



Centre de ressources  
politique de la ville  
intégration  
discriminations  
Grand Est

## Discriminations dans le champ de la santé

Les repérer et les prévenir tout au long du parcours de soins

mai 2016

Avec le soutien financier de :



## Préambule

---

L'écriture de la note de synthèse a été réalisée par Emilie Jung (Migrations Santé Alsace) Gaëlle Donnard (ORIV) et, co-animatrices du groupe. Elle a été complétée par deux temps d'échange en présentiel avec les membres du groupe de travail « Santé et discriminations » pour enrichissement, amendement et validation du texte.

**Migrations santé Alsace** a pour objet de contribuer à la promotion de la santé des personnes migrantes et de leur famille. L'association s'engage sur le terrain pour un égal accès aux droits et aux dispositifs de soins et de santé. Elle développe une réflexion sur la question des discriminations dans le champ de la santé depuis 2010. **Pour plus d'informations : [www.migrationssante.org](http://www.migrationssante.org)**

Contact : **Emilie Jung – Directrice Adjointe**

24 rue du 22 Novembre – 67000 Strasbourg

Tél. 03 88 22 60 22

Mail : [e.jung@migrationssante.org](mailto:e.jung@migrationssante.org)

**L'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV)** est un centre de ressources sur les questions relatives à l'intégration des populations immigrées, à la prévention des discriminations et à la cohésion sociale et territoriale. Il a pour objet de développer et de diffuser des connaissances sur ces trois thèmes. **Pour plus d'informations : [www.oriv.org](http://www.oriv.org)**

Contact : **Gaëlle Donnard – Directrice de projets**

1 rue de la Course – 67000 Strasbourg

Tél. : 03 88 14 35 89

Mail : [g.donnard@oriv.fr](mailto:g.donnard@oriv.fr)

## Table des matières

Introduction.....	5
Démarche – Contexte et objectifs .....	5
Atouts et limites de la démarche .....	5
Pourquoi et comment travailler sur les discriminations dans le champ de la sante ? ..	7
Discrimination : de quoi parle-t-on ?.....	7
1. Une notion ancrée dans le droit .....	7
2. Un phénomène multiforme.....	9
3. Une attention particulière aux discriminations liées à l'origine.....	9
Les discriminations dans le champ sanitaire : quelles réalités ?.....	10
1. Les refus de soins.....	10
2. Les discriminations tout au long du parcours de soins .....	12
3. Les discriminations du point de vue des usager-ère-s .....	12
L'articulation avec les inégalités sociales de santé : quelles différences ? Quelles convergences ?.....	13
Les risques discriminatoires dans la relation soignant-e / soigné-e.....	15
La barrière de la langue .....	15
Les représentations.....	16
1. Les représentations sur la « différence culturelle » .....	17
2. La démarcation entre les « bon-ne-s » et les « mauvais-e-s » patient-e-s ..	17
3. Entre préjugés racistes et pratiques discriminatoires...Demandes des patient-e-s et positionnements des professionnel-le-s .....	18
L'écoute des situations de discrimination .....	20
Les pistes de travail pour prévenir et lutter contre les discriminations dans la relation entre soignante-e et soigné-e.....	21
Les difficultés de coordination du parcours de soins : révélatrices de discriminations systémiques ?.....	23
Dispositifs et outils de coordination : repérer l'existant .....	23
1. Les missions du médecin généraliste...la coordination entre théorie et pratique .....	23
2. Outils et dispositifs de coordination en Alsace .....	24
Les difficultés de coordination : une multiplicité de freins liés au système de santé ..	25
1. La santé : un champ très particulier .....	25
2. Le contexte économique du champ de la santé .....	25
3. La hiérarchie dans le champ de la santé et le cloisonnement des cultures professionnelles.....	27
4. L'insuffisant traitement de ces thématiques dans les formations initiales et continue.....	28
Des difficultés de coordination aux risques discriminatoires... ..	28
1. Des moments de fragilité spécifiques.....	28
2. Des publics plus exposés aux risques de discriminations et d'inégalité de traitement .....	29

