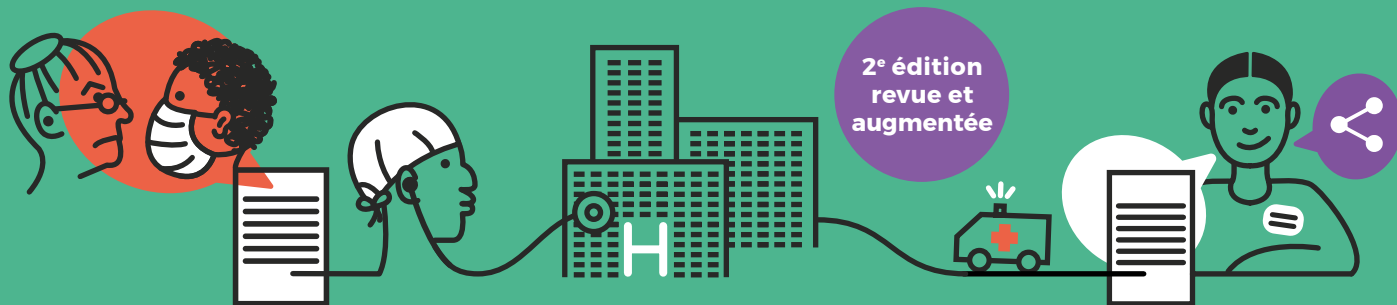


GUIDE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE
CONTRE LES DISCRIMINATIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Vers plus d'égalité en santé



À l'usage des professionnel-le-s de la santé,
du social et du médico-social



Créée en 1975, l'association Migrations Santé Alsace a pour objet :

- de promouvoir, pour les migrant·e·s et leur famille, l'accès et l'exercice du droit à la santé tel qu'affirmé par l'article 25.1 (version 1947) de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, ainsi que l'accès aux droits sociaux et éducatifs contribuant ainsi à une meilleure insertion sociale ;
- de veiller à l'égalité de traitement et à la non-discrimination dans les soins ;
- de lutter contre les discriminations en particulier celles fondées sur la langue, l'origine nationale, ethnique ou une prétendue race.

Pour ce faire, elle développe différents axes de travail, notamment un service d'interpréariat médical et social professionnel, des actions d'éducation et de promotion de la santé en langue d'origine, des formations et des temps de travail avec des professionnel·le·s sur les enjeux liés à l'accueil, l'accompagnement et le soin des personnes migrantes, ainsi que sur la prévention et la lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé.

Pour en savoir plus :

[🔗 www.migrationssante.org](https://www.migrationssante.org)

Et pour nous suivre :

[🔗 Migrations Santé Alsace sur Facebook](#) et [🔗 LinkedIn](#)

Ce guide a été rédigé par Migrations Santé Alsace, avec l'appui méthodologique de l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV) en 2019.

**La nouvelle édition revue et augmentée a été rédigée par Migrations Santé Alsace en 2024.
Le contenu n'engage que l'association Migrations Santé Alsace.**

Jun 2024

Graphisme et mise en page : Camille Oberlé

Table des matières

POURQUOI CE GUIDE ?	5
CHAPITRE 1	
COMPRENDRE : définitions et enjeux	8
Discrimination : une notion ancrée dans le droit.....	9
Discrimination dans le domaine de la santé : facteurs et processus.....	12
Représentations, stéréotypes et préjugés.....	12
Les facteurs liés au fonctionnement du système de santé.....	15
Discrimination dans le domaine de la santé : quelles conséquences ?.....	18
Pour les patient-e-s : un enjeu de santé majeur.....	18
Pour les professionnel-le-s : des difficultés à exercer leur métier.....	20
Au niveau sociétal : un renforcement des inégalités.....	20
CHAPITRE 2	
ANALYSER : situations de discrimination au quotidien	21
Situation 1 Refus de prise en charge médicale d'une patiente en cabinet médical.....	23
Situation 2 Refus d'hospitalisation en psychiatrie d'un patient allophone.....	27
Situation 3 Non déplacement de services médicaux pour une admission aux urgences.....	29
Situation 4 Non recours à un dispositif de prise en charge pour une patiente demandant une IVG.....	33
Situation 5 Refus d'établissement d'un certificat médical.....	37
Situation 6 Retard aux soins d'une patiente au moment de l'accouchement.....	39
Situation 7 Interruption de prise en charge d'une patiente qui porte un voile.....	41
Situation 8 Demande raciste d'un patient lors de son hospitalisation.....	43
CHAPITRE 3	
AGIR : recours juridiques et actions inspirantes	46
Saisir les recours existants et sanctionner les pratiques illégales.....	47
Projets et pratiques inspirantes pour prévenir et lutter contre les discriminations.....	53
ANNEXES	72
Liste des signes et acronymes utilisés.....	72
Bibliographie.....	72
Textes juridiques.....	74



Grâce à ce bouton
revenez au sommaire.

Remerciements

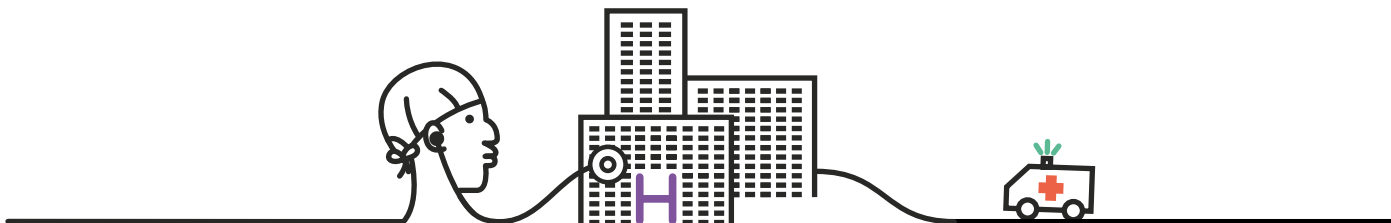
Migrations Santé Alsace remercie les structures membres du comité de pilotage national de lutte et de prévention des discriminations en santé qui ont participé à l'élaboration et à la relecture de cette 2^e édition du guide :

Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT),
AIDES, association de lutte contre le Sida et les hépatites,
Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM),
Centre de Recherche Sociologiques et Politiques de Paris (Cresppa),
Comité pour la santé des exilés (Comede),
Défenseur des droits,
Fabrique Territoires Santé,
Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS),
Iris formation,
ISM Corum,
Médecins du monde,
Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV),
Psycom,
Le fil à métisser,
Ville et Eurométropole de Strasbourg,
Ville de Villeurbanne.

Mais aussi les personnes qui ont contribué à la relecture de cette 2^e édition :

Marie-Christine Cerrato Debenedetti, Didier Ménard, Benjamin Pilleron,
Sandrine Schlick, Yazida Slamani.

Pourquoi ce guide ?



Pourquoi parler de « discrimination » dans le domaine de la santé ?

Au premier abord, parler des discriminations dans le domaine de la santé peut paraître antinomique. Du fait qu'il y ait une éthique et un cadre déontologique particulièrement fort, l'imaginaire qui englobe le domaine de la santé est « bienveillant ». Malheureusement, cette institution n'est pas en dehors de la société et des enjeux qui la traversent. Parler de différences de traitement préjudiciables dans le domaine de la santé demande donc de sortir d'une certaine forme de déni et d'accepter que des pratiques discriminatoires aient lieu au même titre que dans d'autres champs, tel que celui de l'emploi.

Certes, il existe des exemples évidents tels que les refus de recevoir des patient·e·s bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) dans certains cabinets médicaux, qui ont été mis en évidence via des *testing* téléphoniques. Pourtant, au-delà de ces situations flagrantes, les professionnel·le·s font part de problématiques diverses rencontrées dans leur quotidien qu'ils et elles relient à la notion de « discrimination » :

- M^{me} R., issue de parents iraniens, se plaint de fortes douleurs lors de l'accouchement. La sage-femme dira à l'une de ses collègues « de ne pas s'inquiéter, qu'il faut prendre en compte la culture de la personne et qu'il s'agit d'un "syndrome méditerranéen" ».
- M. D., né au Sénégal, atteint d'un cancer du poumon, souhaite faire une demande d'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH). L'oncologue refuse d'établir le certificat nécessaire à la demande, arguant du fait que le patient « a déjà suffisamment bénéficié du système de santé français ».
- M^{me} T. est arménienne et récemment arrivée en France. Enceinte, elle souhaite réaliser une IVG. L'assistante de service social l'informe que, n'ayant pas droit à l'assurance maladie, elle devra s'acquitter des frais médicaux.
- M^{me} C., résidente dans un quartier populaire, a besoin de se rendre aux urgences de nuit pour son fils. Elle peine à trouver un moyen de locomotion qui lui permettra de faire soigner son enfant rapidement.

Ces situations sont très différentes les unes des autres, tant au niveau de leurs formes, que des causes, des contextes, des conséquences et des personnes concernées. En revanche, toutes pointent des dysfonctionnements dans le système de

santé, un défaut de prise en charge ou un abaissement de la qualité des soins. Elles font apparaître une différence de traitement sur des critères extérieurs à l'état de santé tels que l'origine, la nationalité, le type de couverture maladie ou le lieu de résidence. Toutes induisent une difficulté d'accès aux soins pour les personnes concernées. Elles interrogent les conditions de l'égalité dans l'accès à la santé.

Une discrimination consiste en une différence de traitement fondée sur un critère prohibé (origine, apparence physique, etc.), qui entraîne un préjudice pour la personne concernée. Savoir reconnaître et nommer une discrimination dans le domaine de la santé présente plusieurs intérêts. Cela permet déjà de mettre en lumière des situations illégales, mais aussi de faire connaître le droit pour qu'il soit respecté et pour éviter la reproduction de ces situations. Cela amène également à s'interroger sur la manière dont le système de santé maintient et produit des inégalités sociales. Enfin, cela conduit à réfléchir concrètement aux modalités d'accès et de qualité des soins pour tous et toutes.

Comment est né ce guide ?

Ce guide est le fruit d'une réflexion de longue date menée par l'association Migrations Santé Alsace, en partenariat avec l'ORIV, sur les discriminations dans le domaine de la santé. Ce travail se décline sous plusieurs formes : coanimation de groupes de travail, temps de sensibilisation ou de formation en direction de professionnel-le-s de la santé et du social mais aussi d'usager-ère-s du système de santé.

À chaque temps d'échange, nous mesurons combien l'analyse de situations par le prisme de la notion de discrimination est riche. En effet, cela permet :

- de sortir du silence de nombreuses situations face auxquelles

les professionnel-le-s et bénévoles se sentent mis-e-s à mal dans leur fonction, leur éthique et leur déontologie ;

- de reposer les jalons du droit, souvent méconnus par les professionnel-le-s comme par les usager-ère-s ;

- de s'interroger sur ses propres représentations, ses préjugés, ses pratiques routinières, mais aussi ses conditions de travail et leurs influences dans les pratiques professionnelles et dans le soin ;

- d'envisager des pistes d'actions concrètes pour favoriser l'accès aux soins et l'égalité tout au long du parcours de soins.

Ce guide permet ainsi de rassembler des constats, des réflexions, mais aussi des exemples recueillis au fil des rencontres et des échanges. Pour poursuivre cette dynamique collective, les objectifs et contenus ont été discutés au sein d'un comité de pilotage, en 2019 puis en 2024. Plusieurs personnes ont également apporté leur contribution lors de relectures.

Quels sont les objectifs ?

Ce guide s'adresse principalement aux professionnel-le-s, future-s professionnel-le-s et bénévoles exerçant en France, dans des structures sanitaires, sociales et médico-sociales. Il poursuit les objectifs suivants :

- sensibiliser aux discriminations vécues par les usager-ère-s dans le domaine de la santé ;

- apporter des éléments de compréhension et d'analyse ;

- présenter des pistes d'actions concrètes pour outiller les acteur-ice-s et ainsi prévenir et lutter contre les discriminations dans leurs pratiques professionnelles.

Au vu de l'ampleur des problématiques soulevées, le choix a été fait de travailler, de façon privilégiée, sur certains critères de discrimination : l'origine réelle ou supposée des personnes, le genre, le lieu de résidence et la précarité économique. Traiter

l'ensemble des critères prohibés par le droit semblait difficile sans perdre en finesse d'analyse. Les critères ont été sélectionnés en fonction de l'objet social de Migrations Santé Alsace et des situations qui nous sont régulièrement remontées.

Ce guide traite du domaine de la santé et plus particulièrement de l'accès aux soins, de la prise en charge et de l'accompagnement social qui le soutient. Il n'aborde pas l'ensemble des déterminants sociaux de la santé tels que définis dans la charte d'Ottawa (environnement, logement, emploi...)¹, car chacun d'entre eux mérite un travail à part entière.

1 

2 J. ARGOUARC'H., O. CALAVREZO, La répartition des hommes et des femmes par métiers, *Dare analyses* n°79, 2013. 

3 C. VIDAL., M. SALLE, *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?*, Belin, 2017.

LE CONTENU DU GUIDE EST SCINDÉ EN TROIS PARTIES :

« Comprendre » qui apporte des repères généraux autour de la notion de discrimination ;

« Analyser » qui présente des situations concrètes, en propose une analyse et des pistes d'actions possibles ;

« Agir » qui revient sur les recours possibles et des pratiques inspirantes.

PRÉCAUTIONS DE VOCABULAIRE :

Par « professionnel-le », nous entendons toute personne, salariée ou non, en situation d'accueillir, accompagner, orienter, conseiller, soigner une personne. Ce terme inclut donc les bénévoles associatifs. Par le terme « professionnel-le », il nous intéresse de mettre en évidence l'asymétrie de la relation avec l'usager-ère.

ÉCRITURE INCLUSIVE :

Dans ce guide, nous avons fait le choix d'utiliser une écriture inclusive, c'est-à-dire une formulation où le masculin n'est pas représentatif des deux sexes. Cela nous a semblé être un enjeu particulièrement important, à la fois au vu de la part des femmes dans les métiers de santé (90 % des aides-soignant-e-s sont des femmes, 87,7 % des infirmier-ère-s et sage-femmes et 48,4 % des médecins²), que des résultats de récentes études sur la minimisation de certains problèmes de santé spécifiques aux femmes³. Ce type d'écriture n'est pas parfait, tant parce qu'il complexifie la lecture des non initié-e-s que parce que les personnes qui ne se situent pas à l'une ou l'autre extrémité du continuum du genre ne sont toujours pas représentées. Nous tenons à leur présenter nos excuses et nous espérons que bientôt, la langue française soit réellement inclusive.

CHAPITRE 1

COMPRENDRE : définitions et enjeux

Travailler sur les enjeux de l'égalité à partir de la notion de discrimination n'est pas une évidence pour les professionnel·le·s de la santé. La discrimination est une notion complexe qui relève à la fois d'un cadre juridique mais aussi de processus psychosociaux et sociétaux. Elle comprend une dimension individuelle et une dimension collective.

Si certaines formes peuvent apparaître explicites, les situations potentiellement discriminatoires sont le plus souvent diffuses, voire inconscientes, car prises dans des routines professionnelles et des fonctionnements institutionnels.

Admettre l'existence de discriminations peut être difficile pour les professionnel·le·s de santé car cela revient à reconnaître que des pratiques puissent être contraires à la déontologie et à l'éthique professionnelle, voire illégales. Cela nous paraît d'autant plus difficile dans un contexte où le système de santé français est mis à mal, avec des conditions de travail difficiles, voire parfois intenable. Néanmoins, cela permet d'identifier des dysfonctionnements à différentes échelles, dans le but de les résoudre et de faire vivre les notions d'égalité et de droit à la santé.

La notion de « discrimination » est ancrée dans le droit. Elle bénéficie d'une définition juridique. Il s'agit alors de s'intéresser à des situations illégales qui pourraient faire l'objet de poursuites judiciaires.

Pour autant, certaines situations apparaissent comme problématiques mais ne peuvent être clairement qualifiées de discriminations au sens juridique. Elles demeurent nécessaires à interroger car elles s'inscrivent dans les mêmes processus et elles peuvent participer à la persistance de pratiques prohibées. C'est pourquoi, l'approche développée ici propose de partir de la définition juridique et de tenir compte des dimensions psychologiques, sociologiques et politiques pour traiter les phénomènes dans leur globalité.

DISCRIMINATION : UNE NOTION ANCRÉE DANS LE DROIT



En droit, la discrimination se définit comme une différence de traitement entre des personnes ou des groupes placés dans une situation comparable, sur la base d'un critère illégal, dans un domaine visé par la loi et entraînant un désavantage pour cette personne ou ce groupe.

La liste des critères prohibés s'est élargie au fil des années et des luttes sociales. Ainsi, le Code pénal⁴ reconnaît les critères suivants :

- origine
- situation de famille
- handicap
- opinions politiques
- apparence physique
- orientation sexuelle
- caractéristiques génétiques
- sexe
- identité de genre
- lieu de résidence
- particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur·e
- qualité de lanceur·euse d'alerte, de facilitateur·ice ou de personne en lien avec un·e lanceur·euse d'alerte

LES « COMPOSANTES » D'UNE DISCRIMINATION

1. Un acte de tri, de sélection, une différence de traitement.

- Il ne s'agit pas seulement d'une intention ou d'un propos.
- Ne peut être effectué que par une personne qui a une certaine forme de pouvoir sur une autre, tel qu'un·e professionnel·le face à un·e usager·ère de son service.

2. Basé sur un, ou plusieurs, critères illégaux.

3. Dans un domaine encadré par la loi.

- Concerne notamment l'accès aux biens et aux services (publics et privés), donc le domaine de la santé.

4. Entraîne un désavantage, une rupture de l'égalité entre des personnes ou des groupes.

- Concerne notamment l'accès aux biens et aux services dont la santé.

⁴ Article L. 225-1 et suivants du Code pénal.

- capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français
- appartenance ou non appartenance, vraie ou supposée à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée
- perte d'autonomie
- mœurs
- activités syndicales
- patronyme
- âge
- grossesse
- état de santé
- fait d'avoir subi, ou refusé de subir, des faits de harcèlement sexuel
- fait d'avoir subi, ou refusé de subir, des faits de bizutage

Le Code de la santé publique ajoute à cette liste le fait d'être bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)⁵ ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME)⁶.

EXEMPLE 1

Le fait de refuser de fixer un rendez-vous à un patient parce qu'il est bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat (AME) constitue une discrimination sur le critère du type de protection maladie.

EXEMPLE 2

Le fait de refuser d'examiner une patiente parce qu'elle porte un foulard constitue une discrimination sur le critère de la religion.

Corollaire du principe d'égalité, **le principe de non-discrimination s'attache à protéger des catégories de personnes parmi les plus vulnérables** exposées aux différences de traitement illégitimes. Il cherche aussi à être pragmatique et concret par la définition de comportements et d'actes ayant cours dans différents domaines de la vie quotidienne, tels que l'emploi, le logement, l'éducation et la santé.

Si tout acte discriminatoire a pour conséquence une inégalité dans l'accès à un droit ou un service, il est nécessaire de rappeler que toutes les formes d'inégalité et de sélection ne constituent pas des discriminations illégales au regard du droit.

EXEMPLE 1

En 2007, lors de la mise en place de recommandations pour la vaccination contre la tuberculose en direction de populations spécifiques (enfants né-e-s dans un pays à forte endémie ou d'un parent originaire de l'un de ces pays par exemple), la Direction Générale de la Santé (DGS) a interrogé la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE⁸) pour savoir s'il s'agissait d'une discrimination. La HALDE a jugé que cela n'en était pas une au regard des enjeux de santé publique, mais a invité à une grande vigilance pour que ce dispositif ne soit pas utilisé à des fins de contrôle de la régularité de séjour des publics visés⁹.

⁵ La Complémentaire Santé Solidaire (C2S) permet aux personnes qui n'ont pas les ressources financières pour posséder une mutuelle, une assurance ou une prévoyance de se faire rembourser la part complémentaire de leurs dépenses de santé. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Il en existe 2 versions, une gratuite (anciennement la CMU-C) et une avec participation financière (anciennement l'ACS).

⁶ L'Aide Médicale de l'État (AME) permet aux personnes étrangères qui sont en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins gratuits. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Commettre une discrimination constitue un délit puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.⁷

⁷ Article L. 225-2 du Code pénal.

⁸ La HALDE a été dissoute en 2011 et ses missions ont été confiées au Défenseur des droits.

⁹ Ministère de la Jeunesse et des Sports, Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009, 2007.

EXEMPLE 2

Madame B. est technicienne de laboratoire à l'hôpital. En 2022, elle saisit le tribunal administratif de Besançon contre son employeur pour discrimination, car celui-ci a suspendu son contrat de travail pour non-présentation du justificatif vaccinal contre le Covid-19. Cette requête est rejetée par le tribunal car une loi imposait, sauf contre-indication médicale reconnue, la vaccination aux professionnel-le-s des établissements de santé. Cette obligation avait pour but de protéger la santé des patient-e-s, des professionnel-le-s de santé et par là même de diminuer le risque de saturation des hôpitaux. Cette mesure, qui s'imposait de manière identique à tous les professionnel-le-s des hôpitaux, créait une différence de traitement avec le reste de la population. Celle-ci a été jugée cohérente et proportionnée par le tribunal au regard de l'objectif de santé publique poursuivi¹⁰.

REPÈRES POUR LA PRATIQUE

Pour repérer des risques de discrimination, voici des questions qui peuvent être posées :

- La décision (de rendez-vous, de type de soin, d'orientation...) est-elle liée à l'état de santé de la personne ou fait-elle intervenir d'autres critères ? Lesquels ?
- Le ou les critères font-ils partie de la liste des critères prohibés par la loi ?
- Qu'est-ce qui justifie ce choix ?
- La même décision aurait-elle été prise pour un-e autre patient-e présentant une problématique de santé similaire ?
- La décision est-elle mesurée, proportionnée par rapport au but à atteindre ?
- La décision entraîne-t-elle un désavantage pour ce-tte patient-e ? ou pour plusieurs patient-e-s sur la base d'une caractéristique commune ?

¹⁰ Tribunal administratif de Besançon. Jugement du 16 mars 2023 n°2200176.

DISCRIMINATIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ : FACTEURS ET PROCESSUS



Les facteurs de discrimination sont complexes car ils s'inscrivent dans des pratiques individuelles, des fonctionnements collectifs et des processus institutionnels. Les repérer et les comprendre constitue une étape incontournable pour pouvoir agir et mettre en place des leviers de lutte et de prévention.

Représentations, stéréotypes et préjugés

Les liens entre représentations, stéréotypes, préjugés et discriminations ont été explorés par de nombreux travaux de psychologie sociale¹¹.

REPRÉSENTATION SOCIALE

Les représentations sociales sont composées de divers éléments issus de connaissances scientifiques, de normes, valeurs et croyances. Elles constituent une grille de lecture du monde et concourent à la construction d'une réalité commune. Elles ne sont donc pas le reflet de la réalité, mais une interprétation de celle-ci. Les représentations sont socialement élaborées, spécifiques à un groupe social et évolutives dans le temps et dans l'espace.

