Zeitschrift: Tsantsa : Zeitschrift der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft = revue de la Société suisse d'ethnologie = rivista della Società svizzera d'etnologia

Herausgeber: Schweizerische Ethnologische Gesellschaft

Band: 25 (2020)

Artikel: Repousser pour soigner? : Logiques de tri de personnes non assurées en Suisse et pratiques d'externalisation des soins vers la France

Autor: Roduit, Sabrina

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1007735

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

REPOUSSER POUR SOIGNER?

Logiques de tri de personnes non assurées en Suisse et pratiques d'externalisation des soins vers la France

Sabrina Roduit

Mots-clés : *non-recours, inégalités de santé, assurance-maladie, tri des patient·e·s, externalisation des soins, transfrontalier*
Keywords: *non-take-up, health inequalities, health insurance, triage of patients, healthcare outsourcing, cross-boarder*

En Suisse, malgré un système de santé basé sur une assurance-maladie obligatoire, des dizaines de milliers de personnes ne s'y trouvent pas affiliées (Plate-forme nationale pour les soins médicaux aux sans-papiers 2012). Ce sont en majorité des personnes migrantes « sans-papiers», d'autres originaires de l'Union européenne mais sans permis de séjour, ou encore des Suisses en situation très précaire. Cet article vient interroger les pratiques de tri de patient·e·s non assuré·e·s dans l'institution hospitalière genevoise, où existe un service offrant à ces personnes un accès aux soins de type assistanciel. Ces pratiques de tri résultent, pour partie, de mécanismes de catégorisation opérés par le personnel de santé (Lachenal et al. 2014). Certaines personnes sont prises en charge, partiellement ou totalement, par l'institution hospitalière ; d'autres se voient conseillées, encouragées à chercher des soins hors du territoire suisse, dans leur pays d'origine ou le pays le plus proche, à savoir la France. Les parcours de soins transfrontaliers sont ainsi loin d'être un phénomène anecdotique. Au vu de la configuration géographique particulière du canton de Genève, enclavé en majeure partie dans le territoire français, le passage de la frontière apparaît comme une pratique courante à la suite d'une impossibilité de soins sur le territoire suisse. Justifiée tantôt par le droit (des droits seraient « ouverts » en Europe mais non en Suisse), tantôt par la fustigation d'une forme précaire de « tourisme médical », cette pratique présente des conséquences sur le recours aux soins des personnes non assurées.

Une enquête qualitative auprès de personnes non assurées et de soignant·e·s

Les résultats présentés ici sont issus d'un travail de thèse en cours[1]. Cette recherche qualitative inclut une trentaine d'entretiens semi-directifs approfondis et des observations ethnographiques, réalisés dans des centres de soins et dans des structures d'accueil social pour personnes en situation de précarité à Genève et en France (Haute-Savoie). Elle croise une analyse des

[1] Thèse de doctorat en sociologie intitulée « Aux frontières de l'accès aux soins. Pratiques de tri et parcours de vie de personnes sans assurance-maladie à Genève », dont la soutenance a eu lieu le 27 mai 2020.

discours et des pratiques de recours aux soins de personnes sans assurance-maladie de base en Suisse, ayant des profils diversifiés, avec ceux de professionnel·le·s de santé (infirmiers·ères, médecins, assistant·e·s social·e·s). Cette recherche vise à mettre en lumière les mécanismes légitimant un accès à une prise en charge médicale ou l'excluant, ainsi que les solutions alternatives mises en œuvre lors d'un déficit de prise en charge médicale sur le canton de Genève.

Renvoyer les patient·e·s vers le système de soins français

Depuis 1996, le système suisse de santé est légalement basé sur une couverture médicale obligatoire impliquant l'affiliation à une caisse d'assurance-maladie pour toutes les personnes résidant depuis plus de trois mois dans le pays, y compris celles en situation irrégulière (sans-papiers) ou sans domicile fixe. Dans le système fédéral suisse, ce sont les cantons qui ont la responsabilité d'organiser cet accès aux soins, via l'assurance-maladie, pour l'ensemble de leurs résident·e·s (Greber 2010). La littérature souligne des inégalités d'accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie, selon les cantons (Regamey et Gafner 2005, Bilger et al. 2011), mais peu d'études ont étudié leur recours effectif aux soins. Sur le canton de Genève, un dispositif existe visant à faciliter l'accès aux soins pour toute personne en situation précaire, spécifiquement les personnes sans assurance-maladie. Ce dispositif, n'ayant pas pour objectif premier d'assurer les personnes, est plutôt de type assistanciel, voire caritatif.

