens rencontrés, ces ruptures restent généralement quelques cas isolés dans une carrière.



Des situations graduées se présentent, qui ne sont plus des refus mais constituent un intermédiaire entre un accueil ouvert et non sélectif des patients et un refus : des soins réalisés sous conditions ou selon le mérite<sup>13</sup> du patient. Elles sont parfois difficiles à qualifier, rendant compte des ambivalences et des dilemmes que rencontrent certains médecins face à des valeurs contradictoires (entre rentabilité et éthique du soin).

Au-delà des situations de refus, des stratégies de contournement ont été repérées, mises en place volontairement ou non, qui permettent *en toute légalité* :

- de choisir ses patients (en évitant les plus pauvres),
- de ne pas rendre de comptes à l'Assurance Maladie en pratiquant des soins non soumis à des réglementations, des tarifs opposables (implantologie, par exemple, orthodontie), médecines alternatives hors du panier de soins de la CMU.

Les choix ne sont pas toujours liés à une logique de sélection de la patientèle sur des critères économiques. Le choix du quartier, de la ville, de l'environnement, joue un rôle majeur et constitue un moyen très efficace de sélectionner socialement ses patients du fait d'une ségrégation sociale territoriale. Cependant, d'autres facteurs entrent en ligne de compte dans les parcours professionnels et dans les choix du lieu d'installation, sans que le praticien maîtrise toujours l'environnement socio-économique au moment de cette installation. Un quartier peut évoluer, un centre d'accueil ou d'hébergement peut amener au cabinet des patients que l'on n'attendait pas... Au-delà de ceux qui sont en-dessous du seuil de pauvreté (CMU et ACS), il faut noter une sélection « naturelle » de la patientèle par l'argent lorsque sont appliqués des dépassements très élevés.

### **Résultat 3 : comprendre les logiques du refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMUc**

Les refus de soins apparaissent multidimensionnels, facilités par la catégorisation des patients, dont l'éviction est alors facilitée par un processus de délégitimation et de disqualification (cf représentations) et/ou de différenciation (les soins des pauvres relèveraient des centres de santé ou de l'hôpital, non du secteur dit libéral).

Des représentations stigmatisantes des bénéficiaires de la CMU circulent dans le milieu médical, même chez des praticiens qui les reçoivent, nous l'avons dit. Préjugés, stéréotypes contribuent à légitimer des pratiques de refus, souvent mises en œuvre pour d'autres motifs. Des positions racistes ou élitistes peuvent être aussi la source de certains refus, rarement avouables en entretiens et autocensurées. Les préjugés sont renforcés par le manque de connaissances des praticiens concernant le système de protection sociale, et notamment, la CMU et l'ACS. Pour une proportion moindre de praticiens (qu'il reste à quantifier et plus fréquemment des généralistes), les titulaires de la CMUc sont des patients comme les autres.

Des logiques ou intérêts individuels percutent des logiques structurelles (rapport avec les caisses, tarification, environnement et organisation du système de soins...).

#### **La dimension économique et ses multiples facettes**

##### ***Des enjeux variables derrière le coût des soins***

---

<sup>13</sup> En référence à la valeur morale de leur patient, notamment des efforts qu'il déploie pour affronter ses difficultés, ou de la responsabilité (que le professionnel lui attribue) quant à sa situation

Les revenus attendus des médecins et dentistes<sup>14</sup> vont déterminer des choix de pratiques et d'organisation en termes de secteur, tarifs, dépassements, temps de consultation, nombre de patients en tarifs opposables (selon le quartier, l'existence de quotas), durée de travail. La dimension économique, pour évidente qu'elle paraisse pour expliquer des refus ou plus largement des comportements discriminatoires (réduction du temps de consultation, par exemple), s'articule autour de plusieurs enjeux. Les discours mettent en avant la rentabilité, qui pourrait masquer chez certains une logique de recherche de profit, la qualité des soins qui nécessairement a un coût mais serait aussi une rhétorique, c'est-à-dire une justification de pratiques à visée financière pour une part d'entre eux, une demande de reconnaissance<sup>15</sup> non déconnectée des tarifs consentis.