¹¹ S. DELOUVÉE, J-B. LÉGAL, *Stéréotypes, préjugés et discrimination*, Dunod, 2015.
A. NDOBO, *Les nouveaux visages de la discrimination*, DBS Psycho, 2010.

On leur connaît 4 fonctions¹² :

- Elles permettent de **comprendre et d'expliquer la réalité**.
- Elles contribuent à l'**élaboration d'une identité sociale**, individuelle et collective, en adéquation avec un système de normes et de valeurs partagées, notamment par un processus de comparaison sociale. Elles créent et renforcent le « eux » et le « nous ».
- Elles sont un « **système d'anticipation des attentes** », qui prescrivent les comportements attendus par le groupe social. En ce sens, elles définissent ce qui est toléré, licite ou inacceptable en fonction du contexte social.
- Elles permettent de **légitimer ses actions**, à l'égard de son propre groupe social ou des autres groupes.

STÉRÉOTYPE

Ce terme désigne une représentation sociale caricaturale et figée, véhiculée sans réflexion, au sujet d'un groupe. Les stéréotypes peuvent être définis comme des représentations « simplificatrices, relativement rigides, et pas toujours de bonne qualité. Elles fonctionneraient comme des filtres entre la réalité objective et l'idée que l'on s'en fait¹³. »

Le stéréotype se construit par deux mécanismes principaux :

- la simplification : sélection de deux ou trois traits considérés comme étant significatifs ;
- la généralisation : attribuer ces traits à l'ensemble du groupe.

PRÉJUGÉ

Étymologiquement, « préjugé » signifie « jugé avant ». Ce terme désigne une opinion préconçue et prédominante dans un groupe donné, généralement basée sur un stéréotype. Il porte une dimension affective et généralement négative. Il peut se définir comme « une prédisposition à réagir défavorablement à l'encontre d'une personne sur la base de son appartenance à une classe ou à une catégorie¹⁴. »

Les représentations sont véhiculées par différents vecteurs au sein de la société (médias, arts, famille, pairs, etc.). Elles sont intériorisées dans des espaces de socialisations primaires et secondaires et ne sont

12 J-C. ABRIC, *Pratiques sociales et représentations*, Presses Universitaires de France, coll. « Psychologie sociale », 1994.

DU STÉRÉOTYPE À LA DISCRIMINATION

Je suis secrétaire dans un cabinet médical surchargé.

STÉRÉOTYPE

J'ai intégré une idée largement répandue dans la société, qui consiste à penser que les personnes africaines n'ont pas la notion de l'heure.

PRÉJUGÉ

Lorsqu'une personne noire se présente au cabinet pour prendre rendez-vous, je la rattache inconsciemment au groupe des « personnes africaines ». De ce fait, je pense qu'elle n'arrivera pas à l'heure au rendez-vous que nous allons programmer pour elle.

DISCRIMINATION

Pour ne pas perturber le déroulement des consultations qui s'enchaînent tout au long de la journée à un flux tendu, et pour ne pas faire prendre de retard au médecin, je décide de dire à cette patient·e que nous n'allons pas pouvoir la prendre en charge car nous n'avons plus de créneaux disponibles dans les prochaines semaines.

13 S. DELOUVÉE, J-B. LÉGAL, *ibid*, p. 11.

14 K.J. GERGEN, M.M. GERGEN, *Psychologie sociale*, Vigot, 1993.

pas nécessairement conscientes. Elles influencent les comportements et les pratiques professionnelles.

Les représentations reposent sur un premier processus, celui de l'étiquetage social, de construction de catégories dans lesquelles les patient-e-s vont être classé-e-s. Cela se matérialise par exemple par la manière dont les patient-e-s sont nommé-e-s entre professionnel-le-s (temps de transmission, temps informels, etc.). Ainsi, il est fréquent d'entendre parler d'une patiente « psy », d'un « Rom », de la « Géorgienne » ... La catégorisation réduit la singularité des patient-e-s à quelques groupes homogènes dont on pourrait anticiper le comportement. Elles risquent d'entraîner de la suspicion, une non prise en compte de la parole et des plaintes, voire des refus de soin.

EXEMPLE

Dans une étude sur les représentations des médecins et des dentistes au sujet des patient-e-s bénéficiaires de la CMU-C, un dentiste explique les stéréotypes associés à cette catégorie de patient-e-s : « on a commencé à parler d'une catégorie CMU. Pour la profession, les CMU sont devenus la bête noire. On a mis l'étiquette CMU, ils ne peuvent pas venir, ils nous laissent leurs prothèses et ils nous coûtent de l'argent¹⁵. » Cet exemple montre bien comment les préjugés à l'égard de certaines catégories de patient-e-s peuvent entraîner un risque de refus de soin ou un abaissement de qualité de prise en charge.

Les représentations peuvent également être positives à première vue, mais néanmoins créer un cadre propice aux discriminations. Cela peut notamment être le cas lorsqu'une supposée « culture d'origine » est invoquée. Prendre en compte le contexte social de chaque patient-e est une démarche éthique essentielle pour penser une prise en charge globale. Cependant, dans un contexte de travail contraint, il arrive que la notion de « culture » soit réduite à quelques traits généraux très simplifiés qui fonctionnent comme éléments d'explication de l'ensemble des comportements d'une personne, au détriment d'autres aspects tels que les conditions de vie, le contexte familial, le contexte dans lequel les soins sont prodigués, etc.¹⁶

EXEMPLE 1

À la fin des années 1980, en Île-de-France, la notion de « culture d'origine » a été mobilisée pour expliquer une surreprésentation des enfants de familles d'origine subsaharienne dans les cas de saturnisme¹⁷ (type de cuisson, pratiques traditionnelles...). Ces explications ont sous-estimé l'impact des conditions de vie et de logement dans les cas d'intoxication au plomb. De plus, elles ont amené à travailler davantage sur des changements de comportements dans les familles que sur l'accès à un logement décent¹⁸.

EXEMPLE 2

Dorothee Prud'homme a mis en avant le fait que les patient-e-s catégorisé-e-s comme « Roms » par les urgentistes sont perçus comme de « mauvais-e-s patient-e-s », voire comme les « pires des

¹⁵ Défenseur des droits, Fonds CMU-C, Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes, *Études et résultats*, mai 2017, p. 5.



¹⁶ L. VIDAL, Migrants et VIH : les pièges du culturalisme, *Transcriptases*, n° 114, 2004.



¹⁷ Le saturnisme est une intoxication au plomb, particulièrement grave pour les enfants et les personnes enceintes.

¹⁸ D. FASSIN, *Faire de la santé publique*, Presse de l'EHESP, 2^e édition, 2008.

patient-e-s ». Ils viendraient aux urgences pour de la « bobologie » ou au contraire dans un état de santé dégradé polyopathologique. De plus, ils en profiteraient pour faire ausculter d'autres membres de leur famille. Or, cet usage – perçu comme inadéquat – des services d'urgence est caractéristique des personnes précaires. En les étiquetant comme « Roms », les professionnel-le-s invisibilisent certains déterminants de leur santé, notamment économiques, et leur font porter la responsabilité culturelle de leurs pratiques et de leur état de santé. Ils leur font également porter une autre responsabilité : celle de désorganiser les services d'urgences hospitalières déjà surchargés, ce qui participe à la dénégation de dysfonctionnements institutionnels plus généraux¹⁹.

19 D. PRUD'HOMME,
« La racialisation des patient-e-s
"roms" par les médecins urgentistes »,
*Actes de la recherche en sciences
sociales* n°239/4, 2021.

Ces processus de catégorisation se déroulent tout au long de la relation entre les patient-e-s et les soignant-e-s et demandent une capacité de prise de conscience et de mise à distance des stéréotypes par les professionnel-le-s.

Les facteurs liés au fonctionnement du système de santé

Les discriminations ne peuvent pas être expliquées que par des pratiques individuelles. Le système de santé comporte également, dans son fonctionnement, des facteurs de discrimination. Ceux-ci peuvent apparaître difficiles à identifier car ils se situent à différents niveaux : dans le fonctionnement des équipes, des établissements, mais aussi dans les politiques de santé régionales et nationales. De plus, ces facteurs peuvent renvoyer à des problématiques générales qui dépassent la question des discriminations.

Voici certains éléments systémiques qui peuvent produire ou reproduire des inégalités et favoriser des discriminations dans le système de santé :

- **Un rapport de pouvoir asymétrique entre professionnel-le-s de santé et patient-e-s** : la relation de soin est une relation de pouvoir asymétrique dans la mesure où d'un côté, les professionnel-le-s ont la compétence et le savoir pour soigner et, de l'autre, les patient-e-s sont dans une situation de vulnérabilité du fait de leur état de santé et de leur besoin de soin. Cette situation particulière peut entraîner des difficultés pour les patient-e-s, à exprimer un désaccord, à faire valoir leurs droits et peut expliquer, en partie, la faiblesse du nombre de recours et la persistance des discriminations.

- **Une hétérogénéité de prise en compte des problématiques dans les équipes et les établissements** : le fonctionnement des équipes, des services et des établissements peut venir limiter les risques de discrimination ou, au contraire, en être vecteur. Parmi les facteurs protecteurs, on peut citer l'existence d'espaces pour s'interroger sur ses représentations et ses pratiques, de procédures de signalement des dysfonctionnements, de possibilités de reprise en équipe. Or, ces différents espaces pour

penser sa pratique au regard de la déontologie ne sont pas présents ou investis de la même manière en fonction des professionnel-le-s, des équipes, des établissements, etc.

- **Une inégalité de répartition des professionnel-le-s et des manques importants dans certains territoires au niveau régional, départemental, mais aussi au sein de certaines agglomérations**²⁰ : les territoires qui font face à un manque de professionnel-le-s de santé peuvent connaître des risques accrus de discrimination. Les professionnel-le-s peuvent être amené-e-s à devoir sélectionner leur patientèle, refuser des patient-e-s ou allonger les délais de rendez-vous pour faire face à une surcharge de travail. Des inégalités importantes existent aussi en fonction de la proportion des médecins en secteur 2 ou 3 par rapport au secteur 1²¹.


- **Des difficultés de coordination à différentes étapes du parcours de soins** : des manques de coordination entre la médecine de ville et l'hôpital, entre les secteurs sanitaire et social, peuvent conduire certain-e-s professionnel-le-s à refuser des patient-e-s, anticipant des difficultés de prise en charge trop importantes, des demandes auxquelles il ne leur serait pas possible de répondre, etc.


- **Le recours insuffisant à l'interprétariat professionnel** : l'absence de possibilité de communiquer avec les patient-e-s entraîne inévitablement une baisse de la qualité de la prise en charge. Ce non-recours peut être lié à l'absence de service d'interprétariat sur le territoire concerné, au manque de financement ou à des freins plus individuels opposés par certain-e-s professionnel-le-s ou personnels de direction.

- **Des formations, initiales et continues, qui prennent insuffisamment en compte ces problématiques** : l'absence de la question des discriminations dans les formations initiales et continues induit, pour les professionnel-le-s, des difficultés à identifier les situations, se positionner et agir. De plus, la prééminence des aspects techniques sur les aspects relationnels du soin dans les formations peut rendre délicates l'écoute des patient-e-s, la prise en compte de leur contexte de vie, l'attention à l'impact de ses propres représentations dans la relation de soin, etc.

- **Des catégories de patient-e-s créées par les dispositifs de politiques publiques** : les politiques de santé ont créé certains dispositifs institutionnels visant à permettre à toutes et tous d'accéder aux soins, notamment en limitant les renoncements aux soins pour raisons financières. C'est notamment le cas de la C2S qui a été mise en place pour lever les freins financiers et faire bénéficier d'un accès aux soins effectif, sous condition de ressources, toute personne résidant légalement en France. En ce sens, ce dispositif constitue une avancée importante pour l'accès aux soins. Néanmoins, il a comme « effet pervers » de regrouper, en une catégorie spécifique, une diversité de patient-e-s identifié-e-s par leur seule situation de précarité financière. Cette catégorisation peut alimenter des représentations négatives de certain-e-s professionnel-le-s, des traitements différenciels ou des refus de prise en charge.

- **La dématérialisation des services publics** : l'informatisation des démarches a simplifié le lien avec l'administration publique (CAF, CPAM, etc.) pour certain-ne-s, mais elle peut également être analysée comme une source d'entrave à l'accès aux droits pour d'autres. Le rôle de l'utilisateur se transforme, puisqu'il devient coproducteur du service : c'est à elles et eux de s'équiper, de s'informer ou

²⁰ Cf. M. ANGUI, H. CHAPUT, C. MARBOT, C. MILLIEN et N. VERGIER, 10 000 médecins de plus depuis 2012, *Études et Résultats*, n° 1061, DREES, 2018. 

²¹ Les médecins conventionné-e-s en secteur 1 appliquent les tarifs fixés dans la convention médicale sans dépassement d'honoraires, sauf de manière exceptionnelle. Les médecins conventionné-e-s en secteur 2 pratiquent des dépassements d'honoraires de façon encadrée. Les médecins de secteur 3, dit-e-s non-conventionné-e-s, appliquent leurs honoraires de manière libre. 

de se former pour avoir la capacité d'effectuer les démarches qui leurs sont imposées. En effet, les usager·ère·s n'ont pas la liberté de recourir aux services publics. Ils et elles y sont contraint·e·s, soit par des textes, soit par leurs ressources qui dépendent de prestations du service public et n'ont donc pas d'alternative, sauf le renoncement ou le non-recours²².

- **Des pressions liées à la rentabilité économique de la prise en charge** : dans un contexte marqué par les effets du nouveau management public, celles-ci se traduisent, notamment dans les hôpitaux publics, par des tensions entre les objectifs de soins et les objectifs gestionnaires. Les professionnel·le·s de santé font part de pressions ressenties dans l'organisation des équipes, dans les modalités de remboursement des actes médicaux, dans la gestion des lits disponibles, etc. Ces pressions peuvent aller à l'encontre du temps nécessaire pour individualiser les prises en charge, prendre de la distance par rapport à ses représentations et offrir la réponse la plus adaptée possible. Le risque sera alors de proposer une réponse qui s'appuie sur des préjugés, d'effectuer un tri parmi les patient·e·s ou de refuser certain·e·s patient·e·s sur un critère qui s'avère *in fine* discriminatoire.

EXEMPLE

Benjamin Pilleron a étudié l'impact des préjugés sur les pratiques de triages hospitaliers²³. Dans les services d'urgence français le triage est majoritairement réalisé par des infirmières (formées à cette tâche de manière hétérogène), qui ont en moyenne 7 minutes pour réaliser la catégorisation clinique d'un·e patient·e. Lors de ses observations, le chercheur a identifié de nombreux jugements moraux de la part des infirmières, exprimés oralement, par écrit ou par des attitudes non verbales sur l'apparence physique des patient·e·s, leur origine sociale, leur problématique d'addiction réelle ou supposée, etc. Ces jugements moraux ont souvent été associés à de mauvaises pratiques telles que des erreurs de triage, une moins bonne conduite relationnelle ou une moins bonne prise en soin de la douleur. Cette étude montre bien comment, dans un système de travail qui fonctionne à flux tendu, les professionnel·le·s peuvent être amené·e·s à utiliser des préjugés pour analyser et répondre à une situation donnée plus rapidement, ce qui aura de réelles conséquences sur la qualité de la prise en charge²⁴.

Ces facteurs de discriminations peuvent donc être repérés à 3 niveaux distincts :

- **des facteurs individuels**, car les soignant·e·s exercent avec les représentations qu'ils et elles ont acquis au cours de leur socialisation ;
- **des facteurs liés au fonctionnement des services et des établissements** : car les cultures de service et / ou d'établissement peuvent forger des hiérarchisations entre des « bon·ne·s » et « mauvais·es » patient·e·s ;
- **des facteurs liés aux politiques de santé** : car elles établissent le fonctionnement du système de santé. Par exemple, avec la mise en place de la tarification à l'activité²⁵ qui a poussé les établissements de santé à prodiguer une succession d'actes lucratifs, plutôt qu'une prise en charge globale de chaque patient·e.

22 Défenseur des droits, *Dématérialisation des services publics : trois ans après, où en est-on ?*, rapport, 2022.



23 Cet outil issu de la médecine militaire s'est installé dans la médecine d'urgence au cours du XIX^e siècle, dans un contexte d'évolution des hôpitaux vers une gestion davantage économique-administrative. Il permet de rationaliser le flux de patient·e·s en déterminant l'ordre de passage de chacun·e·s. Cf. Dir. C. LEFEVRE, G. LACHENAL, V-K. NGUYEN, *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Presses Universitaires de France, 2014.

24 B. PILLERON, « Trier des humains : étude sur l'activité de triage des patient·e·s par les infirmières des urgences en France », Mémoire de Sociologie, Université de Strasbourg, 2020.

25 La tarification à l'activité (T2A) a été mise en place en 2004. C'est une méthode de financement des établissements de santé, qui repose sur la mesure du volume de leur activité et du type d'actes prodigués. L'objectif était de rendre le système de santé plus efficient et plus productif.

DISCRIMINATIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ : QUELLES CONSÉQUENCES ?

Les conséquences des discriminations dans le domaine de la santé sont diverses et se situent à plusieurs niveaux (individuel, collectif, sociétal). Néanmoins, leur gravité est souvent sous-estimée, ce qui peut participer à une certaine banalisation des pratiques, voire à un déni et une absence de signalement.



Pour les patient·e·s : un enjeu de santé majeur

Les discriminations dans le domaine de la santé ont un impact immédiat sur l'accès aux soins. Elles peuvent avoir pour conséquence un nonaccès aux soins, un retard aux soins, une rupture du parcours de soins. Elles peuvent entraîner un état de santé dégradé voire, dans les situations les plus extrêmes, engager un risque vital. Elles induisent des risques de renoncement aux soins, parfois dans la durée, et peuvent avoir des conséquences irréversibles. En effet, anticipant des propos stigmatisants ou une situation de discrimination, certaines personnes peuvent renoncer à se rendre chez un·e professionnel·le de santé.

Des chercheur·euse·s ont récemment démontré que les personnes qui déclaraient avoir été victime de discrimination dans le domaine de la santé avaient une probabilité de 14 % supérieure

à renoncer ensuite à des soins. Dans leurs travaux, les non-recours aux soins à la suite d'une expérience de discrimination étaient particulièrement importants chez les personnes musulman-e-s et les personnes originaires d'Afrique²⁶.

EXEMPLE

M^{me} T., habitante d'un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) est bénéficiaire de la C2S. Elle a été adressée par son médecin généraliste à un spécialiste situé dans un quartier favorisé. Celui-ci lui facture un dépassement d'honoraires. M^{me} T., ne pouvant y faire face, ne se sent pas légitime pour argumenter contre le médecin et ne connaissant pas les modes de recours, renoncera par la suite à consulter d'autres professionnel-le-s que son médecin traitant.

À ces conséquences immédiates, s'en ajoutent d'autres dans la durée. De manière plus générale, quel que soit le domaine concerné (la santé mais aussi le travail, le logement, les loisirs, etc.), les discriminations ont un impact sur la santé des personnes. En effet, elles sont le déni d'un droit, une injustice et constituent, en ce sens, une violence. Cette violence sera d'autant plus forte que l'expérience est répétée dans différents domaines de la vie courante et s'accompagne de propos stigmatisants et de micro-agressions (propos racistes, stigmatisants dans l'espace public ou dans les interactions du quotidien). Il apparaît ainsi une sorte de continuum entre propos, agressions et discriminations dans différents contextes.

Si les réactions peuvent être variables en fonction des personnes et des environnements plus ou moins protecteurs, force est de constater que les discriminations entraînent, fréquemment, une baisse de l'estime de soi, une augmentation de l'anxiété, du stress et peuvent aller jusqu'à des symptômes dépressifs et un retournement de la violence contre soi.

Estelle Carde parle ainsi d'une « usure à bas bruit » : « À la discrétion des discriminations, répond celle de leur impact sur la santé : cette usure à bas bruit qui menace tous les minorisés²⁷ d'une société²⁸ ».

Différentes études ont par exemple montré que les personnes LGBTQIA+ souffrent davantage de troubles en santé mentale tels que de l'anxiété, des dépressions ou des comportements suicidaires. Ilhan Meyer explique cette prévalence par le modèle du « stress minoritaire », c'est-à-dire par le stress supplémentaire que ces personnes vivent au quotidien. Celui-ci est dû aux préjugés, à la stigmatisation, aux discriminations et au rejet, mais également à l'anticipation de ces événements stressants²⁹. **En ce sens, prévenir toute forme de stigmatisation et de discrimination constitue un enjeu de santé publique.**

EXEMPLE

Dans le cadre de temps d'échanges sur les discriminations avec des habitant-e-s de quartiers populaires, en partenariat avec les maisons urbaines de santé de Strasbourg, Migrations Santé Alsace a recueilli plusieurs témoignages d'impact des discriminations sur la santé dont : « Je n'y fais

26 M. ICHOU, « Discriminations et renoncement aux soins dans le système de santé français », in : Solène Brun et Anne Gosselin (dir.), Dossier « Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France », De facto [En ligne], 25 | Mars 2021, mis en ligne le 19 Mars 2021.



27 Le terme « minorisé » définit les personnes appartenant à un groupe minoritaire, c'est-à-dire un groupe en situation d'infériorité dans une société donnée.

28 E. CARDE, Le masque de la bienveillance, *Maux d'Exil* n° 56, Comede, 2018.

29 F. EL KHOURY LESUEUR, C. LEON, M. HERON, A. SITBON, A. VELTER et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017, Santé mentale des adultes selon l'orientation sexuelle et violences subies. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°6-7, 2021.



pas attention [au racisme], sinon je deviens malade », Hafida, 54 ans. « Tous les jours, on la sent [la discrimination] et on la vit par des regards, par des paroles et on fait avec », Khadija, 64 ans. « J'ai une amie qui a failli se suicider à cause de la discrimination [...]. Discriminer, c'est tuer ! », Gaga, 18 ans. « Ce qui me rend malade ? Les discriminations, les inégalités, la dureté des autres... », témoignage anonyme³⁰.

Pour les professionnel·le·s : des difficultés à exercer leur métier

De manière générale et, plus particulièrement face aux situations de discrimination, un certain nombre de professionnel·le·s se sentent isolé·e·s et insuffisamment informé·e·s. Ils et elles peuvent éprouver des difficultés face aux pratiques et propos de certain·e·s collègues. Ils et elles peuvent parfois avoir conscience de participer, de façon indirecte ou implicite, à la production et à la reproduction d'inégalités : sentiment de ne pas pouvoir consacrer le temps nécessaire à la relation soignant·e / soigné·e, d'être pris·es dans des injonctions contradictoires, d'être contraint·e·s de sélectionner les patient·e·s sur des critères extérieurs aux soins, etc.

