



Discriminations dans le champ de la santé : Quelles réalités ? Quels impacts sur les pratiques professionnelles ?

**Actes de l'après-midi de réflexion et d'échanges
11 juin 2015 – 14h00 à 17h30
Mulhouse (ISSM)**

Avec le soutien financier de :



**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS ET DE LA
COHÉSION SOCIALE**



PREAMBULE

Cette après-midi était organisée par Migrations Santé Alsace et l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV), en partenariat avec l'Institut Supérieur Social de Mulhouse, la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, l'Observatoire des discriminations et de la laïcité de l'Hôpital de Mulhouse, Les Papillons Blancs, la Ville de Mulhouse.

Elle poursuivait les objectifs suivants :

- apporter des éléments de connaissance sur les discriminations dans le champ de la santé,
- dialoguer et échanger autour d'enjeux complexes liés à l'égalité de traitement,
- prendre conscience du rôle que chacun-e peut jouer, à partir d'expériences menées sur le territoire haut-rhinois.

Elle s'adressait à tout-e professionnel-le du champ sanitaire et social concerné-e par ces questions, en priorité à ceux et celles du Haut-Rhin.



SOMMAIRE

Programme de l'Après-midi de réflexion et d'échanges – 11 juin 2015 Page 4

« Discriminations dans le champ de la santé : de quoi parle-t-on ? », Page 5
Emilie JUNG, Directrice Adjointe, Migrations Santé Alsace.

Cette intervention de cadrage a pour objectifs de nous aider à mieux comprendre les discriminations et les enjeux inhérents à la prévention et la lutte contre les discriminations dans le champ de la santé.

« Pour éviter les « parcours du combattant » et les risques discriminatoires dans les parcours de soins : transformer les pratiques des professionnel-le-s ? »

Les deux expériences présentées s'appuient sur des constats relatifs à l'accès aux soins et aux droits de patients particulièrement vulnérables : ceux en situation de handicap mental, et les personnes âgées atteintes d'Alzheimer. Il s'agit de voir comment, à travers les dispositifs mis en place, les deux structures essaient de prévenir les risques discriminatoires. Pour chacune des expériences, il s'agit de faire le pari d'un travail en commun des professionnels concernés pour faire évoluer les pratiques et les regards, d'une part envers les usagers, mais également entre professionnel-le-s.

- Présentation du dispositif Sasha, « Service d'Accompagnement Aux Soins pour Personnes Handicapées et leurs Aidants », Daniel DIEBOLD, Directeur, Les papillons blancs Page 10

- La personne âgée au cœur d'un dispositif territorial, Béatrice LORRAIN, Chef de service, Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) de la région mulhousienne Page 12

- Présentation du dispositif MAIA - Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie Page 19

Le vécu discriminatoire ou de stigmatisation des professionnel-le-s de santé : quelle réalité ? quel levier d'action ?

Les deux interventions amènent à traiter des professionnel-le-s, soignants, qui peuvent dans le cadre de leurs missions et de leurs quotidiens être confrontés à des discriminations en tant que victimes ou témoins. Madame Perrin et Monsieur Cordier présentent une initiative originale et unique en France : l'Observatoire des discriminations et de la laïcité de l'hôpital de Mulhouse. Celui a été créé et est porté par des agents pour être un lieu d'écoute et de ressources pour les professionnel-le-s hospitaliers en cas de discriminations. Madame Mazaëff aborde la question sensible de la place et du positionnement des professionnel-le-s du social ou de la santé, qui sont « visiblement référés-e-s à l'immigration ». C'est-à-dire celles et ceux dont le nom, la couleur de peau, l'apparence sont susceptibles de renvoyer à un ailleurs (ailleurs souvent bien d'ici). Ils et elles sont en effet parfois confrontés à des réactions de rejet, de racisme ou encore à des processus « d'ethnicisation ». Quelles peuvent être les postures des professionnelles face à ce type d'expériences de « réduction identitaire » ?

- Une initiative originale : l'Observatoire des discriminations et de la laïcité de l'Hôpital de Mulhouse, Elvis CORDIER, Directeur adjoint Hôpital de Mulhouse, Isabelle PERRIN, Secrétaire de l'Observatoire des discriminations et de la laïcité. Page 21

- L'Observatoire des discriminations et de la laïcité - Bulletin d'information - septembre 2013 Page 24

- Expérience des auxiliaires de vie sociale entre vécu raciste et risque d'ethnicisation, Chantal MAZAEFF, Directrice Adjointe, Institut supérieur social de Mulhouse (ISSM) Page 25

PROGRAMME

Discriminations dans le champ de la santé : Quelles réalités ? Quels impacts sur les pratiques professionnelles ?

Actes de l'après-midi de réflexion et d'échanges - 11 juin 2015 – 14h00 à 17h30 - Mulhouse (ISSM)

CONTEXTE

La question de l'égalité se pose au quotidien dans les pratiques des professionnel-le-s de santé. Si on évoque fréquemment les conséquences des inégalités sociales dans ce domaine, les discriminations en tant que telles restent un thème assez peu traité :

- Pourquoi recourir à une approche en termes de discrimination dans le champ de la santé ?
- Comment les professionnel-le-s du champ sanitaire et social peuvent identifier, prévenir et réagir face à des situations de discriminations ? Comment accueillir, accompagner et soigner les personnes en toute égalité à l'heure où contraintes structurelles et enjeux économiques sont prégnants ?
- Pourquoi et comment les représentations influent sur la relation soignant-e / soigné-e et sur l'accompagnement des personnes ?

Ces questions peuvent paraître déplacées : le domaine de la santé s'appuie, en effet, sur une éthique humaniste, qui semble en contradiction avec l'idée même de discrimination. Pourtant, ces interrogations sont bien présentes sur le terrain comme l'ont constaté Migrations Santé Alsace et l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV) dans leurs actions respectives.

Pour nos deux structures, prévenir et lutter contre les discriminations dans le champ de la santé s'avèrent un enjeu à double niveau :

- sur le plan individuel, les discriminations constituent une entrave à l'accès aux droits et aux soins et peuvent entraîner une altération de l'état de santé des personnes ;
- sur le plan collectif, elles mettent à mal le principe d'égalité et sont à l'origine de dysfonctionnements dans les services et de souffrance au travail pour les professionnel-le-s.

C'est pourquoi, avec un ensemble de partenaires mulhousiens, nous vous proposons cette après-midi de réflexion et d'échanges autour de la thématique de la prévention des discriminations dans le champ de la santé.

DEROULE

14h00 : Introduction, **Gaëlle DONNARD**, Chargée de mission, ORIV

14h15 : « Discriminations dans le champ de la santé : de quoi parle-t-on ? », **Emilie JUNG**, Directrice Adjointe, Migrations Santé Alsace

14h45 : Echanges avec la salle

15h00 : Pour éviter les « parcours du combattant » et les risques discriminatoires dans les parcours de soins : transformer les pratiques des professionnel-le-s ?

- Présentation du dispositif Sasha, « Service d'Accompagnement Aux Soins pour Personnes Handicapées et leurs Aidants », **Daniel DIEBOLD**, Directeur, Les papillons blancs
- La personne âgée au cœur d'un dispositif territorial, **Béatrice LORRAIN**, Chef de service, Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) de la région mulhousienne

15h30 : Echanges avec la salle - Pause

16h15 : Le vécu discriminatoire ou de stigmatisation des professionnel-le-s de santé : Quelle réalité ? Quel levier d'action ?

- Expérience des auxiliaires de vie sociale entre vécu raciste et risque d'ethnicisation, **Chantal MAZAEFF**, Directrice Adjointe, Institut supérieur social de Mulhouse (ISSM)
- Une initiative originale : l'Observatoire des discriminations et de la laïcité de l'Hôpital de Mulhouse, **Elvis CORDIER**, Directeur adjoint Hôpital de Mulhouse, **Isabelle PERRIN**, Secrétaire de l'Observatoire des discriminations et de la laïcité.

16h45 : Echanges avec la salle

17h15 : Synthèse et perspectives, **Gaëlle DONNARD**, Chargée de mission, ORIV

17h30 : Clôture



Discriminations dans le champ de la santé : quelles réalités ? Quels impacts sur les pratiques professionnelles ?

11 juin 2015 Mulhouse



« Discriminations dans le champ de la santé : De quoi parle-t-on ? »,

Par Emilie Jung, Directrice adjointe de Migrations Santé Alsace

C'est à moi que revient l'honneur ou la lourde tâche de proposer quelques éléments de cadrage sur les discriminations dans le champ de la santé. L'honneur car je travaille depuis cinq ans sur cette question et je suis contente de partager avec vous le fruit de mes réflexions, questionnements, etc. Mais, je dis « lourde » tâche car il me semble que c'est un sujet difficile à aborder et ce pour au moins deux raisons :

1- il y a une **certaine invisibilité** des discriminations dans le champ de la santé. Quand on pense aux discriminations, les exemples qui viennent à l'esprit se situent davantage dans le champ de l'emploi, du logement ou des loisirs. Le champ de la santé est marqué par un discours scientifique qui semble indépendant des relations sociales.

Pourtant, depuis une dizaine d'années, des travaux mettent en lumière des pratiques discriminatoires. L'exemple le plus connu est sans doute celui du refus de rendez-vous pour les bénéficiaires de la CMU, CMU-C et de l'AME objectivé par des testings. Ce taux est très variable selon les territoires, les spécialités et les secteurs. Par exemple, une enquête du CISS et d'autres associations en 2009, réalisée dans 11 villes de France, obtient un taux de refus d'1/5 des spécialistes de secteur 2. L'ampleur du phénomène a conduit le Défenseur des Droits à se saisir du sujet en produisant un rapport à destination du premier ministre.