Il serait erroné de poser une démarcation entre des praticiens gouvernés par des intérêts financiers, une logique de profit et d'autres qui seraient plus altruistes. Il le serait tout autant de départager médecins du secteur 1 et du secteur 2 (avec dépassements d'honoraires), sachant que certains médecins en secteur 1 peuvent trouver leur compte à recevoir les bénéficiaires de la CMU « à la chaîne » et/ou multiplier indument les actes. Notons que les praticiens de secteur 2 peuvent gagner moins au final que leurs confrères du secteur 1 (charges sociales plus lourdes), selon le temps de consultation et le niveau du dépassement. Or le temps accordé au patient est relié à la qualité des soins, un temps pour écouter la demande, comprendre la situation du patient, examiner, donner des explications, éduquer, etc. ; un confort et une qualité de vie pour le praticien également.

### ***Le contexte de tarification***

Les logiques de tarification jouent un rôle considérable. En dentaire, les tarifs des soins conservateurs sont sous-évalués et les chirurgiens-dentistes trouvent leur équilibre budgétaire en réalisant des soins prothétiques dont les tarifs sont libres (1/3 des actes, 2/3 des revenus pour ces derniers). Or, la tarification des prothèses dans le cadre du panier de soins de la CMUc est jugée insuffisante (non revalorisée depuis 2006), en dessous du prix du marché par certains, ce qui les amènerait à « travailler à perte » pour ces patients et mettrait particulièrement en péril la rentabilité des cabinets dentaires, dès lors que le nombre de patients en bénéficiant atteint un certain pourcentage de la clientèle. Cela est d'autant plus problématique que, en moyenne, les patients en situation de précarité ont tendance à nécessiter des soins plus lourds<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Les revenus des médecins dépendent de plusieurs facteurs : charges, nombre d'actes (en lien avec temps de consultation et heures de travail), tarifs de l'acte (opposables et non opposables), recouvrement des consultations en tiers-payant, temps de travail. Les charges varient selon les spécialités, certaines demandant des investissements technologiques importants, ne serait-ce que pour répondre aux normes d'hygiène, de sécurité, de qualité en vigueur. Les charges varient aussi en fonction du lieu d'installation. Les logiques de tarification valorisent les actes techniques, plutôt que le soin dans sa dimension humaine et relationnelle.

<sup>15</sup> Le coût d'un acte de soins a aussi une valeur symbolique par rapport à d'autres objets matériels et symboliques, les revenus disent la place dans la hiérarchie sociale, une place qui n'est plus compensée par les avantages symboliques du statut social et du prestige de la profession médicale (selon le ressenti de nombreux -médecins).

<sup>16</sup> Les refus en dentaire sont également plus problématiques dans la mesure où l'offre alternative (publique) est restreinte, seulement 9,6 % des chirurgiens-dentistes sont des salariés ; dans les centres de

De manière générale, et c'est le cas aussi pour certains actes médicaux, les risques de refus sont d'autant plus importants que les actes sont sous-cotés par rapport à ce qui est estimé comme leur juste valeur et plus susceptibles de faire l'objet de dépassements d'honoraires, non applicables aux bénéficiaires de la CMUc.

Les difficultés à recouvrer le remboursement des soins délivrés aux patients bénéficiant du tiers payant par les caisses d'assurance maladie et/ou les organismes complémentaires renforcent ces manques à gagner, ou irritent les professionnels qui se disent que les organismes de protection sociale ne jouent pas le jeu. Certains de ce fait demandent au patient de faire l'avance et de se faire rembourser, afin de sécuriser le règlement de la consultation ou du soin prodigué. Les difficultés de remboursement sont particulièrement notables quand il n'y a pas télétransmission (donc notamment pour l'AME) mais aussi pour les praticiens non équipés de dispositif de lecture de la carte vitale (ce qui relève d'un choix).