Ces constats peuvent induire une insatisfaction professionnelle, l'impression de ne pas pouvoir exercer pleinement son métier, une mise en tension entre la réalité du terrain et les exigences déontologiques. Dans certains cas, cela peut provoquer une souffrance au travail, qu'on peut nommer « souffrance éthique », et un épuisement professionnel.

Lutter contre les discriminations revient, pour les professionnel·le·s, à repenser leur positionnement et le cadre de leur intervention.

Au niveau sociétal : un renforcement des inégalités

Les conséquences des discriminations peuvent également être évaluées au niveau sociétal. En effet, les pratiques discriminatoires mettent à mal le principe d'égalité, principe fondateur de notre société. La banalisation ou le déni de certaines pratiques, illégitimes voire illégales, remettent en cause l'État de droit et fragilisent la confiance des citoyen·ne·s dans les institutions. Plus concrètement, ces pratiques participent à la production et à la reproduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Lutter contre les discriminations permet de ne pas percevoir les inégalités uniquement comme extérieures au soin mais d'interroger de quelle manière le système de santé peut contribuer à les maintenir et les renforcer.

³⁰ Certains de ces témoignages ont été retranscrits dans : Les maisons de santé de Strasbourg, Migrations Santé Alsace, *La santé, ça vous parle ?*, 2022.



CHAPITRE 2

ANALYSER : situations de discrimination au quotidien

31 D. FASSIN, E. CARDE, N. FERRE, S. MUSSO-DIMIOTRIJEVIC, *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, Paris, Inserm, 2001, pp. 65-69.

32 À ce sujet, voir notamment E. DORLIN (dir.), *Sexe, race, classe : Pour une épistémologie de la domination*, Presses Universitaires de France, 2009.

Les situations de discrimination s'avèrent souvent complexes. Elles peuvent mettre en jeu différents processus et plusieurs niveaux de responsabilité. Ce chapitre propose d'explorer la prévention et la lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé à partir de l'analyse de situations. Les objectifs sont de donner des repères juridiques et des pistes d'action.

Huit situations sont présentées. Elles illustrent une variété de pratiques, à diverses étapes du parcours de santé, impliquant différentes acteur·ice·s. Dans certaines, la discrimination peut apparaître évidente, dans d'autres, elle est plus diffuse et s'analysera plus en termes de « risque discriminatoire ». Les situations donnent ainsi, sans prétendre à l'exhaustivité, un premier aperçu de ce que peut signifier une discrimination dans le domaine de la santé.

Le choix des situations s'appuie sur la **typologie des formes de discrimination** proposée par Didier Fassin et al.³¹, dans leurs travaux sur les discriminations liées à l'origine, à savoir :

- le refus de soins ;
- le retard aux soins ;
- l'abaissement des normes de prise en charge ;
- l'instauration de modalités culturellement spécifiques ;
- l'expression ordinaire de sentiments racistes ou xénophobes.

La plupart des situations combinent différentes formes de discrimination et ne peuvent être réduites à une seule. C'est le principe de l'intersectionnalité, qui désigne le fait que certaines personnes peuvent se situer au croisement de plusieurs formes de stigmatisation ou de discrimination³². C'est la raison pour laquelle elles ne sont pas organisées ici selon une typologie spécifique.

La dernière situation (situation 8) est particulière au sens où le patient est à l'origine de la discrimination en formulant une demande reposant sur des préjugés racistes. L'enjeu n'est pas l'accès aux soins et la qualité de prise en charge mais la manière dont les professionnel·le·s peuvent se positionner face à ce type de demande.

QU'ENTEND-ON PAR « REFUS DE SOINS » ?

Le refus de soins peut désigner deux actes différents.

Il peut décrire le refus d'un soin proposé (traitement, opération...) par un-e patiente. Il s'agit de la liberté de la personne soignée, inscrite dans la loi et corollaire du principe de consentement.

Il peut renvoyer au refus, par un-e professionnel-le de santé, de réaliser un soin (traitement, opération...) adapté à l'état de santé d'un-e patient-e. Il est illégal lorsque le motif repose sur un critère discriminatoire.

C'est cette deuxième définition qui est utilisée dans le guide.

QUAND UN REFUS DE SOINS EST-IL CONSIDÉRÉ COMME ILLICITE ?

Les codes de déontologie des différentes professions médicales et paramédicales précisent que les professionnel-le-s peuvent refuser de soigner un-e patient-e pour des raisons professionnelles (demande de soin qui ne correspond pas à leurs activités, file active trop importante pour prendre une nouvelle demande, etc.) ou pour des raisons personnelles (patient-e qui a été violent-e à leur égard, etc.).

Plusieurs conditions encadrent ce droit :

- le refus ne doit pas être fondé sur un critère discriminatoire ;
- la continuité des soins doit être assurée, c'est-à-dire que les professionnel-le-s doivent réorienter les patient-e-s lorsque cela est possible et ne pas faire obstruction à la transmission du dossier médical ;
- il ne doit pas s'agir d'une situation d'urgence ;
- il ne doit pas s'agir d'une consultation dans un service public (hôpital, PMI, etc.).

Si une de ces conditions n'est pas remplie, le refus de soin est considéré comme illicite.

PRÉCAUTIONS MÉTHODOLOGIQUES

Les situations exposées ici émanent de plusieurs sources. Deux d'entre elles (situations 1 et 7) ont été jugées par des instances administratives. Pour les autres, il s'agit de situations qui ont été inspirées d'exemples recueillis au cours de temps d'échanges ou de formation de professionnel-le-s.

Ces situations ont été réécrites et synthétisées à partir de plusieurs récits similaires. Bien qu'une telle manière de procéder peut donner, par moment, l'impression d'un manque de détails et de nuances, elle a l'avantage d'assurer l'anonymat tout en travaillant à partir de situations ancrées dans l'expérience de terrain.

L'analyse des situations part d'une grille de lecture juridique et les intègre dans une réflexion plus large sur les approches sociologiques et politiques des discriminations.

Les situations évoquées ont pour objectif de rendre saillants des dysfonctionnements dans la perspective d'améliorer le système de soins.

Les pratiques et fonctionnements de certain-e-s professionnel-le-s et institutions présentés ici sont particulièrement questionnants. Pour autant, ils ne doivent pas occulter le fait qu'un grand nombre de professionnel-le-s et services de soins cherchent au quotidien à offrir la meilleure qualité possible de prise en charge.

Situation 1

Refus de prise en charge médicale d'une patiente en cabinet médical

Madame B. est roumanophone et bénévole au sein d'une association de solidarité avec les familles roumaines et roms. Elle prend rendez-vous auprès du cabinet de la docteure Q. pour Madame D. et son fils, de nationalité roumaine et qui parlent mal le français. Le secrétariat demande à Madame B. si la famille est affiliée à la sécurité sociale. Madame B. répond positivement. Le jour de la consultation, la praticienne fait entrer dans son cabinet Madame B., Madame D. et son fils. Demandant la présentation de la carte vitale, Madame B. lui présente la carte d'admission à l'AME de la patiente. La docteure Q. refuse la prise en charge médicale de Madame D. et de son fils, au motif de difficultés de remboursement de la CPAM. Elle avancera également les risques liés à sa responsabilité du fait de la barrière de la langue.

- Les motifs invoqués par la médecin peuvent-ils justifier le refus de prise en charge de M^{me} D. ?
- Comment lutter contre les refus de soins discriminatoires dans l'accès aux soins de proximité des bénéficiaires de l'AME ?
- Quel est le rôle des associations dans l'accompagnement des patient-e-s ?

LA SITUATION RELÈVE-T-ELLE D'UNE DISCRIMINATION ?

La docteure Q. a refusé de réaliser la consultation sur deux arguments : les difficultés de remboursement par la CPAM et la barrière de la langue.

La justification liée au délai de remboursement est fréquemment avancée par les professionnel-le-s de santé. Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas, à proprement parler, des assuré-e-s sociaux et n'ont pas de carte vitale. La télétransmission des actes n'est pas possible, ce qui engendre effectivement des délais de traitement plus longs (envoi de feuilles de soins en version papier). Néanmoins, la situation est clairement interdite par la loi : « Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L.861-1 et L.863-1 du Code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L.251-1 du Code de l'action sociale et des familles³³ », l'AME figurant dans le texte. Le motif invoqué par la médecin, concernant des difficultés administratives, ne peut justifier le refus de soins. Ce dernier, qui repose sur la couverture sociale de la patiente, ne semble pas justifié et peut être qualifié de discriminatoire.



La situation en vidéo

MOTS CLÉS

REFUS DE SOINS
CABINET DE
MÉDECINE GÉNÉRALE
AME
PATIENTE ALLOPHONE
PRÉSENCE D'UNE
ACCOMPAGNATRICE
BÉNÉVOLE
DÉPÔT DE PLAINTÉ

³³ Article L. 1110-3 du Code de la santé publique.

En ce qui concerne l'argument de barrière de la langue, il est vrai que les difficultés de communication entre un·e médecin et ses patient·e-s entraînent inévitablement des risques pour la pose du diagnostic, l'expression des symptômes, la compréhension des traitements. Dans cette situation, la médecin avait la possibilité de recourir à Madame B., bénévole roumanophone, au moins dans un premier temps. De manière générale, l'impossibilité de communiquer peut difficilement justifier un refus d'accueil en première intention. Les praticien·ne·s peuvent se trouver dans des situations semblables avec d'autres patient·e-s : personnes très âgées, en situation de handicap, nourrissons, avec lequel-le-s une consultation sera néanmoins nécessaire. *A minima*, un examen clinique peut être réalisé.

Pour ces différentes raisons, le refus de soins de la docteure Q. peut être qualifié de discriminatoire.

QUELLES ACTIONS METTRE EN PLACE ?

Sur le moment, il n'est pas toujours facile de réagir (état de choc, méconnaissance du droit, etc.). En revanche, il est possible de reprendre contact avec le ou la professionnelle de santé par la suite pour l'informer du sentiment d'injustice vécu et de lui rappeler ses obligations. Puisque cette situation entre dans la définition du refus de soins illégal, il est également possible de mobiliser les recours juridiques³⁴. C'est ce qu'a fait la bénévole, M^{me} B., en tant que témoin de la situation. Elle a porté plainte au nom de son association auprès de l'Ordre des médecins d'Île-de-France et a saisi le Défenseur des droits³⁵. Il aurait également été possible de saisir le médiateur de la CPAM. Les démarches réalisées ont permis de faire reconnaître l'injustice et de mettre fin à une pratique illégale. En effet, la médecin, à la suite de la médiation, a annoncé mettre en conformité ses pratiques avec le droit.

Cette situation souligne un manque dans la formation des médecins. Ces dernier·ère·s n'ont pas nécessairement connaissance de leur obligation en matière d'accueil des patient·e-s bénéficiaires de la C2S et de l'AME et peuvent nourrir à leur égard des représentations négatives venant justifier les refus de prise en charge. L'inclusion de ces questions dans les formations initiales et continues des professionnel·le·s de santé peut permettre de mettre à distance leurs représentations, de mieux connaître le cadre juridique et ainsi d'améliorer les pratiques.

Un autre enjeu porte sur les ressources et les relais existants. La prise en charge de patient·e-s bénéficiaires de l'AME peut croiser besoins de soins, d'interprétariat, d'accompagnement social et de connaissance en droit des étrangers. Les médecins ont besoin de s'appuyer sur un certain nombre de relais. Plusieurs guides existent et permettent un premier repérage³⁶. La mise en réseau des professionnel·le·s de la santé et du social reste un moyen essentiel pour connaître et mobiliser les structures ressources.

Plus largement, il serait également possible d'**interpeller les pouvoirs publics** autour des difficultés que cette situation met en lumière. Par exemple, l'Agence Régionale de Santé pourrait

³⁴ Les différentes instances de recours sont détaillées chapitre 3, p. 47.

³⁵ Pour en savoir plus, voir la décision n° 2015-039 du Défenseur des droits.



³⁶ Par exemple : Comede, *Prévention, soins et accompagnement des personnes étrangères vulnérables*, guide pratique pour les professionnel·le·s, édition 2023.



être sollicitée sur l'accès à l'interprétariat en médecine de ville, qui existe dans certaines régions de façon expérimentale. La CPAM pourrait engager une réflexion sur les modes de transmission et délais de traitement des remboursements des bénéficiaires de l'AME. Le fait de travailler en réseau peut notamment permettre aux professionnel-le-s d'aller au-delà du traitement de situations problématiques singulières, pour participer à l'évolution des procédures.

POUR ALLER PLUS LOIN

Les refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la C2S et de l'AME

Les refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la C2S (anciennement CMU-C), et de l'AME ont été étayés par plusieurs enquêtes depuis les années 2000. En utilisant la méthode du *testing*³⁷, ces enquêtes démontrent que les refus de rendez-vous sont récurrents avec des taux variables selon les spécialités, les secteurs d'exercice, les territoires et les types de public.

Ainsi, une récente étude menée par l'Institut des Politiques Publiques établit que les bénéficiaires de l'AME ont entre 14 et 36% de chances en moins d'avoir un rendez-vous chez un-e généraliste par rapport aux personnes qui ont l'assurance maladie, entre 19 et 37% de chance en moins chez un-e ophtalmologue et entre 5 et 27% de chance en moins chez un-e pédiatre.

En revanche, il semble y avoir un recul des discriminations envers les bénéficiaires de la C2S (en comparaison avec le *testing* de 2019³⁸), puisque ces dernier-ère-s obtiennent un rendez-vous dans des proportions comparables aux autres patient-e-s. Il est

à noter que, de manière générale, les taux d'obtention d'un rendez-vous sont en moyenne peu élevés. Un-e patient-e, sans caractéristique spécifique qui l'expose à un risque discriminatoire, à moins d'une chance sur deux d'obtenir un rendez-vous chez un-e médecin généraliste ou un-e pédiatre, et à peu près deux chances sur trois chez un-e ophtalmologue³⁹.

En 2017, Une enquête qualitative sur les discours des médecins libéraux montrait que les raisons des refus sont liées à des représentations négatives sur ces publics, à des logiques économiques et aux relations entretenues avec les CPAM⁴⁰.


Cette même année, le Défenseur des droits a été saisi par plusieurs associations⁴¹ suite aux refus de recevoir les patient-e-s bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME, affichés par douze médecins et chirurgien-ne-s-dentistes, sur des sites de prise de rendez-vous en ligne. Dans la décision rendue publique, le Défenseur des droits a établi une liste de préconisations.

Il enjoint les plateformes spécialisées à veiller au respect du principe de non-discrimination. Il recommande notamment à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) d'améliorer les conditions de paiement des honoraires, d'étudier la possibilité de fournir un document de type « carte vitale » aux bénéficiaires de l'AME, voire de fusionner les dispositifs de la PUMA⁴² et de l'AME⁴³.

Pour remédier à ces pratiques, dès 2008, la CNAM a précisé, dans une circulaire, la définition du refus de soins des personnes bénéficiaires de la CMU-C (devenue C2S). Celle-ci fut suivie en 2020 par un nouvel article réglementaire du Code de la santé publique, qui élargit la définition du refus de soins discriminatoire par « **toute pratique tendant à empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, par quelque procédé que ce soit et notamment par des obstacles mis à l'accès effectif au professionnel de santé ou au bénéfice des conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé [...]** »⁴⁴.

37 La méthode de *testing* permet de comparer les réponses obtenues lors d'une demande (de rendez-vous, d'entrée en boîte de nuit, etc.) en fonction d'un critère variable, ici, le type de protection maladie.

38 

39 Défenseur des droits, Fonds CMU-C, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale d'état, *études et résultats*, mai 2023. 

40 Défenseur des droits, Fonds CMU-C, mai 2017, *op. cit.*

En 2021, une instruction ministérielle⁴⁵ donne quelques exemples de pratiques pouvant ainsi caractériser un refus de soins discriminatoire :

Pour les pratiques faisant obstacle à l'accès effectif :


- l'orientation répétée ou abusive sans justification médicale vers un-e autre professionnel-le, centre ou établissement de santé,
- la fixation d'un délai de rendez-vous manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par le ou la professionnelle ou de l'affection à traiter.

Pour les pratiques faisant obstacle aux conditions normales de prise en charge financière :

- le fait de ne pas respecter les tarifs opposables aux bénéficiaires de la C2S ;
- le fait de ne pas respecter les limitations d'honoraires ou les plafonds tarifaires ;
- le refus d'appliquer le tiers payant ou d'élaborer un devis dans les situations prévues par la loi ou la voie conventionnelle.

41 Médecins du Monde, la Fédération des Acteurs de la Solidarité et le Collectif inter-associatif sur la santé (aujourd'hui France Assos Santé).

42 Protection Universelle Maladie.

43 Décision du Défenseur des droits n° 2018-269. 

44 Article R. 1110-8 du Code de la santé publique.

45 Instruction ministérielle DSS/2A/2021/12 du 5 janvier 2021.

Situation 2

Refus d'hospitalisation en psychiatrie d'un patient allophone

Monsieur S., d'origine albanaise et non francophone, est hébergé dans un Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA). Auprès du travailleur social qui le suit, il fait part, en présence d'un interprète professionnel, de sentiments d'angoisse, d'insomnie et d'idées suicidaires.

Il demande à être hospitalisé. Le travailleur social l'accompagne aux urgences psychiatriques.

Le psychiatre les reçoit en consultation mais explique au travailleur social que l'hôpital n'a pas le budget pour de l'interprétariat professionnel et que, par conséquent, l'hospitalisation n'a pas grand sens car le patient ne pourra pas être soigné correctement.

Aucune solution alternative n'est proposée.

- L'impossibilité de communiquer peut-elle justifier un refus d'hospitalisation ?
- Comment garantir l'accès aux soins pour les personnes non-francophones ?

LA SITUATION RELÈVE-T-ELLE D'UNE DISCRIMINATION ?

La situation consiste en un refus d'hospitalisation au motif de l'impossibilité de communiquer entre l'équipe soignante et le patient. Le patient exprime une demande d'hospitalisation et il revient au psychiatre d'évaluer si l'état de santé le nécessite. Au vu des éléments présentés, le psychiatre ne remet pas en question la nécessité d'hospitalisation. Il met en avant l'inadaptation de l'hôpital et les contraintes financières. En laissant repartir une personne exprimant des idées suicidaires, sans proposer d'alternative, comme un suivi adapté au risque de passage à l'acte, il y a possiblement mise en danger de la vie d'autrui. L'explication du psychiatre interroge à deux niveaux.

D'une part, bien que la parole soit un élément incontournable du soin en psychiatrie, il peut être envisagé d'hospitaliser la personne et de rechercher, dans un deuxième temps, les modalités de communication adéquates. En soi, l'absence de dispositif d'interprétariat professionnel ne peut justifier un refus d'hospitalisation. **Dans cette situation, il est possible de suspecter une différence de traitement illégitime en raison de la langue et implicitement de l'origine, ce qui relèverait d'une discrimination.**

D'autre part, il y a lieu de s'interroger sur le non-recours à l'interprétariat professionnel dans un hôpital psychiatrique. Des textes législatifs précisent l'importance de l'interprétariat pour l'accès aux soins⁴⁶. Ce non-recours pourrait être expliqué par l'inexistence de service d'interprétariat sur le territoire. Or, ceci ne semble pas être le cas dans la présente situation puisque le CADA y a

MOTS CLÉS

REFUS
D'HOSPITALISATION
PSYCHIATRIE
PATIENT DEMANDEUR
D'ASILE
PRÉSENCE D'UN
TRAVAILLEUR SOCIAL
INTERPRÉTARIAT

⁴⁶ Par exemple, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

eu recours. De plus, il existe des services d'interprétariat par téléphone qui permettent de pallier les difficultés liées à l'accessibilité. En l'état, le non-recours est justifié par des contraintes financières. Il est vrai qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de budget dédié au niveau national, pour les dépenses en matière d'interprétariat, mais cet argument est à mettre au regard du droit à la santé et des risques encourus par les patient-e-s. Il apparaît donc particulièrement problématique.

Cette situation illustre la zone grise dans laquelle se situent actuellement les problématiques de langue à l'hôpital. Si la non prise en charge des patient-e-s peut relever d'une discrimination liée à la langue de la personne, et donc au critère de l'origine, les modalités de recours à l'interprétariat ne sont pas clairement posées au niveau des politiques publiques.

QUELLES ACTIONS METTRE EN PLACE ?

Il est fait état ici d'une situation d'urgence psychiatrique. À court terme, il est nécessaire d'engager une action permettant **l'accès aux soins effectif du patient**. Pour ce faire, le travailleur social, qui accompagne le patient, peut contacter les urgences médicales, d'autres structures de santé mentale, des professionnel-le-s de santé libéraux ou des associations spécialisées pour rechercher une solution et hospitaliser la personne.

Au vu de la situation, **un signalement des faits** est possible via différents types de recours : hiérarchie de l'hôpital, commission des usagers, comité éthique, Défenseur des droits. Le travailleur social peut informer la personne sur ses droits et l'accompagner dans ses démarches.

Plus largement, les **modalités d'accès aux soins de santé mentale des personnes non-francophones** nécessitent d'être réfléchies collectivement et pourraient faire l'objet de groupes de travail au niveau local ou régional, par exemple au sein d'un Conseil Local de Santé Mentale⁴⁷. Cela permettrait de repérer l'existant : outils multilingues pour une première information⁴⁸, associations d'interprétariat sur le territoire ou associations d'interprétariat téléphonique, etc. En termes d'intervention publique, les modalités de financement de l'interprétariat professionnel restent à structurer (remboursement par la sécurité sociale comme un acte de soin, ligne de financement dédiée pour les hôpitaux...).

⁴⁷ Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) sont des espaces de concertation et de coordination entre élu-e-s, services de psychiatrie, représentant-e-s des usager-ère-s, aidant-e-s et professionnel-le-s à l'échelon d'une commune ou d'une agglomération. Pour en savoir plus, voir le site du Centre National d'Appui aux CLSM.



⁴⁸ Par exemple, le Comede et Santé Publique France ont publié des livrets de santé bilingues traduits en seize langues. Ceux-ci sont régulièrement mis à jour et disponibles gratuitement.