Si la question de l'accès des bénéficiaires de la CMU, CMU-C et de l'AME commence aujourd'hui à être documentée, on peut s'interroger plus avant : qu'en est-il de l'ensemble du parcours de soins ? Qu'en est-il d'autres populations qui peuvent être perçues comme illégitimes ?

2- il peut paraître **intolérable de parler de discriminations** dans le champ de la santé car cette notion est en totale contradiction avec la déontologie, l'éthique humaniste, les valeurs égalitaires très présentes dans le champ de la santé : Cette éthique prône un droit fondamental à la santé et défend l'idée que le corps souffrant doit légitimement être soigné au-delà de toute considération.

Mais, il me semble que c'est justement au nom de cette éthique qu'il est nécessaire de s'interroger sur les situations, les mécanismes, les fonctionnements qui mettent les valeurs égalitaires à mal. Je pense que c'est ce qui nous réunit aujourd'hui. C'est parce que nous sommes porteur-se-s de valeurs humanistes, parce que nous sommes soucieux-ses d'assurer une qualité des soins, parce que nous défendons le droit des usagers-ère-s qu'il est important de s'attaquer à la question épineuse des discriminations, d'affiner les réalités qu'elle recouvre et de réfléchir ensemble aux pistes de changement pour rendre l'égalité toujours plus effective.

Il y a tout juste un mois la ville de Mulhouse organisait un colloque sur les inégalités sociales de santé à Mulhouse. J'espère que les échanges de cet après-midi pourront apporter un éclairage sur cette thématique.

Mais avant d'entrer plus avant dans le vif du sujet, je souhaiterais éclairer d'où je parle. Je suis directrice adjointe de Migrations Santé Alsace. L'objet de cette association est la promotion de la santé des personnes migrantes et de leur famille. Les discriminations nous intéressent car elles constituent une des barrières à l'accès aux droits et aux soins des populations migrantes. Du fait de notre objet associatif, nous avons davantage approfondi le critère de l'origine réelle ou supposée. Mais l'intérêt

du concept de discrimination est également qu'il oblige à travailler de façon transversale et à penser les différents critères. Ainsi, nous nous sommes d'emblée inscrit-e-s dans une logique partenariale avec différentes associations comme le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles - CIDFF, l'Association de Lutte contre les Discriminations en Alsace - ALDA ou l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville - ORIV. Nous avons proposé des formations sur la thématique et depuis 2014 nous co-animons un groupe de travail de professionnel-le-s autour de ces questions.

L'objectif de cette intervention est de clarifier la notion de discrimination, de mieux cerner les formes qu'elle peut prendre dans le champ de la santé et de revenir sur certains enjeux qu'elle recouvre. Je suis bien consciente de l'intérêt qu'il pourrait y avoir à interroger l'ensemble des déterminants de santé au regard des enjeux liés aux discriminations mais, vu l'ampleur du thème, je me limiterai, ici, au champ sanitaire et médico-social.

RETOUR SUR LA NOTION DE DISCRIMINATION

Plusieurs définitions existent de la notion de discrimination selon la discipline à laquelle on s'intéresse (droit, sociologie, psychologie...). Comme l'intervention sera courte, je vous propose de partir de la définition juridique car la discrimination est une notion encadrée par le droit.

4 éléments sont essentiels pour laisser supposer l'existence d'une discrimination :

- **Il s'agit d'une différence de traitement** : on se centre sur une action et non sur la seule intention.
- **en raison d'un critère prohibé** : nous verrons la liste des critères plus loin. Il est important de souligner que toute différence de traitement n'est pas proscrite. L'enjeu est de savoir ce qui motive cette différence de traitement, quel critère a été utilisé pour opérer cette distinction. C'est un aspect fondamental dans le champ de la santé, où les professionnels passent une partie importante de leur travail à sélectionner, « trier » les personnes pour proposer une prise en charge adaptée.
- **entraînant un préjudice pour la personne** : cet élément amène à réfléchir aux conséquences pour les personnes des traitements inégaux. La notion de « discrimination positive » qui est mobilisée pour des dispositifs de politique publique et qui mériterait un développement à part entière ne sera pas abordé ici.
- **dans un domaine encadré par le droit** : le droit liste un certain nombre de domaines dont la santé fait partie (« services publics », « fourniture de biens et services »).

Le code pénal considère comme une discrimination « toute distinction opérée entre des personnes physiques en raison des **20 critères** suivants :

- ☐ L'origine, nation, une race ou une religion déterminée ».
- ☐ Le sexe,
- ☐ La situation de famille,
- ☐ La grossesse,
- ☐ L'apparence physique,
- ☐ Le patronyme,
- ☐ Le lieu de résidence,
- ☐ L'état de santé,
- ☐ Le handicap,
- ☐ Les caractéristiques génétiques,
- ☐ Les mœurs,
- ☐ L'orientation ou identité sexuelle,
- ☐ L'âge,
- ☐ Les opinions politiques,
- ☐ Les activités syndicales,
- ☐ L'appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une

La lecture de cette liste fait penser à un inventaire « à la Prévert ». Mais la majorité de ces critères peuvent être regroupés à partir de différentes problématiques :

- **origine** = origine, patronyme, lieu de résidence, appartenance ou non appartenance vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.
- **santé** = état de santé, handicap, caractéristiques génétiques (ce dernier critère est utilisé pour éviter tests prédictifs des assurances)
- **activités politiques ou syndicales**
- **Égalité homme / femme** : sexe, grossesse, situation de famille
- **Orientation sexuelle** : orientation, identité sexuelle, mœurs
- **Age**

Cette liste évolue fréquemment en fonction des enjeux sociaux repérés. Le dernier critère ajouté est celui du lieu de résidence en 2014.

La dimension sociale n'apparaît pas en tant que telle. Néanmoins, elle est prise en compte si on se réfère au code de la santé publique qui interdit la discrimination envers les bénéficiaires de différents droits sociaux (CMU, CMU-C, AME et ACS).

DIFFERENTS NIVEAUX DE DISCRIMINATION

Trois niveaux de discriminations sont habituellement distingués :

- **La discrimination directe** : il s'agit d'une différence de traitement fondée de façon manifeste sur un des critères prohibés.
- **La discrimination indirecte** : il s'agit d'une disposition, mesure ou pratique apparemment neutre mais qui affecte une proportion significativement plus élevée de groupe particulier caractérisé par un critère illégal (par exemple, les femmes, les immigré-e-s, les handicapé-e-s...). Cette notion permet de s'attaquer aux conséquences d'une discrimination indépendamment de l'intentionnalité d'utiliser un critère illégal.
- **La discrimination systémique** : il s'agit de l'ensemble des processus, visibles ou non, qui produisent et reproduisent l'assignation de groupes sociaux à certaines positions de la structure sociale. Elle permet de ne pas limiter la question des discriminations à des processus individuels mais de prendre en compte l'interaction d'une multitude de pratiques sociales qui vont avoir comme effet un traitement différentiel d'un groupe au sein de la société. Elle permet de penser l'imbrication des discriminations directes et indirectes.

QUELQUES EXEMPLES DANS LE CHAMP DE LA SANTE

Estelle Carde, médecin de santé publique, a réalisé une thèse de sociologie sur les discriminations dans l'accès aux soins selon l'origine¹. Elle a constaté différentes formes de discrimination : refus de soins, retard aux soins, formes spécifiques de soins, réflexions qui accompagnent le soin, etc.

Elle a identifié deux types de processus pouvant mener à des discriminations :

- Un **processus de « délégitimation »** : c'est le cas lorsque des professionnels vont percevoir les publics accueillis à l'aune de représentations négatives courantes liées à l'immigration (« assisté-e-s », « profitant des aides sociales »...). Cette construction négative de l'autre va contribuer à délégitimer les demandes et besoins et justifier ainsi des différences de traitement et des pratiques discriminatoires. E. Carde donne l'exemple d'entretiens avec des agents de la CPAM qui évoquent une vigilance particulière concernant les dossiers de personnes immigrées jusqu'à, dans certains cas, ajouter des conditions non prévues dans la loi. L'exemple est donné d'une ouverture d'AME à une personne étrangère qui a le droit à une

¹ E. CARDE, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé publique 2007/2 (Vol 19)*. Consultable en suivant le lien : https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_072_0099

CMU. Il y a bien ici une différence de traitement selon la nationalité qui entraîne des conséquences négatives pour la personne puisque le panier de soins de l'AME est moindre que celui de la CMU.

- Un **processus de « différenciation »** : c'est le cas lorsque les professionnel-le-s considèrent leurs publics principalement à partir d'une différence « culturelle », que celle-ci soit perçue comme positive ou négative. S'il est important de prendre en compte la culture des personnes, l'usage de cette notion induit deux risques :

- ☐ un risque d'essentialisation : considérer la culture sous l'angle de cultures ancestrales et statiques, sans prendre en compte l'aspect dynamique et évolutif de toute culture ;
- ☐ un risque de surdétermination : interpréter l'ensemble des comportements à partir de la différence culturelle, en sous-estimant les autres facteurs (économiques, etc.).

Un exemple donné par E. Carde est celui d'un professionnel de santé qui oriente systématiquement les patients qui ont « l'air africain » vers la consultation d'ethnopsychiatrie sans s'assurer que leur problématique le justifie.

Au final, les discriminations dans le champ de la santé recouvrent des réalités diverses. Les conséquences peuvent aller du risque vital au relatif inconfort mais toutes les situations portent le risque d'une rupture de l'égalité.

QUELS ENJEUX DANS LE CHAMP DE LA SANTE ?