Les pistes de travail pour renforcer la coordination au quotidien .....	31
1. Se former.....	31
2. S'appuyer sur le réseau d'acteurs et d'actrices .....	32
3. Valoriser la fonction de coordination .....	32
Les recours légaux en cas de discrimination dans le champ de la santé : des possibilités nombreuses, des saisines rares.....	33
Les procédures amiables ou « non juridictionnelles » .....	33
1. Le Défenseur des droits.....	33
2. La Commission des relations avec les usager-ère-s et de la qualité de la prise en charge (CRUPQC) .....	34
3. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) .....	34
Les procédures disciplinaires .....	35
Les procédures juridictionnelles .....	36
Les pistes de travail pour un meilleur usage du droit et des voies de recours .....	37
Conclusion.....	38
Liste des annexes.....	40
1 – Liste des sigles utilisés.....	41
2 – Présentation du projet aux partenaires.....	42
3 – Composition du groupe et réunions réalisées.....	44
4 –Extraits des textes juridiques.....	45
5 – Les critères de discriminations – par dates d'apparition .....	46
6 – Les procédures de traitement des réclamations .....	48
7 – Bibliographie .....	51

# INTRODUCTION

## DEMARCHE – CONTEXTE ET OBJECTIFS

Fin 2013, Migrations Santé Alsace et l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV) ont initié, avec le soutien de la DRJSCS<sup>1</sup>, une démarche de réflexion collective sur les discriminations liées à l'origine dans le champ de la santé. Des professionnel-le-s de santé, intéressé-e-s par le sujet, se sont alors impliqué-e-s dans un groupe de travail, co-animé par les deux associations, qui s'est réuni à plusieurs reprises en 2014 et 2015 (cf. annexe 2, page 42).

A partir des échanges sur leurs pratiques et leurs expériences, la démarche a poursuivi les objectifs suivants :

- repérer les phénomènes ou risques discriminatoires présents dans le champ de la santé,
- réfléchir collectivement aux pistes d'amélioration des pratiques et des fonctionnements institutionnels en partant de situations identifiées,
- identifier les leviers d'action pour, au quotidien, prévenir les risques de discrimination et agir face à des situations de discrimination.

Cette note vise à synthétiser et restituer l'ensemble des réflexions et problématiques soulevées.<sup>2</sup>

## ATOUS ET LIMITES DE LA DEMARCHE

**Un atout du groupe de travail a été sa diversité** en termes de :

- métiers : infirmiers-ères, médecin, cadre de santé, assistant-e sociale, etc.
- spécialités : gériatrie, addictologie, ...
- contextes d'intervention : médecine de ville, hôpital, intervention à domicile, protection maternelle et infantile, médecine scolaire, action sociale
- institutions : collectivité territoriale, institution hospitalière, association...

Cette pluralité a favorisé la prise en compte globale du champ sanitaire. Elle a permis, en outre, une meilleure connaissance des missions et conditions d'exercice de chacun-e et de construire un regard croisé sur les problématiques abordées. Bien sûr, cette pluralité a aussi ses limites dans la mesure où chaque contexte d'intervention n'a pas pu faire l'objet d'une analyse fine, ceci pouvant être complété de recherches plus spécifiques.

**Un deuxième atout a été de partir de situations concrètes vécues par les professionnel-le-s.** Cela a permis de donner corps au concept de « discrimination » qui revêt des formes diverses, souvent diffuses et encore peu documentées. Les analyses des situations ont permis :

- d'évoquer des thématiques plus larges telles que la coordination, l'économie de la santé, l'organisation du travail, les protocoles, les représentations, les liens avec les inégalités sociales de santé...
- de prendre en compte la complexité et l'enchevêtrement des facteurs de discrimination (pathologies graves, vulnérabilité sociale, barrière de la langue, multitude d'acteurs concernés, effet cumulatif du vécu des patient-e-s...)

---

<sup>1</sup> Direction Régionale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion Sociale

<sup>2</sup> Pour une présentation du projet, cf. annexe « présentation du projet aux partenaires », p. 42

Un des enjeux lié à cette démarche a été d'identifier les processus de discrimination : les situations ont porté parfois sur des cas flagrants de discrimination, parfois sur des inégalités de traitement moins visibles. L'analyse a tenté de dégager les différents niveaux de responsabilités : de la responsabilité individuelle d'un-e professionnel-le jusqu'aux responsabilités collectives liées au fonctionnement plus général du système de santé.