Situation 3

Non déplacement de services médicaux pour une admission aux urgences

Madame C., résidente en quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), vit seule avec son enfant de 2 ans. Elle n'a pas de voiture et l'hôpital se situe à 5 km de son domicile. L'enfant a une forte fièvre et des convulsions. Il est 23 heures. M^{me} C. appelle une association de médecine de garde. La réponse qui lui est donnée est la suivante : au vu de l'heure, les médecins de l'association ne sont pas en mesure de se déplacer. Pour des raisons de sécurité et à la suite d'incidents arrivés précédemment, les médecins n'interviennent plus dans ce quartier après 22 heures. L'association réoriente M^{me} C. vers les urgences. Les urgences répondent que les symptômes ne justifient pas le déplacement d'un véhicule sanitaire médicalisé ni d'une ambulance et l'invitent à appeler un taxi. M^{me} C. appelle des compagnies de taxi mais aucune n'accepte de se déplacer. M^{me} C. recontacte les urgences mais l'état de santé de l'enfant n'ayant pas évolué, la réponse est la même. Finalement, M^{me} C. trouvera un voisin qui pourra l'accompagner. Elle se rendra à temps aux urgences pour que l'enfant soit soigné mais avec un risque de séquelle.

- Les refus de déplacement de l'association médicale, des urgences puis des sociétés de transport relèvent-ils d'une discrimination basée sur le lieu de résidence ?
- Les habitant-e-s des quartiers populaires sont-ils et elles confronté-e-s à des discriminations spécifiques dans le champ de la santé ?

LA SITUATION RELÈVE-T-ELLE D'UNE DISCRIMINATION ?

La situation consiste en un refus de déplacement des services médicaux et met en jeu l'accès aux urgences pour une personne non motorisée. Trois acteur-ice-s sont à prendre en compte dans l'analyse : l'association médicale, les urgences et les compagnies de taxis.

Le refus de déplacement de l'association médicale repose sur le lieu de résidence de la personne, critère potentiellement discriminatoire. La justification apportée s'appuie sur l'heure de l'appel ainsi que sur des incidents ayant eu lieu précédemment. Une orientation est faite vers les urgences. Le Code pénal prévoit que l'interdiction de discrimination n'est pas applicable « aux discriminations liées au lieu de résidence lorsque la personne chargée de la fourniture d'un bien ou service se trouve en situation de danger manifeste⁴⁹ ». La notion de « danger manifeste » n'a pas de contour précis et peut être difficile à juger dans la mesure où l'appréciation d'un danger est en partie subjective. Néanmoins, l'heure tardive et des précédents ne sont pas suffisants pour justi-



La situation en vidéo

MOTS CLÉS
URGENCES
PÉDIATRIQUES
ASSOCIATION
DE MÉDECINE DE GARDE
LIEU DE RÉSIDENCE

⁴⁹ Article L 225-3 du Code pénal.

fier d'un danger manifeste encouru par les professionnel-le-s de l'association médicale. En effet, il serait nécessaire de montrer en quoi le danger était actuel et réel⁵⁰.

De plus, cette disposition se trouve en conflit avec un autre article du Code de la santé publique selon lequel : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires »⁵¹. Il est donc nécessaire d'apprécier le critère de gravité de l'état de santé de l'enfant et les symptômes décrits ne laissent pas nécessairement supposer un péril immédiat.

Dans cette situation, il y a bien une différence de traitement fondée sur le lieu de résidence mais il est difficile de statuer si cette différence constitue une discrimination au sens légal. Cela demanderait d'évaluer en détail les notions de « danger manifeste » et de « péril immédiat ».

Le deuxième acte est le refus des urgences de se déplacer. Ici, ce n'est pas le critère de résidence qui est mis en avant mais l'état de santé de l'enfant. Or, leur mission est d'évaluer les situations en fonction de l'état de santé des personnes. Là encore, la question serait de savoir si la gravité de la situation a été correctement évaluée au vu des éléments disponibles pendant l'échange téléphonique. Une autre question est celle de l'accessibilité effective des urgences et de la capacité des services de santé à tenir compte des situations particulières (femme seule, non motorisée, résidant en QPV). En effet, même lorsque la patiente rappelle en faisant part de ses difficultés, la réponse des urgences ne change pas.

Le troisième refus est celui des compagnies de taxis d'envoyer un véhicule au domicile de la patiente. Pour savoir s'il s'agit d'une discrimination, il serait nécessaire de connaître le motif du refus, qui n'est pas mentionné dans la situation. Néanmoins, le fait que plusieurs compagnies aient refusé laisse penser que le critère du refus est le quartier de résidence, même si celui-ci n'a pas été formulé explicitement. Là encore, c'est la réalité d'un « danger manifeste » qui devra être évaluée pour savoir s'il s'agit ou non d'une discrimination.

Les éléments laissent donc suspecter une discrimination de la part de l'association médicale et des compagnies de taxis si le « danger manifeste » n'est pas réel.

Cette situation montre comment une succession de refus conduit à un retard aux soins, à un risque vital possible pour l'enfant et constitue un préjudice important. Elle interroge plus largement la question de l'accessibilité des urgences et de la prise en compte des conditions de vie des personnes au moment de l'orientation. Elle interroge également les représentations véhiculées sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

QUELLES ACTIONS METTRE EN PLACE ?

Cette situation laisse suspecter une discrimination. Un recours juridique est donc envisageable à l'encontre des sociétés de taxis et/ou de l'association médicale. Il serait, par exemple, possible de signaler la situation au Défenseur des droits voire de porter plainte au pénal ou au civil. Tout-

50 Pour plus d'éléments sur la notion de « danger manifeste », voir la décision du Défenseur des droits MLD-2015-10.



51 Article R.4127-9 du Code de la santé publique.

professionnel·le ou bénévole accompagnant la patiente pourrait l'informer de ses droits et l'orienter vers des associations spécialisées.

Un autre axe de travail pourrait être développé au sein de l'association médicale. Les professionnel·le·s peuvent se sentir pris·es entre deux injonctions : la mission de soin d'une part et la crainte pour leur sécurité d'autre part. Une réflexion en équipe pourrait être envisagée autour du sentiment d'insécurité, des perceptions du danger et de la réalité des actes survenus. Cela pourrait donner lieu à la mise en place de procédures à suivre en cas de danger ou en prévention de celui-ci (déplacement à deux, lien avec les services compétents, etc.).

Une interpellation des pouvoirs publics pourrait également être envisagée : ARS, Ville, Préfecture, etc. Des instances telles que le Conseil Territorial de Santé ou le Conseil Local ou Intercommunal de Sécurité et de Prévention de la Délinquance pourraient être mobilisées⁵². Plusieurs pistes d'actions pourraient être envisagées : mise en place d'une maison médicale de garde dans le quartier, établissement de procédures de contact entre les structures de garde et les services de police, les sapeurs-pompiers ou les gardien·ne·s d'immeuble, etc.

⁵² Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) ont été créés par la loi du 26 janvier 2016 et ont vocation à contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet régional de santé. Les Conseils Locaux ou Intercommunaux de Sécurité et de Prévention de la Délinquance ont été créés en 2002 et ont pour but de favoriser l'échange d'informations entre les responsables des organismes publics et privés concernés.

POUR ALLER PLUS LOIN

Les discriminations à l'encontre des habitant·e·s des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)

Le critère de discrimination du lieu de résidence est apparu dans la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine de 2014, sous l'impulsion de maires de villes de banlieues parisiennes. Ces derniers souhaitent faire reconnaître les discriminations à l'adresse dont étaient victimes les jeunes de quartiers populaires dans l'accès à l'emploi.

Parallèlement, les quartiers populaires font l'objet d'une politique publique spécifique qui vise à concentrer les crédits de droit commun et des crédits spécifiques afin de développer des actions et de permettre de résorber les inégalités. Les 1 362 quartiers bénéficiant de cette action publique sont appelés « quartiers prioritaires de la politique de la ville » (QPV).

Les habitant·e·s des quartiers en politique de la ville cumulent, souvent, différents critères pouvant conduire à des discriminations. 18,6 % des personnes sont de nationalité étrangère contre 5,9 % pour le reste de la France métropolitaine. La part des personnes vivant sous le seuil de pauvreté s'y élève à 44 %, soit un taux trois fois plus élevé que pour l'ensemble de la France métropolitaine (14,9 %). Le renoncement aux soins y est plus fréquent, souvent pour des raisons économiques, et les habitant·e·s de ces quartiers ont moins recours aux dépistages que le reste de la population⁵³.

L'impact de la pauvreté sur l'état de santé est largement connu. Une étude de l'INSEE pointe un écart d'espérance de vie de

13 ans chez les hommes entre les plus aisés et les plus modestes⁵⁴. Le cumul des difficultés individuelles n'explique cependant pas l'ensemble des écarts observés entre les habitant-e-s des QPV et le reste de la population, en termes d'état de santé perçu, de surpoids et d'obésité ou de renoncement aux soins : ces écarts persistent à caractéristiques socio-démographiques constantes, attestant d'un « effet quartier » sur la santé des habitant-e-s qui y résident.

Par ailleurs, en matière de discriminations, l'enquête Trajectoires et origines a montré, qu'un quart des habitant-e-s en zones urbaines sensibles (ZUS)⁵⁵ avait le sentiment d'avoir vécu une discrimination, soit 10% de plus que les habitant-e-s hors ZUS. Les critères les plus souvent évoqués étaient la nationalité, l'origine, la couleur de la peau, le sexe, la religion et le lieu de vie⁵⁶. Enfin, l'inégalité territoriale se traduit par une moindre offre de soins. Le déficit est généralisé pour l'offre de soins ambulatoire et hospitalière et il est particulièrement marqué pour les médecins spécialistes et les auxiliaires médicaux libéraux. Il est plus modéré pour les généralistes et les infirmier-ère-s.

Zoom sur la crise sanitaire du Covid-19 en QPV

Selon les données de l'INSEE, le département de la Seine-Saint-Denis (qui comprend 75 QPV) est celui qui a connu la plus forte surmortalité lors de la première vague du Covid-19, alors que sa population est plus jeune qu'ailleurs. Comment est-ce possible ? Une enquête conduite sur les inégalités sociales et territoriales de santé dans le département nous apporte des éléments de réponse. Tout d'abord, ces inégalités au sujet de la mortalité peuvent s'expliquer par un cumul d'inégalités socio-spaciales qui préexistaient à la pandémie et qui ont été renforcées par elle. En effet, les individus ont davantage été exposés au Covid-19 en raison de :

- Leurs conditions de travail : les classes populaires urbaines, pour beaucoup immigrées ou descendantes d'immigré-e-s, ont des emplois de service non exportables en télétravail. 1 habitant-e / 8 était « travailleur-euse indispensable », contre 1 habitant-e / 14 à Paris.
- Leurs conditions de vie et de logement : après Paris, c'est le département français qui compte le plus de logements sur-occupés. Il est donc difficile de s'isoler en cas de contamination, et donc d'arrêter la propagation du virus.
- Leur état de santé dégradé, notamment en raison de maladies chroniques, résultats d'un cumul d'inégalités, qui ont été des facteurs de comorbidités.

Un autre élément est à prendre en compte pour comprendre la surmortalité en temps de pandémie dans le département de Seine-Saint-Denis : il s'agit de la sous-dotation en structures sanitaires. En effet, avec 87,8 lits d'hôpitaux publics pour 100 000 habitant-e-s, le département connaît une sous-dotation d'environ 37% par rapport à la moyenne nationale. Ce déficit est également rencontré en médecine de ville, avec 25% de médecins généralistes en moins par rapport à la moyenne de l'hexagone. Ces inégalités sont structurelles et elles n'ont pas été prises en compte dans la gestion de la crise sanitaire. En effet, les mesures de santé publique lors du premier confinement ont été identiques sur l'ensemble du territoire national, creusant alors les écarts entre les habitant-e-s en raison de leur lieu de résidence, de leur classe sociale, de leur trajectoire ou de leur ascendance migratoire. Les discriminations raciales, en particulier en matière de contrôles policiers, et leurs effets sur la santé – notamment mentale – participent aussi à augmenter les inégalités sociales face à la maladie et à la mort⁵⁷.

⁵³ Les différentes données chiffrées sont issues des rapports ONZUS 2014, 2015 et du rapport ONPV 2016.

 Pour plus d'information

⁵⁴ N. BLANPAIN, L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes, *Insee Première*, n° 1687, Insee, 2018.

⁵⁵ Ancienne dénomination des QPV.

⁵⁶ ONZUS, Le sentiment de discriminations des habitants en ZUS, enquête thématique, rapport 2012.

⁵⁷ À ce sujet, voir notamment les 3 articles de A. MARIETTE et L. PITTI cités en p. 73.

Situation 4

Non recours à un dispositif de prise en charge pour une patiente demandant une IVG

Madame T. est une jeune majeure arménienne, présente en France depuis 2 mois. Elle réside dans une commune de taille moyenne. Elle ne parle pas français et n'a pas de couverture maladie. Enceinte, elle souhaite réaliser une interruption volontaire de grossesse (IVG). Elle prend rendez-vous avec une assistante de service social d'un hôpital, qui ne dispose pas de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), pour envisager les solutions de prise en charge.

L'assistante de service social reçoit Madame T. en présence d'une interprète professionnelle. Après étude de sa situation, elle lui fait savoir que, n'ayant pas de couverture maladie, elle devra prendre en charge les frais relatifs à l'IVG. Madame T. devra s'acquitter des frais médicaux avant tout acte médical. L'assistante de service social termine en disant « je suis vraiment désolée mais je ne peux rien faire pour vous. » Madame T. ne se présente plus à l'hôpital.

- **M^{me} T., au vu de sa situation administrative et sociale, peut-elle être prise en charge et interrompre sa grossesse en France ?**
- **Une législation spécifique s'applique-t-elle en matière d'interruption volontaire de grossesse pour les personnes étrangères ? Si c'est le cas, cette différence de traitement est-elle discriminatoire ?**

LA SITUATION RELÈVE-T-ELLE D'UNE DISCRIMINATION ?

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un droit inscrit dans la constitution et encadré par une législation précise. Toute personne, majeure ou mineure, peut demander à un-e médecin l'interruption de sa grossesse. L'IVG est un acte médical remboursé à 100 % par l'assurance maladie, dans le cadre d'un tarif forfaitaire avec dispense totale d'avance de frais pour les « jeunes filles mineures non émancipées sans consentement parental », ainsi que pour les personnes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME. Il s'agit bien de garantir une égalité d'accès quel que soit l'âge, la situation économique ou la nationalité de la personne.

La situation de M^{me} T. croise les notions d'accès aux droits sociaux et de droit des étrangers. La détermination de son droit éventuel à une protection maladie peut s'avérer complexe. Présente depuis moins de 3 mois en France, elle ne peut bénéficier de l'AME. Cependant, les soins dont elle a besoin ne peuvent être retardés. Dans cette situation, le Dispositif de Soins Urgents et Vitaux (DSUV) aurait pu être mobilisé. Ce dispositif permet de prendre en charge « les soins urgents dont l'absence entraînerait une atteinte du pronostic vital ou une altération de l'état de santé grave et

MOTS CLÉS

**DISPOSITIF SOINS
URGENTS ET VITAUX
INTERRUPTION
VOLONTAIRE
DE GROSSESSE
PATIENTE ARMÉNIENNE
ALLOPHONE
ABSENCE DE
COUVERTURE SOCIALE
CONSULTATION SOCIALE
À L'HÔPITAL**

« durable ». Sont inclus les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie infectieuse transmissible, les soins et les examens de prévention pour les personnes enceintes et les nourrissons, les interruptions de grossesse volontaires ou pour motif médical⁵⁸.

La réponse de l'assistante de service social entraîne le nonaccès à un dispositif qui aurait pu être mobilisé. Les éléments ne permettent pas de savoir si M^{me} T. a pu interrompre cette grossesse. Mais il y a, a minima, un retard de prise en charge.

Dans cette situation, il existe une différence de traitement, liée à la nationalité et au statut au regard du droit au séjour qui se joue à plusieurs niveaux. Au niveau institutionnel, les dispositifs à mobiliser ne seront pas les mêmes en fonction de la situation au regard du droit de séjour. Cette différence n'est pas considérée comme une discrimination au sens juridique, le législateur considérant que les situations ne sont pas nécessairement comparables. Au niveau de l'assistante de service social, les éléments présentés dans la situation ne permettent pas de connaître la raison pour laquelle elle n'a pas mobilisé le dispositif. On peut supposer une méconnaissance de sa part, d'autant plus si elle accompagne rarement des personnes dans une situation similaire. Néanmoins, il aurait été possible de réaliser des recherches ou de s'informer auprès de relais afin de fournir une information fiable et actualisée pour permettre à la personne d'accéder à ses droits. Le Code de déontologie des assistant-e-s de service social définit une obligation de compétence qui implique de « maîtriser sa pratique professionnelle et tendre constamment à l'améliorer, développer ses connaissances et être vigilant quant aux répercussions que peuvent entraîner ses interventions dans la vie des personnes et celle des institutions⁵⁹ ».

Au vu des éléments en notre possession, il est difficile de prouver une discrimination liée à la nationalité. Des éléments complémentaires pourraient être recherchés notamment en interrogeant l'assistante de service social.

En revanche le manque de connaissance de l'assistante de service social questionne ses conditions matérielles d'exercice (accès à la formation, etc.). La délivrance d'une information erronée questionne quant à elle des aspects déontologiques et de posture professionnelle.

QUELLES ACTIONS METTRE EN PLACE ?

Dans cette situation, le premier enjeu est de **permettre à la personne d'accéder à ses droits** et de mettre un terme à sa grossesse. Un relai possible serait les consultations des centres de santé sexuelle, l'association du Planning familial si elle est présente sur le territoire et/ou le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF).

Par ailleurs, cette situation pose clairement le besoin d'une **information fiable et actualisée**. Le droit des étranger-ère-s et le droit à l'assurance maladie évoluent régulièrement et se complexifient, ce qui demande une veille permanente. Pour ce faire, la formation continue des professionnel-le-s est

⁵⁸ Le DSUV est applicable pour toute personne majeure irrégulièrement présente sur le territoire mais qui ne peut bénéficier de l'AME (notamment faute d'ancienneté de présence en France de trois mois). Les mineur-e-s ne sont en principe pas amené-e-s à y recourir car ils et elles sont supposé-e-s bénéficier de l'AME sans condition de durée de séjour. Ce dispositif a été mis en place pour permettre aux établissements de respecter l'obligation déontologique de délivrer des soins aux personnes démunies. Cf. Article L 254-1 du Code de l'action sociale et des familles, circulaires DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 et DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04.

⁵⁹ Article 9 du Code de déontologie de l'Association Nationale des Assistants de Service Social.



indispensable. De même, identifier les sources d'information existantes en fonction des besoins spécifiques des personnes accompagnées est important. La permanence téléphonique du Comede aurait, par exemple, pu être sollicitée⁶⁰.

Plus largement, des situations de blocage ou d'impossibilité d'accès aux soins peuvent exister du fait de restrictions de certains dispositifs. Pouvoir faire remonter les situations auprès d'associations ou collectifs permet d'enrichir les constats, de construire des plaidoyers et de chercher à faire évoluer le droit (cf. par exemple le travail de l'Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers⁶¹).

⁶⁰ Cf. la présentation des permanences du Comede p. 52.

⁶¹ 

POUR ALLER PLUS LOIN

Les discriminations spécifiques à l'encontre des personnes étrangères

Les personnes étrangères sont soumises à une législation spécifique concernant l'entrée et la résidence en France. Cette législation ne devrait pas entrer en conflit avec le droit à la santé, droit fondamental protégé par différents textes⁶². L'égalité de traitement entre français-es et étranger-ère-s est largement proclamée dans les différents domaines économiques et sociaux, notamment de la santé.

Cependant l'accès à la protection maladie est, depuis 30 ans, de plus en plus lié au statut administratif de la personne avec des modalités d'accès qui sont en constante évolution⁶³. En fonction de la durée de présence en France et de la nature du titre de séjour, des dispositions différentes s'appliqueront aux personnes étrangères. Par exemple, le dispositif de l'AME traite, de façon séparée, les personnes en situation de séjour irrégulier : les bénéficiaires ne sont pas affiliés à l'assurance maladie, n'ont pas de carte vitale et ont accès à un panier de soins réduit⁶⁴. Ces différences sont considérées comme justifiées par l'État français du fait de la situation des personnes au regard du droit de séjour. Elles peuvent aussi s'analyser comme une discrimination institutionnelle au sens où, du fait de la nationalité, certain-e-s patient-e-s n'ont pas accès aux mêmes soins que les autres. De plus, en créant une catégorie à part, le dispositif de l'AME entretient implicitement des discriminations illégales, renforce la stigmatisation des étranger-ère-s en situation de séjour irrégulier et, plus largement, des immigré-e-s. C'est la raison pour laquelle plusieurs associations et collectifs militent pour l'intégration de l'AME au sein de l'assurance maladie.

62 Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels de 1976, Charte sociale européenne de 1961 et 1996 et Préambule de la constitution française de 1946.

63 La condition de régularité du séjour dans l'accès à la protection maladie apparaît en 1993. Depuis la réforme de la CMU (Couverture Maladie Universelle) en 1999, les seul-e-s exclus-es de l'assurance maladie sont les étranger-ère-s en situation de séjour irrégulier.

Des difficultés supplémentaires s'ajoutent lorsque les personnes sont non-francophones. La problématique de la langue entraîne des refus, des retards aux soins et un abaissement de la qualité de prise en charge. L'impossibilité de communiquer rend particulièrement difficiles la pose et l'annonce d'un diagnostic, l'explication d'un traitement, l'expression de la plainte. Anticipant ces difficultés, certain-e-s professionnel-le-s ou services de santé vont refuser de recevoir les personnes. D'autres vont utiliser des solutions « bricolées » : site de traduction en ligne, recours à un-e interprète dit « de proximité » (ami-e-s, parents, voisin-e-s...). Les limites de ce type de réponses ont trait à l'absence de secret professionnel, au manque de garantie concernant l'impartialité et la fiabilité de la traduction (déformation, omission ou ajouts de propos), mais aussi à l'absence de certitude que ces services ne soient pas effectués contre rémunération. Pour pallier cette inégalité de fait, l'interprétariat professionnel bénéficie d'une reconnaissance institutionnelle récente. Les possibilités d'accès à ce type de service restent liées aux enjeux financiers et de disponibilité en fonction des territoires. Enfin, les personnes immigrées sont surreprésentées parmi les personnes en situation de pauvreté⁶⁵ du fait de plusieurs facteurs : niveaux de qualification moins élevés, interdiction d'accès à certains métiers pour les étranger-ère-s, non reconnaissance de diplômes étrangers, discriminations sur le marché de l'emploi, etc. De ce fait, elles sont plus souvent bénéficiaires de la C2S et peuvent également subir des discriminations à ce titre.

64 Sont par exemple exclus du dispositif de l'AME : les cures thermales, la procréation médicalement assistée (PMA), les princeps (si génériques existants) et les médicaments à « faible service médical rendu » habituellement remboursés à 15 %.

65 Le taux de pauvreté pour les ménages immigrés est de 38,6 %, soit 3,5 fois plus que les ménages non immigrés (de 11 %). Cf. Insee, ministère des Finances (DGFiP), enquête Revenus fiscaux et sociaux 2015, Centre d'accès sécurisé aux données.

