Vers plus d'égalité en santé

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

À l'usage des professionnels·les
de la santé, du social et
des bénévoles associatifs.

Créée en 1975, Migrations santé Alsace a pour objet :
- de promouvoir, pour les migrants·es 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.

Elle développe différents axes de travail, notamment un service d'interprétariat professionnel, des formations et des temps d'échanges avec les professionnels·les sur les enjeux liés à l'accueil, à la prise en charge des migrants·es et à la prévention et à la lutte contre les discriminations.

▸ **www.migrationssante.org**

Ce guide a été rédigé par
Émilie Jung, Directrice de Migrations Santé Alsace,
avec l'appui méthodologique de Gaëlle Donnard,
Directrice de projets à l'Observatoire Régional
de l'Intégration et de la Ville (ORIV).

Le contenu n'engage que l'association Migrations Santé Alsace.
Graphisme et mise en page : Camille Oberlé
Avril 2019

Remerciements

Migrations Santé Alsace remercie les membres du comité de pilotage du projet :
Jacqueline ALLOUIN, infirmière, service de soins infirmiers à domicile Vivre chez moi.
Nicolas BACHET, chargé de mission, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) Grand Est.
Clémence BRE, chargée de mission santé et protection sociale, Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET).
Gaëlle DONNARD, directrice de projet, Observatoire régional de l'intégration et de la ville (ORIV).
Nicolas FUCHS, coordinateur régional, Médecins du Monde.
Jacques GAUS, chargé de mission Égalité, Ville de Mulhouse.
Delphine GALLO IMPERIALE, praticienne hospitalier, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et membre du Conseil d'Administration de Migrations Santé Alsace.
Hélène GEBEL, ingénieure de recherche, Espace de réflexion éthique Grand Est (EREGE).
Dilara HATIPOGLU, assistante de service social, Médecins du Monde.
Benoît HERVIEU-LEGER, chargé de communication, Comité pour la santé des exilés (COMEDE).
Turkan ISLEK, chargée de mission, Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Bas-Rhin.
Juliette JEANNEL, praticienne hospitalier, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et Présidente de Migrations Santé Alsace.
Adeline JENNER, déléguée territoriale, Agence régionale de santé (ARS) Grand Est.
Catherine JUNG, médecin généraliste, Maison urbaine de santé du Neuhof, Strasbourg.
Élise MARSICANO, maîtresse de conférences en sociologie, Université de Strasbourg.
Mireille MEYER, chargée de mission en information et formations partenariales, CPAM du Bas-Rhin.
Alexis MOREAU, directeur adjoint, Migrations Santé Alsace.
Sylvie MOSSER, cadre de santé, vice-Présidente de Migrations Santé Alsace.
Zoubida NAILI, chargée de mission prévention et lutte contre les discriminations, Ville de Strasbourg.
Marion QUACH-HONG, chargée de mission Santé et Études, Fédération des acteurs de la solidarité.
Sophie RETTEL, praticienne hospitalier et Présidente du comité éthique, Centre Hospitalier de Metz.
Yazida SLAMANI, chargée de mission, Maison des adolescents du Bas-Rhin.
Natacha UHLRICH, chargée de mission identito-vigilance et membre du comité éthique, Centre Hospitalier de Metz.
Arnaud VEÏSSE, directeur général, Comede.

Migrations Santé Alsace remercie les personnes ayant contribué à la relecture du guide :
Marie ANSELM, chargée d'études, Observatoire régional de la santé (ORS) du Grand-Est.
Céline BLINDERMANN, chargée de mission, Ceméa Grand-Est.
Florence BILLOT, responsable informatique à la ville de Strasbourg et membre du Conseil d'Administration de Migrations Santé Alsace.
Estelle CARDE, professeure agrégée en sociologie, Université de Montréal.
Enguerrand DU ROSCOÄT, responsable de l'unité santé mentale, Santé Publique France.
Tahar KHEMILA, juriste, Viaduq 67.
Sandrine SCHLICK, cadre de santé, Institut de formation de soins infirmiers d'Haguenau.
Didier MAILLE, responsable du pôle social et juridique, Comede.
L'équipe du CGET : **Ratiba BENDJOUDI, Mohamed DOUHANE** et **Noémie OSWALT.**
L'équipe de la ligne Santé info droit de France Assos Santé : **Stéphane GOBEL, Florence NAVATTONI** et **Tanguy NGAFAOUNAIN**.
L'équipe de l'Université Paris 8 : **Audrey MARIETTE, Laure PITTI** et **Maud GELLY**.

Enfin, Migrations Santé Alsace remercie, pour leurs échanges et leurs éclairages tout au long du projet :
Vanessa PIDERI, chargée de mission santé au Défenseur des Droits et **Didier MENARD**, médecin généraliste et Secrétaire général de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS).

Table des matières

POURQUOI CE GUIDE ? 6

CHAPITRE 1

COMPRENDRE : définitions et enjeux 9

Discrimination : une notion ancrée dans le droit 10
Discriminations dans le domaine de la santé : facteurs et processus 12
Les discriminations dans le domaine de la santé : quelles conséquences ? 17

CHAPITRE 2

ANALYSER : les situations de discrimination au quotidien 21

Situation 1 Refus de prise en charge médicale d'une patiente en cabinet libéral 23
Situation 2 Refus d'hospitalisation en psychiatrie d'un patient allophone 26
Situation 3 Non-déplacement de services médicaux pour une admission aux urgences 28
Situation 4 Non recours à un dispositif de prise en charge pour une patiente demandant une IVG 32
Situation 5 Refus d'établissement d'un certificat médical 34
Situation 6 Retard aux soins d'une patiente au moment de l'accouchement 37
Situation 7 Interruption de prise en charge d'une patiente portant le voile 39
Situation 8 Demande discriminatoire d'un patient lors d'une hospitalisation 41

CHAPITRE 3

AGIR : recours juridiques et actions inspirantes 45

Saisir les recours existants et sanctionner les pratiques illégales 46
Projets et pratiques inspirants pour prévenir et lutter contre les discriminations 51

ANNEXES

Liste des sigles utilisés 64
Bibliographie 64
Textes juridiques 65

Pourquoi ce guide ?

POURQUOI PARLER DE « DISCRIMINATION » DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ?

Au premier abord, la question des discriminations dans le domaine de la santé peut apparaître incongrue, éloignée des préoccupations des professionnels•les. Certes, il existe quelques illustrations flagrantes telles que, récemment, les refus de recevoir des patients•es bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) affichés par certains•es médecins sur des sites de rendez-vous en ligne. Pourtant, au-delà de ces situations, au quotidien, les professionnels•les font part de situations très diverses, aux enjeux variés, qui les interrogent et qu'ils•elles relient à la notion de « discrimination » :

- Mme B., patiente de nationalité roumaine et bénéficiaire de l'Aide Médicale d'État (AME), se voit refuser une consultation chez une médecin généraliste du fait de sa couverture maladie et de sa non-maîtrise du français.
- Mme R., fille d'un couple iranien, se plaint de fortes douleurs lors de l'accouchement. La sage-femme dira alors 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., homme né au Sénégal, atteint d'un cancer du poumon, souhaite faire une demande d'allocation aux adultes handicapés. 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* ».
- Mme T. est arménienne, 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.
- Mme 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 des formes, des conséquences, des personnes concernées et des causes. Mais 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 : origine, nationalité, type de couverture maladie, lieu de résidence, etc. 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 fondé sur un critère prohibé (l'origine, l'apparence physique, etc.) et entraînant un préjudice. Utiliser cette notion dans le domaine de la santé présente plusieurs intérêts. Cela permet de mettre en lumière des situations illégales pour éviter qu'elles ne se reproduisent. Cela amène également à s'interroger sur la manière dont le système de santé produit et reproduit 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'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV), sur les discriminations dans le domaine de la santé. Ce travail se décline sous plusieurs formes : co-animation de groupes de travail, temps de sensibilisation ou de formation en direction de professionnels•les de la santé et du social mais aussi d'usagers•ères du système de santé.

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

- sortir du silence de nombreuses situations quotidiennes face auxquelles les professionnels•les et bénévoles se sentent mis•es à mal dans leur métier, leur éthique et leur déontologie ;
- reposer les jalons du droit, souvent flous

pour les professionnels·les comme pour les usagers·ères ;
- s'interroger sur ses préjugés, ses stéréotypes et leur influence dans le soin ;
- envisager des pistes 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, réflexions, 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. Plusieurs personnes ont également apporté leur contribution lors de relectures.

QUELS SONT LES OBJECTIFS ?
Ce guide s'adresse principalement aux professionnels·les, futurs·es professionnels·les et bénévoles exerçant, en France, dans des structures sanitaires, sociales et médico-sociales. Il poursuit les objectifs suivants :
- sensibiliser aux discriminations vécues par les usagers·ères dans le domaine de la santé ;
- apporter des éléments de compréhension et d'analyse ;
- présenter des pistes opérationnelles pour outiller les professionnels·les et ainsi prévenir et lutter contre les discriminations dans leurs pratiques au quotidien.

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 sexe, 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. Il n'aborde pas l'ensemble des déterminants sociaux de la santé tels que définis dans la charte d'Ottawa (environnement, logement, emploi…) [1], chacun d'entre eux méritant un travail à part entière.

LE CONTENU EST SCINDÉ EN TROIS PARTIES :
- une première partie « COMPRENDRE » qui apporte des repères généraux autour de la notion de discrimination ;
- une deuxième « ANALYSER » qui présente des situations concrètes, en propose une analyse et des pistes d'actions possibles ;
- une troisième « AGIR » qui revient sur les recours possibles et des pratiques inspirantes.

PRÉCAUTIONS DE VOCABULAIRE :
Par « professionnel·le », nous entendons toute personne en situation d'accueillir, conseiller, accompagner, prendre en charge, soigner une personne, peu importe son statut salarié ou non. Ce terme inclut ainsi les bénévoles associatifs. Par le terme « professionnel·le », il nous intéresse de mettre en avant l'asymétrie de la relation avec le ou la patient·e.

ÉCRITURE ÉPICÈNE
Dans ce guide, le choix a été fait d'une écriture « épicène » c'est-à-dire où le masculin n'est pas représentatif des deux sexes et où la présence des femmes est rendue visible dans l'écriture. Cela nous a semblé un enjeu important à la fois au vu de la part des femmes dans les métiers de santé (90 % des aides-soignants·es sont des femmes, 87,7 % des infirmiers·ères et sages-femmes et 48,4 % des médecins [2]) et des études récentes sur la minimisation de certains problèmes de santé des femmes [3].

1 ▸ www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/ 129675/Ottawa_Charter_F.pdf
2 J. ARGOUARC'H, O. CALAVREZO, *La répartition des hommes et des femmes par métiers*, Dare analyses, 2013.
3 C. VIDAL, M. SALLE, *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?*, Belin, 2017.

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 professionnels·les de la santé. La discrimination est une notion complexe qui relève à la fois d'un cadre juridique mais aussi de processus psycho-sociaux 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 professionnels·les de santé car cela revient à reconnaître que des pratiques puissent être contraires à la déontologie et à l'éthique professionnelles voire illégales. Néanmoins, cela permet d'identifier des dysfonctionnements du système de santé pour l'améliorer et faire vivre les notions d'égalité et de droit à la santé.

La notion de « discrimination » s'ancre d'abord 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 problématiques mais ne peuvent être clairement qualifiées d'illégales. Elles demeurent intéressantes à interroger car elles s'inscrivent dans les mêmes processus de stigmatisation, mise à l'écart de certains publics et 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 sociologiques et politiques pour traiter les phénomènes dans leur globalité.

DISCRIMINATION : UNE NOTION ANCRÉE DANS LE DROIT

LES « INGRÉDIENTS » DE LA DISCRIMINATION

Un acte de tri, de sélection, de différence de traitement.
→ Il ne s'agit pas seulement d'une intention ou d'un propos.

Basé sur un (ou plusieurs) critère illégal.

Entraînant un désavantage et une rupture de l'égalité entre des personnes ou des groupes.

Intervenant dans les domaines encadrés par la loi.
→ Concerne notamment l'accès aux biens et aux services dont la santé.

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 évolutions sociales et renvoie à un certain nombre de situations d'inégalité liées à l'origine, mais également au sexe, au handicap, à l'orientation sexuelle, à la précarité sociale, etc.
Ainsi, le Code pénal [4] définit les critères suivants :

- origine
- situation de famille
- handicap
- opinions politiques
- apparence physique
- orientation sexuelle
- caractéristiques génétiques
- lieu de résidence
- sexe
- identité de genre
- particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur
- 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
- perte d'autonomie
- mœurs
- activités syndicales
- patronyme
- âge
- grossesse
- état de santé

Le Code de la santé publique ajoute à cette liste le fait d'être bénéficiaire de la CMU-C, de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) [5] ou de l'AME.

EXEMPLE 1
Le fait de refuser de recevoir un·e patient·e parce qu'il·elle est bénéficiaire de la CMU-C constitue une discrimination sur le critère du type de protection maladie.

EXEMPLE 2
Le fait de refuser d'examiner une femme parce qu'elle est voilée constitue une discrimination sur le critère de la religion.

4 Article 225-1 et suivants, cf. Annexes : Textes juridiques, p. 65.

5 La loi de financement de la sécurité sociale 2019 prévoit la fusion des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS en novembre 2019.