Dans un contexte où les ressources – ici le budget alloué pour les soins aux personnes en situation précaire – sont perçues comme limitées (Fassin 2010), cela pose d'emblée la question de « qui a droit à quoi » (Staerkle et al. 2007). Le personnel soignant, au travers d'un processus de *gatekeeping* infirmier, médical mais aussi social (White 1950, Anthony 2003), se trouve donc chargé de déterminer les critères de prise en charge médicale des personnes non assurées, notamment dans le cas de maladies nécessitant un suivi. Il s'ensuit un mécanisme de « tri » des patient·e·s qui se fonde sur des critères médicaux, mais aussi sociaux et économiques, révélant la dimension « discrétionnaire » de l'action des professionnel·le·s de santé ou des travailleurs·euses sociaux·les dans l'application de ces critères (Dubois 2008, Spire 2008). Certaines catégories de patient·e·s sont presque systématiquement prises en charge: « les femmes enceintes, et les grands précaires, y'a pas de limite, y'a pas de critères » (Aline, 57 ans, infirmière en médecine de premier recours depuis cinq ans). D'autres sont formellement exclues d'une prise en charge sur le long terme: « le grand critère d'exclusion pour les consultations médicales au long cours, c'est le tourisme médical[2]. Venir à Genève expressément pour se faire soigner, parce qu'on pense que dans son pays c'est pas possible ou c'est moins bien » (Maria, 60 ans, infirmière en médecine de premier recours depuis près de vingt ans). La prise en charge de patient·e·s européen·ne·s est également perçue comme « compliquée, parce qu'on estime qu'ils ont accès aux soins en Europe » (Louise, 60 ans, assistante sociale au service de médecine de premier recours depuis plus de dix ans). Ainsi, ces catégories de patient·e·s ont un accès aux soins restreint.

[2] Le terme « tourisme médical » est utilisé par les professionnel·le·s de santé pour qualifier la venue en Suisse de personnes en situation de précarité économique et sociale, pour raisons médicales. Dans un contexte de besoins de santé de personnes migrantes, le terme « tourisme », habituellement associé avec la notion de loisir, est questionnable (Connell 2015).

Deux logiques participent à cette catégorisation et s'institutionnalisent lorsque les soignant·e·s évoquent des mécanismes historiquement reconnus dans la prise en charge de la pauvreté. La première relève d'une norme d'appartenance ou d'intégration à la communauté. Les citoyen·ne·s suisses ainsi que les étrangers·ères au bénéfice d'un permis de résidence sont pris·es en charge quels que soient leurs problèmes de santé, en vertu d'un devoir « d'aide aux plus démuni·e·s », forme de résurgence d'un principe ancien de charité (Tabin et al. 2010). La seconde répond à une norme de mérite lié à la productivité, à l'activité économique: les « travailleurs sans-papiers qui ont un rôle, une fonction économique », comme le souligne Louise, 60 ans, assistante sociale au service de médecine de premier recours depuis plus de dix ans. Même sans statut légal sur le territoire, ces personnes sont considérées comme légitimes à obtenir des soins, rappelant les politiques d'aides sociales qui valorisent l'« utilité sociale » (Rossini et al. 2004). Pour les autres, l'une des principales options préconisées est de se rendre en France pour y être soignées: « on a beaucoup de gens qui ont des droits que ce soit en France ou en Espagne, alors on les invite à aller là-bas, parce qu'ici, c'est vraiment pour les personnes qui n'ont pas d'accès à la santé » (Aline, 57 ans, infirmière en médecine de premier recours depuis cinq ans).

Une solution ambivalente pour les soignant·e·s

Du fait d'un principe de subsidiarité, il est considéré que la Suisse n'a pas à prendre en charge les résident·e·s qui auraient des « droits » à la santé dans d'autres pays, en vertu d'accords entre pays de l'Union européenne: « ils seraient théoriquement pris en charge en France, il y a des accords européens de prise en charge » (John, 41 ans, médecin interne dans une structure d'addictologie depuis trois ans). La « plus grande facilité d'accès aux soins » en France est ainsi soulignée[3] et mise en regard d'un système suisse plus complexe. D'une part, le caractère régressif de la cotisation (prime et franchise) à l'assurance-maladie de base ne permet pas de s'affilier avec des revenus très faibles ou absents[4]; d'autre part, aucun mécanisme de droit commun ne vise à assurer systématiquement des soins aux personnes en situation irrégulière. L'argument économique, « c'est moins cher en France », est employé pour encourager les usagers·ères de soins à consulter ou à acheter leurs médicaments de l'autre côté de la frontière.