Situation 5

Refus d'établissement d'un certificat médical

Monsieur D., né au Sénégal et en situation régulière en France, est atteint d'un cancer du poumon. Il vit en résidence sociale et une assistante de service social l'aide dans ses démarches administratives. Au vu de son état de santé, elle lui conseille de faire une demande d'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH). Monsieur D. se rend en consultation chez l'oncologue qui le suit pour obtenir un certificat médical. Celui-ci refuse d'établir le certificat. Lorsque l'assistante de service social appelle l'oncologue pour demander des explications, celui-ci lui répond : « il a déjà suffisamment bénéficié du système de santé français, il ne va pas, en plus, recevoir une allocation ». L'assistante de service social, interloquée par les propos, ne sait pas quoi répondre. La conversation s'arrête là.

- Le refus d'établir un certificat médical peut-il se justifier au motif que « le patient aurait suffisamment profité du système » ?
- Les propos du médecin, traduisant des préjugés stigmatisants sur les étrangers, peuvent-ils être qualifiés de propos racistes envers M. D. ?
- Quel rôle peut avoir l'assistante de service social ?

LA SITUATION RELÈVE-T-ELLE D'UNE DISCRIMINATION ?

Deux éléments dans l'attitude de l'oncologue sont problématiques :

- le refus d'établir le certificat médical dans le cadre de la demande d'aide sociale ;
- les propos tenus à l'assistante de service social pour expliquer ce refus.

L'Allocation aux Adultes Handicapés est une allocation destinée aux personnes reconnues handicapées. Peuvent la percevoir aussi bien les Français-es que les étranger-ère-s résidant de façon durable et régulière en France. Au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prend la décision d'accorder ou non cette aide. Le Code de l'action sociale exige, dans le cadre de la procédure, que la demande soit « accompagnée d'un certificat médical de moins de six mois⁶⁶ ». L'oncologue est sollicité pour informer de l'état de santé de la personne et n'a pas à se positionner sur les autres conditions (ressources et résidence).

L'établissement de certificats fait pleinement partie des missions des médecins. Le Code de déontologie médicale précise : « L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et ré-



La situation en vidéo

MOTS CLÉS

REFUS D'ÉTABLISSEMENT
D'UN CERTIFICAT

PROPOS À CARACTÈRE
RACISTE

ONCOLOGIE

PATIENT IMMIGRÉ
HANDICAP

⁶⁶ Article R146-26 du Code de l'action sociale et des familles.

glements. » (article 76). Le même code précise que : « Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. » (article 50)⁶⁷. Un-e médecin doit présenter des raisons précises pour se soustraire à l'obligation d'établir et de délivrer un certificat médical exigé par les lois et les règlements.

Dans cette situation, le médecin ne se fonde pas sur l'état de santé du patient mais mobilise un préjugé à savoir que les patient-e-s étranger-ère-s auraient un recours excessif et illégitime au système de soins et aux aides sociales existantes. La nationalité du patient est entrée en ligne de compte. La conséquence de ce refus est d'empêcher M. D. de déposer un dossier de demande d'allocation et de faire valoir ses droits. Ceci constitue un préjudice matériel. **Le refus d'établir ce certificat peut être considéré comme un acte de discrimination prohibé en raison de la nationalité.**

Ce refus d'établir le certificat s'accompagne de propos sur M. D. qui peuvent être qualifiés de diffamatoires. La diffamation se définit comme « toute allégation ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne auquel le fait est imputé⁶⁸ ».

Une diffamation prononcée entre deux personnes visant une autre personne non présente, ayant lieu dans un cadre confidentiel (un courrier ou un sms privé), n'est pas punissable devant la justice pénale. Ici, il s'agit de propos tenus entre deux personnes par téléphone dans le cadre d'une discussion professionnelle. Ces propos peuvent être passibles d'une amende allant jusqu'à 1500 euros. Les peines sont aggravées quand une diffamation fondée sur l'origine est portée dans des lieux ou réunions publiques ou encore quand elle est écrite et diffusée.

QUELLES ACTIONS METTRE EN PLACE ?

Du fait de la conversation téléphonique, l'assistante de service social est témoin du refus d'élaborer un certificat et du motif. Elle pourrait accompagner M. D. vers **un recours juridique**, en lien avec des associations spécialisées. Elle pourrait également signaler elle-même les faits à l'Ordre des médecins ou au Défenseur des droits en tant que témoin. La difficulté réside dans l'établissement de la preuve dans la mesure où les propos n'ont pas été enregistrés. *A minima*, un courrier pourrait être adressé au médecin lui demandant des explications complémentaires.

Par ailleurs, dans cette situation, l'assistante de service social ne répond pas aux propos du médecin. Ceci peut s'expliquer par un éventuel manque de connaissances juridiques qui permettraient de qualifier les propos et de rappeler la loi. Une autre explication pourrait être la difficulté, du fait de la hiérarchie des professions, de s'opposer à la parole d'un médecin. Il y a ici un enjeu à être en capacité de **construire des argumentaires** pour répondre aux propos ou remarques racistes⁶⁹.

Cette situation souligne l'importance de la **formation des professionnel-le-s et bénévoles** pour être en capacité d'agir et de réagir face à une situation de discrimination (meilleure connaissance du droit, des recours, etc.). Cette situation pose aussi la question de la **protection des professionnel-le-s et des bénévoles qui témoignent** pour garantir la possibilité de prendre la parole sans crainte de représailles.

67 Pour avoir accès au code de déontologie médicale :



68 Par exemple, l'affirmation « faire des gamins pour toucher les allocations » a été jugée de diffamation raciale envers les Maghrébins (CA Aix-en-Provence, 7^{ème} chambre, 9 mars 1998).

69 Il existe un certain nombre d'outils qui permettent de lutter contre les préjugés, par exemple : La Cimade, *Petit guide - lutter contre les préjugés sur les personnes étrangères*, 2022.



ATD Quart Monde, *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, 3^e éd., 2017.

Situation 6

Retard aux soins d'une patiente au moment de l'accouchement

Madame R., est née en France de parents iraniens. Elle est reçue dans une clinique pour accoucher de son troisième enfant. La sage-femme de garde doit prendre en charge six parturientes. Elle appelle la sage-femme d'astreinte qui tarde à arriver. M^{me} R. se plaint de douleurs de plus en plus aiguës. La sage-femme dit alors à l'aide-soignante : « ne t'inquiète pas, c'est typique d'un syndrome méditerranéen. Il est normal d'exprimer fortement la douleur dans leur pays. Ce n'est pas une urgence. ». M^{me} R. souffre d'une complication qui met sa vie et celle de son enfant en danger. L'arrivée de la sage-femme d'astreinte permettra de déclencher une césarienne en urgence.

- À partir de quels éléments la sage-femme de garde pose-t-elle un diagnostic ?
À quoi réfère le « syndrome méditerranéen » ?
- Mobiliser une lecture « culturelle » dans le cadre d'une prise en charge relève-t-il d'une discrimination ?

LA SITUATION RELÈVE-T-ELLE D'UNE DISCRIMINATION ?

Cette situation porte sur l'évaluation de l'urgence à partir de l'expression de la douleur. Cette évaluation peut être difficile car l'expression de la douleur est subjective, intime et variable en fonction des personnes. Pour décrire la plainte de la patiente, la sage-femme mobilise la notion de « syndrome méditerranéen ». Cette notion demeure régulièrement utilisée pour nommer une situation dans laquelle la souffrance des patient·e·s est évaluée comme exagérée au regard de sa cause. Elle s'inspire de l'idée selon laquelle les modes d'expression de la douleur varient en fonction des cultures, mais les modes d'expression de la douleur varient autant au sein d'un même groupe culturel qu'entre ces groupes. David Le Breton, anthropologue, écrit à ce sujet que « d'une condition sociale et culturelle à une autre, et selon leur histoire personnelle, les hommes ne réagissent pas de la même manière à une blessure ou à une affection identique. [...] L'anatomie et la physiologie ne suffisent pas à expliquer ces variations sociales, culturelles, personnelles et même contextuelles⁷⁰ ». Il n'est donc pas suffisant de connaître l'origine géographique d'une personne pour savoir la façon dont elle va exprimer sa plainte.

L'étiquette de « syndrome méditerranéen » est généralement attribuée à des personnes perçues comme originaires de l'étranger à partir de signes objectifs (nationalité...) ou subjectifs (couleur de la peau, patronyme, signes religieux...). Anne Vega, anthropologue de la santé, décrit le syndrome méditerranéen en ces termes : « Souvent prêté dans les hôpitaux aux patients d'origine étrangère,

MOTS CLÉS

ACCOUCHEMENT
SERVICE DE MATERNITÉ
SYNDROME
MÉDITERRANÉEN
RISQUE VITAL ENGAGÉ

⁷⁰ D. BRETON, *Anthropologie de la douleur*, Métailié, 2012, p. 11

[le syndrome méditerranéen] est également l'une de ces catégories globalisantes au moyen de laquelle les professionnels mettent en avant des traits culturels de certains « immigrés », dans leurs aspects les plus surprenants, et lorsqu'ils posent problème aux équipes soignantes. Ces classifications sont une manière de repérer les autres, en les enfermant encore dans une identité immuable, dans une culture uniforme qui les déterminerait totalement⁷¹ ».

Dans cette situation, c'est notamment l'origine des parents qui va conduire à catégoriser la patiente, alors même que celle-ci est née et a été socialisée en France. En apposant cette étiquette, la sage-femme mobilise une explication « culturaliste » au sens où c'est une supposée différence culturelle qui expliquera l'ensemble des comportements de la patiente. Le risque est que la plainte soit délégitimée et que des éléments importants de diagnostic ne soient pas pris en compte. On peut supposer que c'est ce qui se passe dans cette situation puisqu'une césarienne d'urgence sera nécessaire. Les préjugés, pour M^{me} R., sont une non prise en compte de la plainte et de la douleur, un retard aux soins et un risque vital engagé.

Le risque de fonder son action sur des représentations simplifiées ou des stéréotypes est plus important dans les contextes d'urgence et de surcharge de travail où le temps est limité pour prendre des décisions. Ceci semble être le cas ici puisqu'un appel est fait à la sage-femme d'astreinte.

Cette situation pourrait être considérée comme une discrimination liée à l'origine, la sage-femme opérant une différence de traitement entre les patientes en lien avec une origine étrangère supposée.

QUELLES ACTIONS METTRE EN PLACE ?

Il est possible de **signaler cette situation** à différentes instances de l'hôpital. La patiente peut être informée des recours envisageables : signalement dans le questionnaire de sortie d'hospitalisation, commission de relation avec les usager-ère-s, orientation vers une association d'usager-ère-s... La sage-femme d'astreinte et l'aide-soignante, en tant que témoins de la situation, peuvent également en référer au ou à la cadre du service.

Cette situation de crise peut constituer une opportunité pour **échanger en équipe** sur la priorisation des patient-e-s, les modalités d'évaluation de la douleur, et déconstruire les stéréotypes qui peuvent être mobilisés, notamment la notion de syndrome méditerranéen. La réflexion peut également être menée au niveau du comité éthique pour s'adresser à l'ensemble des professionnel-le-s de l'établissement.

Plus généralement, bien que non présente dans les cursus de formation, la notion de syndrome méditerranéen continue à être utilisée par les équipes soignantes et à être enseignée de façon empirique sur les terrains de stage. Il semble important de déconstruire cette notion dans les **formations initiales et continues** des professionnel-le-s de santé et de réfléchir plus largement aux représentations, stéréotypes et processus d'étiquetage des patient-e-s.

⁷¹ A. VEGA, *Soignants / soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, De Boeck, 2001.

Situation 7

Interruption de prise en charge d'une patiente qui porte un voile

En juin 2015, alors qu'elle effectue un remplacement dans un cabinet médical, Dr L., médecin généraliste, et M^{me} N., patiente portant un foulard, ont un échange vif au sujet de la prescription d'un médicament auquel la patiente serait allergique. La patiente refuse de payer la consultation. La médecin déchire l'ordonnance et lui demande de partir. L'altercation est filmée par la patiente, avec l'autorisation de la médecin. Celle-ci tient les propos suivants : « Je vous en prie, surtout portez plainte, au moins qu'on médiatise un peu la chose parce que je ne veux plus de femmes voilées en France [...]. Je ne veux pas de femme voilée dans mon cabinet parce que c'est un signe ostentatoire religieux, c'est illégal⁷² ».

- Les propos tenus par la médecin envers les femmes voilées relèvent-ils d'une discrimination ?
- La relation de soins est-elle possible dans une telle interaction ?
- Quelles conséquences sur la patiente et son état de santé ?

LA SITUATION RELÈVE-T-ELLE D'UNE DISCRIMINATION ?

Au préalable, il est important de rappeler que toute patiente a le droit de porter un signe religieux au sein d'un cabinet médical, à l'hôpital et dans l'espace public de manière générale. Cela relève de la liberté d'exprimer ses convictions religieuses, affirmée par la loi de 1905 concernant la séparation des Églises et de l'État.

Bien que la patiente soit reçue, examinée, et se voit délivrer une ordonnance, la relation médecin / patiente est ici empreinte d'agressivité et de défiance. La situation relève d'un comportement violent et agressif dont l'élément déclencheur est le port d'un signe religieux par la patiente. L'attitude générale de la médecin relève d'une « menace raciste⁷³ » en raison de l'origine ou de la religion réelle ou supposée de la personne. Les propos tenus peuvent être sanctionnés par la loi⁷⁴. La patiente a d'ailleurs porté plainte devant l'Ordre des médecins qui a qualifié les propos « d'excès de langage » et « de termes empruntés d'islamophobie », contraires à la déontologie médicale.

Le préjudice moral pour la patiente est certain, son état de santé pourrait en être affecté. En effet, elle est victime d'un comportement violent, en raison de sa religion, ce qui est une atteinte à sa dignité et à l'estime de soi.

MOTS CLÉS

INSULTE ISLAMOPHOBE
ARRÊT DE PRISE EN CHARGE
CABINET DE MÉDECINE EN LIBÉRAL
DÉPÔT DE PLAINTÉ

72 Cette situation a été jugée par la Chambre disciplinaire du Conseil régional de l'Ordre des médecins de Rhône-Alpes, 1^{er} octobre 2016.

73 Les menaces comprennent les propos, gestes menaçants et démonstrations injurieuses, inscriptions, tracts et courriers. Elles sont à différencier des actions (telles que les dégradations ou les homicides). Cf. Rapport de la CNCNDH, Les essentiels du rapport de la lutte contre le racisme, 2017, p. 16.



74 La loi définit trois types de propos racistes qui ne sont pas toujours faciles à distinguer : l'injure raciste, la diffamation et la provocation à la discrimination, à la haine ou à la violence à l'égard d'une personne ou d'un groupe de personnes en raison de leur origine, de leur appartenance ou de leur non-appartenance à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée.



QUELLES ACTIONS METTRE EN PLACE ?

Vu la violence des propos, une première piste est le **recours juridique**. Ceci est facilité par l'existence d'un enregistrement vidéo. La patiente a, en effet, déposé une plainte au commissariat (qui sera classée sans suite) et à l'Ordre des médecins. Dans ses démarches, la patiente aurait également pu se faire accompagner par une association spécialisée telle que le Collectif Contre l'Islamophobie en Europe (CCIE) et saisir le Défenseur des droits.

Il est à noter que la médecin a été sanctionnée par l'Ordre à un mois d'interdiction d'exercer, avec sursis. Par ailleurs, le médecin ayant le cabinet médical a rompu immédiatement le contrat de remplacement signifiant ainsi son désaccord avec les propos tenus.

La situation pose la question des représentations négatives liées au voile et à la religion musulmane en France, véhiculées et entretenues par certains discours politiques et médiatiques.

Des temps de formation pour reposer le cadre légal de l'exercice et prendre de la distance par rapport à ses propres préjugés sont un préalable incontournable pour éviter ce type de situation problématique. Ici, la situation est flagrante et par là même exceptionnelle. D'autres situations, moins visibles et plus diffuses, existent dans le système de santé, au cours desquelles des propos dégradants et stigmatisants vont accompagner les actes de soins. Une **réflexion plus large sur les effets des paroles sur les patient·e·s** en termes de qualité de soins, de micro-humiliations et de risques de renoncement serait aussi à mener, que ce soit au niveau de la formation initiale ou dans le cadre de la vie professionnelle, au sein des équipes, des comités éthiques, etc.

Situation 8

Demande raciste d'un patient lors de son hospitalisation

Monsieur X. est hospitalisé dans un service de gériatrie. À son arrivée, il prévient l'interne : « J'aurais une demande. Je voudrais que les infirmières qui s'occupent de moi soient des "personnes bien"... Vous voyez ce que je veux dire... pas des Noires et des Arabes ». L'interne en parle à la cadre de santé qui lui répond : « Ah ! Nous n'allons pas changer une personne à cet âge. Nous allons faire notre possible pour répondre à sa demande. ». La cadre réorganise les plannings en fonction de la demande du patient.

- La demande du patient peut-elle être considérée comme discriminatoire ou relève-t-elle de son libre choix ?
- Quelles sont les conséquences pour les infirmier·ère·s du service ? Quelle posture et quel comportement tenir en équipe ?

LA SITUATION RELÈVE-T-ELLE D'UNE DISCRIMINATION ?

Le patient exprime une demande qui repose sur un critère discriminatoire, à savoir l'origine des professionnel·le·s qui le prendront en charge. Il exprime des propos racistes qui pourraient être condamnés en tant que tels. Néanmoins, ils ne sont pas constitutifs d'une discrimination car le patient n'est pas garant ou représentant du cadre en milieu hospitalier.

La charte de la personne hospitalisée prévoit que « toute personne peut [...] choisir son praticien sous réserve que les modalités d'organisation de l'établissement ne s'y opposent pas⁷⁵ ». Par « praticien », il est entendu les médecins et non le personnel paramédical. Dans tous les cas si la notion de choix est bien présente elle ne peut être prise en compte par l'hôpital si elle s'appuie sur des propos racistes.


La cadre de santé relaye la demande du patient et organise le travail de l'équipe soignante en fonction de l'origine réelle ou supposée ou d'une prétendue race. Elle attribue des tâches aux salarié·e·s en fonction d'un critère prohibé. Les justifications qu'elle peut mettre en avant sont le respect de la demande du patient et la sécurité du personnel. Elle peut également argumenter sur le fait que les tâches seront les mêmes pour l'équipe soignante et que seule la répartition des patient·e·s change. Néanmoins, les effets d'une organisation du travail en fonction d'un critère de discrimination prohibé ne peuvent être minorés. Cela implique de catégoriser le personnel soignant pour savoir s'il appartient ou non à la catégorie des « Noir·e·s et des Arabes ». Ensuite, les soignant·e·s entrant dans cette catégorie sont disqualifié·e·s en tant que professionnel·le·s : leurs compétences n'ont pas été opposées au patient lors de sa demande.



La situation en vidéo

MOTS CLÉS

DEMANDE D'UN PATIENT
ORGANISATION DU SERVICE
RACISME AU TRAVAIL

⁷⁵ Charte de la personne hospitalisée, article 1. 

Ces différents éléments permettent de qualifier une discrimination liée à l'origine, dont l'autrice est la cadre de santé. L'intentionnalité n'est pas nécessaire pour conclure à une discrimination mais elle semble ici être présente, puisqu'une organisation spécifique a été mise en place pour répondre à la demande raciste du patient.

QUELLES ACTIONS METTRE EN PLACE ?

Une première piste d'action consiste à **échanger avec le patient sur sa demande**. Cela peut permettre de reposer le cadre de la prise en charge, de recentrer sur les compétences de l'équipe, les exigences organisationnelles du service et l'illégalité des propos tenus.

Par ailleurs, la demande pourrait être retravaillée au sein de **réunions d'équipe**. Les professionnel-le-s concerné-e-s par les propos pourraient exprimer leurs positions face à la situation, notamment en lien avec les enjeux de protection mais aussi de reconnaissance des compétences professionnelles. L'équipe pourrait proposer une solution concertée.

Plus largement, le comité éthique de l'établissement pourrait être informé de ce type de demande pour y réfléchir, apporter une réponse institutionnelle et aider les équipes à construire un positionnement commun face à ce type de demande.

En tant que témoin, l'interne pourrait également référer du comportement de la cadre à ses supérieurs hiérarchiques. Cela pose la question de la **protection des professionnel-le-s qui témoignent, notamment quand leurs postes ne sont pas stables (du fait de l'alternance entre lieux de stages et de formation, de CDD, etc.)**, pour garantir la possibilité de dénoncer des pratiques discriminatoires sans crainte de représailles.

POUR ALLER PLUS LOIN

Une enquête sur le racisme dans l'aide à domicile

Christelle Avril, sociologue, a mené une enquête de terrain auprès d'une association d'aide à domicile pour personnes âgées de la région parisienne. Elle décrit une « ambiance raciste ». Par ce terme, elle entend un ensemble de paroles, d'attitudes, de comportements qui mobilisent « les catégories raciales », vis-à-vis des aides à domicile et des personnes âgées, et ce de la part des personnels administratifs, des aides à domicile elles-mêmes, des personnes âgées ou de leur famille. Ainsi sur ce dernier point, elle souligne une certaine « spécificité » de ce secteur. « Impossible, en effet, de passer une journée dans les locaux de l'association sans qu'une personne âgée ou sa famille appelle pour dire qu'elle ne veut pas d'une Noire ou d'une Arabe comme aide à domicile. (...) Le grand âge des clients sert à masquer la réalité des propos et des pratiques racistes à plusieurs niveaux. (...) Tout se passe comme si les propos et attitudes racistes de certaines personnes âgées faisaient partie intégrante des pénibilités du travail de prise en charge du vieillissement⁷⁶. »

La chercheuse montre également des pratiques discriminatoires moins visibles, qui sont liées à l'origine : des entretiens d'embauche plus difficiles, des statuts salariés différents entre celles directement employées par les personnes et celles salariées de la structure (avec un statut plus protecteur), des horaires de travail qui diffèrent...

⁷⁶ C. AVRIL, *Ambiance raciste dans l'aide à domicile*, *Plein droit*, n° 96, mars 2013, p. 12.

⁷⁷ Défenseur des droits., Organisation internationale du travail, *La perception des discriminations dans l'emploi*, 15^{ème} baromètre, décembre 2022.

Une des recommandations de cette étude est de favoriser, au sein des structures employeuses, un fonctionnement plus collectif entre les professionnel-le-s, pour leur permettre de se rencontrer, d'échanger sur les difficultés qui sont les leurs, de se qualifier et de se former.

En 2022, le baromètre du Défenseur des droits et de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) était consacré à la perception des discriminations dans le secteur du service à la personne⁷⁷. Il en ressort que 23 % des professionnel-le-s de l'aide à la personne déclarent avoir déjà subi une discrimination ou un harcèlement discriminatoire dans le cadre de leur travail ou de leur recherche d'emploi. Le baromètre met notamment en évidence une surexposition aux discriminations des professionnelles racisées⁷⁸. De manière générale, le fait d'être né à l'étranger est fortement associé au fait de subir une discrimination dans le cadre professionnel.