Corollaire du principe d'égalité, **le principe de non-discrimination s'attache à protéger des catégories de personnes parmi les plus vulnérables** et 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 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

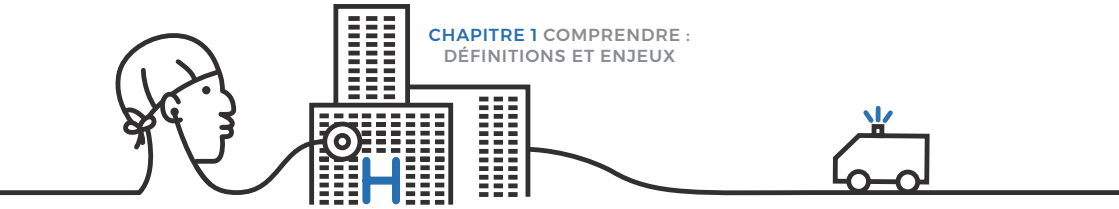
Lors de la mise en place de recommandations pour la vaccination contre la tuberculose en direction de populations spécifiques (enfants nés·es dans un pays à forte endémie ou d'un parent originaire de l'un de ces pays, ...), la Direction Générale de la Santé a interrogé la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations (HALDE, aujourd'hui intégrée au Défenseur des Droits) 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 visés [6].

REPÈRES POUR LA PRATIQUE

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

- La décision (de rendez-vous, prise en charge, soins, orientation...) est-elle liée à l'état de santé de la personne ou fait-elle intervenir d'autres critères ? Lesquels ?
- Qu'est-ce qui justifie ce choix ?
- La même décision aurait-elle été prise pour un·e autre patient·e dans une situation comparable ?
- La décision entraîne-t-elle un désavantage pour la·le patient·e ?

6 Ministère de la jeunesse et des sports, *Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009*, 2007.



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 constituent une étape incontournable pour pouvoir agir et mettre en place des leviers de lutte et de prévention.

Stéréotypes, préjugés et représentations

Les liens entre représentations, stéréotypes, préjugés et discriminations ont été explorés par de nombreux travaux de psychologie sociale [7].

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

REPRÉSENTATION SOCIALE

Les représentations sociales sont composées de divers éléments issus de connaissances scientifiques, de sens commun, de normes, valeurs et croyances. Elles constituent une grille de lecture du monde et concourent à la construction d'une réalité commune. Elles sont socialement élaborées, spécifiques à un groupe social et évolutives dans le temps. « *La représentation sociale est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* [8]. »

8 D. JODELET, *Les représentations sociales*, PUF, 1993.

STÉRÉOTYPE

Ce terme désigne une représentation caricaturale, figée, véhiculée sans réflexion, concernant 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 fait* [9]. » Les stéréotypes sont socialement partagés et entretenus par l'environnement social. Ils peuvent être positifs ou négatifs. 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.

9 S. DELOUVÉE, J-B. LÉGAL, ibid, p. 11.

PRÉJUGÉ

Étymologiquement, « préjugé » signifie « juger avant ». Ce terme désigne une opinion préconçue prédominante dans un groupe donné. Il porte une dimension affective et est généralement négatif. 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 catégorie*[10]. »

Les représentations sont véhiculées par différents vecteurs au sein de la société (les médias, les paroles publiques, la famille, les pairs, etc.). Elles sont intériorisées et ne sont pas nécessairement conscientes. Elles influencent les comportements et les pratiques professionnelles.

Les représentations reposent sur un premier processus, celui d'étiquetage, de construction de catégories dans lequel les patients·es vont être classés·es. Un exemple est la manière dont les patients·es sont nommés·es entre professionnels·les (temps de transmission, temps informels, etc.). Ainsi, il est fréquent d'entendre parler d'un patient « psy », d'une « CMU », du « Géorgien » … La catégorisation réduit la singularité des patients·es à quelques groupes homogènes dont on pourrait anticiper le comportement.

Certaines représentations relèvent de préjugés et sont clairement négatives : un·e pauvre sera un·e assisté·e, un·e immigré·e un·e fraudeur·se, un·e habitant·e des quartiers prioritaires de la politique de la ville un·e délinquant·e. 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 l'étude sur les représentations des médecins et dentistes sur les patients·es bénéficiaires de la CMU-C, un dentiste explique les stéréotypes associés à cette catégorie de patients·es : « *on a commencé à parler d'une catégorie CMU. Pour la profession, les CMU sont devenues la bête noire. On a mis l'étiquette CMU, ils peuvent pas venir, ils nous laissent leurs prothèses et ils nous coûtent de l'argent*[11]. » Cet exemple montre bien comment les préjugés à l'égard des patients·es bénéficiaires de la CMU-C peuvent entraîner un risque de refus de soin ou un abaissement de qualité de prise en charge.

Les représentations peuvent également être, à première vue, positives ou bienveillantes et néanmoins créer un cadre propice aux discriminations. Cela peut être le cas notamment lorsqu'une supposée « culture d'origine » est invoquée. Prendre en compte le contexte culturel de chaque patient·e est une démarche éthique essentielle pour penser une prise en charge globale. Cependant, ceci implique des compétences interculturelles[12] et une réflexion sur la définition de la culture, l'évolution des cultures, les réappropriations indivi-

10
K.J. GERGEN, M.M. GERGEN, *Psychologie sociale*, Jutras, 1993.

11
Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes, Laboratoire LEPS – Université Paris XIII, mai 2017, p. 5.
► https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etudesresultats-oit-03.04.17-num-final.pdf

12
Les compétences interculturelles « *permettent aux personnes (…) de faire face, de manière plus ou moins efficiente à des situations complexes et difficiles engendrées par la multiplicité des référents culturels dans des contextes, psychologiques, sociologiques, économiques et politiques inégalitaires. Citons notamment les compétences en matière d'écoute, de décentration et de négociation. Cf. A. A. MANÇO Compétences interculturelles et stratégies identitaires* », *Agora débats / jeunesses*, n° 22, 2000, p. 49.
► https://www.persee.fr/doc/agora_1268-5666_2000_num_22_1_1800

duelles de traits culturels… Or, dans un contexte de travail contraint, il arrive que la notion de « culture » soit réduite à quelques traits généraux très simplifiés et fonctionne comme élément 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 de soins, etc.[13]

EXEMPLE

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 saturnisme[14] (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 décent[15].

Ces processus se déroulent tout au long de la relation entre le·la patient·e et le soignant·e et demandent une capacité de prise de conscience et de mise à distance de ses propres représentations.

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 du système de santé qui peuvent produire ou reproduire des inégalités et favoriser des discriminations :

- Un rapport de pouvoir asymétrique entre professionnels·les de santé et patients·es : la relation de soin est une relation de pouvoir asymétrique dans la mesure où d'un côté, les professionnels·les ont la compétence et le savoir pour soigner et, de l'autre, les patients·es 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 patients·es, à exprimer un désaccord, à faire valoir leurs droits et peut expliquer, en partie, la faiblesse du nombre de recours (auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, des Ordres professionnels) et la persistance des discriminations.

13 L. VIDAL, *Migrants et VIH : les pièges du culturalisme*, *Transcriptases*, n° 114, 2004. ▸ http://www.pistes.fr/transcriptases/114_338.htm

14 La saturnisme est une intoxication au plomb, particulièrement grave pour les enfants et les femmes enceintes.

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

- 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, des 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 professionnels·les, des équipes, des établissements, etc.

- Une inégalité de répartition des professionnels·les et des manques importants dans certains territoires (au niveau régional, départemental mais aussi au sein de certaines agglomérations)[16] **:** les territoires qui font face à un manque de professionnels·les de santé peuvent connaître des risques accrus de discrimination. Les professionnels·les peuvent être amenés·es à devoir sélectionner leur patientèle, refuser des patients·es 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 par rapport au secteur 1[17].

- 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 certains·es professionnels·les à refuser des patients·es, 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 le ou la patient·e 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 des professionnels·les ou des directions.

- 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 professionnels·les, 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 patients·es, la prise en compte de leur contexte de vie, l'attention à l'impact de ses propres représentations dans la relation de soin.

- Des pressions liées à la rentabilité économique de la prise en charge : celles-ci se traduisent, notamment dans les hôpitaux publics, par des tensions entre les objectifs de soins et les objectifs gestionnaires. Les professionnels·les de santé font

16
Cf. 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.
► https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf

17
Les médecins conventionnés·es en secteur 1 appliquent les tarifs fixés dans la convention médicale sans dépassement d'honoraires, sauf de manière exceptionnelle. Les médecins conventionnés en secteur 2 pratiquent des dépassements d'honoraires de façon encadrée. Pour en savoir plus :
► https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17042

part de pressions ressenties dans l'organisation des équipes, dans les modalités de remboursement des actes médicaux, dans la gestion des lits disponibles. 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. Le risque sera alors de proposer une réponse qui s'appuie sur des préjugés, d'effectuer un tri parmi les patients·es ou de refuser certains·es patients·es sur un critère qui s'avère *in fine* discriminatoire.

- Des catégories de patients·es créées par les dispositifs de politiques publiques : les politiques de santé ont créé certains dispositifs institutionnels visant à permettre à tous·tes d'accéder aux soins et à limiter les renoncements aux soins pour raisons financières. C'est notamment le cas de la CMU-C qui a été conçue 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 patients·es identifiés·es par leur seule situation de précarité financière. Cette catégorisation peut alimenter des représentations négatives de certains·es professionnels·les, des refus de patients·es ou des traitements différentiels.

REPÈRES POUR LA PRATIQUE

Pour identifier les processus de discrimination, voici des questions qui peuvent être posées :

- Quels sont les représentations, stéréotypes, préjugés à l'œuvre ? Ont-ils un impact sur les pratiques et lequel ?
- Quelles sont les contraintes collectives en jeu ?
- Quelles sont les conséquences pour l'accès aux droits et aux soins des patients·es ?

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 différents niveaux (individuel, collectif, sociétal…). Néanmoins, leur gravité est souvent sous-estimée, ce qui peut participer d'une certaine banalisation des pratiques, voire d'un déni et d'une absence de signalement.

Pour les patients·es : 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 non accès 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 une discrimination, des propos stigmatisants, ou pour les bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS, une avance de frais ou un dépassement d'honoraires, les personnes peuvent renoncer à se rendre chez un·e professionnel·le de santé [18].

EXEMPLE
Mme T., habitante d'un quartier prioritaire de la politique de la ville et bénéficiaire de la CMU-C, a été envoyée par son médecin généraliste pour consulter un spécialiste situé dans un quartier favorisé. Celui-ci facture un dépassement d'honoraires. Mme T., ne pouvant y faire face, ne se sentant pas légitime pour argumenter contre le médecin et ne connaissant pas les modes de recours, renoncera, par la suite, à consulter d'autres professionnels·les que son médecin traitant.

À ces conséquences immédiates, s'en ajoutent d'autres dans la durée. De façon 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

18
Pour aller plus loin, voir les travaux sur le non recours de l'Observatoire Du NOn REcours – ODENORE.
▸ https://odenore.msh-alpes.fr/

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, traitements différentiels 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 minorisés d'une société* [19] ». **En ce sens, prévenir les discriminations constitue un enjeu de santé publique.**

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

EXEMPLE

Dans le cadre de temps d'échanges sur les discriminations avec des habitants·es de quartiers populaires, en partenariat avec des maisons de santé pluriprofessionnelles, Migrations Santé Alsace a recueilli plusieurs témoignages d'impact sur la santé des discriminations dont : « *Je n'y fais 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.

Pour les professionnels·les, des difficultés à exercer leur métier

De manière générale et, plus particulièrement face aux situations de discrimination, un certain nombre de professionnels·les se sentent isolés·es et insuffisamment informés·es. Ils·elles peuvent éprouver des difficultés face aux pratiques et propos de certains·es collègues.

Certains·es ont conscience de participer, de façon indirecte ou implicite, à la production et 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 contraints·es de sélectionner les patients·es sur des critères extérieurs aux soins …

Ces constats peuvent induire une insatisfaction professionnelle, l'impression de ne pas pouvoir exercer pleinement son métier, une mise en tension entre la réalité de terrain et les exigences déontologiques. Dans certains cas, cela peut provoquer

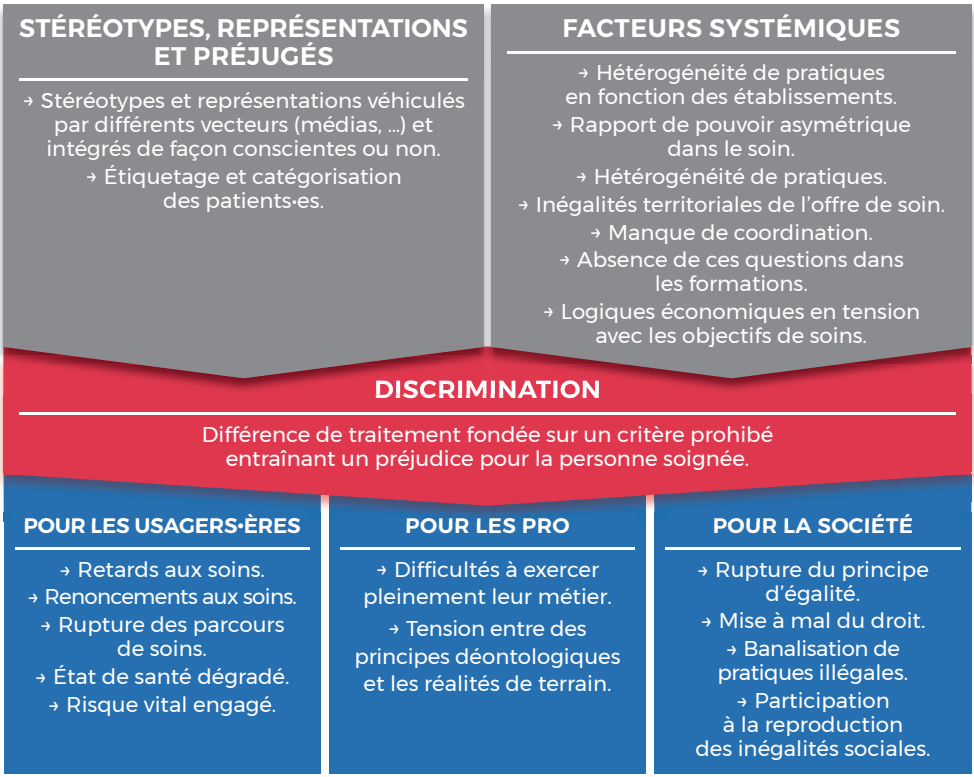
une souffrance au travail et un épuisement professionnel.