Le concept de discrimination dans le champ de la santé recouvre au moins trois enjeux :

- **Un enjeu politique : faire vivre le concept d'égalité.** La notion de d'égalité est au cœur de la question des discriminations. Or la réduction des inégalités sociales de santé est une priorité de santé publique régulièrement mise en avant. Penser la question des discriminations peut permettre d'éclairer celle des inégalités sociales de santé de façon différente. Notamment, elle peut permettre de faire émerger les situations de racisme, les phénomènes d'étiquetage de personnes perçues comme de « mauvais-e-s patient-e-s », etc. qui sont encore peu souvent mis en lumière.
- **Un enjeu juridique : faire reconnaître des situations illégales.** Utiliser le terme de « discrimination » permet de faire référence à un outil concret, encadré par le droit, mobilisable pour mettre fin à des situations d'injustice. Dans les faits, se saisir de l'arsenal juridique relève du parcours du combattant (difficulté d'apporter des éléments de preuves, longueur de la procédure, etc.) et le nombre de dépôt de plainte est extrêmement réduit. Un des enjeux de la future loi de santé est notamment de rendre le droit plus efficace (développement des testings, possibilité d'action collective, renversement de la charge de la preuve).
- **Un enjeu pratique : améliorer l'accueil et la prise en charge de tous les publics.** Au-delà de l'aspect juridique, le concept de discrimination est également intéressant pour analyser les pratiques quotidiennes et les fonctionnements institutionnels. Il peut permettre aux professionnel-le-s de s'interroger sur leurs représentations, les critères qui guident leurs choix d'orientation, de prise en charge, etc. Mais il prend également la dimension systémique et vient interroger l'institution sur sa capacité à accueillir la diversité des publics. Le groupe de travail porté par Migrations Santé Alsace avec l'ORIV en constitue une bonne illustration. Il regroupe une dizaine de professionnel-le-s de la santé du Bas-Rhin, issu-e-s de mondes professionnels variés. Dérouler le fil de situations problématiques a permis de rompre le silence sur la question de la discrimination, d'analyser les représentations à l'œuvre, les dysfonctionnements institutionnels et les conséquences pour les patient-e-s. Un des enjeux qui est ressorti est notamment le décloisonnement et la coordination entre les professionnel-le-s.

Pour conclure, Le concept de discrimination est intéressant à mobiliser car il permet de poser un autre regard sur le champ de la santé et peut constituer un guide pour l'action à la fois concret et pragmatique de promotion de l'égalité. il me semble qu'un travail important reste à mener en termes :

- De production de connaissance sur les processus discriminatoires et les traitements différentiels dans l'ensemble du parcours de soins,
- De mutualisation et expérimentation de pratiques professionnelles et institutionnelles pour lutter contre et prévenir les discriminations.

J'espère que cette après-midi pourra y contribuer.





Discriminations dans le champ de la santé : quelles réalités ? Quels impacts sur les pratiques professionnelles ?

11 juin 2015 Mulhouse

Fiche Expérience



Réalisée dans le cadre de l'après-midi de réflexion et d'échanges, sur la base d'un entretien réalisé en mai 2015

Dispositif 	Sasha – Service d'accompagnement aux soins pour personnes handicapées et leurs aidants
Structure porteuse 	Les Papillons blancs Cette association haut-rhinoise a pour mission d'accueillir toute personne ayant un handicap mental, tout au long de sa vie, dans une structure qui lui convient. Les objectifs poursuivis par l'association sont l'épanouissement de la personne en situation de handicap et le soutien aux parents et aux familles. L'association gère plusieurs foyers d'hébergement ainsi qu'un accueil en appartement.
Personne contact	Daniel DIEBOLD Directeur Adjoint Pôle Hébergement 40, rue Marcel MAIRE 68100 Mulhouse Tél : 06 46 86 10 27 daniel.diebold@pb68.com interne
Site web	http://www.lespapillonsblancs68.org/?page_id=5798
Contexte et Constats de départ	Le projet SASHA a été mis en place en 2012 par les Papillons blancs à partir du constat suivant : les personnes en situation de handicap mental connaissent de nombreuses difficultés d'accès aux soins. Par exemple une grande partie des personnes souffrant d'un handicap mental n'a plus de dent après 50 ans du fait de retard de soins. Du côté des patient-e-s, il peut y avoir une peur de « la blouse blanche », qui peut aller jusqu'au refus total d'être examiné-e. L'aidant-e (proches, éducateurs-trices...) ne sait pas toujours comment se situer dans une telle situation : « il s'agit d'un problème médical, c'est donc au médecin de faire les choses ». Le médecin ne sait pas toujours non plus comment réagir. Les conséquences sont alors les suivantes : les soins ne sont pas donnés ou mal donnés.
Objectifs	Les deux objectifs principaux de Sasha sont de : <ul style="list-style-type: none">- permettre un meilleur accès aux soins des personnes en situation de handicap- préparer la « rencontre » entre patient-e-s en situation de handicap mental et professionnel-le-s de santé pour qu'elle soit la plus sereine possible. Il s'agit de rendre la filière de soins accessible plus facilement, plus rapidement, plus régulièrement. Si chaque partie prenante sait que la rencontre ne sera pas une épreuve, il est possible d'être réactif dès la première plainte sans attendre les

	complications éventuelles. Sasha veut aussi être un outil d'observation et de prévention des problèmes de santé des personnes en situation de handicap mental
Public cible	Personnes en situation de handicap mental Aidant-e-s Professionnel-le-s de santé
Comment ça fonctionne ?	Le projet Sasha s'est fortement inspiré de l'expérience des MAIA et de ses méthodes. Il s'appuie sur le fonctionnement suivant : la connaissance réciproque ; la création de partenariats ; le transfert d'informations ;
Les outils développés	Plusieurs dispositifs ont été développés : <ul style="list-style-type: none"> - Une convention avec les hôpitaux et la création de « fiches de partenariat » avec les services médicaux des hôpitaux partenaires. Ces fiches de partenariat donnent des conseils à l'ensemble des intervenant-e-s (aidant-e, personnel du service médical...) sur des questions très concrètes (comment contacter le service ? quelles indications donner ? est-il possible de demander un rendez-vous d'essai ?) Elles sont le fruit d'une rédaction commune entre le service médical (chef-fe-s de pôle et infirmier-e-s) et le personnel de Papillons Blancs. - Un pass'port santé qui comprend des « fiches de lien » entre les partenaires. Par exemple, le ou la médecin note des conseils pour la vie quotidienne, que l'aidant-e peut prendre en compte ; l'aidant-e note les éléments du quotidien qui lui semblent importants à transmettre au médecin. Toutes ces informations regroupées dans un même document permettent le suivi des soins. Si la personne en situation de handicap est suffisamment autonome, elle peut l'utiliser seule. Sinon l'éducateur-trice référent-e santé peut s'en charger. - Le ou la référent-e santé a pour mission de coordonner l'ensemble des interventions en étant le « chef d'orchestre » du réseau d'intervenant-e-s autour de la personne.
Limites	Une des principales limites repérée consiste dans le flou juridique qui entoure la position d'aidant-e vis-à-vis de la personne qu'il-elle suit ; la formation des éducateur à de rôle de chef d'orchestre.
Atouts	La mise en place de Sasha a coïncidé avec une volonté politique forte de mieux accueillir les personnes en situation de handicap au sein des institutions de santé, notamment l'hôpital. Cette volonté facilite les partenariats avec les institutions et les professionnel-le-s du champ hospitalier.
Impacts	Une première enquête de satisfaction a été réalisée auprès des parties prenantes : patient-e, aidant-e, personnel médical.
Quels liens avec la prévention et la lutte contre les discriminations ?	La mise en place du dispositif Sasha est donc partie des constats généraux de discriminations vécues par les personnes en situation de handicap pour l'accès aux soins. Ces dernières ne sont pas forcément intentionnelles, mais générées par le fonctionnement du système de soins. Un des objectifs principaux et affichés de Sasha est donc de prévenir et lutter contre ces risques de discriminations en faisant évoluer les pratiques des acteurs et actrices au sein du système de soins.



AU SERVICE DE L'AUTONOMIE
ET DE L'INTÉGRATION
DES PERSONNES ÂGÉES

Département du Haut-Rhin

Le 11 juin 2015

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie



MAIA - Pourquoi ? Constats & conséquences :

Constats :

Grande fragmentation des services et soins aux personnes âgées en perte d'autonomie pour le maintien à domicile entre :

- le champ sanitaire, social et médico-social
- le secteur libéral et institutionnel, le secteur public, privé et associatif
- les lieux de vie « domicile » et « établissement »

Conséquences :

Difficulté pour l'usager et le professionnel à trouver le bon interlocuteur :

- **Rupture** de continuité des soins ou services
- **Redondance** des évaluations
- **Incohérence** de l'organisation des soins à domicile
- **Épuisement** des aidants
- Utilisation **inappropriée** de l'hôpital et des Urgences

→ Ces cloisonnements rendent difficiles la coordination des services de maintien à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie entre tous les acteurs.





Le dispositif d'intégration MAIA - Buts

MAIA est une **méthode** qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'**intégration** des services d'aide et de soins.