Pour le secteur de l'aide à domicile, c'est une salariée née à l'étranger sur deux qui indique avoir vécu une discrimination ou un harcèlement discriminatoire dans le domaine du travail. 70 % de ces professionnelles discriminées indiquent avoir ensuite traversé une période de santé mentale dégradée (fatigue, tristesse, dépression, isolement ou peur) et 38 % indiquent que ces répercussions psychologiques ont duré sur le long terme.

⁷⁸ Le terme « personne racisée » peut être défini comme personne non blanche et perçue comme telle par les autres.

CHAPITRE 3

AGIR : recours juridiques et actions inspirantes

Ce chapitre se propose d'explorer des pistes concrètes. Il se divise en deux parties. La première est consacrée à la mobilisation du droit : elle permet de présenter les différentes instances auxquelles il est possible d'avoir recours afin de sanctionner des pratiques illégales. La deuxième partie présente un ensemble de projets et pratiques inspirantes, dans une diversité de territoires. Car, si le droit est un outil de lutte contre les discriminations, il ne peut être pensé seul et d'autres pistes doivent également être explorées. Celles présentées ici ne sont pas exhaustives, elles ont vocation à apporter des points de repères et à ouvrir l'horizon des possibles.

SAISIR LES RECOURS EXISTANTS ET SANCTIONNER LES PRATIQUES ILLÉGALES



La discrimination est une pratique illégale. Mobiliser le droit fait donc partie des pistes d'action possibles. Différents types de recours existent et peuvent être actionnés.



Les instances de recours amiables

Elles ont pour objectif de mettre en place une procédure de médiation permettant de trouver une solution entre les deux parties par le biais d'un accord.

LE DÉFENSEUR DES DROITS

Il s'agit d'une autorité administrative indépendante qui veille au respect des droits et libertés. Ses missions sont de défendre les personnes dont les droits ne sont pas respectés et de permettre l'égalité de toutes et tous. L'un de ces 5 axes de travail et de lutter contre les discriminations et de défendre les droits des personnes qui en sont victimes. Le Défenseur des droits peut notamment, lors de l'instruction d'une réclamation, faire usage de son pouvoir d'enquête pour obtenir la communication de certaines pièces, auditionner des personnes, procéder à des

COMMENT CONTACTER LE DÉFENSEUR DES DROITS ?

La réclamation auprès du Défenseur des droits est gratuite et elle peut être réalisée en ligne, par courrier ou en rencontrant l'un-e des 500 délégué-e-s répartie-s sur l'ensemble du territoire national.

Tél (prix d'un appel local) : 39 28 du lundi au vendredi de 9h à 18h.

Courrier (sans affranchissement) : Défenseur des droits,
Libre réponse 71120, 75342 Paris CEDEX 07

Saisine par formulaire en ligne ↻

Pour trouver un-e délégué-e du Défenseur des droits ↻

Site internet 🌐

vérifications sur place, présenter des observations devant une juridiction et saisir une autorité disciplinaire pour lui demander d'engager des poursuites. Le Défenseur des droits rendra également une décision dans laquelle il formulera des recommandations.

Le Défenseur des droits a produit un outil d'information sur les refus de soins, disponible en version numérique⁷⁹.

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM)

Un-e médiateur-ice est nommé-e au sein de chaque CPAM. Ce-tte médiateur-ice peut être saisi-e directement dans les situations de refus de soins, de différend entre un-e professionnel-le de santé et un-e patient-e en situation de précarité, mais aussi en cas de difficultés d'accès à un-e médecin traitant ou à un rendez-vous avec un-e spécialiste dans un délai raisonnable.

LES ORDRES PROFESSIONNELS

Il existe 7 Ordres professionnels : des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, pédicures-podologues, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers. Les Ordres se prononcent sur la déontologie et ils ont le pouvoir de sanctionner les professionnel-le-s qui y sont inscrit-e-s. Les peines peuvent aller de l'avertissement à la radiation.

Exception : les professionnel-le-s chargé-e-s d'un service public (comme les médecins des hôpitaux publics) ne peuvent être traduit-e-s devant les chambres disciplinaires de première instance que sur saisine des personnes suivantes : ministre de la Santé, représentant-e de l'État dans le département, directeur-ice général-e de l'ARS, Procureur-e de la République ou du Conseil national ou départemental de l'Ordre où il ou elle est inscrit-e.

Depuis 2020, la CPAM et les Ordres professionnels se réunissent au sein d'une commission mixte de conciliation pour traiter conjoint-

Si le ou la professionnel-le concerné-e dépend d'un Ordre professionnel, il est possible de remplir un formulaire⁸⁰ de plainte ou d'écrire une lettre sur papier libre.

Cette dernière doit comporter les informations suivantes :

- l'identité de la victime, ses coordonnées et sa signature ;
- la description des faits qui sont reprochés à un-e professionnel-le de santé ;
- une demande d'action disciplinaire de l'Ordre ou de la CPAM.


Le formulaire ou la lettre doivent ensuite être envoyés à la directeur-ice ou à la médiateur-ice de la CPAM concernée⁸¹ ou à la présidence du Conseil départemental de l'Ordre (ou du Conseil régional pour l'Ordre des pédicures-podologues et des pharmaciens) par lettre recommandée⁸².

Si le ou la professionnel-le de santé n'est pas affilié-e à un ordre, il faut saisir la CPAM (selon les mêmes modalités que décrites ci-dessus).

79 

80 

81 Pour trouver les coordonnées de la CPAM concernée 

82 Pour trouver les coordonnées des Conseils régionaux ou départementaux des Ordres professionnels : 

tement les plaintes pour refus de soin discriminatoire. Peu importe si la plainte a été envoyée à un Ordre ou à une CPAM. La commission est composée de 4 membres titulaires (2 représentant-e-s de la CPAM et 2 membres de l'Ordre concerné) et elle peut faire appel à des avis extérieurs. Après réception d'une plainte, la commission a 3 mois pour se réunir. Celle-ci arrive à son terme soit par l'accord entre plaignant-e et professionnel-le de santé concerné-e, de telle sorte que la plainte est retirée, soit par une non-conciliation (c'est-à-dire que les points de désaccords demeurent ou que l'une des parties n'a pas voulu participer à la conciliation). Dès lors, le Conseil de l'Ordre a l'obligation, dans un délai de trois mois, de transmettre le dossier à la chambre disciplinaire de première instance pour instruction.

LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION ET DE LA RÉPRESSION DES FRAUDES (DGCCRF)

Cette instance peut être saisie lors de refus de vente en pharmacie, notamment lorsque celui-ci a un caractère discriminatoire. Le signalement se fait via le formulaire en ligne de SignalConso. Une fois complété, celui-ci est transmis à la pharmacie qui a la possibilité de répondre directement à la personne qui s'est plainte. Dans le même temps, la personne concernée peut choisir d'interroger la DGCCRF sur ses droits. La DGCCRF apportera une réponse par mail. Si la problématique est considérée comme grave par les enquêteur-ice-s, ou que la pharmacie est signalée à plusieurs reprises, la DGCCRF peut effectuer un contrôle.

LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Les ARS ont, dans leurs missions, celle d'examiner toute réclamation, qu'elle provienne d'un-e usager-ère, d'un-e professionnel-le ou d'une institution, mettant en cause les domaines du sanitaire, de la santé-environnement et du médico-social. Cette action permet de signaler un dysfonctionnement et éventuellement de trouver une solution à l'amiable.

Les instances au sein des établissements de santé et du médico-social

LES COMMISSIONS DES USAGERS (CDU)

Elles sont présentes dans chaque établissement de santé public ou privé. Les CDU ont pour mission de veiller aux droits des usager-ère-s et de faciliter leurs démarches. Elles peuvent être amenées à faire valoir des propositions à la direction pour l'accueil et la prise en charge des malades. Les CDU peuvent être saisies par les patient-e-s, leurs proches ou un-e représentant-e légale de la structure.

Le livret d'accueil, remis à toute personne hospitalisée, indique la liste des membres de la CDU, ainsi que les modes de recours propres à l'établissement.

Saisine en ligne de la DGCCRF via un formulaire 

Pour en savoir plus au sujet de ces 4 instances de recours amiables :

Voir synthèse de la table-ronde « Mobiliser les recours juridiques » de la Journée nationale de prévention et de lutte contre les discriminations pour plus d'égalité en santé qui s'est tenue le 15 juin 2022.



L'ensemble de la synthèse de cette journée est également disponible en ligne



LES COMITÉS D'ÉTHIQUE

Ils existent dans de nombreux établissements de santé et du médico-social. Leur mode d'organisation et leurs activités sont très variables d'un établissement à l'autre. Certains vont se concentrer sur l'évaluation de projets de recherche, sur l'analyse de situations de dilemme éthique, d'autres encore sur des problèmes plus généraux, sur l'information et la formation, en direction des professionnel-le-s et parfois du public. Certains comités d'éthique prévoient des possibilités de saisine par les professionnel-le-s de l'établissement sur des situations problématiques. Ainsi, une situation de discrimination pourrait être signalée à cette instance. Le comité peut rendre un avis, émettre des propositions à l'établissement ou renvoyer vers d'autres instances s'il estime que cela ne relève pas de sa compétence.

Les recours juridictionnels

Une personne qui s'estime victime de discrimination peut introduire une action en justice devant les juridictions pénales, civiles ou administratives. De manière très schématique, la compétence d'une juridiction dépendra du type de professionnel-le concerné-e (activité libérale ou hospitalière), des faits invoqués, des objectifs recherchés et des délais pour intenter l'action. Ainsi pourra être saisie :

- la voie administrative si la situation concerne un établissement public ;
 - la voie civile si la situation concerne des établissements privés ou des professionnel-le-s libéraux et s'il s'agit d'obtenir des dommages et intérêts et / ou l'annulation d'une décision ;
 - la voie pénale, si la personne veut obtenir la condamnation du ou de la professionnel-le mis-e en cause.
- Pour cela, il est possible de déposer une plainte au commissariat ou à la gendarmerie⁸³. Un-e professionnel-le témoin d'une situation de discrimination, notamment si elle est répétée, peut écrire directement au ou à la Procureur-e de la République.

Entreprendre une démarche et être accompagné-e

LA PLACE DES PROFESSIONNEL-LE-S ET DES BÉNÉVOLES

De façon générale, il est attendu que les démarches soient réalisées par les victimes. Néanmoins, dans la pratique, il peut être difficile pour une personne de signaler une situation et de faire valoir ses droits.

Les professionnel-le-s et bénévoles peuvent :

- écouter la personne et reconnaître le sentiment de discrimination, d'injustice ;
- informer la personne sur ses droits et l'orienter vers une association pour l'accompagner dans ses démarches ;
- signaler la situation aux instances de recours avec l'accord de la personne concernée.

Pour trouver les juridictions compétentes par commune ↪

Pour déposer une pré-plainte ↪

⁸³ En amont, il est possible de déposer une pré-plainte en ligne pour tout « fait discriminatoire » (discrimination, diffamation, injure, provocation individuelle à la haine). Un chat en ligne pour dialoguer avec la police / la gendarmerie est également disponible pour toute personne qui s'estime victime ou témoin de discrimination.

En tant que professionnel·le de santé, il est possible de s'interroger sur la possibilité de signaler une situation qui pose légalement ou déontologiquement problème sans mettre à mal le principe de confraternité. Néanmoins, le signalement d'une discrimination ne contrevient pas au principe de confraternité. En effet, ce principe de confraternité est pensé pour assurer au mieux la mission de soin et ne peut se faire au détriment des patient·e·s. Il invite les professionnel·le·s à échanger avec leurs confrères et consœurs sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge, les différends qui pourraient les opposer, voire demander une médiation par l'Ordre professionnel.

De plus, les fonctionnaires peuvent s'appuyer sur l'article 40 du Code de procédure pénale pour justifier le signalement d'une discrimination⁸⁴. En effet, cet article leur impose de signaler les délits dont ils ou elles auraient connaissance.

FRANCE ASSOS SANTÉ

France Assos Santé regroupe plus de 90 associations nationales agréées d'usager·ère·s du système de santé. Des délégations régionales lui permettent une couverture sur l'ensemble du territoire. Elle a pour mission de représenter et de défendre les intérêts communs des usager·ère·s du système de santé, à partir de quatre axes prioritaires :

- la formation des représentant·e·s des usager·ère·s ;
- l'observation et la veille au bon fonctionnement et à l'équité du système de santé ;
- l'information des usager·ère·s sur leurs droits ;
- la communication des constats et revendications aux pouvoirs publics.

France Assos Santé a produit des modèles de courriers pour les personnes qui pensent être victimes d'un refus de soins fondé sur le statut de bénéficiaire de la C2S ou de l'AME.

Ils peuvent être adressés à la CPAM ou à l'Ordre professionnel concerné.

Lettres types de signalement de refus de soins :
pour les victimes elles-mêmes ↔
pour les associations ↔

Ligne téléphonique d'information « Santé Info Droits »

Des juristes spécialisé·e·s et soumi·e·s au secret professionnel apportent des informations individualisées à tout·e usager·ère, représentant·e d'usager·ère ou professionnel·le. Cette ligne téléphonique apporte une information mais ne réalise pas d'accompagnement dans la durée. Le service est gratuit et sans condition d'adhésion.

Pour en savoir plus 🌐

⁸⁴ Cf. textes juridiques p. 74.

LES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES

De manière générale, quelle que soit la voie de recours envisagée, il est possible de se faire accompagner par une structure compétente, pour être informé-e de ses droits et définir la stratégie juridique la plus pertinente. Des compétences particulières sont requises car de nombreuses questions doivent être traitées : les faits relèvent-ils de la qualification de discrimination au sens juridique ? Quelles sont les preuves et les pièces nécessaires à produire ? Quelle instance doit être saisie ?

Des associations spécialisées peuvent être sollicitées :

- les associations d'aide aux victimes d'infraction pénale et d'accès aux droits ;
- les associations d'usager·ère·s ;
- les associations spécialisées dans le domaine de la santé.

COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉS (COMED) :

Le Comede a pour but d'agir en faveur de la santé des exilé·e·s et de défendre leurs droits. Il assure des missions d'accueil, de soin et d'accompagnement en Île-de-France (Le Kremlin-Bicêtre), en Guyane (Cayenne), dans la Loire (Saint-Etienne) et dans les Bouches-du-Rhône (Marseille).

Par ailleurs, il réalise des activités d'information, de formation et de recherche. L'association se mobilise également pour lutter contre les discriminations dans l'accès aux soins que peuvent vivre les personnes exilées en situation précaire.

Le Comede porte un centre de ressources national sur la santé des personnes exilées. Dans ce cadre, il propose plusieurs permanences téléphoniques en fonction du type de demande.

Pour en savoir plus 

PROJETS ET PRATIQUES INSPIRANTES POUR PRÉVENIR ET LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS



Cette partie vise à présenter des projets et pratiques inspirantes, de formes diverses, qui s'inscrivent dans une variété de territoires et sont issus de structures aux statuts multiples (associations, hôpitaux, centres de santé, etc.).



Les projets et pratiques recensés ici permettent d'explorer différents leviers d'action :

- observer et rendre visibles les discriminations ;
- favoriser la participation des personnes concernées ;
- former et mettre en réseau les professionnel-le-s de la santé et du social ;
- affirmer le refus des discriminations au niveau institutionnel ;
- prendre en compte les situations spécifiques et les intégrer dans le droit commun.

Nous avons opté pour le terme « inspirant » car il s'agit de dépasser un sentiment d'impuissance, fréquent autour des enjeux de discriminations, et de montrer que des initiatives sont possibles à différentes échelles.

Ces initiatives vous sont présentées sous la forme de « fiches actions » qui peuvent être lues et utilisées de manière indépendante pour s'inspirer, dupliquer tout ou une partie de l'action décrite, prendre connaissance et se saisir de dispositifs existants, etc.



OBSERVER ET RENDRE VISIBLES LES DISCRIMINATIONS | FICHE ACTION 1

QUOI

Un observatoire des refus de soins

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Porté par la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS).

AVEC QUI

Créé et mis à jour avec le concours des antennes régionales de la FAS et des adhérent·e·s, mais aussi avec des partenaires tels que le Défenseur des droits, la CNAM et différentes associations.

OÙ

À l'échelle nationale.

POURQUOI

Pour permettre aux personnes victimes d'un refus de soins de le signaler. Ensuite, pour repérer les difficultés d'accès à la prévention et aux soins, et en particulier les refus de soins que rencontrent les personnes en situation de précarité. Il est destiné à mieux qualifier et quantifier ces situations.

COMMENT

Le signalement se fait via un formulaire en ligne. Les données sont ensuite analysées et régulièrement publiées pour rendre visibles ces entraves aux soins.

POUR QUI ?

En premier lieu, pour les personnes victimes de refus de soins puisque le signalement rétablit une certaine forme de pouvoir d'agir. En second lieu pour la FAS, qui utilise les données recueillies pour renforcer son plaidoyer.

LIENS & CONTACTS



Formulaire de signalement



www.federationsolidarite.org



**contact@
federationsolidarite.org**



OBSERVER ET RENDRE VISIBLES LES DISCRIMINATIONS | FICHE ACTION 2

QUOI

Un *testing* sur les refus de soins opposés aux personnes qui vivent avec le VIH

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Porté par l'association AIDES.

OÙ

À l'échelle nationale : l'enquête a été réalisée par téléphone auprès de 440 cabinets dentaires et 116 cabinets gynécologiques sélectionnés de manière aléatoire dans 20 villes françaises, choisies en fonction de l'incidence du VIH et de la densité médicale pour ces deux spécialités.

POURQUOI

Pour lutter contre une forme de discrimination, il est nécessaire que son existence fasse consensus. Il faut donc l'identifier et l'objectiver par le biais d'études scientifiques. L'enquête par *testing* est un moyen d'investigation en situation réelle pour observer et comparer, toutes choses égales par ailleurs, les traitements dispensés à l'égard de deux personnes qui ne diffèrent que par une seule caractéristique.

COMMENT

L'enquête a été réalisée par 44 testeur-euse-s, militant-e-s de l'association AIDES, durant une semaine. L'analyse a ensuite été réalisée par le secteur Recherche de l'association. Les réponses des cabinets médicaux aux deux personnes qui appelaient pour le même motif (détartrage ou frottis vaginal) ont été comparées. La seule variable entre ces 2 personnes était que l'une indiquait vivre avec le VIH (elles avaient les mêmes caractéristiques socio-démographiques, la même couverture maladie, etc.). Les réponses négatives apportées à la personne qui vit avec le VIH ont été classées en refus catégoriques (refus explicite d'accorder un rendez-vous), en refus déguisés (arguments visant à décourager l'appelant-e de prendre rendez-vous) et en remarques discriminatoires sans refus de soins.

POUR QUI ?


Cette enquête a été réalisée dans le cadre d'un débat législatif à l'Assemblée Nationale et au Sénat. Elle a permis à AIDES de proposer plusieurs amendements, avec des données à l'appui.

TRANSFÉRABILITÉ

Il serait intéressant de réitérer cette enquête afin de monitorer dans le temps l'évolution des discriminations. Il serait également intéressant de réaliser des enquêtes dans d'autres spécialités médicales et pour d'autres critères de discrimination.

LIENS UTILES

 **Rapport**

 **Audio** « Dentistes : ces petites humiliations vécues par les personnes séropositives »

LIENS & CONTACTS



www.aides.org

OBSERVER ET RENDRE VISIBLES LES DISCRIMINATIONS | FICHE ACTION 3

Recueil de témoignages et renforcement du pouvoir d'agir

QUOI

Un recueil de données sur l'accès aux soins effectué en début de prise en charge médicale

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Effectué par le Comede (Comité pour la santé des exilé-e-s), avec le soutien financier de la Direction Générale de la Santé, de Santé Publique France, de l'ANCT et des ARS Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Guyane.

AVEC QUI

Les consultant-e-s des centres d'accueil et de soins du Comede.

OÙ

Le recueil de données est effectué par les centres d'accueil et de soin du Comede situés à Bicêtre, Paris, Saint Etienne, Marseille et Cayenne.

POURQUOI

L'observatoire du Comede documente de façon qualitative les obstacles à l'accès aux soins des personnes exilées depuis plusieurs années. Ce projet consiste à lui adjoindre des données quantitatives.

COMMENT

Lors de la première consultation dans un des centres d'accueil et de soins du Comede, l'entretien médical comporte un recueil d'informations sur l'accès aux soins des personnes exilées depuis leur arrivée en France. Celui-ci porte 5 questions, portant sur :

- le renoncement aux soins,
- l'expérience éventuelle de trois types de refus de soins,
- l'expérience éventuelle de retard de soins chez des patient-e-s ayant une pathologie chronique nécessitant un traitement,
- l'accès à l'interprétariat professionnel,
- la réalisation d'un bilan de santé tel que préconisé par le Comede.

Ce recueil de données permet de quantifier l'ampleur des restrictions, retards, renoncements et refus de soins dans les parcours de droit commun.

POUR QUI ?

En premier lieu pour les personnes exilées, notamment celles qui sont victimes de refus de soins, puisque témoigner permet de rétablir une certaine forme de pouvoir d'agir. En second lieu pour le Comede, qui utilise les données recueillies pour renforcer son plaidoyer.

TRANSFÉRABILITÉ

Ce type d'action pourrait être mené dans d'autres dispositifs de santé, qu'ils soient de droit commun ou non, afin d'élargir les données recueillies (à d'autres territoires, type de publics, etc.).

Seule une question nécessite d'être posée par un-e médecin, le reste de l'entretien pourrait être mené par d'autres acteur-ice-s.

LIENS & CONTACTS



www.comede.org



contact@comede.org

FAVORISER LA PARTICIPATION DES PERSONNES CONCERNÉES | FICHE ACTION 4

Recueil de témoignages et renforcement du pouvoir d'agir

QUOI

Des actions de sensibilisation sur les discriminations dans le domaine de la santé en quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Portées par Migrations Santé Alsace avec le soutien financier de la DREETS et de la Ville de Strasbourg.

AVEC QUI

Ces actions sont menées en partenariat avec des maisons urbaines de santé ou des associations implantées en QPV.

OÙ

À l'échelle locale : QPV de la ville de Strasbourg.

POURQUOI

Migrations Santé Alsace a repéré que les habitant-e-s de QPV ont du mal à identifier les discriminations dans le domaine de la santé. Ils et elles perçoivent davantage les micro-agressions (propos racistes et stigmatisants dans l'espace public) ou des pratiques discriminatoires dans d'autres domaines tels que l'emploi. Par ces actions, il s'agit donc de permettre aux habitant-e-s de repérer les discriminations dans le domaine de la santé dont ils et elles peuvent être victimes et de leur expliquer leurs droits, afin de conforter leur pouvoir d'agir.