Cependant, en partant des situations remontées par les professionnel-le-s, nous avons été confronté-e-s à la limite suivante : celles-ci sont nécessairement liées aux ancrages et préoccupations professionnels des membres du groupe et ne brassent pas l'ensemble des discriminations liées à l'origine présentes dans le champ de la santé. La réflexion présente donc certains « angles morts ». Notamment, les discriminations en direction des personnes étrangères en situation irrégulière sont peu ressorties. Elles mériteraient un travail d'analyse à elles seules<sup>3</sup>.

**Un troisième atout a été de porter un regard collectif sur cet enjeu politique d'égalité,** de sortir du sentiment d'isolement et de réaffirmer les valeurs éthiques du champ de la santé. Les professionnel-le-s présent-e-s étaient porté-e-s par cet engagement. C'est ce regard collectif que nous essayons de retraduire dans cette note de synthèse, même si le passage par l'écriture pose nécessairement la question du filtre, des interprétations et de la sélection des idées<sup>4</sup>.

Cette note de synthèse structure les échanges et analyses du groupe en quatre temps. Après avoir présenté le cadre théorique et les différentes enquêtes autour de la notion de discrimination, nous verrons dans quelle mesure la relation entre les soignant-e-s et les soigné-e-s peut être porteuse de risques discriminatoires. Puis nous analyserons comment le parcours de soins et plus particulièrement les difficultés de coordination peuvent entraîner des discriminations systémiques. Enfin, nous reviendrons sur les recours légaux envisageables en cas de discriminations.

Le travail du groupe a permis de défricher de grandes thématiques et des pistes de réponses pour lutter contre et prévenir les discriminations dans le champ de la santé. Il se veut aussi une invitation à poursuivre la réflexion.

---

<sup>3</sup> Pour plus d'éléments autour de cette question, nous renvoyons vers l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (<http://www.odse.eu.org/>).

<sup>4</sup> L'écriture de la note de synthèse a été réalisée par E. Jung (Migrations Santé Alsace) G. Donnard (ORIV) et, co-animatrices du groupe. Elle a été complétée par deux temps d'échange en présentiel avec les membres du groupe pour enrichissement, amendement et validation du texte.

# POURQUOI ET COMMENT TRAVAILLER SUR LES DISCRIMINATIONS DANS LE CHAMP DE LA SANTE ?

Les premières questions qui ont traversé les échanges du groupe étaient les suivantes : qu'est-ce qu'une discrimination ? Comment savoir si une situation vécue, jugée problématique par les professionnel-le-s, relève de la discrimination ? Comment distinguer la question des discriminations de celle, plus larges, des inégalités sociales de santé ?

Cette première partie se propose de :

- poser, de manière synthétique, le cadre théorique et juridique de la notion de discrimination ;
- faire un point sur différentes études et enquêtes qui ont tenté de « donner corps » à la discrimination dans le champ de la santé et d'analyser les formes qu'elles peuvent revêtir ;
- revenir plus globalement sur les articulations entre discriminations et inégalités sociales de santé.

## DISCRIMINATION : DE QUOI PARLE-T-ON ?

### 1. Une notion ancrée dans le droit

La notion de discrimination bénéficie d'un cadre juridique. Elle 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 préjudice. La liste des critères s'est élargie au fil des évolutions sociales et embrasse un certain nombre de situations d'inégalités, liées à l'origine, mais également au sexe, au handicap, à l'orientation sexuelle.

Dans le code pénal<sup>5</sup>, les éléments clés qui permettent de supposer qu'une situation est discriminatoire sont les suivants :

- **Il s'agit d'un acte** (et non seulement d'une intention),
- **de sélection, de tri ou de différence de traitement** : comparer l'accueil ou la prise en charge de différent-e-s patient-e-s est donc essentiel pour savoir s'il s'agit d'une situation de discrimination,
- **dans les domaines encadrés par la loi** : sont notamment concernés les services publics et la fourniture de biens et de services. La santé fait donc entièrement partie des domaines encadrés,
- **qui mobilise un critère interdit par la loi** : à ce jour, il existe 20 critères prohibés dans le code pénal français.