L'intégration va plus loin que la coopération, qui repose seulement sur un principe de coordination. **L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite.**

Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse

↳ Les enjeux et principes :

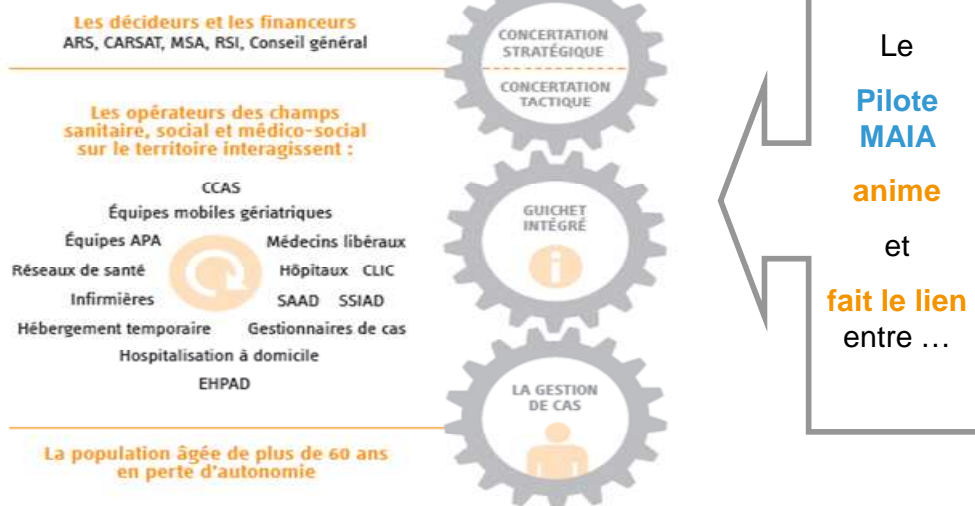
- mobiliser sur un territoire donné l'ensemble des acteurs dans toute leur diversité en capitalisant sur leur richesse, prenant en compte l'ensemble des ressources
- travailler ensemble aux dysfonctionnements générés inévitablement par la diversité des acteurs et de leur gouvernance, des financements, des pratiques professionnelles et des organisations.



Le dispositif d'intégration MAIA

un modèle organisationnel national adapté aux diversités locales

3 MÉCANISMES MAIA





Les instances de concertation = 1^{er} mécanisme de l'intégration

Concertation stratégique et tactique qui suppose une coresponsabilité pour décloisonner et rendre acteurs les partenaires

- du champ médico-social, sanitaire et social
- du secteur privé, public, associatif
- du domicile et de l'institution

Objectif : réfléchir et construire ensemble



Exemple de travaux menés

- Livret d'échange devenu dossier de coordination
- Étude prospective sur les besoins en hébergement temporaire et urgences médico-sociales gériatriques.
- Référentiels d'interventions sur les missions des différentes offres de services (SSIAD, HAD, SAD, Service social gérontologique, Gestion de cas, Réseau Alsace Gérontologie,...).
- Accompagnement à l'entrée en EHPAD (objectif de mieux préparer l'entrée en EHPAD et développer une culture commune, travailler sur des problématiques d'aide sociale avec les directeurs d'EHPAD).





Le guichet intégré = 2^{ème} mécanisme de la démarche d'intégration

Le guichet intégré constitue un ensemble coordonné des lieux d'accueil, d'information et d'orientation des personnes âgées sur le territoire. Il est mobilisé dès qu'une personne âgée en perte d'autonomie ou son entourage font une demande d'aide ou dès qu'un besoin est identifié par un professionnel.

Les professionnels des guichets intégrés établissent un **processus commun d'analyse multidimensionnelle** des situations qui se présentent à eux, d'orientation des usagers vers les réponses à leurs besoins en prenant en compte **l'intégralité des ressources disponibles, qu'elles soient sanitaires, sociales ou médico sociales.**



Le Guichet Intégré

- L'objectif est de proposer une **réponse harmonisée** quelle que soit la structure dans laquelle la personne entre dans le dispositif.
- Le guichet intégré induit l'évolution des pratiques de l'accueillant chargé du repérage des alertes associées à la demande amenant à l'analyse des besoins.





« Gestionnaire de cas » = 3^{ème} mécanisme de l'intégration

= Case Manager

=
(Recherche de synonymes)

Gestionnaire de situation
complexe à domicile, décompensée ou non

=
Réfèrent de suivi

Personne ressource

=
Coordonnateur

=
Chef d'orchestre

=
Médiateur, conciliateur

=
Porte-parole, messenger, intermédiaire (advocacy)

=
Facilitateur

=
Conseiller, guide, aidant



Critères d'accès à la Gestion de Cas = 3 critères validés

CNSA 14 mai 14

En l'absence de situation médicale aiguë ou de crise,
la gestion de cas s'adresse à une personne de 60 ans et plus qui souhaite rester à domicile

Une personne peut bénéficier d'un gestionnaire de cas si les **3 critères suivants sont présents** :

1- Critère 1 validé si : Si l'un des trois problèmes est absent, la situation ne relève pas de la gestion de cas. Si les trois problèmes sont présents, le critère est validé

Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :

- a. problème d'**autonomie fonctionnelle** (AVQ et/ou AIVQ)
- b. et problème relevant du **champ médical**
- c. et problème d'**autonomie décisionnelle**

Autonomie décisionnelle : altération du processus décisionnel avec pour conséquences des difficultés de gestion administrative et financière, de protection de soi et de sécurité affective et matérielle, d'élaboration d'un projet de vie, d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins.

2- Critère 2 validé si :

- Aides et soins insuffisants ou inadaptés

3- Critère 3 validé si :

- Pas de personne ressource ni d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins.

En conclusion : si les 3 critères sont validés alors la multiplicité des champs à suivre et l'intensité de l'accompagnement (fréquent et continu dans tous les domaines) nécessite le suivi par un gestionnaire de cas

NB : Un simple renforcement des aides n'est pas suffisant pour mobiliser un gestionnaire de cas

Si un des critères au moins n'est pas validé, la situation ne relève pas de la gestion de cas. Elle devra être orientée vers un autre service du guichet intégré.





Missions

Accompagnement intensif et continu pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées en situation complexe.

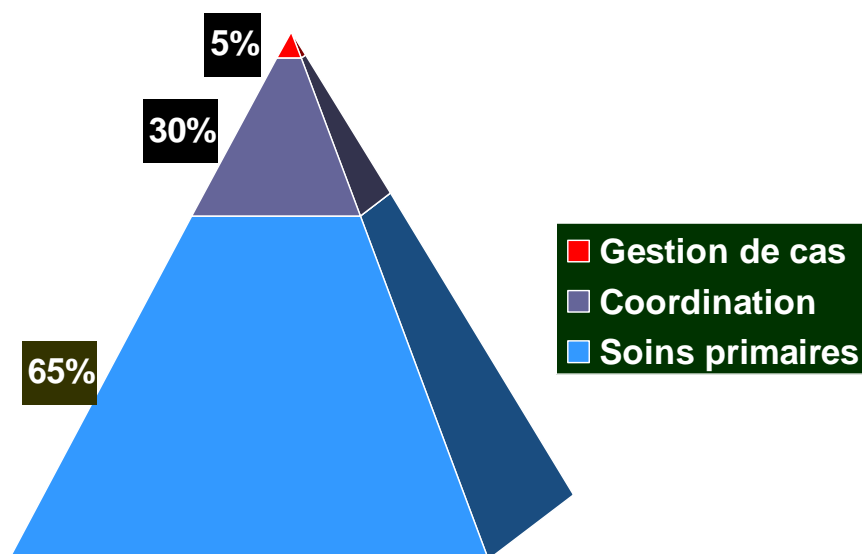
La gestion de cas permet de faire remonter les éventuels dysfonctionnements du système observés sur le territoire pour que les professionnels décident d'actions correctives afin d'améliorer le système de prise en charge.

Ce repérage donne lieu à des travaux en table tactique et validation en table stratégique.

Le résultat des travaux peut connaître un développement régional.



Public Cible





Coresponsabilité/ Intégration

- Le **gestionnaire de cas** est le garant de la mise en œuvre de la concertation, de la coordination pluridisciplinaire, de la démarche intégrative autour de la personne âgée. Rôle d'expertise et acteur intégrateur au niveau clinique.

Mise en œuvre de la coresponsabilité.



EN VOUS REMERCIANT
POUR VOTRE ATTENTION

Béatrice Lorrain Pilote MAIA

Tél. 03 89 36 64 10
lorrain.b@haut-rhin.fr






Discriminations dans le champ de la santé : quelles réalités ? Quels impacts sur les pratiques professionnelles ?

11 juin 2015 Mulhouse

Fiche Expérience



Réalisée dans le cadre de l'après-midi de réflexion et d'échanges, sur la base d'un entretien réalisé en mai 2015

Dispositif 	MAIA – Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie.
Structure porteuse Département  Haut-Rhin	Conseil départemental du Haut-Rhin
Personne contact	Béatrice Lorrain Pilote MAIA Région Mulhousienne 67 rue du Manège - 68100 MULHOUSE Tél. 03 89 36 64 01 - Port. 06 72 96 06 37 lorrain.b@haut-rhin.fr
Site web	http://www.solidarite.haut-rhin.fr/Solidarite_PA_MAIA.aspx
Contexte et Constats de départ	<p>Les MAIA se sont progressivement mises en place à partir de 2008 sur l'ensemble du territoire avec la mise en œuvre des plans Alzheimer. Ce sont les revendications des familles qui ont été à l'origine de leur création. C'était, en effet, « le parcours du combattant » pour permettre à leurs proches malades d'avoir accès à l'ensemble de leurs droits. Un des constats principaux était le suivant : le nombre important de professionnel-le-s et d'institutions intervenant auprès d'une personne malade. Ainsi, pour certaines personnes, jusqu'à 14 professionnel-le-s représentant six services différents (hôpital, médecine de ville, service d'aide à domicile, ...) sont concernés. Ceci amène forcément de la complexité, car les cultures professionnel-le-s, les missions, les rôles, les pratiques vont différer.</p> <p>Il est alors demandé à une personne âgée avec des problèmes cognitifs de « s'en sortir dans une vraie jungle » pour accéder à des aides (pas forcément financières, mais par exemple « savoir à qui s'adresser si je ne sais plus me laver »...) La question de ces familles d'usager-e-s était donc la suivante : comment faire en sorte que les professionnel-le-s se travaillent différemment ensemble et que le système s'adapte à ces usager-e-s, et non l'inverse ?</p> <p>La MAIA de la région mulhousienne a été créée en 2009. Elle est portée par le Conseil départemental du Haut-Rhin et financée par l'Agence régionale de santé.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none">- Répondre aux besoins des malades et de leurs proches- Mobiliser l'ensemble des acteurs-trices sur un territoire donné- Travailler aux dysfonctionnements repérés dans une optique de responsabilité collective et de solidarité entre professionnel-le-s en créant une culture commune- Construire des politiques publiques plus adaptées