COMMENT

Ces actions collectives peuvent prendre différentes formes. Tout d'abord, la question des discriminations en santé peut être intégrée dans le cadre d'un cycle d'interventions en éducation et en promotion de la santé avec un groupe restreint. Parfois, elles peuvent également avoir lieu dans l'espace public afin de toucher les habitant-e-s de QPV qui ne fréquentent pas forcément les structures partenaires. La méthode du « porteur de parole » est utilisée à cet effet. Celle-ci consiste à afficher une phrase d'accroche dans la rue, telle que « La dernière fois que j'ai été concerné-e par une discrimination, c'était... » et d'échanger avec les passant-e-s à ce sujet. Ces dernier-e-s peuvent écrire une phrase qui résume leurs échanges sur un panneau coloré, qui attirera les passant-e-s suivant-e-s. Ces actions sont menées par des animatrices en éducation et en promotion de la santé bilingues. Le fait qu'elles parlent d'autres langues que le français permet de sensibiliser, mais aussi de donner la parole aux personnes allophones, souvent éloignées des campagnes de prévention.

POUR QUI ?

Pour les personnes qui résident en QPV, francophones ou non.

TRANSFÉRABILITÉ

Ces actions collectives sont reproductibles dans d'autres territoires. Pour que celles-ci soient réussies, il est important de travailler avec une structure qui a une bonne connaissance du quartier et de ses habitant-e-s.

De plus, il est nécessaire que les animateur-ice-s soient formé-e-s au sujet des discriminations dans le domaine de la santé, mais aussi à l'usage des outils utilisés. Le fait qu'ils et elles soient bilingues est primordial si l'action vise les personnes qui parlent peu ou pas le français.

LIENS & CONTACTS



www.migrationsante.org



contact@migrationsante.org

FAVORISER LA PARTICIPATION DES PERSONNES CONCERNÉES | FICHE ACTION 5

Recueil de témoignages et renforcement du pouvoir d'agir

QUOI

Un collectif d'usager·ère·s contre les discriminations en santé

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Porté par la Case de santé, un centre de santé communautaire. Le projet a été soutenu par le ministère de la Santé dans le cadre d'un appel à projet expérimental « Accompagnement à l'Autonomie en Santé ».

AVEC QUI

En partenariat avec des acteurs et actrices associatives concerné·e·s par la lutte contre les discriminations en santé et une professeure de droit spécialisée sur la question des discriminations.

OÙ

A l'échelle locale : quartier Arnaud Bernard à Toulouse. Le collectif se réunissait au sein du centre de santé basé dans ce quartier.

POURQUOI

En 2018, les médiateur·ice·s ont organisé des ateliers au sujet de la santé de manière globale, en abordant également la thématique des inégalités de santé, du droit à la santé et du rapport de pouvoir médical. Les usager·ère·s de la Case de santé ont exprimé leur désir d'approfondir le sujet des discriminations. Dans cette perspective, des ateliers qui permettent de déterminer et d'identifier ces situations d'injustices dans les parcours de soin ont vu le jour. Ils avaient pour but de :

- échanger autour de situations de discrimination entre personnes qui en ont vécu ;
- se former à repérer les situations et à les nommer ;
- observer et dénoncer des situations de discrimination ;
- envisager des solutions entre personnes concernées.

COMMENT

Le collectif s'est réuni tous les 15 jours durant une année environ. Un recueil de témoignages de situation de discrimination se met en place, avec et par les usager·ère·s. Les témoignages portent sur une variété de situations et sur différents critères (origine, nationalité, identité de genre...). Ils ont été valorisés sous la forme d'une exposition, afin de rendre visible la réalité des discriminations vécues.

POUR QUI ?

Les usager·ère·s du centre de santé.

TRANSFÉRABILITÉ

Cette initiative a été rendue possible par l'implication des usager·ère·s et par le fonctionnement du centre de santé qui leur ouvre un espace dédié.

Pour une reproduction de cet atelier dans d'autres territoires, il est nécessaire que la structure qui porte le projet manifeste une volonté de prévenir et de lutter contre les discriminations dans le domaine de la santé et que ses professionnel·le·s soient formé·e·s à ce sujet.

LIENS & CONTACTS



www.casesdesante.org



contact@casesdesante.org

FAVORISER LA PARTICIPATION DES PERSONNES CONCERNÉES | FICHE ACTION 6

Recueil de témoignages et renforcement du pouvoir d'agir

QUOI

Le Collectif Kif Kif, qui accompagne les victimes de discriminations

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Le Collectif Kif Kif est une action portée par l'association Iris Formation. Il est soutenu par la ville de Roubaix, la ville et la Métropole Européenne de Lille, la Communauté d'Agglomération de La Porte du Hainaut, le Conseil Régional des Hauts-de-France, l'ANCT, la DILCRAH et la Fondation de France.

AVEC QUI

Les actions sont menées en partenariat avec diverses associations et en collaboration avec le Défenseur des droits, notamment par la mise en place d'une permanence.

OÙ

À l'échelle départementale : Nord. Le collectif est implanté physiquement à travers ses permanences d'aide aux victimes de discrimination dans deux communes : Lille et Roubaix. Par ailleurs, il agit de manière ponctuelle à l'échelle régionale et nationale.

POURQUOI

L'association Iris Formation a été créée en 2001 pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle des jeunes diplômé-e-s éloigné-e-s du monde du travail. Au cours de ses accompagnements, elle constate le traitement inégal dont pâtissent les personnes d'origine étrangère dans les domaines de l'accès à l'emploi, au logement et aux loisirs. À la suite de cela, l'association décide de créer le Collectif Kif Kif afin d'intervenir directement sur le sujet des discriminations.

COMMENT

Grâce à des permanences où les personnes qui s'estiment victimes de discrimination peuvent être écoutées, conseillées, accompagnées et orientées. Par ailleurs, le collectif met également en place :

- des formations à l'accueil, l'écoute active et l'accompagnement des victimes pour les professionnel-le-s ;
- des ateliers de sensibilisation sur les discriminations, notamment dans le domaine de la santé ;
- des *testing*, afin de mesurer les pratiques discriminatoires et d'interpeller les pouvoirs publics.

POUR QUI ?

Pour les personnes victimes de discrimination.

TRANSFÉRABILITÉ

En 2023, le Collectif Kif Kif a formé 13 structures à l'échelle nationale sur l'accueil et l'accompagnement des personnes victimes de discrimination.

Il soutient également ces organisations dans l'émergence de permanences d'aide aux victimes sur leurs territoires : accompagnement, formations complémentaires, suivi régulier de leurs avancées et évaluation du dispositif mis en place.

LIENS & CONTACTS



www.collectif-kifkif.fr



contact@collectif-kifkif.fr

FAVORISER LA PARTICIPATION DES PERSONNES CONCERNÉES | FICHE ACTION 7

Recueil de témoignages et renforcement du pouvoir d'agir

QUOI

La campagne

« **Docteur, écoutez-moi !** »

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Un collectif d'une quinzaine de femmes cis et trans, séropositives et séronégatives au VIH ou aux hépatites virales, qui avait pour objet d'être un espace de mobilisation et d'auto-support non mixte. Il s'est réuni entre 2017 et 2021 au sein de l'association AIDES à Annemasse.

AVEC QUI

Le collectif a collaboré avec le Planning Familial 74 et a présenté la campagne lors d'une plénière du COREVIH Arc Alpin.

OÙ

Échelle départementale : Haute-Savoie.

Les outils créés ont ensuite été pensés pour être diffusés sur l'ensemble du territoire national.

POURQUOI

En 2018, lors d'un week-end santé entre femmes, le partage de multiples expériences de discriminations vécues en milieu médical suscite le besoin d'agir. Les échanges au sein de ce collectif ont souligné :

- l'importance de contribuer au partage d'expériences entre femmes et à l'appropriation de leurs droits en santé, comme le droit à l'information, le consentement libre et éclairé ou les modalités pour porter plainte ;
- la nécessité de mettre en débat la problématique de la dissymétrie dans la relation soignée/soignant.e.

Le choix de réaliser cette campagne visait également à faire entendre et légitimer une parole peu entendue : la leur.

COMMENT

La campagne s'est déclinée au moyen de deux outils : une affiche à exposer dans les salles d'attente médicales, ainsi qu'une vidéo diffusée sur les réseaux sociaux.

POUR QUI ?

La campagne est adressée aux professionnel-le-s de santé, pour appeler à une collaboration respectueuse et un climat centré sur les besoins des patientes. Il s'agissait aussi de dire à toute personne usagère du système de santé qu'elle a des droits.

TRANSFÉRABILITÉ

La manière dont cette campagne a été construite offre un modèle pour passer d'un partage d'expériences, à l'expression de besoins, puis à la formulation de recommandations de type communautaire.

LIENS & CONTACTS



www.aides.org



Facebook **AIDES.Annemasse**



L'affiche de la campagne



La vidéo de la campagne

QUOI

Des interventions sur les discriminations dans les formations initiales des futur·e·s professionnel·le·s de la santé et du social

PAR QUI &**AVEC QUELS SOUTIENS**

Ces interventions sont proposées par l'association Migrations Santé Alsace.

AVEC QUI

En partenariat avec des écoles volontaristes, qui souhaitent intégrer la question des discriminations dans leurs programmes de formation.

OÙ

Échelle départementale : Bas-Rhin et Haut-Rhin.
L'association intervient en Faculté de médecine, dans des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et des écoles de travail social.

POURQUOI

Le sujet des discriminations reste très peu abordé dans la formation des professionnel·le·s de la santé et du social, alors que sensibiliser les futur·e·s professionnel·le·s est un levier incontournable pour prévenir ces situations de traitement défavorable.

COMMENT

Selon les écoles, ces interventions peuvent prendre différentes formes. En générale, l'association donne un cours magistral permettant de cadrer le sujet : définition d'une discrimination, formes qu'elle peut prendre dans le domaine de la santé et du social, causes, conséquences et recours.
Ensuite, les étudiant·e·s ont la possibilité d'analyser des situations concrètes en petits groupes pour s'approprier la notion, savoir reconnaître une discrimination et pour apprendre à agir et réagir en contexte professionnel.

POUR QUI ?

Pour les futur·e·s professionnel·le·s de la santé et du social.
Indirectement, pour les usager·ère·s du système de santé qui bénéficieront de prises en charge plus égalitaires.

TRANSFÉRABILITÉ

Ces interventions sont reproductibles dans d'autres départements. Néanmoins, il est crucial que celles-ci soient portées par des formateur·ice·s ayant une bonne connaissance de la problématique des discriminations en santé.

LIENS & CONTACTS

www.migrationsante.org



contact@migrationsante.org

Différentes associations réalisent des interventions dans le cadre de formations initiales et continues sur des critères de discriminations précis : AIDES, Gras Politique...

QUOI

Des ateliers territoriaux pour prévenir les discriminations dans le domaine de la santé

PAR QUI &**AVEC QUELS SOUTIENS**

Ces ateliers, portés par Migrations Santé Alsace, ont été créés avec l'ORIV. Ils reçoivent le soutien financier de la DREETS et de l'ARS Grand Est.

AVEC QUI

Les ateliers sont organisés en partenariat avec la collectivité qui accueille un atelier sur son territoire.

OÙ

Échelle régionale : Grand Est. Chaque atelier est organisé à l'échelle d'une ville ou d'une communauté d'agglomération.

POURQUOI

Après la participation à différentes journées d'études organisées par Migrations Santé Alsace et l'ORIV, certain·e·s participant·e·s ont expliqué qu'il leur serait difficile de mettre en pratique les connaissances acquises sur leurs territoires respectifs (manque de partenaires, d'idées pour réaliser des actions précises, etc.). Ces ateliers permettent de former les professionnel·le·s et les bénévoles d'un même territoire sur les enjeux liés aux discriminations dans le domaine de la santé, mais aussi de favoriser l'interconnaissance.

COMMENT

Mise en place d'ateliers de 2 jours qui prennent la forme de formation-action. Le programme est le suivant : élaboration d'un diagnostic à l'échelle du territoire, apports théoriques sur les discriminations, analyses de situations concrètes vécues ou observées par les participant·e·s et mise en projet.

POUR QUI ?

Pour les professionnel·le·s, futur·e·s professionnel·le·s et bénévole de la santé, du social et du médico-social qui souhaitent renforcer leurs compétences et développer des actions concrètes. Indirectement, pour les usager·ère·s qui bénéficieront de l'amélioration des pratiques des personnes qui les prennent en charge.

TRANSFÉRABILITÉ

Ces ateliers sont reproductibles dans d'autres régions. Néanmoins, il est crucial que ceux-ci soient portés par des formateur·ice·s ayant une bonne connaissance de la problématique des discriminations en santé.

LIENS & CONTACTS

www.migrationsante.org



contact@migrationsante.org

QUOI

Un réseau de veille et de vigilance sur les discriminations dans le domaine de la santé

PAR QUI &**AVEC QUELS SOUTIENS**

Porté par Migrations Santé Alsace et l'ORIV avec le soutien financier de la DREETS et de la Ville de Strasbourg.

AVEC QUI

Les professionnel·le·s, futur·e·s professionnel·le·s et bénévoles de de la santé, du social, du médico-social, et des collectivités qui souhaitent renforcer leurs compétences et agir face aux situations de discrimination.

OÙ

Échelle régionale : Grand Est.

POURQUOI

Migrations Santé Alsace et l'ORIV ont constaté qu'un grand nombre de professionnel·le·s de la santé et du social se sentent concerné·e·s par les enjeux de discrimination. En revanche, ces professionnel·le·s indiquent manquer de connaissances et de ressources, mais aussi se sentir isolé·e·s lorsqu'ils et elles rencontrent une situation problématique. C'est de ces constats qu'est né le réseau. L'idée est de proposer un espace où les questions liées aux discriminations dans le domaine de la santé puissent être posées et partagées afin de rompre avec le sentiment d'isolement, mais aussi d'élaborer des réponses collectives.

COMMENT

Le réseau se réunit a minima 4 fois par an pour :

- partager divers constats et problématiques ;
- analyser des situations de discrimination présumées ;
- apporter des connaissances actualisées sur les enjeux de discriminations et d'inégalités dans le champ de la santé ;
- échanger des pratiques entre professionnel·le·s.

Afin de sensibiliser le plus grand nombre, les membres du réseau organisent occasionnellement des journées d'études ouvertes aux professionnel·le·s de la région.

POUR QUI ?

Pour les participant·e·s et indirectement pour les usager·ère·s qui bénéficieront de l'amélioration des pratiques des personnes qui les prennent en charge.

TRANSFÉRABILITÉ

Le format de ce réseau est reproductible dans d'autres régions.

Néanmoins, il est crucial que les porteur·euse·s de la démarche aient une bonne connaissance du territoire et de la problématique des discriminations en santé.

LIENS & CONTACTS

www.oriv.org



contact@oriv.fr



www.migrationsante.org



contact@migrationsante.org



AFFIRMER LE REFUS DES DISCRIMINATIONS AU NIVEAU INSTITUTIONNEL | FICHE ACTION 11

QUOI

Un centre de santé communautaire dont le fonctionnement prend en compte les inégalités sociales de santé et les discriminations

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Le Village 2 santé, un centre de santé communautaire autogéré.

AVEC QUI

En interne, avec la commission de lutte contre les discriminations. En externe, avec des relais comme le réseau égalité porté par Grenoble Alpes Métropole, ce qui leur permet de faire remonter des situations de discrimination et d'obtenir une qualification juridique.

OÙ

À l'échelle locale : quartier Village Sud de la ville d'Echirolles. Le centre de santé est situé au cœur du QPV.

POURQUOI

La prise en compte des déterminants sociaux de la santé et en particulier des situations de discriminations semble incontournable pour permettre une prise en charge globale des patient-e-s.

COMMENT

Tout le fonctionnement du centre est organisé autour de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé et des discriminations. Ainsi le centre propose :

- Un lieu d'écoute et d'accompagnement, pensé comme un lieu de soins où la mise en confiance et la liberté de parole sont particulièrement recherchées. Les personnes peuvent faire part de leur vécu de discrimination, de violence, d'injustice sociale. Ceci permet de leur apporter des réponses en termes d'accompagnement social et/ou médical sur des sujets qui n'auraient pas nécessairement été exprimés en consultation. Cela permet également de reconnaître l'impact de ces expériences sur leur santé.
- Une commission formée par cinq professionnel-le-s du centre de santé qui a pour objectif de recevoir en entretien toute personne victime de discrimination parmi les usager-ère-s afin de recueillir leur parole et de leur proposer une prise en charge adaptée à leur envie, leur situation et leur énergie.
- Un mode de gestion du centre intégrant les enjeux de rapports de pouvoir et de discrimination : le centre fonctionne en autogestion et traite à égalité les différents métiers d'accueil, d'accompagnement social et de soins (égalité salariale, partage des tâches...).

POUR QUI ?

Principalement pour les usager-ère-s du Village 2 santé, mais il leur arrive d'accompagner des habitant-e-s du quartier, même s'ils et elles ne sont pas suivi-e-s par le centre.

TRANSFÉRABILITÉ

Depuis presque 20 ans, différents centres de santé communautaires se développent dans l'hexagone.

Le Village 2 santé a d'ailleurs constitué un réseau des centres de santé communautaire en France avec trois autres structures en 2021.

Le fonctionnement de ces centres et leur proposition de soin peuvent être une source d'inspiration.

LIENS & CONTACTS



levillage2sante.fr



contact@levillage2sante.fr

AFFIRMER LE REFUS DES DISCRIMINATIONS AU NIVEAU INSTITUTIONNEL | FICHE ACTION 12

QUOI

Une consultation d'éthique clinique

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Mise en place par le comité d'éthique du CHRU de Nancy – Brabois.

AVEC QUI

Les membres du comité éthique du CHRU, composé d'un collègue médical, un collègue de professionnel-le-s de soin et de l'administratif et un collègue de la société civile.

OÙ

Échelle locale : Ville de Nancy. Dans le CHRU de Nancy – Brabois.

POURQUOI

Il n'est pas rare en clinique humaine que la prise en charge d'une patient-e, à côté des aspects de soins proprement dit, s'accompagne de questionnements de nature éthique pouvant justifier le recours à l'aide d'une structure hospitalière spécifique.

COMMENT

La saisie peut être individuelle ou collective, éventuellement anonyme, et elle se fait par courrier, par mail, ou par un appel téléphonique (confirmé ensuite par courrier). La consultation d'éthique clinique a pour objet de démontrer à l'auteur-ice d'une saisine l'intérêt que l'établissement porte aux questions d'ordre éthique, et d'apporter la plus-value d'une réflexion collective et pluridisciplinaire. Elle est assurée par des intervenant-e-s non impliqué-e-s dans la prise en charge. Elle participe pleinement à la lutte contre les discriminations et les stigmatisations vécues par des patient-e-s vulnérables au sein des établissements de santé.

Cette consultation permet de construire une réflexion éthique la plus complète et ouverte possible, puis d'évoquer soit un consensus s'il existe, soit de faciliter au sein de l'équipe soignante l'émergence d'un « préférable partageable »⁸⁵, en déroulant les arguments contradictoires. Il ne s'agit pas de donner un avis décisionnel, puisque la décision finale revient à l'équipe soignante.

POUR QUI ?

Le comité éthique peut être saisi par les professionnel-le-s du CHRU (soignant-e-s et non-soignant-e-s, dont les étudiant-e-s), les patient-e-s (ou leur titulaire de l'autorité légale), leurs proches et leurs médecins.

TRANSFÉRABILITÉ

Tous les établissements sanitaires et médico-sociaux peuvent mettre en place des consultations d'éthique clinique au sein de leur comité d'éthique.

LIENS & CONTACTS



www.chru-nancy.fr



c.ethique@chru-nancy.fr

85 J-M. MOUILLIE, *L'éthique du préférable partageable*, Les belles lettres, 2019

QUOI**Un GPS Anti-Stigmatisation****PAR QUI &****AVEC QUELS SOUTIENS**

Cet outil a été élaboré par Psycom dans le cadre d'un groupe de travail sur la stigmatisation des troubles psychiques, coanimé avec le ministère de la Santé.

Ce groupe a été créé en 2019 dans le cadre de la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » élaborée par le gouvernement.

Le GPS a ensuite été développé grâce au soutien financier de la Direction Générale de la Santé (ministère des Solidarités et de la Santé) et de la Fondation de France.

AVEC QUI

Cet outil a été pensé par le groupe de travail sur la stigmatisation des troubles psychiques, composé de professionnel·le·s du soin, de la prévention et de l'éducation, de personnes concernées par un trouble psychique, de proches, mais aussi de journalistes, de politiques et de chercheur·euse·s.

OÙ

Échelle nationale. Cet outil est en libre accès, gratuitement, sur le site internet du Psycom.

POURQUOI

À l'image d'un GPS, qui permet de se repérer et de définir un itinéraire, le GPS Anti-Stigma a été créé pour guider les personnes ou organismes souhaitant agir contre la stigmatisation en santé mentale.

COMMENT

Il s'agit d'un outil d'aide à la méthodologie de projet. Très concrètement, une personne, un organisme ou un collectif souhaite réaliser une action de lutte contre la stigmatisation : pour penser ou « scanner » leur action, ils et elles remplissent un questionnaire en ligne. Les questions sont construites autour de 6 critères (issus de recommandations de bonnes pratiques), pour que les objectifs et la méthode de construction du projet puissent répondre au mieux aux enjeux de lutte contre la stigmatisation. À l'issue du questionnaire, les porteur·euse·s de projet ont un graphique en toile d'araignée qui résume les forces et les faiblesses du projet. Cette base peut servir à préparer une action, mais aussi à l'évaluer.

POUR QUI ?

Il s'adresse à toute personne qui souhaite monter un projet visant à lutter contre la stigmatisation dont peuvent souffrir les personnes concernées par un trouble psychique, mais aussi leurs proches ou plus globalement la psychiatrie.

TRANSFÉRABILITÉ

D'autres « GPS » pourraient être imaginés pour prévenir et lutter contre différents critères de stigmatisation et/ou de discrimination.

LIENS & CONTACTS

GPS Anti-Stigma



www.psycom.org

PRENDRE EN COMPTE LES SITUATIONS SPÉCIFIQUES ET LES INTÉGRER DANS LE DROIT COMMUN

FICHE ACTION 14

QUOI

Une Equipe Spécialisée Soins Infirmiers Précarité (ESSIP)

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Le centre Edison, avec le soutien financier de l'ARS dans le cadre de l'appel à projet pour créer des ESSIP.

AVEC QUI

Ce travail se fait en collaboration avec les professionnel-le-s du social et les bénévoles présent-e-s dans les accueils de jours, les dispositifs Accueil Hébergement et Insertion (AHI) et toutes structures en interaction avec un public vulnérable (CADA, CIDFF, CCAS, PAEJ...).