Toutefois, certain·e·s soignant·e·s expriment des réserves, en raisons de conflits éthiques, à l'idée de renvoyer des personnes au-delà de la frontière: « On doit trouver des solutions locales. On ne peut pas se permettre de dire: « Tous les pays environnants traitent, allez-y! » On est obligés, c'est notre responsabilité de leur trouver [une solution] ici » (Jeanne, 47 ans, médecin spécialiste en infectiologie depuis près de dix ans). Ainsi apparaît un dilemme qui se reflète dans les pratiques professionnelles, entre déontologie médicale, visant à soigner indépendam-

[3] Il est fait référence aux mécanismes légaux d'accès aux soins en France, à savoir l'aide médicale d'État, qui permet une prise en charge médicale pour les personnes en situation irrégulière sur le territoire français, du moment qu'elles peuvent prouver leur installation depuis au moins trois mois.

[4] Il faut compter en moyenne 6000 CHF par personne par année selon les options et la caisse d'assurance. La LAMal prévoit la possibilité de réduction des primes d'assurance-maladie, mais à Genève les montants sont modestes et pratiquement impossibles à obtenir pour les personnes en situation irrégulière.

ment du statut de séjour ou de la nationalité de la personne, et pression pour tenir les budgets de l'institution hospitalière. Ces dilemmes dans le tri des patient·e·s ont été soulignés dans des études sur les services d'urgences hospitalières notamment (Vassy 2004, Caillol et al. 2010).

Dans une structure de soins française, des soignant·e·s soulignent les difficultés pour prendre en charge des patient·e·s « récupéré·e·s du Cantonal[5] »: « un Européen, des fois c'est des mois et des mois de procédure pour voir avec le pays d'origine qui prend en charge, qui prend pas [...]. C'est vraiment pas plus simple » (Héloïse, 35 ans, assistante sociale dans un centre hospitalier en France). La méconnaissance par les professionnel·le·s en Suisse de ces contraintes dans le système de prise en charge français donne l'illusion d'une solution pour la·le patient·e, alors que celle-ci est parfois loin d'être acquise.

Une stratégie parfois mobilisée par des personnes non assurées

Devant les difficultés rencontrées en Suisse pour accéder aux soins, certaines personnes font le choix de se tourner vers la France. C'est le cas de Safia, 35 ans, originaire d'Afrique centrale, arrivée à Genève six mois auparavant pour y travailler et trouver une vie meilleure, alors qu'elle se trouvait discriminée dans son pays du fait de sa maladie. En raison de cette infection chronique nécessitant des traitements quotidiens, elle se rend rapidement dans les structures de soins genevoises pour recouvrer son traitement. Des barrières se dressent, entre le renvoi d'un service à l'autre et le discours peu engageant de l'assistante sociale, qui l'exhorte à retourner dans son pays, ou alors lui recommande « d'aller en France, là-bas on prend en charge ». Sur le conseil d'un ami qui l'héberge et l'accompagne dans ses démarches légales et médicales, Safia choisit de mener parallèlement ses démarches d'accès aux soins en Suisse et en France. Cet ami, présent durant l'entretien, explique: « je me suis dit, on va faire sur les deux côtés. On va faire du côté français, où donc Safia est [aussi] domiciliée chez ma fille qui habite en Haute-Savoie. [...] Et puis, de prendre aussi le côté suisse, de prendre les deux, pour se donner plus de chances. » Accompagnée par une association de patient·e·s, Safia accède rapidement à un suivi médical en France, puis choisit de déménager et d'effectuer des démarches là-bas, acquérant un permis de séjour, puis un emploi. Arrivée récemment, avec peu d'attaches en Suisse, soutenue et accompagnée, la situation de Safia est marquée par une grande mobilité: elle a rapidement préféré stabiliser sa situation en France.