Public cible	Personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée Ensemble des professionnel-le-s intervenant auprès de ce public
Comment ça fonctionne ?	Les MAIA travaillent selon la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie. Cette méthode repose sur les principes méthodologiques suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Décloisonner les approches professionnelles - Travailler les outils à la disposition des intervenant-e-s de manière concertée et collaborative - Mettre en place un système de référent-e-s pour les personnes malades, et pour les situations les plus complexes, un système de coordinateur-trice unique ou « case-manager ». En 2013, ce sont 200 cas parmi les plus lourds qui ont été gérés par ce dispositif. Le « case manager » a plusieurs missions : <ul style="list-style-type: none"> - être un chef d'orchestre et coordonner au mieux les interventions - constituer des groupes de travail autour des difficultés et dysfonctionnements repérés pour y remédier de manière concertée et collaborative - faire remonter régulièrement les constats et les propositions vers les institutions (Agence régionale de santé, Conseil départemental) pour améliorer et adapter les politiques publiques
Les outils développés	Les outils développés sont notamment : <ul style="list-style-type: none"> - Le guichet intégré : il consiste pour les professionnel-le-s à orienter vers le partenaire compétent pour chaque demande posée par la personne malade ou son proche. - Les « tables tactiques » qui consistent à réunir l'ensemble des acteurs-trices d'un territoire autour de problématiques identifiées par le ou la « case manager ».
Limites	Les principales limites rencontrées sont liées à la dynamique de changement que la création des MAIA souhaite impulser : <ul style="list-style-type: none"> - La durée car les processus de changement sont des temps longs - Les résistances pouvant être rencontrées de la part de certain-e-s professionnel-le-s pour faire évoluer leurs pratiques vers plus d'intégration
Atouts	Les atouts de ces MAIA sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - bénéficier d'un-e « pilote », d'un coordinateur-trice qui a pour mission de porter la dynamique dans la durée et d'offrir l'appui logistique et technique - permettre l'émergence d'un sentiment de co-responsabilité entre professionnel-le-s impliqué-e-s autour de situations délicates - répondre à l'objectif fixé, à savoir mieux répondre aux besoins des malades d'Alzheimer et leurs familles
Impacts	Aucune étude d'impact n'a été réalisée à proprement parler au niveau national ou local. Concernant la MAIA de la région mulhousienne, les retours des professionnel-le-s sont positifs concernant une meilleure connaissance réciproque. Concernant les usager-e-s, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie a pour projet de lancer une étude, pour voir si, par exemple, la présence d'une MAIA a des impacts sur les passages aux urgences.
Quels liens avec la prévention et la lutte contre les discriminations ?	Ce dispositif des MAIA n'a pas directement pour objectif affiché de prévenir et de lutter contre les discriminations. Pour autant, certains de ses objectifs convergent avec ceux de la prévention et la lutte contre les discriminations : <ul style="list-style-type: none"> - permettre une réelle égalité d'accès aux soins et aux dispositifs - faire évoluer les pratiques et les regards envers les usagers mais également entre professionnel-le-s - agir sur les pratiques, le fonctionnement, le système - mettre en œuvre une démarche collective pour pallier aux dysfonctionnements repérés.

L'OBSERVATOIRE

des

DISCRIMINATIONS

et

LA LAÏCITE

De sa création à nos jours,...

INTRODUCTION

Depuis octobre 2003 le Centre hospitalier de Mulhouse (CHM) est doté d'un Observatoire des Discriminations (rebaptisé par la suite Observatoire des Discriminations et de la Laïcité - 2014). Notre existence fait suite à la toute première formation qui a vu le jour en 2003.

En effet, quelques semaines après, nous nous sommes réunis pour faire le point et surtout faire un constat à savoir : qu'est ce qui existe au niveau du CHM ? Notre première réaction fut de dire « il n'y a rien ». Et pourtant si le CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail), les syndicats, la direction des usagers et de la communication et la direction peuvent répondre à ce genre de problème, il est vrai que les agents hésitent souvent à se confier à ces institutions.

Notre mise en route n'a pas été évidente !

Il a fallu rédiger le protocole régissant le fonctionnement de l'Observatoire des discriminations et de la laïcité (ODL) et le faire valider par le CHSCT, établir un axe de travail, créer un logo et des plaquettes d'information. Notre groupe est composé à ce jour de 11 membres, toutes et tous bénévoles deux venant de nous quitter !



Notre premier logo

QU'AVONS-NOUS FAIT DEPUIS NOS DEBUTS ?

- Nous avons rencontré les responsables des syndicats, de la médecine du travail, des services sociaux, de l'école d'infirmier-e-s pour faire l'état de la situation, ainsi que le DRH de Peugeot où a été établi un accord sur la diversité et la cohésion sociale dans l'entreprise (*visant à mettre en œuvre des mesures pragmatiques pour faciliter la compréhension, l'intégration et la gestion des différences dans l'entreprise*).
- Nous avons fait paraître un article dans le CHMILBLIC de février 2004 et juin 2007. Un prochain article est prévu en 2015.
- Nous avons organisé une conférence-débat sur le thème « l'observatoire des discriminations » en avril 2005 (interne à l'hôpital).

- Nous avons élaboré des plaquettes d'informations et des affiches A3 qui sont diffusés au CHM (mises à jour en 2012/2013 et plus récemment en janvier 2015).
- Nous avons créé un diaporama qui est diffusé en boucle dans la salle d'attente des urgences de l'hôpital Emile Muller.
- Des formations ont lieu chaque année sur le thème bien évidemment de la discrimination avec des intervenant-e-s professionne-le-ls et l'aide précieuse du service de formations.
- Nous effectuons des rencontres dites « de terrain » (Urgence, pôle Femme-Mère-Enfant pédiatrie, service technique, pneumo, cuisine centrale, service social...). Il nous semble en effet important de prendre contact avec les services pour d'une part les sensibiliser à notre action de lutte contre la discrimination et d'autre part pour analyser la situation au sein du service visité à savoir :
 - Y a-t-il discrimination ? si oui de quel ordre ?
 - Comment réagissent les agents ?
 - Comment sont traités les cas ?
- Nous avons sensibilisé les cadres quand au problème de la discrimination par le biais d'un forum de l'encadrement en novembre 2007.
- **Nous avons, en 2013 :**
 - procédé au changement de notre logo ; les "petits fantômes" étaient bien mais semble t-il pas assez percutants.



Notre nouveau logo

- réalisé un questionnaire d'enquêtes diffusés à l'ensemble du personnel hospitalier avec courant 2014 diffusion des résultats,
- réalisé un bulletin d'information distribué dans les services de soins (cf annexe).
- **Nous avons en 2014 :**
 - poursuivi nos réunions et surtout nos visites de terrain,
 - organiser une nouvelle formation interne au CHM,
 - élaboré la synthèse du questionnaire qui a été diffusé à l'ensemble du personnel hospitalier.
 - ↳ Il en ressort que :
 - 1 personne sur 2 connaît l'ODL,
 - 9 personnes sur 10 trouvent cela utile,
 - 40 % souhaitent être davantage informées
- **Nos objectifs pour 2015 :**
 - Ouvrir notre groupe au CH de Cernay, Thann, Bitschwiller Lès Thann et St Louis
 - poursuivre notre action d'information et de sensibilisation,
 - réaliser un nouveau bulletin d'information,
 - refaire une nouvelle formation.

NOTRE BUT EN PRATIQUE

Bien sûr donner des avis sur toutes situations internes à l'établissement où des agents, des candidats à des emplois ou des usagers pourraient être considérés ou se considérer comme victimes de discrimination

Si un agent fait appel à nous il est dans un premier temps entendu par deux membres de l'ODL. Puis, dans un deuxième temps, nous en discutons au sein du groupe. Le cas échéant nous pouvons demander à la personne de venir témoigner directement avec les membres de l'ODL.

Nous n'émettons aucun jugement : nous cherchons à comprendre et à trouver un moyen d'entente ou une solution. Nous avons un **rôle de médiateur**. C'est à la fois peu et à la fois beaucoup : souvent le dialogue suffit à « percer » l'abcès.

A partir de là nous lui apportons notre point de vue, la conseillons quant à l'attitude à adopter et l'orientons si besoin vers l'instance la plus appropriée à savoir le CHSCT, les syndicats, ou encore la DRH. Bien entendu, si elle le souhaite nous pouvons l'aider et l'assister dans ses démarches.

A ce jour, et vraiment peu importe le nombre de dossier que nous avons été amenés à étudier, les agents qui ont fait appel à nous ont trouvé un lieu d'écoute, d'aide et nous ont fait confiance.

Mais la vocation de l'ODL n'est pas seulement d'aider la personne en lui proposant des pistes pour régler ses problèmes.

Nous voulons avant tout faire savoir haut et fort que la discrimination est totalement illégale comme le mentionne entre autre la loi n° 2001-1066 du 16/11/2001. Cette loi n'est pas la seule, il suffit de surfer sur le net pour s'en rendre compte. C'est pourquoi, à notre sens, la lutte contre de tels agissements passe d'abord **par l'information**.

Il est certain que, malgré un arsenal juridique important, les pratiques discriminatoires, bien qu'illégales, sont réelles. L'analyse du phénomène est difficile, les pratiques discriminatoires étant souvent souterraines, insidieuses, parfois indirectes et plus rarement écrites. Les contentieux sont rares, la preuve de la discrimination étant particulièrement difficile à apporter et la « victime » n'osant pas trop en parler craignant d'éventuelles répercussions.