OÙ

Échelle départementale : Moselle. Axe Metz - Thionville.

POURQUOI

L'ESSIP a pour rôle de rétablir la dimension sanitaire chez un public en situation de précarité avec une politique d'« aller vers » sans jugement, en respectant l'autonomie et la volonté des personnes. L'objectif est de rapprocher les personnes du soin en créant un climat de confiance, mais aussi en inscrivant l'accompagnement dans la durée afin d'optimiser les chances d'adhésion au parcours sanitaire mis en place.

COMMENT

D'abord par le repérage des publics précaires et l'évaluation de leurs situations sanitaires, puis par la mise en place d'un parcours de soin coordonné comprenant de l'éducation à la santé. L'équipe établit le lien avec les partenaires sanitaires et sociaux et sensibilise également les professionnel-le-s sur les spécificités des publics précaires.

POUR QUI ?

Ce service concerne toutes les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité qui fréquentent les accueils de jour ou qui vivent dans des dispositifs AHI. Ce public est souvent en rupture de soin depuis des années et victime de discriminations, en raison de leur couverture sociale, mais aussi de leur particulière vulnérabilité économique (certain-e-s soignant-e-s parlent d'un public « non compatible avec leur patientèle » et ne souhaitent pas qu'ils et elles se rencontrent dans la salle d'attente). De plus, face à la pénurie de spécialistes, ils sont les premières victimes du renoncement aux soins.

TRANSFÉRABILITÉ

Les structures médico-sociales peuvent se rapprocher de l'ARS de leur territoire pour déposer un dossier en vue de développer une ESSIP.

CONTACTS



www.centre-edison.fr



info@cdpa57.asso.fr

PRENDRE EN COMPTE LES SITUATIONS SPÉCIFIQUES ET LES INTÉGRER DANS LE DROIT COMMUN

FICHE ACTION 15

QUOI

Des médiateur-ice-s accueillant-e-s

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Mis en place par la Maison Urbaine de Santé (MUS) du Neuhof, avec le soutien de la CPAM du Bas-Rhin et de la CNAM.

AVEC QUI

- Les professionnel-le-s de santé pour l'accès aux soins et la prise en charge globale des patient-e-s dans la MUS et hors de celle-ci ;
- les médiateur-ice-s en santé de la MUS pour l'accompagnement des situations complexes d'accès aux droits et aux soins ;
- les interprètes professionnelles pour l'accompagnement des patient-e-s allophones ;
- les associations et structures médico-sociales du territoire.

OÙ

Échelle locale : quartier du Neuhof à Strasbourg.
La MUS est située au cœur du QPV.

POURQUOI

La MUS du Neuhof avait depuis longtemps mis en place un accompagnement social des patient-e-s pour assurer une prise en charge globale, mais l'accès aux droits et aux soins n'était pas pleinement efficient. En effet, certain-e-s patient-e-s nécessitent une prise en charge renforcée et individualisée tout au long de leurs parcours de soins.

COMMENT

Par un accueil et un accompagnement individualisé de ces patient-e-s tout au long de leurs parcours de soins et d'accès aux droits en santé. Cela consiste notamment à aider les personnes dans leurs démarches administratives et leurs prises de rendez-vous médicaux, à accompagner les personnes lors de rendez-vous en dehors de la MUS, mais aussi à la mise en place d'ateliers qui favorisent le lien social, la confiance en soi et l'autonomie : informatique, cuisine, bien-être, prévention des discriminations en santé, etc.

POUR QUI ?

Pour les patient-e-s fragilisé-e-s, dit-e-s « porcelaines », tel-le-s que certaines personnes allophones, âgées, isolées, marginalisées ou encore en situation de handicap.

TRANSFÉRABILITÉ

La création de postes de médiateur-ice-s accueillant-e-s dans des Structures d'Exercice Coordonné nécessite une volonté des professionnel-le-s de travailler de concert, avec une culture commune, dans la perspective d'une prise en charge globale des patient-e-s. Cela nécessite également que l'équipe préexistante ne soit pas constituée que de soignant-e-s, mais de coordinateur-ice-s, de médiateur-ice-s, etc. Enfin, le financement des postes peut se faire dans le cadre d'appels à projets ou par la CNAM si les SECParticipatives passent dans le droit commun à la suite de l'expérimentation.

LIENS & CONTACTS



www.maisonsanteneuhof.com

POUR ALLER PLUS LOIN

Les Structures d'Exercice Coordonné Participatives (SECParticipatives)

Des centres de santé communautaires, des maisons de santé pluriprofessionnelles et des associations tentent, au sein de leurs territoires, de lutter contre les inégalités sociales de santé. Cela consiste à mobiliser les ressources de la communauté des habitant·e·s, en pratiquant une médecine sociale, en développant la promotion de la santé et en luttant pour l'accès aux droits. Ces centres retissent également du lien social, qui peut être vu comme la première marche vers plus d'égalité et de dignité pour les personnes précaires.

Dans ce cadre, ils ont participé à la mise en œuvre d'un dispositif expérimental de financement par la CNAM de la santé communautaire, dite « participative », à la demande de la Délégation Interministérielle à la Lutte contre la Pauvreté. Le cahier des charges s'articule autour de 5 missions obligatoires :

- « aller vers » la population en partenariat avec les acteur·ice·s du territoire,

- accueil spécifique pour les populations vulnérables,
 - accueil psychologique,
 - médiation en santé,
 - démarches participatives,
- avec la possibilité de développer l'interprétariat *in situ* ou par convention avec un organisme spécifique.

Ce financement est calculé sur la base de l'activité de la structure à condition que celle-ci pratique la médecine générale et soit située dans un territoire où le taux de pauvreté est important comme pour les QPV. Ce financement permet de salarier les métiers de la santé communautaires (accueillant·e·s, médiateur·ice·s en santé, professionnel·le·s du social, etc). Il permet également de rémunérer le temps consacré par les soignant·e·s aux démarches participatives⁸⁶.

86 Pour en savoir plus : Arrêté du 9 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « Structures d'exercice coordonné participatives ».



PRENDRE EN COMPTE LES SITUATIONS SPÉCIFIQUES ET LES INTÉGRER DANS LE DROIT COMMUN

FICHE ACTION 16

QUOI

Des permanences d'interprétariat en maison de santé

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Mis en place par la Maison Urbaine de Santé (MUS) du Neuhof avec le soutien de la CNAM dans le cadre de l'expérimentation SECParticipatives.

AVEC QUI

En partenariat avec l'association Migrations Santé Alsace qui propose un service d'interprétariat médical et social professionnel.

OÙ

Échelle locale : quartier du Neuhof à Strasbourg.
La MUS est située au cœur du QPV.

POURQUOI

La MUS du Neuhof fait appel depuis longtemps à des interprètes professionnel-le-s en présentiel dans le cadre de l'accompagnement médical et social de ses patient-e-s. Cependant, des freins subsistaient : temps dédié à la prise de rendez-vous avec des interprètes, indisponibilité lors de rendez-vous programmés tardivement et difficulté d'intégration du recours à l'interprétariat dans la pratique quotidienne faute de connaissances et de formation.

COMMENT

Par la présence d'interprètes professionnel-le-s au sein de la MUS tout au long de la semaine, avec un planning fixe. Cela permet aux patient-e-s de venir en toute confiance à la MUS puisqu'ils et elles savent quand un-e interprète est présent-e. Le professionnel-le-s peuvent réserver un créneau via un agenda interne ou solliciter directement l'interprète présent-e pour les patient-e-s non programmé-e-s. Le planning des langues a été construit par demi-journées en fonction des besoins et il peut évoluer dans le temps. En 2024, les permanences sont tenues en albanais, arabe, arménien, géorgien, russe, serbe, tchéchène, turc et vietnamien.

POUR QUI ?

Pour les patient-e-s peu ou non francophones, mais aussi pour les professionnel-le-s car le dispositif leur permet d'exercer pleinement leurs fonctions.

TRANSFÉRABILITÉ

La mise en place de permanences nécessite qu'une association qui propose de l'interprétariat professionnel soit présente sur le territoire. Ensuite, les professionnel-le-s de la santé et du social doivent être volontaires pour travailler avec ces nouveaux et nouvelles collègues qui leur permettent de prendre en charge les personnes allophones dans de bonnes conditions. Une formation peut être utile. Enfin, le financement de l'interprétariat en structure coordonnée peut se faire dans le cadre d'appels à projets notamment de la CNAM.

LIENS & CONTACTS



www.maisonsanteneuhof.com

Pour l'interprétariat, voir la fiche action n° 17.

PRENDRE EN COMPTE LES SITUATIONS SPÉCIFIQUES ET LES INTÉGRER DANS LE DROIT COMMUN

FICHE ACTION 17

QUOI

Un réseau de l'Interprétariat Médical et Social (RIMES)

PAR QUI &

AVEC QUELS SOUTIENS

Créé en 2019, le réseau est composé d'adhérents personnes morales qui sont des associations à but non lucratif proposant un service d'interprétariat selon des modalités et un cadre déontologique commun.

OÙ

L'action du réseau RIMES se déploie à l'échelle nationale.

POUR QUI ?

Les professionnel-le-s de la santé et du social qui bénéficient d'un interprétariat de qualité, dont le cadre déontologique et législatif se renforce grâce au travail du réseau.

Les patient-e-s pas ou peu francophones, qui voient leur accès aux droits et aux soins renforcés.

POURQUOI

Les associations membres du réseau coopèrent activement depuis 2011 afin d'harmoniser leurs pratiques, de conforter la qualité de leurs interventions et de faire reconnaître le métier d'interprète professionnel-le. RIMES se donne pour objet de :

- promouvoir et développer l'interprétariat médical et social professionnel tel que défini dans la Charte de l'Interprétariat médical et social professionnel en France adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012 ;
- favoriser la formation et la recherche dans le domaine de l'interprétariat médical et social ;
- contribuer à la défense et à la promotion des valeurs et intérêts communs des associations membres ;
- favoriser les échanges entre les associations membres.

COMMENT

Deux groupes de travail fonctionnent au sein du réseau : le groupe « direction » autour des enjeux stratégiques et politiques et le groupe « formation » autour des questions liées à la formation et à la qualification des interprètes.

TRANSFÉRABILITÉ

Les structures qui proposent de l'interprétariat peuvent s'inspirer des travaux du réseau et/ou demander à le rejoindre.

LIENS & CONTACTS

APTIRA - Angers

✉ accueil@aptira.org

ASAMLA - Nantes

🌐 www.asamla.fr

✉ contact@asamla.org

COFRIMI - Toulouse

🌐 www.cofrimi.com

✉ contact@cofrimi.com

ISM CORUM - Lyon

🌐 www.ismcorum.org

✉ interprete@ismcorum.org

ISM Interprétariat - Paris

🌐 ism-interpretariat.fr

✉ contact@ism-mail.fr

Migrations Santé Alsace - Strasbourg

🌐 www.migrationsante.org

✉ contact@migrationsante.org

Centre Osiris - Marseille

🌐 www.centreosiris.org

✉ contact@osiris-interpretariat.org

Réseau Louis Guilloux - Rennes

🌐 rlg35.org

✉ interpretariat@rlg35.org

ISM - Marseille

🌐 ismmed-traduction.fr

✉ ismm@orange.fr

Annexes

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (n'existe plus)
AHI : Accueil Hébergement et Insertion
AME : Aide Médicale d'Etat
ANCT : Agence Nationale de la Cohésion des Territoires
ARS : Agence Régionale de Santé
C2S : Complémentaire Santé Solidaire
CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCIE : Collectif Contre l'Islamophobie en Europe
CDU : Commission Des Usagers
CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CMU : Couverture Maladie Universelle (n'existe plus)
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire (n'existe plus)
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
Comede : Comité pour la santé des exilés
COREVIH : Coordination Régionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CTS : Conseils Territoriaux de Santé
DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

DILCRAH : Délégation Interministérielle à la Lutte contre le Racisme, l'Antisémitisme et la Haine anti-LGBT
DREETS : Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DSUV : Dispositif de Soins Urgents et Vitaux
ESSIP : Equipe Spécialisée Soins Infirmiers Précarité
FAS : Fédération des Acteurs de la Solidarité
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MUS : Maison Urbaine de Santé
OIT : Organisation Internationale du Travail
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ORIV : Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville
PAEJ : Point Accueil et Ecoute Jeunes
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMA : Procréation Médicalement Assistée
PUMa : Protection Universelle Maladie
QPV : Quartiers prioritaires de la Politique de la Ville
RIMES : Réseau de l'Interprétariat Médical Et Social
SECPA : Structure d'Exercice Coordonné Participative
TZA : Tarification A l'Activité
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- J-C. ABRIC, *Pratiques sociales et représentations*, Presses Universitaires de France, coll. « Psychologie sociale », 1994.
- D. BRETON, *Anthropologie de la douleur*, Métailié, 2012.
- S. DELOUVÉE, J-B. LÉGAL, *Stéréotypes, préjugés et discrimination*, Dunod, 2015.
- E. DORLIN (dir.), *Sexe, race, classe : Pour une épistémologie de la domination*, Presses Universitaires de France, 2009.
- D. FASSIN, *Faire de la santé publique*, Presse de l'EHESP, 2^e édition, 2008.
- D. FASSIN., E. CARDE., N. FERRE, S. MUSSO-DIMIOTRIJEVIC, *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, Inserm, 2001.

- K.J. GERGEN., M.M. GERGEN, *Psychologie sociale*, Vigot, 1993.
- Dir. C. LEFEVRE., G. LACHENAL., V-K. NGUYEN, *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Presses Universitaires de France, 2014.
- Les maisons de santé de Strasbourg, Migrations Santé Alsace, *La santé, ça vous parle ?*, 2022.
- <https://www.calameo.com/read/0072665957ec179ad704a>
- J-M. MOUILLIE, *L'éthique du préférable partageable*, Les belles lettres, 2019.
- A. NDOBO, *Les nouveaux visages de la discrimination*, DBS Psycho, 2010.
- A. VEGA, *Soignants / soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, De Boeck, 2001.
- C. VIDAL., M. SALLE, *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?*, Belin, 2017

Articles et revues

- C. AVRIL, Ambiance raciste dans l'aide à domicile, *Plein droit*, n° 96, mars 2013.
- E. CARDE, Le masque de la bienveillance, *Maux d'Exil* n° 56, Comede, 2018.
- M. ICHOU, « Discriminations et renoncement aux soins dans le système de santé français », in : S. BRUN et A. GOSSSELIN (dir.), Dossier « Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France », *De facto* n°25, Mars 2021.
- A. MARIETTE., L. PITTI, « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé », *Métropolitiques*, 6 juillet 2020. [↪](#)
- A. MARIETTE., L. PITTI, « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (2/2) : comment le système de santé accroît les inégalités », *Métropolitiques*, 10 juillet 2020. [↪](#)
- A. MARIETTE., L. PITTI, « Crise sanitaire en territoires urbains populaires : relégations, discriminations, contestations », *Mouvements* n°105, 2021.
- D. PRUD'HOMME, « La racialisation des patient-e-s « roms » par les médecins urgentistes », *Actes de la recherche en sciences sociales* n°239/4, 2021.
- L. VIDAL, Migrants et VIH : les pièges du culturalisme, *Transcriptases*, n° 114, 2004. [↪](#)

Mémoire

- B. PILLERON, « Trier des humains : étude sur l'activité de triage des patient.e.s par les infirmières des urgences en France », Mémoire de Sociologie, Université de Strasbourg, 2020.

Études, avis et rapports

- M. ANGUIS., H. CHAPUT., C. MARBOT., C. MILLIEN et N. VERGIER, 10 000 médecins de plus depuis 2012, *Études et Résultats*, n° 1061, DREES, 2018.
- J. ARGOUARCH., O. CALAVREZO, La répartition des hommes et des femmes par métiers, *Dare analyses* n° 79, 2013. [↪](#)
- N. BLANPAIN, L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes, *Insee Première*, n° 1687, Insee, 2018.
- CNCDH, Les essentiels du rapport de la lutte contre le racisme, 2017. [↪](#)
- Défenseur des droits., Fonds CMU-C, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale d'état, études et résultats, mai 2023. [↪](#)
- Défenseur des droits, Dématérialisation des services publics : trois ans après, où en est-on ?, rapport, 2022. [↪](#)
- Défenseur des droits., Organisation internationale du travail, La perception des discriminations dans l'emploi, 15^{ème} baromètre, décembre 2022.
- Défenseur des Droits., Fonds CMU-C, Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes, *Études et résultats*, mai 2017. [↪](#)
- F. EL KHOURY LESUEUR., C. LEON., M. HERON., A. SITBON., A. VELTER et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017, Santé mentale des adultes selon l'orientation sexuelle et violences subies. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°6-7, 2021. [↪](#)
- Insee, ministère des Finances (DGFIP), enquête Revenus fiscaux et sociaux 2015, Centre d'accès sécurisé aux données.
- ONZUS, Le sentiment de discriminations des habitants en ZUS, enquête thématique, rapport 2012

Guides pratiques

- ATD Quart Monde, *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, 3^e éd., 2017.
- Comede, *Prévention, soins et accompagnement des personnes étrangères vulnérables*, guide pratique pour les professionnel-le-s, édition 2023. [↪](#)
- La Cimade, *Petit guide - lutter contre les préjugés sur les personnes étrangères*, 2022. [↪](#)

TEXTES JURIDIQUES

Le Code de procédure pénale

Article 40

Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner conformément aux dispositions de l'article 40-1.

Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.

Le Code pénal

Article 225-1

Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur qualité de lanceur d'alerte, de facilitateur ou de personne en lien avec un lanceur d'alerte au sens, respectivement, du I de l'article 6 et des 1° et 2° de l'article 6-1 de la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique, de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée.

Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales sur le fondement de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de la grossesse, de l'apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de la situation économique, apparente ou connue de son auteur, du patronyme, du lieu de résidence, de l'état de santé, de la perte d'autonomie, du handicap, des caractéristiques génétiques, des mœurs, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de l'âge, des opinions politiques, des activités syndicales, de la qualité de lanceur d'alerte, de facilitateur ou de personne en lien avec un lanceur d'alerte, au sens, respectivement, du I de l'article 6 et des 1° et 2° de l'article 6-1 de la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 précitée, de la capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales.

Article 225-1-1

Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes parce qu'elles ont subi ou refusé de subir des faits de harcèlement sexuel tels que définis à l'article 222-33 ou témoigné de tels faits, y compris, dans le cas mentionné au I du même article, si les propos ou comportements n'ont pas été répétés.

Article 225-1-2

Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes parce qu'elles ont subi ou refusé de subir des faits de bizutage définis à l'article 225-16-1 ou témoigné de tels faits.

Article 225-2

La discrimination définie aux articles 225-1 à 225-1-2, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elle consiste :

- 1° A refuser la fourniture d'un bien ou d'un service ;
- 2° A entraver l'exercice normal d'une activité économique quelconque ;
- 3° A refuser d'embaucher, à sanctionner ou à licencier une personne ;
- 4° A subordonner la fourniture d'un bien ou d'un service à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1 ou prévue aux articles 225-1-1 ou 225-1-2 ;
- 5° A subordonner une offre d'emploi, une demande de stage ou une période de formation en entreprise à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1 ou prévue aux articles 225-1-1 ou 225-1-2 ;
- 6° A refuser d'accepter une personne à l'un des stages visés par le 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale.

Lorsque le refus discriminatoire prévu au 1° est commis dans un lieu accueillant du public ou aux fins d'en interdire l'accès, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende.

Article 225-3

Les dispositions de l'article précédent ne sont pas applicables :

- 1° Aux discriminations fondées sur l'état de santé, lorsqu'elles consistent en des opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité. Toutefois, ces discriminations sont punies des peines prévues à l'article précédent lorsqu'elles se fondent sur la prise en compte de tests génétiques prédictifs ayant pour objet une maladie qui n'est pas encore déclarée ou une prédisposition génétique à une maladie ou qu'elles se fondent sur la prise en compte des conséquences sur l'état de santé d'un prélèvement d'organe tel que défini à l'article L. 1231-1 du code de la santé publique ou de données issues de techniques d'imagerie cérébrale ;
- 2° Aux discriminations fondées sur l'état de santé ou le handicap, lorsqu'elles

consistant en un refus d'embauche ou un licenciement fondé sur l'incapacité médicalement constatée soit dans le cadre du titre IV du livre II du code du travail, soit dans le cadre des lois portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique ;

3° Aux discriminations fondées, en matière d'embauche, sur un motif mentionné à l'article 225-1 du présent code, lorsqu'un tel motif constitue une exigence professionnelle essentielle et déterminante et pour autant que l'objectif soit légitime et l'exigence proportionnée ;

4° Aux discriminations fondées, en matière d'accès aux biens et services, sur le sexe lorsque cette discrimination est justifiée par la protection des victimes de violences à caractère sexuel, des considérations liées au respect de la vie privée et de la décence, la promotion de l'égalité des sexes ou des intérêts des hommes ou des femmes, la liberté d'association ou l'organisation d'activités sportives ;

5° Aux refus d'embauche fondés sur la nationalité lorsqu'ils résultent de l'application des dispositions statutaires relatives à la fonction publique ;

6° Aux discriminations liées au lieu de résidence lorsque la personne chargée de la fourniture d'un bien ou service se trouve en situation de danger manifeste. Les mesures prises en faveur des personnes résidant dans certaines zones géographiques et visant à favoriser l'égalité de traitement ne constituent pas une discrimination.

Article 432-7

La discrimination définie aux articles 225-1 et 225-1-1, commise à l'égard d'une personne physique ou morale par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsqu'elle consiste :

1° A refuser le bénéfice d'un droit accordé par la loi ;

2° A entraver l'exercice normal d'une activité économique quelconque.

Le Code de la santé publique

Article 1110-3

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne, y compris refuser de délivrer un moyen de contraception en urgence, pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en

accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récidive, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

En cas de carence du conseil territorialement compétent, dans un délai de trois mois, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa du présent article ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1 du présent code.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Article 1110-8

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

Article 4127-7

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

Article R4127-9

Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.



Un guide réalisé par
Migrations Santé Alsace

24 rue du 22 novembre - 67000 Strasbourg
Tél : 03 88 22 60 22
contact@migrationsante.org
www.migrationsante.org

Ce guide vise à présenter les grands enjeux de la prévention et de la lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé, domaine dans lequel cette notion reste peu mobilisée. Il s'adresse aux professionnel·le·s, futur·e·s professionnel·le·s et bénévoles exerçant, en France, dans des structures sanitaires, sociales et médico-sociales. Il apporte des éléments de cadrage sur la problématique, une analyse de situations, des informations sur les recours existants et une présentation de pratiques inspirantes.

Une première version du guide est parue en 2019.
Cette version revue et augmentée a été éditée en 2024.