### ***Des attitudes de refus paradoxales***

Notons que les risques d'impact sur la rentabilité d'un cabinet (notamment dentaire) sont d'autant plus importants que le nombre de patients ayant la CMU (donc susceptibles de consulter) est important sur le territoire. Or c'est plus souvent dans les quartiers les plus favorisés que les refus systématisés sont les plus importants, ce qui paraît contradictoire. C'est alors la peur qui explique des refus plus qu'un risque d'impact réel sur la rentabilité, en s'appuyant sur des croyances qu'en acceptant un patient, c'est une « filière » de patients précaires (en tiers payant et tarif opposable) qui risque de déferler. Chez d'autres, cela viendrait de la pression des autres patients du cabinet dans des quartiers très favorisés, hostiles à la mixité sociale, pour sauvegarder un « entre soi ».

### **Valeurs, éthique**

Les discours sont imprégnés de références à la déontologie médicale et à des valeurs humanitaires qui ont souvent motivé le choix professionnel. Cependant, elle prend des formes diverses : idéal de charité, d'humanisme, plus rarement une dimension politique de justice sociale, de lutte contre les inégalités. En dehors de quelques praticiens « engagés », et formés pour certains à la question des inégalités (leur nombre n'ayant aucune valeur de représentativité mais procédant d'un choix méthodologique), la plupart ont une vision de la prise en charge des plus pauvres en termes de charité plutôt que d'équité, de justice sociale. Or, l'éthique, les valeurs humanitaires, compassionnelles, viennent se heurter à des espérances de gain, des attentes de confort dans l'exercice, de qualité de vie, de besoins.

### **Des patients boucs émissaires de la relation avec les pouvoirs publics**

Ces éléments explicatifs doivent aussi être remis en perspective avec un contexte plus global, à la fois institutionnel et sociétal.

Les discours sociétaux ne sont pas sans impact sur la construction de préjugés et de stéréotypes, comme ceux qui courent sur les « pauvres », « les précaires », mais aussi la construction d'une politique d'accès aux soins qui sépare les Etrangers, selon leur statut administratif (avec ou sans papiers) et ouvre des droits distincts, ce qui ne peut que

---

santé, ils gardent souvent un statut libéral alors qu'en médecine la répartition est plus équilibrée, environ 60/40 en faveur du secteur libéral versus salariés exclusifs.

conforter une prise en charge différenciée de ces derniers. Ou encore les discours sur les dépenses de santé, le déficit de la sécurité sociale et les stigmates de plus en plus fréquents associés à des maladies (obésité) dont ceux qui en sont atteints sont considérés comme responsables, dans le cadre de l'idéologie de « victim blaming ».

Les relations historiquement difficiles entre médecins et pouvoirs publics sont aussi à prendre en considération, d'autant qu'elles se sont encore accusées récemment. Depuis 20 ans, s'accumulent des dispositions qui visent à contrôler les praticiens dans le cadre de la mise en place d'une maîtrise comptable de leur exercice. Ces effets sont particulièrement sensibles depuis les ordonnances Juppé de 1996 qui ont entraîné la mise en place d'instruments de mesure de la pratique professionnelle (Tabuteau, 2010). Ces mesures très normatives ne tiennent pas compte des profils de patientèle et peuvent amener à pénaliser les médecins recevant des patients plus pauvres, parfois plus malades, dont la prise en charge est plus complexe. Certains praticiens ont relaté des formes de harcèlement, qui semblent variables selon les départements et sont très mal vécues. Certaines caisses incitent des praticiens à réduire leur activité (i.e. le coût) alors qu'ils sont installés dans des zones sous-dotées. Des logiques budgétaires viennent percuter les logiques médicales, la réduction des coûts ne rimant pas avec la qualité des soins.

L'érosion du prestige qui auréolait leur profession, qui se ressent dans leur rapport avec leurs patients, conjuguée à un bras de fer avec les pouvoirs publics et l'assurance maladie, contribue à un mal-être de la profession. Le patient ayant la CMU occupe parfois une place de bouc émissaire. Il y a également manifestement une dimension symbolique dans le refus de la CMUc, notamment dans sa variante de refus du tiers-payant. Bien-sûr, certains cherchent à s'affranchir de tâches administratives (un temps qui s'ajoute dans le calcul financier), mais surtout refusent ce lien de dépendance avec l'Etat construit par le tiers-payant.