Pour toutes ces raisons nous avons également **un rôle de « veille » ou de prévention** car lutter contre la discrimination c'est d'abord en parler. L'Observatoire est là pour le rappeler et sensibiliser tous les acteurs du GHR (groupement hospitalier régional sud alsace) à ce problème.

EN CONCLUSION,

Pour rejoindre notre groupe, il suffit d'avoir suivi la formation sur la discrimination qui a lieu une fois par an. Il suffit ensuite de nous adresser un mail ou un courrier motivant la demande. La demande sera « étudiée » par le groupe et la réponse communiquée dans les plus brefs délais.

Nous nous réunissons régulièrement pour faire le point. Des réunions extra ordinaires peuvent avoir lieu à la demande de l'un ou l'autre des membres.

Nous sommes toutes et tous des **bénévoles**. Bien entendu les réunions et toutes les démarches entreprises au titre de l'ODL sont prises sur le temps de travail. Nous n'avons pas d'autre contrepartie si ce n'est la satisfaction de pouvoir aider, d'une manière ou d'une autre tous ceux qui le souhaitent.

Je le rappelle, **nous ne sommes pas là pour juger mais pour aider** les agents à travailler dans les meilleures conditions possibles.

Les maîtres mots sont : « **la discrimination est un délit** » et surtout « **nous ne devons jamais baisser la garde** » !

La discrimination n'est pas une fatalité, Vous pouvez vous défendre !



N'hésitez pas à nous contacter, nous pouvons vous aider.

BULLETIN D'INFORMATION

Septembre 2013

AZHAR Mourad
Ouvrier professionnel
Service "régulation logistique"
☎ 03.89.64.68.11

BOISNE Colette
Infirmière
Service des Urgences
☎ 03.89.64.86.12 ou 03.89.61.40

CALISKAN Fatma
Agent de service hospitalier
Bloc opératoire - EM2
☎ 03.89.64.64.64 poste 47691

CALISKAN-GUVEN Güler
Infirmière
Service d'ophtalmologie
☎ 03.89.64.64.64 - poste 44121

COURTOT François
Directeur Adjoint
Direction
☎ 03.89.64.79.04
✉ courtotf@ch-mulhouse.fr

FUCHS Solange
Cadre sage femme
Pôle Femme Mère Enfant
☎ 03.89.64.72.97
✉ fuchss@ch-mulhouse.fr

ISELIN Caroline
Adjoint administratif
CFCT
☎ 03.89.64.67.06
✉ iselinc@ch-mulhouse.fr

KARBAN El Hassan
Technicien supérieur Hospitalier
Direction des systèmes d'information
☎ 03.89.64.64.64 poste 46849
✉ karbane@ch-mulhouse.fr

LE ROI Pascale
Secrétaire médicale
CFDT
☎ 03.89.64.67.05
✉ leroip@ch-mulhouse.fr

METCHAT Habiba
Infirmière
Service de psychiatrie
☎ 03.89.64.75.28

PERRIN Isabelle
Secrétaire médicale
Radiologie viscérale & gynécopédiatrique
☎ 03.89.64.70.23
✉ perrini@ch-mulhouse.fr

VIRTEL Pierre
Représentant des usagers
☎ 06.76.28.49.51
✉ pvirtel.alsacecardio@free.fr

"La discrimination est la restriction portée, volontairement ou non, à l'égalité des droits, à l'égalité des conditions de leur exercice, à l'égalité des chances, mais aussi à l'égalité des obligations de chacun et de tous".

Cette restriction peut avoir comme origine des critères portant sur l'âge, le sexe, la situation de famille, l'orientation sexuelle, les mœurs, l'appartenance à une ethnie ou à une race, les convictions religieuses, l'apparence physique, le handicap....

Nous sommes un lieu d'écoute, d'aide, d'accompagnement, de soutien, dans toutes situations internes au Centre Hospitalier de Mulhouse, où des agents, des candidats à des emplois, des usagers pourraient être considérés, ou se considérer, comme victimes d'une discrimination.

Rapide bilan de l'ODL

- 2005 naissance de l'od (Observatoire des Discriminations),
- 2012 l'od est rebaptisé odu (Observatoire des Discriminations et de la Laïcité),
- Le groupe est composé de 12 membres.
- Il se réunit 5 à 6 fois par an et plus lorsque des agents font appel à lui.
- Une formation de deux jours, ouverte au personnel hospitalier, est programmée chaque année avec la participation d'un intervenant extérieur au CHM.
- Nous nous présentons dans les différents services du CHM pour nous présenter, expliquer notre rôle et distribuons des plaquettes d'informations.

Sauriez-vous retrouver l'auteur de ces paroles ?

...
Quelque soit le prix qu'on se donne
On nage dans le même aquarium
On partage le même royaume

Où vous, vous êtes et nous, nous sommes
Où nous sommes des hommes pareils
Plus ou moins nus sous le soleil
Tous tendus vers l'espoir de vivre
Qu'est-ce qu'on vous apprend dans les livres
S'il y manque l'essentiel... ?
S'il y manque l'essentiel... ?
J'aime mieux ce monde polychrome
Où vous, vous êtes et nous, nous sommes...
Des hommes pareils...

Francis Cabrel - Des hommes pareils

Discrimination et idées reçues

Le paradis, c'est le lieu où :
Les Français sont les cuisiniers, les Italiens sont les amants, les Anglais sont les policiers, les Allemands sont les mécaniciens et le tout est organisé par les Suisses.

L'enfer c'est le lieu où :
Les Anglais sont les cuisiniers, les Suisses sont les amants, les Allemands sont les policiers et les Français sont les mécaniciens et le tout est organisé par les Italiens.

Testez vos connaissances !

Propos entendus au CHM :

"C'est quelqu'un issu de la ZUP... ça doit être une CMU !"

Vrai Faux

Non, ça n'a rien à voir.

Connaissez-vous la différence entre ?

CMU ^① de base	CMU ^① C (Complémentaire)
<p>① Couverture Maladie Universelle</p> <p>Le droit pour tous d'accéder à une prise en charge des soins de santé.</p> <p>Permet l'accès à l'assurance maladie pour toute personne résidant en France, depuis plus de 3 mois de manière stable et régulière, avec ou sans domicile fixe et qui n'est pas déjà couvert par un régime de Sécurité Sociale.</p> <p>Elle est gratuite pour les assurés ayant un revenu inférieur à un plafond déterminé, les autres devant s'acquitter d'une cotisation de 8% de la part de leurs revenus fiscaux supérieurs à un plafond.</p>	<p>Attribution sous conditions de ressources.</p> <p>Prise en charge gratuite de ce qui n'est pas couvert par les régimes d'assurance maladie obligatoire.</p>

Exemple :

M X., rentier, peut avoir : - La CMU
- Une mutuelle privée

Mme Y., salariée, peut avoir : - Une prise en charge d'une assurance maladie obligatoire
- Une mutuelle privée ou éventuellement selon ses revenus une CMU-C

M Z., sans emploi depuis plusieurs mois et n'ayant plus de droits ouverts au titre de l'assurance maladie, a : - La CMU
- La CMU-C

Tous ensemble mais
tous différents !!!



Discriminations dans le champ de la santé : quelles réalités ? Quels impacts sur les pratiques professionnelles ?

11 juin 2015 - Mulhouse



Expérience des auxiliaires de vie sociale entre vécu raciste et risque d'ethnisation

Par Chantal MAZAEFF

Directrice Adjointe, Institut supérieur social de Mulhouse (ISSM)

Chantale Mazaëff est directrice adjointe de l'ISSM. Elle a été auparavant assistante de service social 20 ans et formatrice pendant une dizaine d'années. Elle a mené des travaux en sociologie de l'immigration et s'est particulièrement intéressée aux thématiques de l'identité, des croyances, de l'interculturel... C'est à partir de cette expérience de formatrice, lors des cours donnés avec les auxiliaires de vie sociale (AVS) ou futur-e-s AVS sur l'immigration ou l'interculturel qu'elle a pu entendre et saisir que cette place, pour les professionnel-le-s ou les stagiaires dont l'apparence laisse à penser qu'ils sont référés à l'immigration, n'est pas une place simple à tenir, à différents niveaux.

Pourquoi cette intervention ?

En évoquant avec Gaëlle et Emilie le projet d'organisation de cette rencontre, il m'a semblé intéressant de proposer de nous arrêter autour de la question des discriminations que peuvent vivre des professionnel-le-s AVS ou en formation dont l'apparence physique renvoie à une origine étrangère, alors que nous portons habituellement le regard sur les personnes qui sont l'objet de l'intervention, angle à partir duquel les discriminations sont envisagées.

Un mot sur la manière de nommer...

Nous entrons déjà là dans la problématique, comment nommer les personnes lorsque ce sont des attributs apparents qui vont faire la différence entre une personne supposée être française parce que blanche de peau et une autre renvoyée à une identité étrangère parce que son visage renvoie à une apparence non française, arabe par exemple. Ainsi la couleur de peau ne dit pas la nationalité ni la religion. Or nous savons, et c'est là que commence parfois l'expérience du racisme, les personnes présentant des attributs différents de la norme dominante sont parfois nommées et donc classées dans les représentations les plus ordinaires comme des étrangers ou immigrés. Cette classification va alors être conviée dans les interactions sociales ou individuelles, de manière parfois inattendue et peu explicite, mais parfaitement efficace et pouvant véhiculer alors bon nombre de représentations négatives et stigmatisantes.

« De où je parle »... ou les différentes sources méthodologiques bases de cette intervention

Le propos que je vous présente cette après-midi est le reflet d'une réflexion qui croise les échanges que j'ai pu avoir avec des professionnel-le-s AVS en formation continue ainsi qu'avec des futur-e-s professionnel-le-s AVS, en formation à l'ISSM et réalisant des stages au sein des institutions de l'aide à domicile.