Critères cités par la loi	Commentaires
→ <b>Critères en lien avec l'origine</b> Origine Apparence physique Patronyme Appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race Lieu de résidence	Ces différents critères peuvent être mis en lien avec la question de l'origine. L'expression « appartenance vraie ou supposée » permet de ne pas renvoyer nécessairement à une caractéristique objective (le fait d'être né-e dans un autre pays ou d'avoir une nationalité étrangère) mais à la perception que peuvent en avoir les acteurs-trice-s. Le lieu de résidence est le dernier critère en date : il a été ajouté en février 2014.

<sup>5</sup> Cf. Annexe 4 qui reprend les principaux textes de loi, p. 45

→ <b>Critères liés à l'état de santé</b> Etat de santé Handicap Caractéristiques génétiques	Ces différents critères peuvent être mis en lien avec les questions de santé. Le critère de « caractéristiques génétiques » a été inscrit dans la loi pour éviter que les assurances ne réalisent des tests prédictifs de possibles maladies.
→ <b>Critères liés aux convictions</b> Opinions politiques Activités syndicales Religion (appartenance ou non appartenance vraie ou supposée à une religion déterminée)	Ces critères renvoient à la question de l'engagement politique ou convictionnel. Dans le cas de la religion musulmane, on peut supposer le plus souvent que les critères d'origine et de religions s'entrecroisent. En effet, bien que cette religion soit la 2 <sup>ème</sup> de France, elle continue à être souvent perçue comme « extérieure ».
→ <b>Critères en lien avec le genre</b> Sexe Etat de grossesse Orientation sexuelle Identité sexuelle	Ces différents critères sont liés aux questions d'égalité entre femmes et hommes et d'hétéronormativité. Ils peuvent être regroupés autour de la notion de « genre ». Celle-ci cherche à éclairer la construction sociale des rôles assignés aux femmes et aux hommes, et permet « <i>de rendre compte de manière simultanée de la construction sociale des identités sexuées et sexuelles et des représentations sociales qui y sont attachées, ainsi que des multiples rapports de pouvoir qu'elles permettent de perpétuer.</i> » <sup>6</sup>
→ <b>Critères liés au mode de vie :</b> Situation de famille Mœurs	Ces critères sont en lien avec des modes et des choix de vie. Le terme de « mœurs » était utilisé au départ pour désigner l'orientation sexuelle. Il a aujourd'hui un usage plus large (le fait de fumer, le nomadisme...)
→ <b>Age</b>	Ce critère présente la particularité d'être évolutif et relativement ambivalent puisque l'âge est un critère utilisé pour de nombreuses différences de traitement légales (politiques publiques de l'emploi, de protection sociale...)

La discrimination entraîne un préjudice pour la personne, celui-ci pouvant être d'une gravité variée en fonction de la situation : non accès à des soins, moindre qualité des soins, risque vital, etc.

Dans le champ de la santé, l'interdiction des discriminations est complétée par d'autres textes :

- Le code de déontologie médicale énonce un principe général de non-discrimination : « 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. »<sup>7</sup>
- Le code de la santé publique énonce également qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un-e professionnel-le de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs »<sup>8</sup> visés par le code pénal. S'ajoute le critère d'être bénéficiaire de la protection complémentaire universelle ou de certains droits sociaux (CMU, CMU-C, ACS, AME).

<sup>6</sup> Dictionnaire des inégalités, Sous la direction d'A.Bihr et de R.Pfefferkorn, Armand Colin p. 181

<sup>7</sup> Article 7 du code de déontologie ; article R.4127-7 du code de la santé publique

<sup>8</sup> Article 1110-3 du code de la santé publique



## 2. Un phénomène multiforme

Le droit français retient deux niveaux de discrimination : la discrimination directe et la discrimination indirecte :

- **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.

En sociologie, est reconnu un autre niveau d'analyse : la **discrimination systémique**. Cette notion prend en compte les inégalités sociales historiquement constituées. Elle peut être définie comme 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.