La complexité de la question du refus de soins réside bien dans ces enjeux contradictoires et une ambivalence d'une partie des médecins. Ainsi, peut-on donner du sens à certaines attitudes paradoxales, une réponse à des dilemmes, que certains praticiens puissent refuser la CMUc et réaliser des actes gratuits ou faire des missions bénévoles temporaires à l'étranger.

#### **Résultat 4 : Les pratiques de différenciation des soins**

Au-delà du refus de soin, différentes formes de discrimination dans l'accueil et la prise en charge d'un patient ont été repérées. Parfois évidentes, parfois plus insidieuses, parfois difficiles à qualifier.

#### **Faut-il traiter tous les patients de manière identique ?**

En préalable, nous avons relevé l'existence d'un discours normatif, - sur le fait qu'il faudrait prendre en charge tout le monde de la même manière -, en référence à la déontologie, à l'éthique. Peu de praticiens en première intention considèrent que, à l'inverse, il ne faut pas « traiter » tout le monde de la même façon. Ces discours sur la nécessité de traiter « de manière identique », interprétés à la lettre, apparaissent une défense contre le risque de discrimination, condamnée par la déontologie. Notons que dans d'autres contextes, dans d'autres lieux, il n'est pas rare d'entendre un médecin défendre que chaque cas est singulier. Mais les recommandations de bonnes pratiques,

les pratiques de contrôle et d'évaluation fondées sur des normes et des moyennes favorisent certainement une tendance à la standardisation des soins.

Cette standardisation des soins est loin d'être effective. Quand on analyse dans le détail des pratiques, des situations concrètes, on met en évidence facilement la variabilité et la différenciation. Alors qu'un patient est jugé (à tort ou à raison) en situation de précarité, de difficulté économique ou sociale, parfois aussi psychique, des questions ne sont pas abordées, l'exploration diagnostique moins poussée, le traitement simplifié... Le médecin montre un agacement, malmène le patient qui n'a pas suivi son régime diabétique...

Deux formes « d'idéal-type » émergent : ceux qui considèrent ne pas différencier leurs pratiques et pensent que c'est la bonne façon de procéder et ceux qui au contraire jugent qu'il faut le faire et ont développé des arguments pour le justifier.

### **Les prises en charge en fonction de l'appartenance sociale (supposée) du patient**

*Des praticiens déclarent ne pas tenir compte de la situation sociale dans le soin prodigué ou de son origine*

En préalable, notons qu'un certain nombre de praticiens au mieux sous-estiment les difficultés de leurs patients, ou n'en comprennent pas bien la portée (qui n'est pas qu'économique) parfois ne connaissent pas la situation sociale du patient, ils traitent la maladie pas le malade.

D'autres *font le choix* de l'ignorer autant que faire se peut, ce qui peut amener à ne pas interroger sur le métier, la situation relative à l'emploi, l'origine géographique pour éviter des dérives contraires à l'éthique, ou quand ils détiennent de telles informations cherchent à ce qu'elles n'influencent pas leurs décisions cliniques. Certaines spécialités se prêtent plus à une approche standardisée, ou routinisée, notamment celles délivrant majoritairement des soins techniques.

*Des praticiens qui prennent en compte la dimension sociale et culturelle*

D'autres cherchent au contraire à l'évaluer pour l'intégrer dans leur prise en charge<sup>17</sup>. Certains médecins (notamment en médecine générale) considèrent par exemple que le métier, l'emploi occupé sont des informations essentielles dans une prise en charge globale. Selon le contexte, la spécialité, la maladie, ces informations ont une pertinence sur le plan clinique, parfois non.

Selon le statut social ou culturel du patient, diverses formes de différenciation émergent alors :

*Ajustement du tarif* (niveau de dépassement) concernant essentiellement les médecins spécialistes appliquant des dépassements (sur des critères souvent subjectifs).

*Attention plus grande/accompagnement du parcours de soins concernant plutôt les généralistes* : surtout orientation vers des spécialistes sans dépassement/ coups de fil pour vérifier qu'ils seront bien reçus (et non refusés), éventuellement orientation vers les droits, aide dans les démarches.