Lutter contre les discriminations revient, pour les professionnels·les, 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 citoyens·nes 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 y contribuer.



CHAPITRE 2

ANALYSER : situations de discrimination au quotidien

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 différents·es acteurs et actrices. 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.[20], 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.

20 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.

La plupart des situations combinent différentes formes de discrimination et ne peuvent être réduites à une seule. C'est la raison pour laquelle elles ne sont pas organisées selon une typologie spécifique.
La dernière situation 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 professionnels·les 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 par un·e patient·e d'un soin proposé (traitement, opération…). 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 une consultation, traitement, opération ou autre soin, adapté à l'état de santé du 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 para-médicales précisent que les professionnels·les peuvent refuser de soigner un·e patient·e pour des raisons personnelles ou professionnelles. 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 qu'il doit y avoir réorientation vers un·e confrère·sœur ;
> - il ne doit pas s'agir d'une situation d'urgence ;
> - il ne doit pas s'agir d'une consultation d'un service public (hôpital, PMI, …).
>
> **Si une de ces conditions n'est pas remplie, le refus 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 de formation, d'échanges et de sensibilisation avec des professionnels·les.

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 certains·es professionnels·les et institutions présentés ici sont particulièrement questionnants. Pour autant, ils ne doivent pas occulter le fait qu'un grand nombre de professionnels·les 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 libéral

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 docteur 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 docteur 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.

MOTS CLÉS

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

- **Les motifs invoqués par la médecin peuvent-ils justifier le refus de prise en charge de Mme 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 patients·es ?**

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

La Docteur 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 professionnels·les de santé. Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas, à proprement parler, des assurés·es 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 feuille de soins 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 familles* » [21], l'AME figurant dans le texte. Le motif invoqué

21 Article 1110-3, Code de la santé publique.

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.

En ce qui concerne l'argument de « barrière de la langue », il est vrai que les difficultés de communication entre un·e médecin et son·sa patient·e 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. Le ou la praticien·ne peut se trouver dans des situations semblables avec d'autres patients·es : patients·es très âgés·es, handicapés·es, nourrissons avec lesquels une consultation sera néanmoins nécessaire. *A minima*, un examen clinique peut être réalisé.

Pour ces différentes raisons, le refus de soins du docteur Q. peut être qualifié de discriminatoire.

QUELLES ACTIONS METTRE EN PLACE ?

Cette situation entrant dans la définition du refus de soins illégal, il est possible de **mobiliser les recours juridiques** [22]. C'est ce qu'a fait la bénévole, Mme B., en tant que témoin de la situation. Elle a porté plainte au nom de son association auprès de la Chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins d'Île-de-France et a saisi le Défenseur des Droits [23]. Il aurait également été possible de saisir la CPAM. Les démarches réalisées ont permis de faire reconnaître l'injustice et de mettre fin à une pratique illégale. En effet, la médecin, suite à la conciliation, a annoncé mettre en conformité ses pratiques avec le droit.

Cette situation souligne un manque dans la formation des médecins. Ces derniers·ères n'ont pas nécessairement connaissance de leur obligation en matière d'accueil des patients·es bénéficiaires de la CMU-C et 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 professionnels·les 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 patients·es bénéficiaires de l'AME peut croiser besoins de soins, d'interprétariat, d'accompagnement social et de connaissance en droit des étrangers. Le·la médecin a besoin de s'appuyer sur un certain nombre de relais. Plusieurs guides existent et permettent un premier repérage [24]. La mise en réseau des professionnels·les de la santé et du social reste un moyen es-

22 Les différentes instances de recours sont détaillées chapitre 3, p. 46.

23 La décision n° 2015-039 du Défenseur des Droits est accessible ici : ▸ https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=11854

24 Cf. notamment Comede, *Migrants/étrangers en situation précaire : soins et accompagnement*, 2015. ▸ http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf et les guides proposés par l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire sur la prise en charge par les médecins généralistes des personnes en situation de précarité : ▸ http://urml-paysdelaloire.org/precarite/precarite/

sentiel pour connaître et mobiliser les personnes et 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 être sollicitée sur l'accès à l'interprétariat en médecine de ville, qui existe dans certaines régions de façon expérimentale (Pays de Loire et Grand-Est notamment). La CPAM pourrait engager une réflexion sur les modes de transmission et délais de traitement des remboursements des bénéficiaires de l'AME.

POUR ALLER PLUS LOIN

Les refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME

Les refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME ont été étayés par plusieurs enquêtes au cours des années 2000. En utilisant la méthode du « *testing* » [25], ces enquêtes démontrent que les refus de rendez-vous sont récurrents avec, des taux de refus variables selon les spécialités, les secteurs d'exercice, les territoires et les types de public. Ainsi, l'étude commandée par le Fonds CMU en 2006 établit des taux de refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C allant de 16,7 % chez les médecins généralistes exerçant en secteur 2 à 41 % chez les médecins spécialistes. La même année, une enquête de Médecins du Monde montre des taux de refus supérieurs pour les bénéficiaires de l'AME par rapport aux bénéficiaires de la CMU-C. En 2012, une enquête de l'IRDES sur les refus en milieu rural attestera de disparités territoriales avec des taux de refus de soins très faibles dans les départements de l'Orne et de la Nièvre [26].

En 2017, Une enquête qualitative sur les discours des médecins libéraux montre que les raisons des refus sont liées à des représentations négatives de ces publics, à des logiques économiques et aux relations entretenues avec les caisses primaires d'assurance maladie [27].

Pour remédier à ces pratiques, dès 2008, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a précisé, dans une circulaire, la définition du refus de soins des personnes bénéficiaires de la CMU-C. Différentes formes sont identifiées :

« - *la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous,*
- *l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée,*
- *le refus d'élaborer un devis,*
- *le non-respect des tarifs opposables* (*sauf en cas d'exigence particulière du patient ou, pour les actes dentaires, la facturation d'actes "*hors panier de soins*" ou hors nomenclature, sous réserve d'obtenir l'accord du patient et de lui remettre un devis*),
- *l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé,*
- *le refus de dispense d'avance des frais* [pour les bénéficiaires ayant respecté le parcours

25 La méthode de *testing* permet de comparer les réponses obtenues lors d'une demande de rendez-vous en fonction d'un critère, ici, le type de protection maladie.
26 Les résultats des différentes études sont reprises dans le rapport du Défenseur des Droits *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, mars 2014.
► http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf
27 Résultats de l'étude : *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination.* Une analyse de discours de médecins et dentistes, Laboratoire LEPS – Université Paris XIII, mai 2017,
► https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etudesresultats-oit-03.04.17-num-final.pdf

de soins]… » [28].

En janvier 2017, le Défenseur des Droits a été saisi par plusieurs associations [29] suite aux refus de recevoir les patients·es bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME, affichés par douze médecins et chirurgiens-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 à la CNAM d'améliorer les conditions de paiement des honoraires, de simplifier le cadre législatif des statuts CMU-C et ACS, d'étudier la possibilité de fournir une carte de type « carte vitale » aux bénéficiaires de l'AME voire de fusionner les dispositifs de la PUMa et de l'AME. Le nécessaire renforcement de l'information des bénéficiaires sur les droits et obligations est également souligné [30].

28 Circulaire cir-33/2008
► https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE_CNAMTS_33_2008 %20du %2030 %20 juin %202008_refus_soins.pdf
29 Médecins du Monde, la Fédération des acteurs de la solidarité et le Collectif inter-associatif sur la santé (aujourd'hui France Assos Santé).
30 Décision du Défenseur des Droits n° 2018-269
► https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=18168

Situation 2
Refus d'hospitalisation en psychiatrie d'un patient allophone

MOTS CLÉS

REFUS D'HOSPITALISATION

PSYCHIATRIE

PATIENT DEMANDEUR D'ASILE ET ALLOPHONE

PRÉSENCE D'UN TRAVAIL SOCIAL

INTERPRÉTARIAT

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 médecin 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 à 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 spécialisé en psychiatrie. De récents textes législatifs ont précisé l'importance de l'interprétariat pour l'accès aux soins [31]. 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 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. S'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, cet argument est à mettre au regard du droit à la santé et des risques encourus par le patient. 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 patients·es peut potentiellement relever de discriminations, les modalités de recours à l'interprétariat ne sont pas clairement posées au niveau des politiques publiques.

31
Cf. sous-chapitre sur l'interprétariat p 58.

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, professionnels·les de santé libéraux ou 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 nécessiteraient 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 mentale [32] ou impulsé par l'ARS. Cela permettrait de repérer l'existant : outils multilingues pour une première information [33], associations d'interprétariat sur le territoire ou proposant de l'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…).

32 Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des espaces de concertation et de coordination entre élus·es, services de psychiatrie, représentants·es des usagers·ères, aidants·es et professionnels·les à l'échelon d'une commune ou d'une agglomération. Pour en savoir plus, voir le site du Centre National d'Appui aux CLSM ▸ http://clsm-ccoms.org

33 Le Comede et Santé Publique France ont publié en novembre 2018 des livrets de santé bilingues traduits en quinze langues et disponibles gratuitement : ▸ http://inpes.santepublique-france.fr/collections/livrets-bilingues.asp

Situation 3
Non-déplacement de services médicaux pour une admission aux urgences

MOTS CLÉS

URGENCES PÉDIATRIQUES

ASSOCIATION DE MÉDECINE DE GARDE

LIEU DE RÉSIDENCE

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. Mme 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, ils·elles n'interviennent plus dans ce quartier après 22 heures. Ils·Elles réorientent Mme 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. Mme C. appelle les compagnies de taxi mais aucune n'accepte de se déplacer. Mme C. recontacte les urgences mais l'état de santé de l'enfant n'ayant pas évolué, la réponse est la même. Finalement, Mme 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 des sociétés de transport, de l'association médicale et des urgences relèvent-ils d'une discrimination basée sur le lieu de résidence ?**
- **Les habitants·es des quartiers populaires sont-ils·elles confrontés·es 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 acteurs sont à prendre en compte dans

l'analyse : les compagnies de taxis, l'association médicale et les urgences.

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 manifeste* [34] ». 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 justifier d'un danger manifeste encouru par les professionnels·les de l'association médicale. En effet, il serait nécessaire de montrer en quoi le danger était actuel et réel [35].

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* » [36]. Il est donc nécessaire d'apprécier le critère de gravité de l'état de santé de l'enfant. Or, 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 « 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.

34
Article 225-3, § 6, Code pénal.

35
Pour plus d'éléments sur la notion de « danger manifeste », voir la décision du Défenseur des Droits MLD-2015-101.
▸ https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=13843

36
Article R.4127-9, Code de la santé publique.

Cette situation montre comment une succession de refus conduit à un retard aux soins, à un risque vital pour l'enfant et constitue un préjudice important. **Les éléments donnés ne sont pas suffisants pour conclure à une discrimination au sens légal. Néanmoins, les refus de l'association médicale et des compagnies de taxis pourraient être considérés comme tels si le « danger manifeste » n'est pas réel.**
La situation 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·e 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 professionnels·les 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, …).

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 [37] pourraient être mobilisées. Plusieurs pistes d'actions pourraient être envisagées : mise en place d'une maison médicale de garde, établissement de procédures de contact entre les structures de garde et les services de police, les sapeurs-pompiers ou les gardiens d'immeuble, …

37
Les conseils territoriaux de santé 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 lutte contre 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 habitants·es des quartiers prioritaires de la politique de la ville [38]

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 souhaitaient 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 1 514 quartiers bénéficiant de cette action publique sont appelés « quartiers prioritaires de la politique de la ville » (QPV).

Les habitants·es 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 qu'en France métropolitaine (14,9 %). Le renoncement aux soins y est plus fréquent, souvent pour des raisons économiques, et les habitants·es de ces quartiers ont moins recours aux dépistages que le reste de la population.

L'impact de la pauvreté de la population sur l'état de santé est largement connu. Une étude récente pointe un écart d'espérance de vie de 13 ans chez les hommes entre les plus aisés et les plus modestes [39]. Le cumul des difficultés individuelles n'explique cependant pas l'ensemble des écarts observés entre les habitants·es 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 habitants·es qui y résident.