Mais une exclusion des soins pour d'autres

La situation de Paula, 46 ans, conduit à un parcours sensiblement différent. Originaire du Sud de l'Europe, elle vit depuis plus de dix ans en Suisse et nourrit un projet de mariage avec son compagnon. Son parcours est marqué par des petits boulots, des addictions, et une infection chronique curable qui n'a jamais été soignée, en raison du coût du traitement, malgré un suivi médical à Genève. Le médecin lui recommande de se rendre dans une ville frontalière française

[5] L'Hôpital cantonal de Genève.

pour son traitement de substitution, arguant une prise en charge impossible en Suisse du fait du nombre élevé de patient·e·s et de son absence de permis de séjour. Pour Paula, cette proposition se soldera par du non-recours aux soins (Warin et Catrice-Lorey 2016) : « Le problème d'aller en France, c'est que je n'ai pas d'argent pour payer un billet aller-retour. [...] C'est moins cher d'acheter de la métha[done] ici au noir qu'aller tous les jours [en France]. Ici j'achète dans la rue ». Pour elle, le coût humain et financier de traverser la frontière et de consulter dans un lieu qu'elle ne connaît pas entrave son suivi, sans qu'elle ne le mentionne au médecin. Elle intériorise peu à peu le caractère illégitime de sa demande de soins en Suisse, et la « non-proposition » de prise en charge de la part du soignant la contraint à recourir au marché illégal des drogues et à vivre avec une pathologie chronique, pourtant curable.

Conclusion

La méconnaissance des contraintes du système français facilite l'usage de la pratique de l'externalisation des soins, en particulier pour les personnes d'origine européenne ou celles étiquetées de « touristes médicales », considérées comme n'ayant pas de droits à la santé en Suisse. La terminologie de « tourisme médical », mobilisée pour justifier un refus de prise en charge, relève d'une logique similaire à celle explorée par Tabin en ce qui concerne les soupçons de « tourisme social » entre cantons suisses (2005), inversant la responsabilité et faisant passer des besoins de santé pour de la fraude au système médical.

Cette prise en charge différentielle s'opère sur fond de catégorisation des patient·e·s, selon leur appartenance à la communauté suisse et/ou leur contribution économique au bien-être de cette dernière. Cette catégorisation résulte d'un système de normes persistant dans le temps quant à l'administration de l'assistance aux pauvres en Europe, comme l'ont montré les travaux de Simmel, Paugam et Schultheis (2002) et Castel (1995), ainsi que ceux de Tabin et de ses collègues pour la Suisse (2010). Cela conduit à ce que des personnes sans emploi et sans titre de séjour en Suisse soient plus facilement réorientées dans leur pays d'origine, ou en France, pour des soins, en particulier lorsque ceux-ci sont jugés coûteux. Cette pratique permet à certain·e·s professionnel·le·s de la santé de proposer une solution leur apparaissant acceptable face aux « impossibilités » intériorisées de prise en charge en Suisse, tout en gardant « bonne » conscience face à leurs patient·e·s. Or, au travers de l'analyse des parcours de soins de personnes non assurées, nous avons constaté que cette pratique pouvait entraîner du renoncement aux soins, voire une détérioration de l'état de santé des personnes.

Malgré des conflits d'ordre éthique chez des soignant·e·s, le recours à des principes moraux vient légitimer, pour partie, des logiques d'inclusion ou d'exclusion dans les soins. « La prééminence des logiques de la morale et de la justice sociales crée une rupture avec un principe d'égalité de traitement administratif, ou [...] un principe d'égalité dans l'accès aux soins » (Geeraert 2016: 78).

L'externalisation des soins semble répondre à un besoin de régulation des ayants droit à une prise en charge, dans une logique similaire à celle qui consiste à réguler le marché du travail par les saisonniers·ères ou les sans-papiers, en fonction des besoins de l'économie nationale (Amarelle 2010). La pratique hospitalière visant à encourager les personnes non assurées à consul-

ter en France pour des soins de santé participe à exclure certain·e·s « mauvais·e·s patient·e·s », jugé·e·s non intégré·e·s ou non productif·ve·s pour la société. Mais qu'en serait-il si la Suisse était une île sans frontière terrestre immédiate ? Ce phénomène est marqué par un système normatif qui se perpétue dans le temps long. De fait, cette externalisation des soins concourt à rendre invisible une partie de la population précaire en Suisse, leurs problèmes de santé se trouvant reportés hors de la frontière. Ces résultats de recherche encouragent à documenter davantage ces situations, pour permettre de repenser le phénomène des inégalités sociales de santé chez des personnes rendues « invisibles ».