## 3. Une attention particulière aux discriminations liées à l'origine

Les situations, partagées dans le cadre des séances de travail, ont fait apparaître les éléments suivants :

- La notion d' « origine » est très large et polysémique. Elle renvoie autant à une dimension géographique (le pays, la région d' « origine ») que temporelle (les ancêtres...) ou sociale (la catégorie socio-professionnelle des parents). Dans le cadre du groupe de travail, c'est la première dimension qui nous a particulièrement intéressé-e-s, même si elle ne peut pas être totalement séparée des deux autres.
- Cette notion de l'origine est rarement pensée seule, mais s'articule avec d'autres « caractéristiques » des personnes qui peuvent également être des critères de discrimination (âge, sexe, santé...)

Par « discrimination selon l'origine », nous entendons le fait de traiter de façon inégale et défavorable des personnes perçues comme étrangères ou immigrées. Cette distinction peut s'opérer à partir de :

- catégories dites « objectives » comme le lieu de naissance ou la nationalité,
- catégories dites « subjectives » comme le patronyme, l'apparence physique, le port d'un signe religieux, etc.

La limite de cette notion est d'englober dans un même ensemble des publics aux problématiques très différentes : on imagine aisément qu'entre les jeunes français-e-s « dits issu-e-s de l'immigration » et les personnes vivant en France sans titre de séjour, les difficultés rencontrées sont loin d'être semblables, que l'on pense à l'apprentissage du français, à la connaissance du système de santé, aux droits existants et à la possibilité de les faire valoir, etc.

Néanmoins, le terme d' « origine » permet de souligner des processus identiques de construction d'une altérité d'un groupe perçu comme radicalement différent sur la base de traits physiques ou culturels. Si le statut administratif est un enjeu essentiel, il n'empêche que bien souvent, des personnes vont être considérées et traitées comme étrangères à partir d'indices totalement subjectifs. Par exemple, une personne noire est souvent perçue comme étrangère alors même qu'elle peut être née en France.

Dans le cadre d'une relation de soin, mobiliser la notion d'origine permet de poser les questions suivantes : comment le/la patient-e est-il-elle perçu-e ? Sur quoi est fondé le fait de considérer telle ou telle personne comme étrangère ? Cela modifie-t-il ce qui est proposé en termes d'accompagnement et de prise en charge et pourquoi ?

Au niveau institutionnel, cela permet d'interroger la capacité d'accueillir la diversité des publics, les dispositifs spécifiques existants, les modes d'entrée dans ces dispositifs et les représentations véhiculées sur les publics.

## **LES DISCRIMINATIONS DANS LE CHAMP SANITAIRE<sup>9</sup> : QUELLES REALITES ?**

Depuis une quinzaine d'années, quelques études et enquêtes ont exploré les discriminations dans le champ de la santé. Les formes que celles-ci peuvent revêtir sont diverses : elles concernent tout le parcours de soins, de l'accès aux droits, aux soins, à la prévention à la qualité des soins reçus.

### **1. Les refus de soins**

La notion de refus de soins est très large et peut désigner « tout comportement ou pratique qui entrave l'accès aux soins et/ou qui conduit, directement ou indirectement, à ne pas dispenser les soins ou traitements qu'appelle la situation du patient »<sup>10</sup>. Un refus de soins discriminatoire devra se baser sur la mobilisation d'un critère interdit par la loi.

Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU, CMU-C et AME sont la forme la plus connue et la plus documentée. Ils peuvent prendre différentes formes :

- « des refus de soins explicites ou directs qui se caractérisent par le fait pour un professionnel de santé de pas accepter de recevoir de façon assumée certaines personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires de minimas sociaux
- des refus de soins qui se manifestent de façon plus implicite ou indirecte telle que la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous, le refus d'élaborer un devis... »<sup>11</sup>.

La circulaire de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du 30 juin 2008, permet de préciser les refus de soins implicites :

- « 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 de soins] ... »<sup>12</sup>.

Plusieurs enquêtes réalisées selon les méthodes scientifiques du testing ont permis d'établir l'existence de pratiques de refus de soins auprès des bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C et de l'AME. Les taux de refus sont très variables selon les spécialités, les

---

<sup>9</sup> Pour un développement très approfondi, bien qu'un peu daté, de la notion juridique de discrimination dans le champ de la santé, voir FASSIN et al., 2001, notamment les chapitres 1 et 2.