Par ailleurs, en matière de discriminations, l'enquête *Trajectoires et origines* a montré, qu'un quart des habitants·es en zones urbaines sensibles (ZUS) [40] avait le sentiment d'avoir vécu une discrimination, soit 10 % de plus que les habitants·es 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 vie [41].

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 est particulièrement marqué pour les médecins spécialistes et les auxiliaires médicaux libéraux. Il est plus modéré pour les généralistes et les infirmiers·ères. Cela se traduit par une représentation importante des QPV, de l'ordre de six sur dix, dans les zones déterminées annuellement par le Ministère des solidarités et de la santé comme présentant une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins [42].

Ces inégalités territoriales liées à l'offre de soins concourent à un état de santé plus dégradé. Ainsi une étude de l'Observatoire Régional de Santé d'Alsace souligne que les habitants·es des QPV de Strasbourg ont deux fois plus de risques de décéder avant 75 ans que les habitants·es des quartiers les plus aisés. Au niveau de l'Alsace, l'étude montre également une prévalence du diabète plus forte et des inégalités d'état de santé qui s'observent dès l'enfance (surpoids et obésité, présence caries, etc.). À ces constats peuvent s'ajouter les risques de refus de visite à domicile de certains services de santé (médecin libéral, associations médicales, services de soins à domicile…).

38 Les différentes données chiffrées sont issues des rapports ONZUS 2014, 2015 et du rapport ONPV 2016. Pour plus d'information : ▸ http://www.onpv.fr
39 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.
40 Ancienne dénomination des QPV.
41 ONZUS, *Le sentiment de discriminations des habitants en ZUS*, enquête thématique, rapport 2012.
42 Traitement CGET des données DREES : 60 % des QPV intègrent les zonages d'intervention prioritaire et d'accompagnement complémentaire déterminés au 30 septembre 2018 par 11 ARS (soit 589 quartiers et 2,3 millions d'habitants·es concernés·es).

Situation 4
Non recours à un dispositif de prise en charge pour une patiente demandant une IVG

MOTS CLÉS

DISPOSITIF SOINS VITAL ET URGENT

DEMANDE D'IVG

PATIENTE ARMÉNIENNE ALLOPHONE

ABSENCE DE COUVERTURE SOCIALE

CONSULTATION SOCIALE

HÔPITAL

Madame T. est une jeune majeure arménienne, présente depuis 2 mois en France. Elle réside dans une commune de 70 000 habitants·es. 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.

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

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

L'avortement est légal, en France, depuis la loi Veil de 1975. L'interruption volontaire de grossesse est un droit inscrit dans la loi, encadré par une législation précise. Toute femme 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, les femmes bénéficiaires de la CMU-C 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 Mme T. croise accès aux droits sociaux et 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 dit « soins urgents et vitaux » 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 durable* ». Sont inclus les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie infectieuse transmissible, les soins et les examens de prévention pour les femmes enceintes et les nourrissons, les interruptions de grossesse volontaires ou pour motif médical [43].

La réponse de l'assistante de service social entraîne le non accès à un dispositif qui aurait pu être mobilisé. Les éléments ne permettent pas de savoir si Mme 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 savoir 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 et permettre à la personne d'accéder à ses droits. Le Code de déontologie des assistants·es 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 institutions* » [44].

Sur le plan juridique, il semble difficile de conclure à une discrimination liée à la nationalité. Cependant, l'absence de connaissance de l'assistante de service social et la délivrance d'une information erronée questionnent les aspects déontologiques, de posture professionnelle et de conditions matérielles d'exercice (accès à la formation, …).

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 de planning et éducation familiale des conseils départementaux, l'association Planning familial si elle est présente sur le territoire et/ou le centre d'information sur les droits des femmes et des familles.

Par ailleurs, cette situation pose clairement le besoin d'une **information fiable et actualisée**. Le droit des étrangers et le droit à l'assurance maladie évoluent régulièrement et se complexifient, ce qui demande une veille permanente. Pour

43
Le dispositif des soins urgents et vitaux 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 mineurs·es ne sont en principe pas amenés·es à y recourir car ils·elles sont supposés·es bénéficier de l'AME sans condition de durée de séjour. Ce dispositif a été prévu 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.

44
Article 9 du Code de déontologie de l'Association nationale des assistants de service social.
► https://www.anas.fr/attachment/315772/

ce faire, la formation continue des professionnels·les est indispensable. De même, identifier les sources d'information existantes en fonction des besoins spécifiques des personnes accompagnées est important. Le Comede aurait, par exemple, pu être sollicité [45].

Plus largement, des situations de blocage ou d'impossibilité d'accès aux soins peuvent exister du fait de restriction de certains dispositifs. Pouvoir faire remonter les situations auprès d'associations ou collectifs permet d'enrichir les constats, de construire les plaidoyers et de chercher à faire évoluer le droit (cf. par exemple l'Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers [46]).

▸ Pour aller plus loin, page ci-contre.

45 Cf. la présentation des permanences du Comede p. 50.

46 ▸ http://www.odse.eu.org/

Situation 5
Refus d'établissement d'un certificat médical

MOTS CLÉS

REFUS D'ÉTABLISSEMENT D'UN CERTIFICAT

PROPOS À CARACTÈRE RACISTE

ONCOLOGIE

PATIENT EN SITUATION RÉGULIÈRE

HANDICAP

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, pourraient-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 du médecin 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 étrangers·ères,

POUR ALLER PLUS LOIN

Les discriminations spécifiques à l'encontre des personnes étrangères

Les personnes étrangères font partie des publics les plus exposés aux risques de discriminations dans le domaine de la santé. Elles 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 textes [47]. L'égalité de traitement entre français·es et étrangers·ères est largement proclamée dans les différents domaines économiques et sociaux, notamment de la santé.

Cependant l'accès à la protection maladie est, depuis 25 ans, de plus en plus lié au statut administratif de la personne [48]. 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. 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 réduit [49]. Ces différences sont considérées comme justifiées par l'État du fait de la situation des personnes au regard du droit de séjour. Elles peuvent s'analyser comme une discrimination institutionnelle au sens où, du fait de la nationalité, certains·es patients·es 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 étrangers·ères en situation de séjour irrégulier et, plus largement, des personnes étrangères ou immigrées. C'est la raison pour laquelle plusieurs associations et collectifs militent pour l'intégration de l'AME au sein de l'assurance maladie [50].

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, certains·es professionnels·les ou services de santé vont refuser de recevoir les personnes. D'autres vont utiliser la « débrouille » : site de traduction en ligne, recours à un·e interprète dit « de proximité » (amis·es, parents, voisins·es…). 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). 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 pauvreté [51] du fait de plusieurs facteurs : niveaux de qualification moins élevés, interdiction d'accès à certains métiers, non reconnaissance des diplômes étrangers, discriminations sur le marché de l'emploi. De ce fait, elles sont plus souvent bénéficiaires de la CMU-C et peuvent également subir des discriminations à ce titre.

47 Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels de 1976, Charte sociale européenne de 1961 et 1996 et Préambule de la constitution de 1956.
48 La condition de régularité du séjour dans l'accès à la protection maladie apparaît en 1993. Avec la réforme de la CMU (Couverture Maladie Universelle) en 1999, les seuls·es exclus·es de l'assurance maladie sont les étrangers·ères en situation de séjour irrégulier.
49 Les examens périodiques de santé, les cures thermales, les actes techniques, les examens de biologie médicale et les médicaments spécifiques à l'assistance médicale à la procréation, les médicaments à « faible service médical rendu » sont exclus du dispositif de l'AME.
50 Voir l'argumentaire : ▸ http://www.france-assos-sante.org/espace-presse/actualit %C3 %A9s/pourquoi-inclure-l-ame-dans-le-regime-de-la-securite-sociale
51 Le taux de pauvreté pour les ménages immigrés est de 38,6 %, soit 3,5 fois plus que les ménages non immigrés (11 %). Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête *Revenus fiscaux et sociaux 2015*.

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 mois* » [52]. Le·la médecin est sollicité·e pour informer de l'état de santé de la personne et n'a pas à se positionner sur les autres conditions (ressources et résidence).

52 Article R146-26, Code de l'action sociale et des familles.

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 réglementaires.* » (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). 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 patients·es étrangers·ères auraient un recours excessif et illégitime au système de soins et aux aides existantes. La nationalité du patient est entrée en ligne de compte. La conséquence de ce refus est d'empêcher la personne de déposer un dossier de demande d'allocation et de faire valoir ses droits. Ceci constitue un préjudice matériel. **Le refus d'établir le 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 imputé* » [53].

53 Exemple l'affirmation de « *faire des gamins pour toucher les allocations* » est une diffamation raciale envers les Magrébins (CA Aix-en-Provence, 7e chambre, 9 mars 1998).

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, s'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 publics ou écrite et diffusée.

QUELLES ACTIONS METTRE EN PLACE ?

Du fait de la conversation téléphonique, l'assistante de service social est témoin du refus de certificat et du motif de ce refus.

Elle pourrait accompagner le patient vers un **recours juridique**, en lien avec des associations spécialisées ou 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 lorsqu'on est assistante de service social. Il y a ici un enjeu à être en capacité de **construire des argumentaires** pour répondre aux propos ou remarques racistes [54].

Cette situation souligne l'importance de la **formation des professionnels·les et bénévoles** pour être en capacité de réagir face à une situation de discrimination (meilleure connaissance du droit, des recours, …).

54
Il existe un certain nombre d'outils permettant de lutter contre les préjugés cf. La Cimade *Petit guide – lutter contre les préjugés sur les migrants*
► https://www.lacimade.org/petitguideprejuges/petitguideprejuges.html
ATD Quart Monde
En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté, 3e 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. Mme 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.* ». Mme 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.

MOTS CLÉS

ACCOUCHEMENT

SERVICE DE MATERNITÉ

SYNDROME MÉDITERRANÉEN

RISQUE VITAL ENGAGÉ

- **À partir de quels éléments la sage-femme 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 du ou de la patient·e 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. Néanmoins, elle n'a pas de fondement scientifique. En effet, les modes d'expression de la douleur varient autant au sein d'un même groupe culturel qu'entre ces groupes. Il n'est pas suffisant de connaître l'origine géographique d'une personne pour conclure à la façon dont elle va exprimer la plainte. D'autres éléments entrent en jeu : l'origine sociale, la culture familiale, les expériences précédentes avec le monde médical, … Ici, notamment, c'est l'origine des parents qui va conduire à apposer l'étiquette à la patiente alors même que celle-ci est née et a été socialisée en France.

L'étiquette de « syndrome méditerranéen » est généralement attribuée à des personnes perçues comme d'origine étrangère 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,* [*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 totalement* » [55].

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

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 préjudices pour Mme R. sont une non prise en compte de la plainte, 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 usagers, orientation vers une association d'usagers… La sage-femme d'astreinte et l'assistante de service social, 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 patientes, 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 professionnels·les 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 professionnels·les de santé et de réfléchir plus largement aux stéréotypes, représentations et processus d'étiquetage des patients·es.

Situation 7
Interruption de prise en charge d'une patiente portant le voile

En juin 2015, en Rhône Alpes, alors qu'elle effectue un remplacement dans un cabinet médical, Dr L. médecin généraliste et Mme N., patiente portant le voile, 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 illégal* »[56].

MOTS CLÉS

INSULTE

ARRÊT DE PRISE EN CHARGE

MÉDECINE GÉNÉRALE

DÉPÔT DE PLAINTE

- **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 tout·e patient·e

56 Situation ayant été jugée par la Chambre disciplinaire du Conseil régional de l'Ordre des médecins de Rhône-Alpes, 1er octobre 2016.

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, et le port du voile n'est pas considéré, en soi, comme un acte de prosélytisme.

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 raciste », définie comme « *tout propos, gestes menaçants et démonstrations injurieuses* » [57] en raison de l'origine ou de la religion réelle ou supposée de la personne. Les propos tenus peuvent être sanctionnés par la loi [58]. La patiente a d'ailleurs porté plainte devant l'Ordre des médecins de Chambéry qui a qualifié les propos « *d'excès de langage* », « *de termes emprunts 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.

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 France (CCIF) par exemple 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 des discours médiatiques et politiques. Des temps de formation pour reposer le cadre légal de l'exercice, reposer le contexte historique et prendre de la distance avec les préjugés sont un préalable incontournable pour éviter ce type de situation.

Cette situation est flagrante et par là même exceptionnelle. D'autres situations, moins visibles et plus diffuses, existent dans le système de soins au cours desquelles des propos dégradants, stigmatisants vont accompagner les actes de soins. Une **réflexion plus large sur les effets des paroles sur les patients·es** en termes de qualité de soins, de micro-humiliations, de risques de renoncement serait aussi à mener que

57 Rapport de la CNCDH, *Les essentiels du rapport de la lutte contre le racisme, 2017*, p. 16 ▸ https://www.cncdh.fr/sites/default/files/essentiels_du_rapport_racisme_2017_-_pour_impression_ok_1.pdf

58 La loi définit trois types de propos racistes qui ne sont pas toujours facile à distinguer : l'injure raciste, la diffamation, 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 ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée. Pour en savoir plus voir le site : ▸ www.egalitecontreleracisme.fr

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 discriminatoire d'un patient lors d'une 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.