*Adaptation du discours au niveau de compréhension, aux capacités d'appropriation.* Cet aspect est de manière assez étonnante peu mis en avant dans les discours, ce qui

---

<sup>17</sup> [Ces évaluations sont parfois très subjectives et erronées.](#) Ces éléments sont développés dans le rapport.

nous amène à nous interroger : y a-t-il déni ou méconnaissance de difficultés rapportées par la littérature (health literacy) ou est-ce un effet du discours afin d'éviter une stigmatisation des plus pauvres ?

*Adaptation des normes de prises en charge* prenant parfois la forme d'un *abaissement de ces normes*, des soins moins performants, voire une *restriction des soins proposés*.

### Quelles sont les raisons ou les logiques d'une restriction des propositions de soins ou d'un abaissement des normes ?

- Le souci de rentabilité, phénomène assez invisible, pointé ici et là, qui concerne plutôt les spécialistes et certains actes selon leur niveau de cotation et de manière majeure les soins prothétiques en dentaire, pour les bénéficiaires de la CMUc.

- Une anticipation de refus (du patient) en lien avec les représentations de la santé et de la maladie (sans que le clinicien ne les ait explorées et qui relèvent alors de préjugés) ; une restriction des soins par anticipation d'échecs, notamment dans le domaine de la prévention ou de l'éducation thérapeutique.

- L'adaptation des soins à la situation économique (éviter les médicaments non remboursés, propositions variables en dentaire selon la protection sociale et les ressources) et aux conditions de vie (en termes d'alimentation, de rythme de prise d'un médicament, d'hygiène...) :

- en fonction des priorités de vie dans une approche du soin globale (protéger l'emploi, par exemple, ou privilégier la construction de la parentalité à l'allaitement au sein), en discutant et négociant avec le patient ;
- dans un souci de préserver la relation, de se donner du temps aussi (réconcilier avec la médecine comme objectif premier) ;
- Certains soins ne sont pas proposés (ni discutés), considérés comme inadaptés (ressources intellectuelles, linguistiques, par exemple mais aussi conditions de vie).

- Le médecin est surchargé, fatigué, d'une certaine manière se ménage, se décourage parfois du fait d'échecs précédents avec d'autres patients. La différenciation des soins peut être indépendante du profil du patient mais les plus fragiles en subissent plus les conséquences.

- Le cadre de la consultation n'est pas adapté (demande en urgence ou dans l'immédiateté difficile à transformer en une opportunité de faire passer des messages).

- La peur de stigmatiser qui amène à éviter d'aborder certains sujets (obésité par exemple) ; l'empathie devient un *frein* à poser certaines questions.

Chez ceux qui considèrent ne pas différencier, il peut y avoir une volonté de le masquer au chercheur, mais aussi à leurs propres yeux, parfois une absence de conscience de ce qu'ils font. En tous cas, il nous paraît peu probable que ceux qui développent des préjugés et des stéréotypes sur les patients bénéficiant de la CMUc puissent toujours



leur proposer des soins de même qualité<sup>18</sup>, malgré un discours fréquent allant dans ce sens. Au minimum, la différenciation pourrait se faire non sur l'acte mais « autour » de l'acte, des explications moindres, des discours désagréables, des horaires moins arrangeants. Même si le médecin se garde de partager ses jugements, le patient peut les percevoir derrière des intonations, des non-dits. Ce qui ne sera pas sans incidence sur l'implication du patient dans ses soins.

Ignorer les difficultés du patient n'est pas sans conséquence sur les inégalités sociales de santé, -par omission (Lombrail, 2005)-, mais en tenir compte peut entraîner des pertes de chance (anticipations négatives) et peut créer une discrimination, malgré de bonnes intentions. Le résultat sera favorable si le praticien se prémunit d'anticipations négatives et continue à proposer le meilleur soin et négocie avec le patient ce qui est possible pour lui.