Références

Amarelle Cesla (dir.). 2010. *Migrations et économie : l'accès des étrangers à la vie économique : les normes et leur application*. Centre de droit des migrations, Berne : Stämpfli.

Anthony Denise. 2003. "Changing the Nature of Physician Referral Relationships in the US: The Impact of Managed Care". *Social Science & Medicine* 56(10): 2033–2044.

Bilger Veronika, Efionayi-Mäder Denise, Hollomey Christina, Wyssmüller Chantal. 2011. *Health Care for Undocumented Migrants in Switzerland: Policies, People, Practices*. Vienna: International Center for Migration Policy Development.

Caillol Michel, Le Coz Pierre, Aubry Régis, Bréchat Pierre-Henri. 2010. « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques ». *Santé publique*, 22(6): 625–636.

Castel Robert. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*. Paris : Gallimard.

Connell John. 2015. "Medical Tourism, Concepts and Definitions". In: Hanefeld Johanna, Horsfall Daniel, Lunt Neil (dir.), *Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility*: 16–24. Northampthon, MA: Edward Elgar Publishing.

Dubois Vincent. 2008. *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. Paris : Économica.

Fassin Didier. 2010. *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris : Seuil.

Geeraert Jérémy. 2016. « Le touriste et le réfugié ». *Cliniques méditerranéennes* 94(2): 69–82.

Greber Pierre-Yves (dir.). 2010. *Droit suisse de la sécurité sociale*. Berne: Stämpfli.

Lachenal Guillaume, Lefève Céline, Nguyen Vinh-Kim. 2014. *La médecine du tri : histoire, éthique, anthropologie*. Paris: Les cahiers du Centre Georges-Canguilhem.

Plate-forme nationale des sans-papiers. 2012. *Patients dépourvus de titre de séjour et d'assurance-maladie. Statut juridique et prise en charge médicale des sans-papiers*. https://www.sante-sans-papiers.ch/FR/files/Informationsbroschuere_Sans-Papier_A5_fr_Internet.pdf, consulté le 15 janvier 2018.

Regamey Caroline, Gafner Magalie. 2005. « Sans-papiers : test social et nivellement des droits ». *Plädoyer* 23(3): 64–69.

Rossini Stéphane, Favre-Baudraz Brigitte et Fragnière Jean-Pierre. 2004. *Les oubliés de la protection sociale ou le non-sens du « ciblage » des prestations*. Lausanne / Fribourg : Réalités sociales.

Simmel Georg, Paugam Serge, Schultheis Franz. 2002. *Les pauvres*. Paris: Presses universitaires de France.

Spire Alexis. 2008. *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*. Paris : Raisons d'agir.

Staerkle Christian, Delay Christophe, Gianettoni Lavinia, Roux Patricia. 2007. *Qui a droit à quoi ? Représentations et légitimation de l'ordre social*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Tabin Jean-Pierre. 2005. «La dénonciation du ‹tourisme social›: un ingrédient de la rhétorique ‹réactionnaire› contre l'État social», *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 1(31): 103–122.

Tabin Jean-Pierre, Frauenfelder Arnaud, Togni Carola et Keller Véréna. 2010. *Temps d'assistance: le gouvernement des pauvres en Suisse romande depuis la fin du XIXe siècle.* Lausanne: Antipodes.

Warin Philippe, Catrice-Lorey Antoinette. 2016. *Le non-recours aux politiques sociales.* Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.

Vassy Carine. 2004. «L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire». *Mouvements*, 32(2): 67–74.

White David Manning. 1950. "The 'Gate Keeper': A Case Study in the Selection of News". *Journalism Quarterly*, 27(4): 383–390.

Auteure

Sabrina Roduit est docteure en sociologie, chercheuse associée à l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève et collaboratrice scientifique à la Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW. Ses travaux de recherche se centrent sur les inégalités sociales de santé, le non-recours aux soins ainsi que sur l'étude des vulnérabilités et des parcours de vie. Elle a également participé à des recherches communautaires sur la santé sexuelle et le VIH/sida.

sabrina.roduit@outlook.com
Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit
Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung ISOS
Hofackerstrasse 30
4132 Muttenz