MOTS CLÉS

DEMANDE DE PATIENT

ORGANISATION DU SERVICE

RACISME AU TRAVAIL

- **La demande du patient peut-elle être considérée comme discriminatoire ou relève-t-elle de son libre choix ?**
- **Quelles sont les conséquences pour les infirmiers·ères 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 ethnique des professionnels·les qui le prendront en charge. Il exprime des propos racistes qui pourraient être condamnés en tant que tels. Néanmoins, il est dans une situation de vulnérabilité : il dépend des soins qui lui seront prodigués et ne décide pas de l'organisation des soins. La charte de la personne hospitalisée prévoit d'ailleurs que « *toute personne peut* (...) *choisir son praticien sous réserve que les modalités d'organisation de l'établissement ne s'y opposent pas* » [59]. Par « praticien », il est entendu les médecins et non le personnel paramédical. Néanmoins, la notion de choix est présente.

La cadre de santé se trouve prise dans une injonction contradictoire entre le principe de non-discrimination et le principe d'attention aux demandes du patient. Elle relaye la demande du patient et organise le travail de l'équipe soignante en fonction de l'origine ethnique. Elle attribue des tâches sur 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 patients·es change. Néanmoins, les effets d'une organisation des tâches sur des critères ethniques ne peuvent être minorés. Cela implique

59 Charte de la personne hospitalisée, article 1.
► https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

de catégoriser le personnel soignant pour savoir s'il appartient ou non à la catégorie des « Noirs·es et des Arabes ». Ensuite, les soignants·es entrant dans cette catégorie sont disqualifiés·es en tant que professionnels·les : leurs compétences n'ont pas été opposées au patient lors de sa demande. Enfin, les propos racistes n'ont pas été condamnés. Au contraire, ils ont été validés par la réorganisation des plannings. On peut supposer un préjudice moral pour les soignants·es considérés·es comme « Noirs·es ou Arabes ». Ces différents éléments laissent supposer une discrimination liée à l'origine dont l'auteur, même de façon non intentionnelle, serait la cadre de santé.

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 professionnels·les concernés·es 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.

POUR ALLER PLUS LOIN

Une enquête sur le racisme et 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 vieillissement.* [60] »

C. Avril montre également des pratiques discriminatoires moins visibles 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…

Une des recommandations de cette étude est de favoriser, au sein des structures employeuses, un fonctionnement plus collectif entre les professionnels·les pour leur permettre de se voir, d'échanger sur les difficultés rencontrées, de se qualifier et de se former.

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

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 pratiques ou projets « inspirants », dans une diversité de territoires. Ces projets permettent d'explorer différents leviers d'action :
- observer et rendre visibles les situations de discrimination,
- former les professionnels·les de la santé et du social,
- affirmer le refus des discriminations au niveau institutionnel,
- développer l'interprétariat professionnel,
- mettre en réseau les professionnels·les, favoriser des dynamiques collectives.

Si le droit est un outil de lutte contre les discriminations, il ne peut être pensé seul et d'autres pistes peuvent également être explorées. Celles présentées ici n'ont pas vocation à être exhaustives mais à apporter des points de repère 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 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 conciliation ou 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. Ses missions sont de défendre les personnes dont les droits ne sont pas respectés et de permettre l'égalité de tous et toutes dans l'accès aux droits[61]. Le Défenseur peut, selon les situations, faire usage de son pouvoir d'enquête pour obtenir la communication de certaines pièces, auditionner des personnes, procéder à des vérifications sur place, présenter des observations devant une juridiction, saisir une autorité disciplinaire pour lui demander d'engager des poursuites…

La réclamation peut être faite en ligne, par courrier ou en rencontrant l'un·e des 500 délégués·es bénévoles répartis·es sur l'ensemble du territoire national.

Le Défenseur des Droits a produit deux outils d'information sur le refus de soins destinés aux professionnels·les de santé et aux usagers·ères, disponibles en version numérique[62].

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM)

Un·e conciliateur·trice est nommé·e au sein de chaque caisse d'assurance maladie. Il·elle peut être saisi·e directement dans les situations de refus de soins, de difficultés d'accès à un·e médecin traitant, d'obtention d'un rendez-vous avec un·e médecin spécialiste dans un délai raisonnable, en cas de différend entre un·e professionnel·le de santé et un·e patient·e en situation de précarité.

La réclamation peut être faite par écrit sur papier libre adressée au directeur·trice ou conciliateur·trice de la caisse.

61 Dans son rapport d'activité 2017, le Défenseur des Droits « *constate que les pratiques discriminatoires perdurent en matière de santé et peuvent se traduire par des refus de soins. Les conséquences pour les usagers discriminés vont du sentiment d'humiliation à un véritable renoncement aux soins.* ». Le domaine de la santé représente 1,8 % des réclamations liées au service public.

62 ▸ https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/a-la-une/2018/12/agir-contre-les-refus-de-soins
▸ https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/depliant-refussoins-num-21.11.18_0.pdf
▸ https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/fiche-refussoins-num-21.09.18_0.pdf

D'autres modalités de réclamation peuvent être prévues (mail, téléphone, accueil physique).

L'ORDRE PROFESSIONNEL CONCERNÉ

Il existe plusieurs Ordres professionnels : des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des pédicures-podologues, des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers. L'Ordre se prononce sur la déontologie et a le pouvoir de sanctionner un·e professionnel·le.

La plainte doit être envoyée par courrier avec accusé de réception et adressée au·à la Président·e du conseil départemental (ou régional pour l'Ordre des pédicures-podologues et des pharmaciens) de l'Ordre.

Les professionnels·les chargés·es d'un service public ne peuvent être traduits·es, à l'occasion des actes de leur fonction publique, devant les chambres disciplinaires que sur saisine du·de la ministre de la Santé, du·de la représentant·e de l'État dans le département, du·de la directeur·trice général·e de l'ARS, du·de la procureur·e de la République ou du conseil national ou départemental. Dans ce cas, il vaut mieux saisir la direction du service concerné.

LES INSTANCES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

La commission des usagers (CDU) est présente dans chaque établissement de santé public ou privé. Elle a pour mission de veiller aux droits des usagers·ères et de faciliter leurs démarches. Elle peut être amenée à faire valoir des propositions à la direction pour l'accueil et la prise en charge des malades. Elle peut être saisie par les patients·es, leurs proches ou le·la représentant·e légal·e 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.

Les comités d'éthique existent dans de nombreux établissements de santé et médico-sociaux. 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 professionnels·les et parfois du public. Certains comités d'éthique prévoient des possibilités de saisine par les professionnels·les 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 légales s'il estime que cela ne relève pas de sa compétence.

L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

L'Agence Régionale de Santé a, dans ses missions, 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 sanitaire, santé-environnement et médico-social. Cette action permet de signaler un dysfonctionnement et éventuellement de trouver une solution à l'amiable [63].

63 ▸ https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/ou-s-adresser-pour-effectuer-une-reclamation#Vous-n-etes-pas-satisfait-de-votre-prise-en-charge-dans-un-etablissement-de-nbsp

Les recours juridictionnels

Une personne qui s'estime victime d'une discrimination peut introduire une action en justice devant les juridictions pénales, civiles, 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 professionnels·les 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 gendarmerie [64]. Il est également possible d'écrire directement au·à la procureur·e. Un·e professionnel·le témoin de situations de discrimination, notamment répétées, peut écrire directement au·à la procureur·e.

64 Il est également possible de déposer une pré-plainte en ligne pour tout fait discriminatoire (discrimination, diffamation, injure, provocation individuelle à la haine) : ▸ https://www.pre-plainte-en-ligne.gouv.fr/

Entreprendre une démarche et être accompagné·e

LA PLACE DES PROFESSIONNELS·LES

De façon générale, il est attendu que les démarches soient réalisées par les usagers·ères victimes. Néanmoins, dans la pratique, il peut être difficile pour une personne de signaler une situation et de faire valoir ses droits.
Les professionnels·les 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'accompagnement des démarches ;
- signaler la situation aux instances de recours avec l'accord de la personne concernée.

En tant que professionnel·le de santé, il est possible de s'interroger sur la possibilité de signaler une situation qui pose légalement, déontologiquement problème sans mettre à mal le principe de confraternité existant dans plusieurs professions. 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 du patient·e. Il invite les professionnels·les à échanger avec leurs confrères·sœurs 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 discrimination. En effet, cet article leur impose de signaler les délits dont ils ou elles auraient connaissance.

DES 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 des 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 ? Quelles sont les preuves et les pièces nécessaires à produire ? Quelle instance doit être saisie ? Etc.
Des associations spécialisées peuvent être sollicitées :
- des associations d'aide aux victimes d'infraction pénale et d'accès aux droits ;
- des associations d'usagers·ères ;
- des associations spécialisées dans le domaine de la santé.

France Assos Santé regroupe 80 associations nationales agréées d'usagers·ères du système de santé. Des délégations régionales lui permettent une couverture sur l'ensemble du territoire. Elle a pour mission de représenter et défendre les intérêts communs des usagers·ères du système de santé, à partir de quatre axes prioritaires :
- la formation des représentants·es des usagers·ères ;
- l'observation et la veille au bon fonctionnement et à l'équité du système de santé ;
- l'information des usagers·ères sur leurs droits ;
- la communication des constats et revendications aux pouvoirs publics.

Par ailleurs, France Assos Santé a produit des outils sur les refus de soins des bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS. Ces fiches comportent un rappel des textes juridiques et des modèles de courrier pouvant être adressés à la CPAM ou à l'Ordre professionnel concerné [65].
Le **Comité pour la santé des exilés (Comede)** a pour but d'agir en faveur de la santé des exilés·es et de défendre leurs droits. Il assure des missions d'accueil, de soin et d'accompagnement en Île-de-France et à Marseille. Par ailleurs, il réalise des activités d'information, de formation et de recherche. L'association se mobilise également pour lutter contre les discriminations que peuvent vivre les personnes étrangères en situation précaire dans l'accès aux soins.

Deux lignes d'information et de conseil juridiques de référence dans le domaine de la santé

LIGNE *SANTÉ INFO DROITS* DE FRANCE ASSOS SANTÉ

Des juristes spécialisés·es, soumis·es au secret professionnel, apportent des informations individualisées à tout·e usager·ère, représentant·e ainsi qu'aux professionnels·les. Cette ligne apporte une information mais ne réalise pas d'accompagnement dans la durée. Le service est gratuit et sans condition d'adhésion.

LES PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES DU COMEDE SPÉCIALISÉES EN DROIT DES ÉTRANGERS

Le Comede porte un centre ressource national sur la santé des migrants·es / étrangers·ères. Dans ce cadre, il propose plusieurs permanences téléphoniques en fonction du type de demande.

65
France Assos Santé,
Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU Complémentaire, de l'Aide Médicale d'État et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé,
fiche d'information, 2017.
▸ http://www.france-assos-sante.org/sites/default/files/Refus-de-soins-cmuc-ame-acs.pdf
Lettres types de signalement des refus de soins :
- pour les victimes elles-mêmes :
▸ http://www.france-assos-sante.org/sites/default/files/Victime-saisines-refus-de-soins.docp
- pour les associations :
▸ http://www.france-assos-sante.org/sites/default/files/Signaler-Refus-de-soins-Asso-Lettres.doc

Les instances de recours amiables

DÉFENSEUR DES DROITS
Toutes les informations sur le site : **www.defenseurdesdroits.fr**
ou par téléphone au 09 69 39 00 00.

CONCILIATON DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE
Toutes les coordonnées, par département, sont sur **www.ameli.fr**

COORDONNÉES DES CONSEILS RÉGIONAUX OU DÉPARTEMENTAUX DES ORDRES PROFESSIONNELS
Conseils départementaux de l'Ordre des médecins
https://www.conseil-national.medecin.fr/contacts-ordre-des-medecins
Conseils départementaux de l'Ordre des infirmiers
https://www.ordre-infirmiers.fr/leservices-rendus-par-lordre/les-conseils-departementaux.html
Conseils départementaux de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/no-cache/lordre/conseils-departementaux/trouver-un-conseil-departemental.html?tx_oncdcdo_pi1%5Bdep%5D=75
Conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes
http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuairedept/
Ordre national des pharmaciens
http://www.ordre.pharmacien.fr/
Conseils régionaux des pédicures-podologues
https://www.onpp.fr/conseils-regionaux/
Conseils régionaux des masseurs-kinésithérapeutes
http://www.ordremk.fr/accueil/trouver-mon-cdo-cro/

Les instances juridictionnelles

JURIDICTIONS COMPÉTENTES PAR COMMUNE
http://www.annuaires.justice.gouv.fr

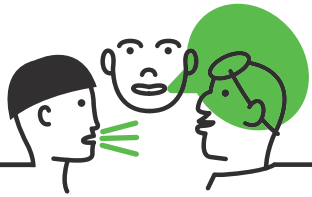
PRÉ-DÉPÔT DE PLAINTE EN LIGNE
https://www.pre-plainte-en-ligne.gouv.fr/

Les associations spécialisées

DES LIGNES TÉLÉPHONIQUES D'INFORMATIONS
Ligne « Santé Info Droits » de France Assos Santé : 01 53 62 40 30
du lundi, mercredi et vendredi : 14h → 18h et mardi et jeudi : 14h → 20h

Permanences téléphoniques du Comede spécialisées en droit des étrangers
Permanence socio-juridique : 01 45 21 63 12, du mardi au vendredi, 9h30 → 12h30
Permanence médicale : 01 45 21 38 93, du lundi au jeudi, 14h30 → 17h30
Permanence santé mentale : 01 45 21 39 31, les mardi et jeudi, 14h30 → 17h30

DES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES DANS L'ACCÈS AUX DROITS ET L'ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES DE DISCRIMINATION
Réseau France Victime qui regroupe 130 associations : **www.france-victimes.fr**
France Assos Santé, Fédération d'associations d'usagers : **www.france-assos-sante.org**
Cartographie des points d'accès aux droits du CGET :
https://cget-carto.github.io/acces-au-droit/index.html



PROJETS ET PRATIQUES INSPIRANTS POUR PRÉVENIR ET LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS

Cette partie vise à présenter différents projets et pratiques, de formes diverses, qui s'inscrivent dans une variété de territoires et sont issus de structures aux statuts multiples (associations, hôpitaux, collectivités, …).
Nous avons opté pour le terme « pratique inspirante » car il s'agit de dépasser un sentiment d'impuissance, fréquent autour des enjeux de discriminations, et de montrer que des initiatives sont possibles. Ces expériences sont possibles du fait de contextes particuliers. Elles n'ont pas vocation à être considérées comme des « recettes » ou des actions clés en main.