<sup>10</sup> Défenseur des Droits, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, 2014, p. 20

<sup>11</sup> Ibid. p. 15

<sup>12</sup> CPAM, Circulaire CIR- 33/2008

secteurs d'exercice et les territoires. Néanmoins, comme le souligne le rapport récent du Défenseur des Droits, « ces pratiques persistent à un niveau élevé »<sup>13</sup>.

### **Focus sur les refus de soins des bénéficiaires de la CMU, CMU-C et AME**

« Dès novembre 2002, une première enquête a été réalisée par l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde afin de quantifier les refus de soins dentaires opposés à des bénéficiaires de la CMU et de l'AME dans 11 villes. Dans 35,3 % des cas, un refus de soins était opposé aux bénéficiaires de la CMU et, dans 52,6 % des cas, aux bénéficiaires de l'AME.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères de la santé et des affaires sociales qui a réalisé une enquête en mars 2003 relevait que les professionnels de santé les plus souvent cités étaient les médecins spécialistes, les dentistes et pour une moindre part, les médecins généralistes.

L'enquête de l'association UFC-Que choisir de 2004 a fait ressortir de fortes disparités territoriales, avec un taux de refus pouvant aller de 30 à 40 % en Ile-de-France. L'étude commandée par le Fonds CMU en 2006 a permis de montrer des taux de refus de soins allant de 16,7 % chez les médecins généralistes exerçant en secteur 2 à 41 % chez les médecins spécialistes (33,3 % chez les ophtalmologues ; 40,9 % chez les pédiatres ; 50 % chez les psychiatres ; 44,4 % chez les gynécologues). S'agissant des dentistes, le taux s'élevait à 39,1 %.

L'enquête de Médecins du Monde de 2006, réalisée auprès de 725 médecins généralistes dans dix villes, a établi que 37 % des médecins généralistes de secteur 1 et 59 % des médecins généralistes de secteur 2 refusaient de prendre des rendez-vous avec des bénéficiaires de l'AME.

En 2007, la DREES a mené une nouvelle enquête en Île-de-France soulignant que plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois s'était vu opposer un refus de soins de la part d'un professionnel de santé.

L'étude de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) pour le compte du Fonds CMU faisait, quant à elle, état de taux de refus de soins moyens de 19,4 % opposés aux bénéficiaires de la CMU-C par les médecins généralistes.

L'enquête conduite par le collectif interassociatif sur la santé (CISS), la fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH) et l'union nationale des associations familiales (UNAF) dans 11 villes de métropole et en Corse auprès de 490 médecins libéraux spécialistes exerçant en secteur 2 démontrait qu'un spécialiste sur cinq refusait de soigner les patients bénéficiaires de la CMU-C.

L'enquête de l'IRDES de 2012 sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C en milieu rural confirma des disparités territoriales avec des taux de refus de soins dans les départements de l'Orne et de la Nièvre très faibles. »

Source : (Défenseur des Droits, 2014), p 13-14

Si ces études ont permis d'objectiver un phénomène illégal récurrent, elles sont néanmoins limitées quant au critère de discrimination mis en cause et au type de situation analysée. Sur le même modèle, une enquête récente réalisée par AIDES a permis de rendre visibles les refus de soins de dentistes vécus par les personnes séropositives ou vivant avec le VIH-SIDA. Elle fait état de 33,6% de refus de soins directs ou déguisés imputables au statut sérologique de la personne<sup>14</sup>. Ces résultats mettent en avant la possibilité de démontrer des processus de discrimination similaires pour des groupes définis à partir de différents critères.

<sup>13</sup> Défenseur des Droits, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, 2014, p. 13.

<sup>14</sup> Les résultats de l'enquête et la méthode utilisées sont disponibles sur le site de AIDES, <http://www.aides.org/actu/testing-ces-praticiens-qui-ont-une-dent-contre-les-seropos-2966> (consulté le 21/07/2015)

## 2. Les discriminations tout au long du parcours de soins

Si la question des refus de soins commence à être bien documentée, les discriminations tout au long du parcours de soins sont moins visibles. Les études existantes sont plus confidentielles. Nous pouvons citer notamment les travaux fondateurs de D. Fassin et al. en 2001 qui identifient cinq formes de discrimination liées à l'origine<sup>15</sup> :

- 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

Les conséquences peuvent aller du relatif inconfort au risque vital, en passant par des situations d'humiliation, des difficultés d'accès aux soins, à certains médicaments, etc. Tous ces traitements inégaux posent question au regard de la notion d'égalité même si tous ne recouvrent pas nécessairement des situations pouvant donner lieu à des poursuites pénales.