J'ai pu échanger particulièrement avec deux futures AVS. L'une se présente comme « *alsagérienne ou alsacienne d'adoption* » tandis que l'autre se définit comme « *française d'origine sénégalaise* » et est noire de peau. Pour la première d'entre elles, nous pouvons souligner l'intelligence de situation qu'elle montre en réfutant toute réduction identitaire à sa nationalité algérienne qui devient un objet valorisant en le mixant avec une identité alsacienne dont elle joue. La stratégie qu'elle met en mot l'amène à utiliser l'humour en cas de tensions, notamment lorsqu'elle entend des propos du type « *toi dans ton bled...* »

Je rajoute que ces constats sont partagés par des étudiant-e-s en travail social, assistant-e social-e ou éducateur-trice spécialisé-e, ainsi que par des professionnel-le-s en poste avec lequel-le-s j'ai l'occasion d'évoquer ces dynamiques de discrimination voire d'assignation identitaire. C'est à partir de ces trois « entrées » que je vais prendre la parole, une parole nécessairement subjective parce que ne résultant pas d'une étude aux contours « scientifiques » mais une parole qui vient poser un certain regard sur une question peu évoquée dans nos sphères professionnelles. Pour finir de poser les principes méthodologiques quant à ce propos, différents travaux de recherche m'ont servi d'appui : un article de Mireille GARCIA, doctorante encore en 2013, auteure de *Auxiliaire de vie sociale : des compétences relationnelles masquées*² ; un article évoquant l'ouvrage de Christelle AVRIL, *Les aides à domicile, un autre monde populaire*, publié à La Dispute, en 2014³.

Le métier d'AVS

Avant d'entrer dans le vif du sujet, je souhaite m'arrêter rapidement sur le métier d'AVS. Il a été créé en 2002, prenant la suite du CAFAD⁴. Le champ d'action de l'AVS est quasi exclusivement le domicile des personnes aidées. « *L'intervention vise à répondre à un état de fragilité, de dépendance ou de difficultés passagères dû à l'âge, à la maladie, au handicap et/ou à des difficultés sociales... par : un accompagnement et une aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne ; un accompagnement et une aide dans les activités ordinaires de la vie quotidienne ; un accompagnement et une aide dans les activités sociales et relationnelles...* »⁵ La formation qui permet d'y accéder se déroule sur une période de 9 mois, le diplôme obtenu « *atteste des compétences nécessaires pour effectuer un accompagnement social et un soutien auprès des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes en difficulté sociale, des familles ou des enfants, dans leur vie quotidienne* ».⁶

Si ce métier est pensé pour venir en aide à des personnes en grandes difficultés, je parle là des personnes aidées, il a une autre fonction, celle d'offrir à des personnes sans emploi et souvent sans qualification, des débouchés professionnels non négligeables, malgré des conditions statutaires peu valorisantes (niveau de salaire très bas, conditions de travail difficiles, nombreux déplacements, horaires nécessitant une grande flexibilité et adaptabilité...). Et nous savons bien que ce secteur d'emploi autour du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes répond avant tout à une exigence économique et politique de création d'emploi, visant à faire baisser les statistiques du chômage.

Comme évoqué le métier d'AVS s'exerce majoritairement au domicile des personnes qui, devenues dépendantes ont besoin d'être aidées, et justement, ce lieu qu'est le domicile est le « *lieu de l'intime où ne sont autorisés à entrer que les gens choisis parentèle, amis ou connaissances proches* » (Clément, Lavoie, 2005 : 218)⁷. Mais ce lieu devient alors un lieu de travail pour l'aide à domicile.

² <http://www.unil.ch/files/live//sites/ceg/files/shared/TexteMireilleGarcia.pdf>

³ Christelle Avril, *Les aides à domicile : un autre monde populaire, chapitre II, Les conditions symboliques de travail, « Corps, santé, société », La Dispute, Paris, 2014*

⁴ Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile

⁵ Présentation du métier – <http://issm.asso.fr/se-former/accompagnement-educatif-et-social/auxiliaire-de-vie-sociale/>

⁶ Ibid

⁷ In Mireille GARCIA op cit

Entrer dans la sphère privée n'est pas un acte anodin, il peut susciter de la méfiance de la part du public (personnes âgées et/ou famille). Cette intervention au domicile amène ainsi les AVS à pénétrer dans l'intimité d'un couple, d'une personne, voire d'une famille, autour des objets les plus anodins du quotidien, mais également les objets les plus marqués par la manière dont chacun d'entre nous habite son intérieur. Vont se mettre en place des relations interpersonnelles parfois très intenses, l'AVS peut même prendre une place centrale pour la personne malade ou vieillissante...

A contrario, l'arrivée d'une personne étrangère aux deux sens du terme, étrangère au foyer et perçue comme étrangère en terme d'origine peut être vécue de manière très négative et générer des réactions de rejet viscérales qui s'expriment sans détour, je vais y revenir.

Un regard sur le corps professionnel des AVS

Ce métier est féminin à près de 99% des salarié-e-s, la représentation qui circule étant que les femmes sont « *naturellement* » compétentes pour les tâches du domicile... cette soi-disant prédisposition qu'auraient les femmes à s'occuper ce type de fonction est renforcée pour les personnes immigrées ou d'origine immigrée qui seraient, du fait de leur « *culture d'origine* » d'autant plus compétentes à exercer ce type de fonction puisqu'elles seraient dotées de compétences présumées « *naturelles* » aux emplois de ménage, nettoyage et aux soins des personnes.

Une étude réalisée en 1997 par Chantal Bordes⁸ a mis en évidence la double « *assignation sexuelle et ethnique* » en tant que femmes et immigrées pour ce type d'emploi.

Christelle Avril s'est livrée à une étude de l'intérieur par le biais une observation participante. Cette sociologue a travaillé au domicile de personnes âgées ou handicapées dans le cadre de trois associations d'aide à domicile en banlieue parisienne et a mené une enquête de terrain en immersion de longue durée (huit ans)⁹. Elle met en évidence le rapport différent au métier d'AVS selon l'origine sociale et ethnique des AVS. En effet, il lui est apparu que les « *femmes déclassées autochtones* » envisageaient le métier principalement autour de l'entretien du domicile. Ces AVS avaient exercé dans leur vie professionnelle antérieure des métiers dans la vente, le commerce, l'administratif. Mais du fait de la crise économique ou de ruptures biographiques, elles avaient perdu ces emplois et connu une lente descente dans l'échelle sociale, les amenant à ressentir leur nouvelle condition comme celle d'une relégation sociale. Cela produit alors dans leur rapport au public, une mise à distance afin de se dés-impliquer au maximum des charges émotionnelles liées à ce métier.

Par contre, pour les femmes issues de l'immigration, le métier représente une forme d'ascension sociale, une promotion qui est valorisante de par la dimension humaine qu'il comporte. Dans cette recherche, l'auteur a mis en avant qu'au-delà de la nécessité, les AVS majoritairement d'origine étrangère trouvent que ce métier leur permet de s'occuper des personnes âgées, ce qui représente une fierté.

Cette vision se retrouve dans les propos des deux futures AVS que j'ai rencontrées. Pour l'une ce métier « *c'est venir en aide, permettre l'autonomie* », pour l'autre « *c'est l'écoute et le soutien* » qui sont visés. Nous retrouvons cette logique d'ascension sociale chez chacune, « *ce métier c'est un tremplin pour moi, une reconversion choisie.* »

Je ne vais pas présenter de trop près ces deux personnes afin de préserver leur anonymat. Sachez que les deux sont mères de famille, ont plusieurs enfants, l'une est divorcée, l'autre ne voit son mari que les week-ends. Elles assument, de fait, seules les charges éducatives et ont occupé les deux un métier technique précédemment dans des grandes entreprises.

Cette vision du métier, qui diffère au sein même des promotions auprès desquelles j'interviens lors des cours sur l'immigration, m'a amenée à percevoir des tensions fortes teintées de

⁸ In Mireille GARCIA op cit

⁹ Christelle Avril, op cit

propos racistes qui se disent à demi-mot lors des échanges, rejoignant là ce que dit Mme Avril, racisme qui se cristallise autour de ces visions parfois opposées du métier.

Entre un métier qui vient souligner la perte d'un statut social pour certaines et pour d'autres une dynamique montante, se dessinent deux visions de ce qu'est le métier d'AVS.

Cela nous permet d'entrer dans notre problématique, à savoir comment dans leur exercice professionnel les stagiaires et professionnel-le-s de l'aide à domicile vivent et ressentent les propos racistes ou les postures racisantes et le risque d'ethnisation qu'elles véhiculent.

Des constats autour du vécu d'un racisme quotidien

Autant dans les travaux que j'ai pu consulter que dans les propos des AVS rencontrées, nous retrouvons là bon nombre de préjugés qui renvoient à une origine perçue de manière négative par les personnes aidées. Les termes employés sont explicites en matière de préjugé. Pour l'AVS d'origine algérienne il lui a été dit, à l'occasion de la réalisation d'une douche avec une personne âgée, « *tu ne vas pas faire un travail d'arabe* ». Pour l'AVS d'origine sénégalaise, la personne aidée a demandé à la tutrice de stage « *est-ce qu'elle sait parler et écrire le français ?* ». C'est bien le seul fait d'être noire qui a conduit à cette réduction identitaire et à l'expression de ce préjugé. Or cette personne est née en France, issue d'une famille parfaitement lettrée et dans laquelle elle est entourée de frères et sœurs qui ont des diplômes de l'enseignement supérieur.