Observer et rendre visibles les situations de discriminations

Un des paradoxes relevés autour des discriminations est le suivant : si les situations sont relativement fréquentes, elles sont souvent passées sous silence, banalisées. Les professionnels·les évoquent des difficultés à en parler et à envisager des réponses, du fait du principe de confraternité ou encore de la crainte des implications juridiques éventuelles. Le nombre de plaintes reste très faible lié à l'établissement de la preuve, à la méconnaissance des droits et à la complexité des procédures. Il ne constitue pas un indicateur suffisant pour évaluer la fréquence, les formes et critères de discrimination.

Les enquêtes existantes, via des *testings*, ont permis de souligner des difficultés liées à l'accès aux soins. Elles ont principalement analysé le critère relatif à la protection sociale. Il reste à explorer d'autres critères de discrimination (notamment l'origine réelle ou supposée ou le lieu de résidence). Elles se sont surtout centrées sur l'entrée dans le parcours de soins et la prise de rendez-vous. Il reste à mieux objectiver les discriminations tout au long du parcours de soins [66].

La reconnaissance des discriminations dans le domaine de la santé constitue un enjeu d'action publique. L'objectivation des situations est un préalable nécessaire. Elle passe par :
- la remontée et la mise en commun des situations rencontrées au quotidien ;
- la production de connaissances plus fines sur certains sujets

66
La commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins a notamment souligné, dans son rapport du 20 septembre 2018, l'absence de données quantitatives et qualitatives suffisantes sur les refus de soins discriminatoires.
► https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapport_commission_refus_de_soins_aupres_du_cnom_2018.pdf

afin de compléter les enquêtes déjà existantes ;
- les observations d'instances telles que les comités d'éthique.

PRATIQUE INSPIRANTE

Un outil d'observation des difficultés d'accès aux soins : « l'Observatoire santé » de la Fédération des acteurs de la solidarité

La Fédération des acteurs de la solidarité regroupe 870 associations de solidarité et organismes qui accueillent et accompagnent les plus démunis·es. Elle lutte contre les exclusions, promeut l'accompagnement social global et favorise les échanges entre tous les acteurs et actrices du secteur social. Elle co-construit, avec ses membres, une expertise collective pour interpeller les pouvoirs publics et les administrations. Elle est composée d'un siège national et de 13 associations régionales en métropole et dans les DOM.

Le siège de la Fédération des acteurs de la solidarité et la Fédération des acteurs de la solidarité Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées ont créé, fin 2016, un outil de repérage et de remontée des situations problématiques : « l'Observatoire santé ». Il est destiné à mieux qualifier et quantifier ces situations. Il ne se substitue pas aux procédures de recours et ne vise pas à identifier des professionnels·les mais à faire remonter des dysfonctionnements. Les données constituent une base d'échanges entre la Fédération, au niveau régional ou national, le ministère de la santé, les ARS, les CPAM et les Ordres professionnels.

Les situations concernent les refus de soins mais également des difficultés rencontrées tout au long de la prise en charge. La synthèse de témoignages, reçus entre 2016 et 2018, fait apparaître des refus de soins liés au type de protection maladie, à l'absence de carte vitale, des refus de dispense d'avance des frais, des refus de déplacement, une indisponibilité ou un refus du recours à l'interprétariat professionnel, un refus de consultation sans la présence d'un·e intervenant·e social·e ainsi qu'un mauvais accueil en consultation. Les situations concernent principalement les personnes en situation de vulnérabilité sociale mais aussi des personnes migrantes ou âgées.

Les situations peuvent être soumises en ligne via un questionnaire dédié, à renseigner par la personne concernée ou par un·e professionnel·le avec le consentement de celle-ci.

PRATIQUE INSPIRANTE

Au centre de santé communautaire « la Case de santé » à Toulouse, des usagers·ères créent le groupe « Contre les discriminations en santé »

Créée en 2006, la Case de santé à Toulouse est un centre de santé de quartier qui s'appuie sur une définition globale de la santé. La santé n'est pas vue comme l'absence de

maladie mais découle d'un certain nombre de déterminants (conditions de vie, de logement…). Une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologue, assistants·es de service social, médiateurs·trices) permet de proposer un accompagnement global : accès aux soins primaires, accès aux droits, actions de prévention et de promotion de la santé. Le centre compte 85 % de patients·es en situation de vulnérabilité sociale.

Dans le cadre des projets de santé communautaire [67], des usagers·ères se sont réunis·es pour réfléchir sur la thématique des inégalités sociales de santé. Ils·elles font le constat de discriminations récurrentes et peu dénoncées et décident, en janvier 2018, de former un groupe sur la thématique des discriminations dans l'accès aux droits et aux soins avec l'appui d'une médiatrice en santé et d'une chargée de projet. Les objectifs sont les suivants :
- échanger autour de situations entre personnes ayant vécu des discriminations,
- se former à repérer les situations et à les nommer,
- observer et dénoncer des situations de discrimination,
- trouver des solutions entre les membres du groupe.

Le groupe se rencontre tous les quinze jours. Le travail a d'abord consisté en une co-formation pour identifier les situations de discriminations : connaître le cadre juridique, distinguer les discriminations d'autres situations d'injustice, de dysfonctionnements administratifs… Dans un deuxième temps, le groupe a recueilli des témoignages, en son sein mais aussi auprès d'autres usagers·ères. Les témoignages portent sur une variété de situations et sur différents critères (origine, nationalité, identité de genre…). Ils sont valorisés sous forme d'exposition afin de rendre visible la réalité des discriminations vécues. Lors du vernissage de l'exposition, les personnes concernées, les acteurs·trices associatifs et une professeure de droit ont pu échanger autour de la thématique.

Cette initiative est rendue possible par l'implication des usagers·ères et par le fonctionnement du centre de santé qui leur ouvre un espace dédié. Le projet a émergé d'espaces en santé communautaire animés dans le cadre d'un projet expérimental « accompagnement à l'autonomie en santé » soutenu par le ministère de la santé. Un point de vigilance porte sur le risque d'essoufflement des usagers·ères bénévoles. Pour cette raison, les modalités de fonctionnement du groupe sont revues régulièrement et les objectifs sont fixés à court terme.

67
Un projet de santé est communautaire lorsque « *les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités* » M. MANCIAUX, J.-P. DESCHAMPS, *La santé de la mère et de l'enfant*, Paris, Flammarion, *Médecine Sciences*, Paris, 1978, p. 31.
Pour en savoir plus :
► https://www.institut-renaudot.fr

La formation peut être pensée autour de plusieurs objectifs / axes de travail :

- la connaissance du droit de la non-discrimination et les aspects déontologiques qui y sont liés ;
- la prise de conscience par rapport à ses représentations et préjugés et leur impact potentiel dans la relation de soin ;
- la prise en compte des éléments systémiques qui concourent à la production ou à la reproduction des discriminations.

Plusieurs temps peuvent permettre d'appréhender la notion de discrimination :

- au cours des cursus de formations initiales ;
- dans le cadre de modules de formations continues ;
- dans le cadre de supervisions et groupes d'analyse de pratiques.

Former les professionnels·les de la santé et du social

La formation est un levier incontournable pour lutter contre et prévenir les discriminations. Elle permet d'agir sur les représentations des professionnels·les et d'acquérir des connaissances (cadre juridique et déontologique, recours et relais possibles, etc.) pour modifier les pratiques. À ce jour, la question de discriminations reste peu présente dans les programmes de formation des professionnels·les de la santé et du social, qu'il s'agisse de formations initiales ou continues. Proposer des modules de formations constitue un enjeu important et participe à la reconnaissance de la problématique.

PRATIQUE INSPIRANTE

Des formations sur la prévention et la lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé à destination des professionnels·les des hôpitaux

Depuis 2017, Migrations Santé Alsace et l'Observatoire régional de l'intégration et de la Ville développent un module de formation en direction de soignants·es intervenant en contexte hospitalier.

Cette formation poursuit les objectifs suivants :

- permettre aux professionnels·les de s'interroger sur la manière dont les représentations influent dans la prise en charge, la relation et le soin aux patients·es ;
- connaître les grandes lignes juridiques autour de la notion de discrimination et de son application dans le champ sanitaire ;
- être en mesure d'identifier les risques discriminatoires dans le parcours de soins pour accueillir, accompagner et soigner les personnes dans un souci d'égalité d'accès aux soins.

La mise en place de cette formation est possible grâce à un engagement institutionnel important sur la thématique. Deux limites sont à relever : le caractère volontaire de la participation à ces formations ; les profils des participants·es (la formation est ouverte aux soignants·es et aux personnels administratifs et non aux médecins).

Un module similaire, ouvert à tout·e professionnel·le de santé, est proposé en partenariat avec le service de formation continue de l'Université de Strasbourg.

PRATIQUE INSPIRANTE

Des formations et accompagnement sur les enjeux de santé et lutte contre les discriminations pour les professionnels·les de la santé et du social

Créée en 2005, « P.H.A.R.E. pour l'Égalité » est une structure d'intervention sociologique fondée sur l'action-recherche mêlant les acquis des sciences (sociologie, histoire, épistémologie, sciences politiques, etc.) et les outils de l'éducation populaire à des fins de transformation sociale. La

structure porte une attention particulière aux processus inégalitaires et discriminatoires entravant l'égalité et la justice sociale.
Suite à une recherche pour la DRDJSCS Nord Pas de Calais en 2012 intitulée *Pour une politique publique d'égalité (classe, « race », sexe). Acteurs·trices de santé en quartier populaire face aux discriminations et inégalités sociales de santé*, P.H.A.R.E pour l'Égalité a structuré une réflexion autour des discriminations et de la santé à partir de plusieurs questionnements :
- Quelles sont les inégalités sociales de santé entre groupes sociaux (selon la classe sociale, le sexe, le genre, la sexualité, l'origine, le statut migratoire, etc.) ?
- Comment les inégalités (racistes, sexistes, et de classe), en tant que déterminants sociaux, impactent la production de l'état de santé (physique, mental et social) ?
- Quels sont les processus de discrimination dans l'accès aux soins et à la santé ?
- Quel est le vécu des premiers·ères concernés·es sur les discriminations et leur impact sur la santé ?
- Quelles stratégies d'égalité en santé ? Quelles stratégies d'éducation populaire en santé ?
L'équipe développe plusieurs modalités d'intervention : temps de sensibilisation, ateliers d'entraide et d'auto-éducation populaire en santé, conférences-débats, formations, accompagnement de structures, etc. Elle travaille aussi bien avec les habitants·es des quartiers populaires, qu'avec les professionnels·les et les futurs·es professionnels·les de la santé, du social, du médico-social et de l'animation.
Les démarches proposées sont construites à partir des demandes des acteurs·trices et des contextes de travail. Elles permettent d'articuler les apports théoriques et la pratique, les expériences personnelles et professionnelles des participants·es. Elles visent à sortir du sentiment d'impuissance et à donner du pouvoir d'agir.
Les accompagnements longs de structures permettent d'analyser ses pratiques, de construire collectivement des savoirs, d'expérimenter de nouveaux outils et pratiques et d'en faire une analyse critique.
Un premier point de veille porte sur la posture des participants·es. Être sensible aux questions d'inégalité et rechercher la transformation sociale sont des éléments facilitant la mise en place de ce type de démarche. Le deuxième point porte sur la parole des premiers·ères concernés·es qui reste difficile à valoriser : soit parce qu'elle émerge peu, notamment sur certaines thématiques comme le racisme et ses effets sur la santé, soit parce qu'elle n'est pas prise en compte par les institutions notamment en ce qui concerne l'avis et la vie des habitants·es de classes populaires et / ou issus·es de l'immigration.

Affirmer le refus des discriminations au niveau institutionnel

La reconnaissance de la problématique des discriminations par les directions des établissements de santé est essentielle pour engager une réflexion, objectiver les situations et mettre en place des actions. Un engagement institutionnel permet, par exemple, d'envisager des protocoles de signalement des situations, la formation des professionnels·les. Cela permet également de prendre en compte les effets potentiellement discriminants des fonctionnements et d'imaginer des réponses adaptées.