## 3. Les discriminations du point de vue des usager-ère-s

L'enquête Trajectoires et Origines (TeO<sup>16</sup>), conçue par l'INSEE et l'INED en 2008, recueille pour la première fois, des données sur l'état de santé des personnes migrantes et de leurs enfants, sur leurs conditions de vie et sur leurs expériences des discriminations. Elle permet d'avoir un panorama assez complet de la situation sanitaire des personnes immigrées ainsi que d'en suggérer des causes. L'enquête distingue d'une part la population minoritaire composée des personnes immigrées, des enfants d'au moins un parent immigré et des originaires des DOM-TOM et d'autre part la population « majoritaire » composée de personnes nées françaises de parents français (hors DOM-TOM).

En cohérence avec d'autres études, cette enquête met tout d'abord en avant, à âge identique, un état de santé déclaré plus altéré pour les personnes immigrées et leurs enfants que pour le reste de la population. Cette inégalité s'explique d'abord par leurs conditions de vie socioéconomiques actuelles et passées. Mais l'enquête établit également une association statistique significative entre le fait d'avoir connu une discrimination dans les cinq dernières années (quels que soient le motif et le domaine) et un mauvais état de santé. Ainsi les discriminations sont à la fois cause et conséquence d'un état de santé altéré.

L'enquête permet également d'interroger les personnes sur le sentiment de traitement différentiel défavorable dans les services de santé. A la question : « Vous est-il déjà arrivé que du personnel médical ou un médecin vous traite moins bien que les autres ? », les personnes immigrées répondent plus souvent par l'affirmative que la population majoritaire. A titre illustratif, 8% des femmes originaires d'Afrique Sub-saharienne, 6% de celles venues de Turquie répondent par l'affirmative contre 2% des femmes de la population majoritaire. De même, 4% des hommes venus du Maroc et de la Tunisie déclarent avoir déjà été moins bien traités par un médecin ou le personnel médical contre 1% pour les hommes de la population majoritaire. Le motif le plus fréquemment cité est celui de l'origine. L'enquête quantitative a été complétée par une enquête qualitative<sup>17</sup> qui a permis de montrer que

---

<sup>15</sup> FASSIN D., CARDE E., FERRE N., MUSSO-DIMIOTRIJEVIC S., Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins, Paris, Inserm, 2001, p. 65-69. Cette étude se base sur des entretiens avec des professionnel-le-s dans 4 régions de France et sur les plaintes et réclamations reçues par le service téléphonique public dédié aux discriminations existant à l'époque de l'enquête.

<sup>16</sup> Cf. le site de l'enquête TeO <http://teo.site.ined.fr/>, en particulier le document de travail consacré à la santé : COGNET M., HAMEL C., MOISY M., 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.

<sup>17</sup> COGNET M., HAMEL C., MOISY M., 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.

souvent les personnes connaissaient mal leurs droits et n'interprétaient que rarement des situations de traitement différentiel en termes de discriminations. Ainsi, on peut supposer que les discriminations dans le champ sanitaire évalué à partir du ressenti des personnes sous-estime l'ampleur du phénomène.

## **L'ARTICULATION AVEC LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE : QUELLES DIFFERENCES ? QUELLES CONVERGENCES ?**

Pour les professionnel-le-s de santé, de nombreux freins à l'accès à des soins de qualité s'inscrivent dans une analyse en termes d'inégalités sociales de santé. Une inégalité sociale peut être définie comme « *le résultat d'une distribution inégale, au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société des ressources de cette dernière, distribution inégale due aux structures mêmes de cette société et faisant naître un sentiment légitime ou non, d'injustice au sein de ses membres* »<sup>18</sup>. Dans le champ de la santé, un des constats les plus connus est qu'aujourd'hui encore, l'espérance de vie d'un homme cadre supérieur de 35 ans est de 7 ans plus longue que celle d'un ouvrier<sup>19</sup>. Dès lors, comment distinguer la question des discriminations de celle, des inégalités sociales de santé ?