### Les différenciations concernent aussi la dimension relationnelle.

Les patients font l'objet de différentes formes de catégorisation, des catégories construites souvent autour de leur comportement, « les patients pénibles » ou irrespectueux, mais aussi « les ingrats<sup>19</sup> », dans la mesure où ils mettent les médecins dans une situation d'insatisfaction ou d'impuissance, professionnellement, et qui renvoie à la catégorie des « mauvais patients »<sup>20</sup>. Mais ces aspects s'entremêlent. L'impuissance n'est pas liée nécessairement au patient mais à sa pathologie, pathologie à laquelle il est parfois réduit et dont il est rendu responsable. Certains fuient, évitent ces patients. Ce type de catégorisation croise les catégories sociales et culturelles. L'échange sera moins satisfaisant si le malade parle mal le français, voire pas du tout. Le patient d'une autre culture (extranationale, régionale) met mal à l'aise certains médecins qui n'arrivent pas à décoder les formes d'expression. Quand il est plus difficile à traiter car plus souvent, il a tardé à consulter, parce que ses conditions de vie rendent la mise en œuvre d'un traitement plus délicate, voire impossible : conditions d'asepsie à domicile, logement trop exigü pour du matériel technique, difficultés économiques d'accès à une alimentation adaptée, etc.

## **Conclusion**

Si des études sociologiques et anthropologiques ont été menées sur la pratique médicale de ville, encore que moins nombreuses qu'à l'hôpital, peu d'entre elles ont pris comme objet la discrimination dans les soins. Cette recherche propose un point de vue « général », en posant les jalons pour une compréhension des questions de différenciation dans l'accueil et la prise en charge de patients en situation de précarité. Chaque secteur de soins mériterait une analyse spécifique. La profession médicale s'est construite différemment de la profession odontologique. Les problématiques en médecine générale se distinguent de celles qui président dans les autres spécialités. Les

---

<sup>18</sup> Cela pourrait être vrai pour des soins techniques. Dans le cas d'un acte technique, le praticien développe une façon de procéder, une routine de gestes successifs, agencés entre eux. Faire différemment ne serait pas sans coût, moral, temporel... voire sans risque.

<sup>19</sup> Dans le sens d'un travail ingrat, qui exige beaucoup d'effort, sans résultats appréciables (Larousse).

<sup>20</sup> La compréhension des processus qui rendent difficile voire impossible l'observance, la continuité des soins pour certains patients, qu'ils soient liés aux conditions de vie, au parcours du patient, ou simplement aux modes d'interaction et de communication, pourrait probablement éviter une partie de ces difficultés menant parfois à des ruptures.

questions qui se posent pour le diagnostic ne sont pas les mêmes que pour l'éducation thérapeutique ou la prévention. Il s'agit donc d'un premier état des lieux qui méritera des approfondissements. La recherche elle-même donnera lieu à des prolongements, approfondissements, en s'appuyant sur le matériel recueilli qui n'a été que partiellement analysé à ce stade, et au développement de réflexions avec différents partenaires pour lancer des pistes d'action.

Malgré un objet de recherche centré sur la discrimination, nous avons cherché à l'articuler avec la question des inégalités sociales de santé. Ainsi, la non prise en compte d'une difficulté sociale, ou simplement l'ignorance de son existence, peut remettre en cause l'efficacité d'un soin prescrit, même si celui entre dans le cadre des recommandations et des normes en vigueur. Les conditions d'existence peuvent rendre difficile son observance. Du fait de la méconnaissance des capacités du patient à s'approprier le discours, le contenu d'une consultation et les conseils et prescriptions afférentes, le médecin ne va pas ajuster son discours au niveau du patient qui ne saisira pas les enjeux. Cette dimension est niée ou méconnue, alors qu'elle est plus importante pour les patients en bas de l'échelle sociale, sans que cela soit systématique. On voit que la question de la différenciation des soins doit être abordée et analysée dans ces dimensions multiples et la discrimination des soins, ne peut être pensée isolément. La non prise en compte de la situation sociale du patient, qui est le meilleur moyen théorique pour éviter une discrimination sociale, n'est pas forcément l'objectif à atteindre. Et l'empathie que ressentent certains praticiens très engagés dans des situations de précarité peut aussi être un piège et créer une baisse des normes de prise en charge, parfois seulement temporaires mais pas toujours.

Quant à la catégorisation, si nous avons montré ses effets délétères, qui restent un risque, elle n'aboutit pas automatiquement à une discrimination, mais peut être simplement le premier temps de la construction d'une relation singulière avec le patient.