À ce jour, les établissements de santé activement engagés dans la lutte et la prévention des discriminations sont peu nombreux. Dans les centres hospitaliers et les établissements de santé, plusieurs instances peuvent se saisir de la question des discriminations et proposer des recommandations : le comité éthique, la commission des usagers (CDU), et plus spécifiquement pour les établissements publics, le comité médical d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques (CSIRMT) [68].

68 Les comités éthiques et les commissions des usagers sont présentés p. 47. La CME est une instance consultative des établissements publics de santé qui représente les personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques de l'établissement public hospitalier. Elle est consultée pour toute question relative à la gestion du personnel à l'organisation des soins, aux missions de services publics de l'établissement et au financement (Article R6144-1 du Code de la santé publique). La CSIRMT est une instance consultative qui regroupe les représentants·es des équipes soignantes. Elle est consultée sur les sujets touchants à l'organisation des soins, l'accompagnement des patients·es et la gestion des risques (article L6146-9 du Code de la santé publique).

PRATIQUE INSPIRANTE

Un observatoire des discriminations et de la laïcité au Groupe Hospitalier Régional de Mulhouse Sud Alsace

L'Observatoire des discriminations et de la laïcité du Groupe Hospitalier Régional de Mulhouse Sud Alsace a été créé en 2003 à la suite d'une formation des agents sur cette thématique. Il travaille sous l'égide du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) auquel il rend compte une fois par an. Le terme « laïcité » y a été ajouté en 2014. L'observatoire est né du constat suivant : malgré des situations de discrimination ou de traitements différentiels au sein de l'hôpital, les instances compétentes (syndicats, commission des usagers…) étaient rarement sollicitées. Il manquait pour cela un espace d'écoute et d'orientation. L'observatoire a été créé afin d'offrir un tel espace en toute confidentialité. Il a pour objectifs :

- de rendre visible les situations de discrimination au sein de l'hôpital, de pouvoir les signaler et de lutter contre ;
- d'écouter, accompagner et orienter les personnes déclarant avoir subi une discrimination ;
- d'informer et sensibiliser les équipes ;
- d'observer et analyser les situations existantes dans l'hôpital.

Il est constitué de onze membres bénévoles, soignants·es, personnel administratif ou représentant·e des usagers·ères ayant suivi une formation sur la lutte et la prévention des discriminations.

Toute personne, agent, candidat·e à un poste ou

usager·ère qui considère avoir vécu une discrimination à l'hôpital peut le solliciter. La personne est reçue par deux membres de l'observatoire puis la situation est débattue collectivement et peut donner lieu à une réorientation, une médiation ou un accompagnement dans les démarches.

Les membres réalisent également des rencontres des équipes hospitalières, des temps de sensibilisation et différents documents de communication sur les discriminations et la laïcité.

Cet observatoire est un dispositif rare dans les hôpitaux. Il n'a pas pour but de se substituer aux instances déjà existantes (DRH, syndicats, commission des usagers) mais bien d'être une porte d'entrée supplémentaire permettant de recueillir et relayer des situations touchant la discrimination et la laïcité.

Quelques points de veille sont à relever. Concernant les moyens, l'observatoire est porté par des membres bénévoles dont le nombre reste insuffisant pour couvrir l'ensemble des problématiques, d'autant plus au vu du changement d'échelle récent de l'hôpital (regroupement hospitalier). Enfin, si l'observatoire semble relativement bien connu des agents, il gagnerait à être plus sollicité.

PRATIQUE INSPIRANTE

Un groupe de travail « lutte et prévention des discriminations » au sein du comité de réflexion éthique du centre hospitalier régional Metz-Thionville

Le comité de réflexion éthique du CHR Metz-Thionville, mis en place en 2008, rassemble des membres du personnel du CHR et des représentants·es de la société civile (philosophes, avocats·es, enseignants·es…). Il a pour objectif d'impulser une culture de réflexion éthique au sein de l'hôpital et peut être saisi par les agents de l'hôpital pour des situations particulières.

Sous l'impulsion de sa Présidente et d'une membre, formées aux questions du racisme et de promotion de l'égalité, un groupe de travail spécifique sur la lutte et la prévention des discriminations en direction des patients·es a été créé en 2016. Ce groupe se réunit régulièrement, réalise une veille documentaire et anime des temps de sensibilisation en direction des agents hospitaliers.

L'intérêt de ce groupe est de rendre visible la problématique de la discrimination au sein de l'hôpital. Les points de vigilance sont les suivants. D'une part, ce groupe doit sa création à quelques personnes volontaires et formées sur ces enjeux spécifiques. Se pose la question de la continuité de la réflexion en cas de départ de certains·es membres. D'autre part, les constats du groupe ne sont pas partagés par l'ensemble de la communauté hospitalière et un travail de conscientisation des équipes, cadres et direction reste à mener.

Prendre en compte les situations spécifiques et les intégrer dans le droit commun : le recours à l'interprétariat professionnel

L'interprétariat professionnel vise à promouvoir l'égalité dans l'accès aux droits, aux soins et à la prévention en levant la barrière linguistique. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit, pour la première fois en France, la notion d'interprétariat linguistique « *pour améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités* » (article 90).

Le décret d'application [69] vient relier explicitement l'interprétariat et les droits des patients : « *L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit aux professionnels de santé les moyens d'assurer la prise en charge des personnes qui ne maîtrisent pas ou imparfaitement la langue française dans le respect de leurs droits prévus au présent titre, notamment du droit à l'information, du droit au consentement libre et éclairé, du droit au respect de leur vie privée et au secret des informations les concernant.* ». Le métier d'interprète dans le secteur médical et social commence à être reconnu institutionnellement même si les modalités de financement sur l'ensemble du territoire restent à définir.

69
Décret n° 2017-816 du 7 mai 2017.

PRATIQUE INSPIRANTE

Un réseau national d'associations d'interprétariat professionnel dans le secteur médical et social

Depuis le début des années 2010, un réseau d'associations d'interprétariat professionnel dans le secteur médical et social en France œuvre pour une harmonisation des pratiques au niveau national et une reconnaissance institutionnelle du métier. Ce réseau s'est structuré en association RIMES (Réseau de l'Interprétariat Médical et Social) début 2019.

Ce réseau est composé des associations suivantes : l'Adate à Grenoble, l'ASAMLA à Nantes, l'APTIRA à Anger, COFRIMI à Toulouse, ISM Interprétariat à Paris, ISM Corum à Lyon, Migrations Santé Alsace à Strasbourg, le centre OSIRIS à Marseille et le Réseau Louis Guilloux à Rennes.

Ces différentes associations, d'horizons variés, ont en commun de proposer des services d'interprétariat en présentiel ou à distance pour les hôpitaux, les établissements de santé, les consultations PMI et en médecine de ville. Elles ont réalisé un travail collectif autour du métier d'interprète dans le domaine médical et social (définition, principes déontologiques, champs de compétences). Ce travail a abouti à la charte de l'interprétariat médical et

social professionnel en France [70]. La réflexion continue autour de l'élaboration d'un référentiel métier, de la mise en commun et de l'harmonisation des pratiques de formation initiales et continue des interprètes.

Par cette mise en réseau, les associations participent à la reconnaissance institutionnelle de l'interprétariat professionnel. Elles font remonter, auprès des pouvoirs publics, au niveau local et national, l'importance de ce métier pour prévenir les discriminations et favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes migrantes non francophones.

Un premier point de veille porte sur la persistance de freins à l'utilisation d'interprètes par les professionnels·les de santé et du social ainsi que par les directions des services. Ces freins peuvent être financiers mais aussi liés à une méconnaissance du métier d'interprète, des représentations négatives autour de l'accueil des publics migrants, des craintes sur les modifications de pratiques. Les autres points de veille concernent l'absence de service sur certains territoires, notamment pour l'interprétariat en présentiel, les incertitudes financières et la formation initiale et continue des interprètes.

70
▸ https://www.migrationssante.org/wp-content/uploads/2017/09/Charte_diffusion_electronique_2017_06.pdf

Mettre en réseau les professionnels·les et favoriser des dynamiques collectives

La mise en réseau apparaît comme un enjeu majeur pour faire face au sentiment d'isolement des professionnels·les, aux difficultés de positionnement et pour objectiver la dimension répétitive de certaines situations. Cela peut permettre également de favoriser une inter-connaissance entre professionnels·les intervenant à différentes étapes du parcours de santé et un décloisonnement des cultures professionnelles.

PRATIQUE INSPIRANTE

Un groupe de travail sur les refus de soins à la Métropole Européenne de Lille

Dans le cadre de l'élaboration du plan territorial de lutte contre les discriminations 2018-2020 [71], la Métropole Européenne de Lille s'est intéressée aux enjeux des discriminations dans le domaine de la santé et plus spécifiquement à la question des refus de soins à l'encontre des personnes en situation de précarité. Il est à noter que cette problématique ressort peu des contrats de ville élaborés par d'autres collectivités.

Un groupe de travail pluri-institutionnel a été mis en place en juin 2017. Il est composé du Conseil régional de l'Ordre des médecins, des conciliations des CPAM, de l'ARS,

71
« *Un plan territorial de prévention et de lutte contre les discriminations est un programme interministériel et partenarial local d'actions visant à prévenir les discriminations, élaboré et mis en œuvre sur le territoire d'une intercommunalité signataire d'un contrat de ville.* » *Nouveau cadre de référence de la lutte contre les discriminations au sein de la politique de la ville : les enjeux de la nouvelle contractualisation*, CGET, 2014, p. 9.
▸ http://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/cadre_de_reference_discrimination_23_06_2014.pdf

du Défenseur des Droits, du Conseil Départemental de l'Accès aux Droits (CDAD), des villes de Lille et de Roubaix, de l'IREV, centre ressource politique de la ville des Hauts de France, de la Préfecture du Nord et de la Métropole Lilloise.

Il a auditionné plusieurs acteurs·trices et associations pour mieux connaître les réalités du refus de soins sur le territoire. De constats sont ressortis : un sentiment de refus de soins relativement fréquents et une difficulté à se saisir du droit du fait de démarches perçues comme longues et incertaines. Les critères principalement cités ont été la précarité, l'origine et le lieu de résidence.

À partir de ces constats, différents axes du volet santé du plan de lutte contre les discriminations ont été élaborés à savoir :
- état des lieux des refus de soins et des difficultés d'accès aux soins de certains publics ;
- mise en place d'une journée d'étude : « Santé et Précarité » ;
- sensibilisation et formation des acteurs de proximité, des professionnels·les de santé et des usagers·ères ;
- élaboration d'un guide métropolitain sur la connaissance des droits [72].

Le groupe de travail assurera le suivi du volet « santé » du plan de lutte contre les discriminations.

Cette dynamique a été rendue possible par une sollicitation des acteurs institutionnels par la métropole lilloise qui avait légitimité à le faire dans le cadre du pilotage du contrat de ville. Le fonctionnement en groupe restreint a favorisé la mise en confiance, une liberté de parole et une base de travail partagée. Enfin, circonscrire les réflexions aux refus de soins a facilité la recherche d'actions concrètes et de pistes de travail.

Les points de vigilance portent, premièrement, sur la difficulté à sensibiliser les professionnels·les notamment libéraux au-delà d'un premier cercle de personnes convaincues. Un deuxième point de vigilance porte sur l'information aux usagers·ères. Un travail est nécessaire pour permettre une meilleure connaissance des droits mais aussi pour les engager à saisir les recours existants. Enfin, un troisième point de vigilance porte sur le maintien de la dynamique dans la durée, notamment via l'organisation régulière de temps forts, d'ateliers.

72
Plan territorial de prévention et de lutte contre les discriminations 2018-2020, Métropole Européenne de Lille, p. 5.

PRATIQUE INSPIRANTE

La lutte et la prévention des discriminations au cœur du projet politique du centre de santé « Village 2 Santé » à Échirolles

Le Village 2 Santé est un centre de santé communautaire ouvert en 2016 dans le quartier populaire Village 2 de la ville d'Échirolles. Il compte une équipe de quatorze professionnels·les qui proposent un accueil, un accompagnement social et des soins médicaux.

En amont de la création du centre, la future équipe de professionnels·les s'est formée aux enjeux de discriminations et des inégalités de santé. Elle a réalisé un diagnostic communautaire entre 2013 et 2014 intégrant d'emblée les questions liées à la justice sociale. Celui-ci avait pour but, à partir de la parole des premiers·ères concernés·es de :
- rencontrer les habitants·es et les professionnels·les,
- avoir une vision de l'état de santé des habitants·es,
- identifier les besoins,
- co-construire le futur projet du centre et les dimensions de participation,
- affirmer la reconnaissance de la valeur de la parole des habitants·es du quartier.

Le diagnostic a exploré les différents déterminants sociaux de la santé et notamment le revenu et l'alimentation. Les habitants·es ne nommaient pas nécessairement le terme de « discrimination » mais ont fréquemment fait part d'un sentiment d'injustice sociale et d'iniquité qui avait un impact sur leur santé. Les expériences de violence verbale et le sentiment de ne « pas avoir sa place » sont ressortis dans plusieurs témoignages ainsi que le non-accès à la formation, aux loisirs et aux soins pour des raisons de lieu de résidence, de précarité mais aussi de religion ou de couleur de peau.