Dans ces deux situations, les tutrices ont soutenu les stagiaires, de manière aidante mais qui peut relever également la présence de préjugé puisque, pour la première, il a été répondu « *elle fait très bien son travail* ». Cette AVS d'origine algérienne a entendu également la phrase emblématique que va prononcer toute personne se défendant de ne pas être raciste « *Non vous ce n'est pas pareil* » sous-entendu « *vous êtes arabe mais vous êtes « une bonne arabe »* »...

Nous retrouvons là des représentations historiques qui orientent les rapports entre les personnes, renvoyées pour certaines à une histoire et à des images (celle du mauvais ou du bon arabe), que là, en l'occurrence, notre AVS revendique, mixant même sa nationalité avec l'identité locale alsacienne, une jolie stratégie identitaire en l'occurrence.

Cette expérience d'un racisme latent construit sur des préjugés n'est pas nouvelle pour ces deux personnes. Il a commencé dès les années de lycée pour l'une d'entre elles, lorsqu'on lui signifiait qu'elle n'avait rien à faire dans un lycée situé au centre-ville de Mulhouse où sont accueillis majoritairement des élèves issus de familles de statut social élevé. Elle a ensuite retrouvé ce sentiment de n'être pas légitime dans l'entreprise où elle a exercé, une « *vision générale négative et spéciale* » selon ses termes. Pour l'AVS d'origine sénégalaise, elle s'est toujours sentie différente dans son entreprise, différence conduisant au rejet parce que selon ses termes « *je suis black* ». Elle a, pour entrer en formation, dû trouver un employeur, la formation étant liée à la présentation d'une promesse d'embauche. Pour ce faire, elle a envoyé plus de 20 lettres de motivations en vain, sans aucune réponse. La consonance de son nom renvoyant clairement à une origine africaine est une hypothèse, pour elle, d'un racisme renouvelé à son encontre. Elle retrouve ce préjugé négatif dans la manière dont son fils est traité à l'école, qui a été renvoyé vers un bac professionnel, car pour l'enseignant, son fils n'avait rien à faire dans un cursus général. Elle s'est élevée contre cela me disant « *je ne veux pas que mon fils vive les mêmes rejets que moi.* »

La couleur de peau peut être un obstacle omniprésent dans les relations avec les personnes aidées. Dans l'ouvrage de Mme Avril, une AVS noire, raconte qu'elle s'est vue refuser d'entrer par la personne âgée quand cette dernière l'a vue, alors qu'ayant téléphoné pour prévenir de sa venue pour un remplacement, elle était attendue. Ce type expérience négative est bien sûr connu par l'ensemble des futures AVS rencontrées en formation. Lorsque j'aborde cette question, les réponses sont assez explicites, tant en raison d'une apparence arabe qu'en fonction de la couleur de peau. Si les personnes ne l'ont pas éprouvé, elles savent par contre que ce sentiment est présent dans la relation à l'autre et elles savent qu'elles seront amenées à le rencontrer dans leur future carrière.

Ces représentations négatives peuvent être également intériorisées par les AVS, comme toute représentation qui tend à naturaliser une particularité. Dans sa recherche, Mme GARCIA montre ainsi comment une AVS accepte cette vision négative à son encontre, je reprends intégralement ses propos : « *F dans sa vie sociale personnelle a rompu avec la communauté africaine, pour pouvoir faire ses études et évoluer professionnellement, se trouve confrontée, dans le cadre professionnel, au stéréotype de l'africaine prostituée ; sa réaction, qui semble comprendre qu'on puisse lui faire ce genre de réflexion, montre l'efficacité sociale de cette représentation sociale de sa communauté* »¹⁰ en effet, F déclare en réponse « *qu'il suffit de voir les africaines, y a beaucoup de prostituées donc j'essaie de comprendre* »¹¹.

Quelle place prennent les référents culturels dans le rapport au métier d'AVS ?

Dans la recherche de Mme Avril, le fait de travailler au plus près de l'intime est une dimension qui valorise le métier pour une catégorie des AVS dans laquelle nous retrouvons les femmes immigrées. S'occuper des tâches relatives au soin du corps des personnes âgées est tout aussi important que la dimension relationnelle et psychologique de leurs activités.

Si j'ai pu retrouver ce souhait de s'investir dans la dimension relationnelle de manière forte dans les propos des deux AVS rencontrées, cependant un tabou apparaît dans le rapport au corps masculin, en référence pour les deux AVS à leur culture, mais plus encore à leur religion. Toutes les deux de confession musulmane indiquent que le rapport au masculin est complexe, entre respect et tabou, il y a là une zone d'inconfort qui est renvoyée par elles à leur différence culturelle. Ce point pourrait même être un obstacle dans la future carrière professionnelle de l'une d'entre elles, puisqu'il orientera ses choix d'employeur en fonction des publics qui lui seront confiés.

Dans le travail au domicile, la place de la cuisine est un facteur important de rencontre et de sociabilité. En l'occurrence, pour les AVS d'origine ou d'apparence immigrée la cuisine va être un facteur positif et valorisant. Notre AVS d'origine algérienne est ainsi attendue autour de ses compétences culinaires spécifiques qui participent à son acceptation au sein des foyers où elle intervient. L'enjeu pour elle est de ne pas voir cette dimension réduire toutes ses autres caractéristiques, voire d'être réduite à la bonne cuisinière exotique...

Une logique d'assignation identitaire

La question des représentations véhiculant un racisme latent, voire affiché, est une question difficile à travailler. Elle n'est pas l'objet de mon propos mais je dois souligner combien au sein même des promotions d'étudiant-e-s que ce soit pour les AVS que dans les formations d'assistant-e de service social combien ces derniers mois, le climat s'est tendu et a durci les relations entre professionnel-le-s ou entre futur-e-s professionnel-le-s. Il m'apparaît que se joue aujourd'hui de manière forte une logique de distinction au sein même de ces corps professionnels ou en devenir, une dynamique qui tend à renforcer les logiques d'appartenance identitaire aux formes de repli sur soi en écho au rejet qui prend place dans les relations sociales.

Si l'identité est le fruit d'une combinaison de plusieurs identités pour chacun d'entre nous, un bricolage, elle devient aujourd'hui un objet de tension et pour des professionnel-le-s dont les apparences les positionnent dans une filiation migratoire ils se voient renvoyés à cette origine qui n'est pas forcément celle qui les a construits ni celle qui les définit *a priori* selon eux.

Bien évidemment, les événements de début janvier sur lesquels je ne reviendrai pas ont renforcé ces processus d'assignation identitaire, amenant les intervenant-e-s sociaux dont l'apparence fait penser qu'ils seraient de confession musulmane, vision purement fictive, à devoir se situer voire à clarifier leur position, en résumé à dire de quel bord ils seraient... Nous l'avons souvent entendu lors des débats qui se sont déroulés depuis lors, en entendant également un malaise pour certains d'entre eux, que l'on évoque les terrains professionnels

¹⁰ In Mireille Garcia, p 12.

¹¹ Ibid

ou au sein même de cette école. En effet, des étudiants référés à une histoire migratoire ont même refusé de venir débattre, car ils avaient le sentiment d'être encore et toujours dans l'obligation de justifier leur légitimité à être là, sentiment qui produit de la lassitude et qui n'ouvre pas des espaces de débat selon eux.

Cependant...

La conclusion de la recherche de Mme Avril nous donne des clés de compréhension tout à fait éclairantes sur la problématique qui traverse le métier d'AVS lorsque l'on se questionne sur l'impact ethnique ou le vécu raciste qui apparaît de manière forte. Les clivages qu'elle met en avant sont très vifs, centrés notamment autour de propos et attitudes racistes. Elle écrit ainsi qu' « *il ne suffit pas de pratiquer le même métier, de partager les mêmes conditions de travail et d'occuper les plus bas degrés de la hiérarchie sociale pour constituer un groupe social unifié qui pourrait exister sur le mode d'un « nous ». Toutes ces catégories sont depuis longtemps abandonnées à elles-mêmes par une élite politique, de droite comme de gauche, qui n'a plus rien à leur offrir, en termes de stabilité d'emploi, de reconnaissance et encore moins de perspectives à moyen et long terme. On comprend dans ces conditions que le repli sur les valeurs sûres du milieu d'origine, fût-il disparu, soit un réflexe de survie.* »¹²

Pour conclure

Le risque d'un tel propos serait de réduire le contexte sur lequel nous nous penchons comme un espace social traversé par des mécanismes produisant du racisme et laissant peu d'espaces ouverts. De même, réduire les personnes à leurs origines ou à des traits culturels singuliers est une opération dangereuse car peu productive.

Et forcément, en tant que professionnel-le-, que l'on soit travailleur-euse social-e, éducatrice, assistant-e de service social, médecin, formateur-trice, étudiant-e....bref, nous ne pouvons pas passer à côté d'une réflexion qui tourne autour des questions que nous posent des postures racistes, le vécu discriminatoire et plus largement, autour des processus de repli sur soi ou sur des communautés imaginaires, autour des identités qui se construisent autour du culturel tout autant que du culturel....

Les facteurs à l'origine de ce climat sont nombreux. Ils nous renvoient au contexte socio-économique, géopolitique, culturel, Pour finir, je vais reprendre une citation d'Abdelmalek Sayad nous dit bien cela : « **Tant que persiste la bipolarité du monde divisé entre un monde noble et un monde ignoble, un monde cultivé et un monde inculte, un monde civilisé et un monde attardé, un monde riche et un monde pauvre, la référence à l'origine ne peut agir que comme une tare disqualifiante** »

¹² Christian Baudelot, « Deux façons d'exercer le même métier : contradictions au sein des classes populaires », *Lectures* [En ligne], Les notes critiques, 2014, mis en ligne le 30 juin 2014, consulté le 22 mai 2016. URL : <http://lectures.revues.org/15069>