Le fonctionnement du centre de santé permet de prendre en compte les enjeux liés aux discriminations de plusieurs manières :
- un lieu d'écoute et d'accompagnement : l'accueil est pensé comme un lieu de soins. La mise en confiance et la liberté de parole sont particulièrement recherchées. Les personnes peuvent faire part de leur vécu de discriminations, de violence, d'injustice sociale. Ceci permet de leur apporter des réponses en termes d'accompagnement social ou médical sur des sujets qui n'auraient pas nécessairement été exprimés en consultation. Cela permet également de reconnaître l'impact sur la santé de ces expériences.
- Un travail en réseau : un travail de partenariat est réalisé avec des structures spécialisées dans l'aide aux victimes pour permettre aux personnes de faire valoir leurs droits. Le centre participe également au réseau « égalité » porté par l'agglomération grenobloise, ce qui lui permet de faire remonter les situations au niveau institutionnel.
- Une réflexion collective sur l'expérience de discrimination : les différents témoignages rapportés au centre permettent d'alimenter un « livre blanc » sur les discriminations pour rendre visibles ces injustices et leur impact sur la santé. Des temps collectifs visant à offrir un espace de parole, de soutien et d'action sont également envisagés à l'avenir.
- Un mode de gestion du centre intégrant les enjeux de rapports de pouvoir et de discrimination : le centre

fonctionne en auto-gestion et traite à égalité les différents métiers d'accueil, d'accompagnement social et de soins (égalité salariale, partage des tâches…). Les habitants·es participent aux décisions concernant le fonctionnement du centre lors de réunions trimestrielles réunissant cinq salariés·es et douze usagers·ères tirés·es au sort.

Cette expérience a été rendue possible par une réflexion, dès le départ, sur les enjeux liés aux discriminations via la formation des professionnels·les et le diagnostic partagé. La prise en charge intégrant les volets médical, social et d'accueil en un seul lieu est une condition importante pour prévenir et lutter contre les discriminations. Le centre peut également s'appuyer sur un réseau d'acteurs·trices et de structures spécialisées dans l'accompagnement des victimes. Les points de vigilance portent sur la longueur et la complexité des procédures pour faire valoir les droits des personnes et le maintien d'une dynamique dans le temps.

Observer et rendre visibles les discriminations

OBSERVATOIRE SANTÉ / SOLIDARITÉ DE LA FÉDÉRATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ
https://observatoiresolidarite.org/enquetes/index.php/912155?newtest=Y

GROUPE « CONTRE LES DISCRIMINATIONS EN SANTÉ » DE LA CASE DE SANTÉ À TOULOUSE
http://www.casedesante.org

Former les professionnels de la santé et du social

P.H.A.R.E POUR L'ÉGALITÉ http://phare-pour-l-egalite.org
MIGRATIONS SANTÉ ALSACE www.migrationssante.org
ORIV www.oriv.org

Affirmer le refus des discriminations au niveau institutionnel

OBSERVATOIRE DES DISCRIMINATIONS ET DE LA LAÏCITÉ AU GROUPE HOSPITALIER RÉGIONAL SUD ALSACE
http://www.ghrmsa.fr/patients/a-votre-ecoute/l-observatoire-des-discriminations-et-de-la-laicite-803.html

COMITÉ ÉTHIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE METZ-THIONVILLE
https://www.chr-metz-thionville.fr/le-chr-gouvernance/instances

Prendre en compte les situations spécifiques et les intégrer dans le droit commun : le recours à l'interprétariat professionnel

ADATE À GRENOBLE http://www.adate.org
ASAMLA À NANTES http://www.asamla.fr/
APTIRA À ANGER https://www.aptira.org
COFRIMI À TOULOUSE https://www.cofrimi.com/
ISM INTERPRÉTARIAT À PARIS http://www.ism-interpretariat.fr/
ISM CORUM À LYON http://www.ismcorum.org/
MIGRATIONS SANTÉ ALSACE À STRASBOURG http://www.migrationssante.org
CENTRE OSIRIS À MARSEILLE http://www.centreosiris.org
RÉSEAU LOUIS GUILLOUX À RENNES https://rlg35.org/

Mettre en réseau les professionnels•les, favoriser des dynamiques collectives

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES REFUS DE SOINS DE L'EUROMÉTROPOLE DE LILLE
https://www.lillemetropole.fr/fr/politique-de-la-ville

VILLAGE 2 SANTÉ, CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE À ÉCHIROLLES
http://www.levillage2sante.fr/

Annexes

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ACS Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé
AME Aide Médicale d'Etat
ARS Agence Régionale de Santé
CADA Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CLSM Conseil Local de Santé Mentale
CDAD Conseil Départemental de l'Accès Au Droit
CDU Commission Des Usagers
CGET Commissariat Général à l'Egalité des Territoires
CME Comité Médical d'Etablissement
CMU-C Couverture Médicale Universelle Complémentaire
CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSIRMT Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DRJSCS Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
IVG Interruption Volontaire de Grossesse
MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées
PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PUMa Protection Universelle Maladie
QPV Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville
ZUS Zone Urbaine Sensible

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- S. DELOUVÉE, J-B. LÉGAL, *Stéréotypes, préjugés et discrimination, Paris, Dunod*, 2015.
- F. DUBET, *Ce qui nous unit. Discriminations, égalité et reconnaissance*, Paris, coédition Seuil - La République des idées, 2016.
- D. FASSIN, *L'invention française de la discrimination*, *Revue française de science politique*, n° 52, 2002/4, pp. 403-423.
  ► http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RFSP_524_0403
- 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.
- A. NDOBO, *Les nouveaux visages de la discrimination*, Bruxelles, DBS Psycho, 2010.
- A. VEGA, *Soignants / soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, De Boeck, 2001.

Articles et revues

- E. CARDE, *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins*, *Santé Publique*, n° 2, vol. 19, 2007, pp. 99-109.
  ► http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-2-page-99.htm
- M. COGNET, C. HAMEL, M. MOISY, *Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe, Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012, pp. 11-34.
  ► https://remi.revues.org/5863
- A. MEIDANI, M. TOULZE (dir.), *Dossier : Santé et discriminations, Les cahiers de la LCD* n° 5, octobre 2017.
- P. SAUVEGRAIN, *La santé maternelle des* « Africaines » *en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins, Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 28, n° 2, pp. 81-100.
  ► https://remi.revues.org/5902
- S. SCHOENENBERGER, P. MOULIN, E. BRANGIER, *La discrimination dans le secteur du soin comme expression de l'augmentation de la charge de travail : enquêtes prospectives en milieu hospitalier et libéral*, *Nouvelles perspectives en management de la diversité*, Isabelle BARTH, Christophe FALCOZ, Éd. EMS, 2010, pp. 159-176.
  ► www.researchgate.net/publication/261711660_La_discrimination_dans_le_secteur_du_soin_comme_expression_de_l%27augmentation_de_la_charge_de_travail__enqutes_prospectives_en_milieu_hospitalier_et_libral

Études, avis et rapports

- COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux*, avis, mai 2018.
  ► https://www.cncdh.fr/sites/default/files/180522_avis_maltraitances_systeme_de_sante.pdf
- DÉFENSEUR DES DROITS, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, Paris, mars 2014, p. 47.
  ► http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf
- C. DESPRES, P. LOMBRAIL *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination.* Une analyse de discours de médecins et dentistes, Laboratoire LEPS – Université Paris XIII, mai 2017, p. 5.
  ► https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etudesresultats-oit-03.04.17-num-final.pdf
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA POLITIQUE DE LA VILLE, Rapport annuel 2016, CGET 2017
  ► http://www.onpv.fr/uploads/media_items/rapport-onpv-2016.original.pdf

Guides pratiques

- COMITÉ POUR LA SANTE DES EXILÉS, *Migrants / étrangers en situation précaire : soins et accompagnement*, 2015.
  ► http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf
- DÉFENSEUR DES DROITS, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Usagers, votre santé, vos droits. Guide des usagers de la santé*, mars 2014, p. 146.
  ► http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_gui_20140303_sante_droits.pdf
- CIMADE *Petit guide – lutter contre les préjugés sur les migrants*
  ► https://www.lacimade.org/petitguideprejuges/petit-guideprejuges.html
- ATD QUART MONDE *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, 3e éd., 2017.

Fiches pratiques

- DÉFENSEUR DES DROITS, *Les refus de soins, fiche pratique à destination des professionnels de santé*, 2018.
  ► https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/fiche-refussoins-num-21.09.18_0.pdf
- DÉFENSEURS DES DROITS, *Agir contre les refus de soins*, 2018.
  ► https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/depliant-refussoins-num-21.11.18_0.pdf
- FRANCE ASSOS SANTÉ, *Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU Complémentaire, de l'Aide Médicale d'État et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé*, fiche d'information, 2017.
  ► http://www.france-assos-sante.org/sites/default/files/Refus-de-soins-cmuc-ame-acs.pdf

TEXTES JURIDIQUES

Le Code pénal

Article 225-1 : notion de discrimination

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 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 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 : ajout d'un critère prohibé

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 225-2 : comportements illégaux et sanctions

La discrimination définie aux articles 225-1 et 225-1-1, 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° À refuser la fourniture d'un bien ou d'un service ;

2° À entraver l'exercice normal d'une activité économique quelconque ;

3° À refuser d'embaucher, à sanctionner ou à licencier une personne ;

4° À 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 à l'article 225-1-1 ;

5° À 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 à l'article 225-1-1 ;

6° À 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 : discriminations tolérées

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 ;

2° Aux discriminations fondées sur l'état de santé ou le handicap, lorsqu'elles consistent en un refus d'embauche ou un licenciement fondé sur l'inaptitude 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 225-4 : responsabilité des personnes morales

Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2, des infractions définies à l'article 225-2 encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues par l'article 131-38, les peines prévues par les 2° à 5°, 8° et 9° de l'article 131-39. L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

Article 432-7 : agent public

La discrimination définie à l'article 225-1, 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 75000 euros d'amende lorsqu'elle consiste :

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

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

Le Code de la santé publique

Article L.1110-3 : Discriminations dans l'accès aux droits et aux soins

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 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 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 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 ordinale 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.

Le Code de déontologie médicale

Article R4127-7 : Non-discrimination et dignité du patient
Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs 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 R4127-47 : Refus de prise en charge d'un patient
Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes

Article R4127-211 : Non-discrimination et dignité du patient
Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs 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.

Article R4127-232 : Refus de prise en charge d'un patient
Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition :
1° De ne jamais nuire de ce fait à son patient ;
2° De s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles.
Le chirurgien-dentiste ne peut exercer ce droit que dans le respect de la règle énoncée à l'article R. 4127-211.

Le Code de déontologie des sages-femmes

Article R4127-306 : Non-discrimination et dignité du patient
La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant.

Article R4127-328 : refus de prise en charge d'un patient
Hors le cas d'urgence et sous réserve de ne pas manquer à ses devoirs d'humanité ou à ses obligations d'assistance, une sage-femme a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. La sage-femme peut se dégager de sa mission, à condition de ne pas nuire de ce fait à sa patiente ou à l'enfant, de s'assurer que ceux-ci seront soignés et de fournir à cet effet les renseignements utiles. Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins doit être assurée.

Le Code de déontologie des infirmiers

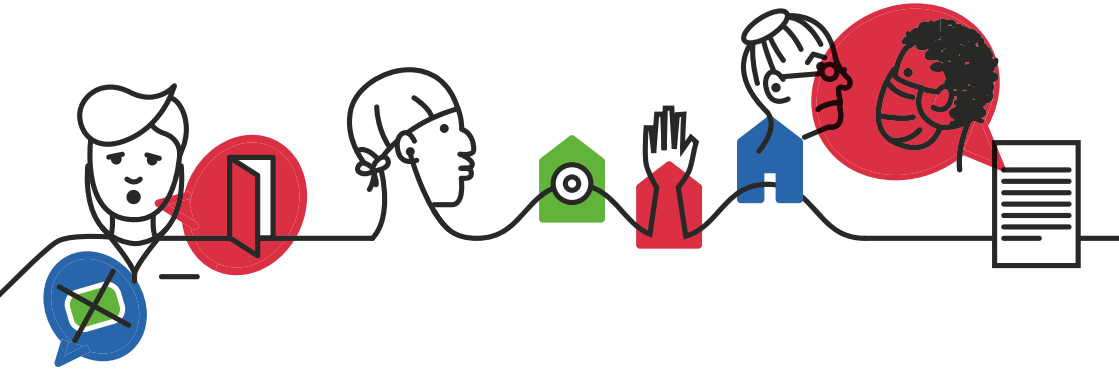
Art. R. 4312-11 : Non-discrimination et dignité du patient
L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale. Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge.

Art. R. 4312-12 : refus de prise en charge d'un patient
Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle. Si l'infirmier se trouve dans l'obligation d'interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins.

Un guide réalisé par
Migrations Santé Alsace

24 rue du 22 novembre - 67000 Strasbourg
Tél : 03 88 22 60 22
contact@migrationssante.org
www.migrationssante.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 professionnels·les, futurs·es professionnels·les et bénévoles exerçant, en France, dans des structures sanitaires, sociales et médico-sociales. Il apporte des éléments de cadrage de la problématique, une analyse de situations, des informations sur les recours existants et une présentation de pratiques inspirantes.



Ce projet a bénéficié de l'appui méthodologique de l'Observatoire régional de l'intégration et de la ville et du soutien financier de l'Espace régional d'éthique Grand Est et du Commissariat général à l'égalité des territoires.