Les notions d'« inégalité » et de « discrimination » inscrivent d'emblée le champ du sanitaire comme un champ politique porté par un idéal de justice et d'égalité. Comme l'écrivent D. Fassin et al. : « la santé apparaît comme le domaine où le droit à une égalité d'accès s'impose à tous comme un principe universel et supérieur »<sup>20</sup>. Toute distinction sur un critère autre que l'état de santé y apparaît comme illégitime. Au-delà de cet horizon commun, plusieurs différences peuvent être soulignées entre ces inégalités sociales et les discriminations.

La notion d'« inégalité sociale » est fréquemment associée à la catégorie socio-professionnelle et questionne les rapports de classe. Elle ne permet pas toujours de prendre en compte la spécificité de l'expérience sociale d'être perçue comme différente du fait d'une origine ethnique réelle ou supposée (ou d'un autre critère de discrimination reconnu par la loi telle que l'orientation sexuelle, le handicap...). La notion de discrimination permet, quant à elle, d'explorer d'autres aspects des inégalités plus souvent occultés et liés aux phénomènes d'ethnisation ou de racisation<sup>21</sup> de certaines populations. Par exemple, les inégalités sociales de santé sont bien plus souvent explorées en fonction de la catégorie socioprofessionnelle qu'en fonction de la nationalité des personnes.

De plus, décrire une situation en termes d'inégalités revient à convoquer l'outil statistique pour comparer l'état de santé, le recours aux soins entre des groupes sociaux à une large échelle. Analyser une situation à partir de la notion de discrimination permet de s'intéresser davantage aux relations entre soignant-e-s et soigné-e-s et aux processus de construction des inégalités. En ce sens, cette notion peut constituer un outil concret, opérationnel et pragmatique d'analyse de la production ou reproduction d'inégalités.

---

<sup>18</sup> BIHR A., & PFEFFERKORN R., *Le système des inégalités*, Paris, La Découverte, 2008, p. 8

<sup>19</sup> BLANPAIN N., *L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent*, in *Insee Première*, n° 1372, octobre 2011, 4 p.

<sup>20</sup> FASSIN D., CARDE E., FERRE N., MUSSO-DIMIOTRIJEVIC S., *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, Paris, Inserm, 2001, p. 55.

<sup>21</sup> Ces deux notions renvoient à des processus sociaux, historiques et politiques de désignation de groupes sociaux à partir de leur origine, de leur culture ou de leur « race ». Elles permettent de mettre en avant qu'une culture, une origine ou une race ne sont pas des données objectives qui existent a priori mais qu'elles se sont construites dans le temps en fonction des dynamiques sociales. Ainsi, si la « race » n'existe pas scientifiquement, cela n'empêche que des groupes sociaux font l'expérience quotidienne du racisme. cf. PRIMON J.-L., *Ethnicisation, racisation, racialisation : une introduction*, *Faire Savoir*, n° 6, mai 2007

Ainsi, les notions d'« inégalité sociale » et de « discrimination » peuvent être complémentaires et permettre d'éclairer chacune le point aveugle de l'autre. De fait, dans le groupe, les situations présentées interrogeaient tant les processus de traitement différentiel que les questions de précarité. Au lieu de séparer les deux concepts, il semble bien plus fécond de réfléchir à leur articulation. La notion de discrimination, à travers les différentes formes qu'elle peut prendre (discrimination directe, indirecte, systémique) permet d'aborder les enjeux liés à l'égalité en :

- Interrogeant les pratiques professionnelles au prisme de l'égalité des droits et de traitement,
- Interrogeant ses représentations, à la fois personnelles et collectives, et les normes implicites qui peuvent servir de cadre à nos pratiques, actions et décisions,
- Rompant avec l'idée que « les publics ont un problème » mais en travaillant sur les institutions, les procédures, les processus et les pratiques.

# LES RISQUES DISCRIMINATOIRES DANS LA RELATION SOIGNANT-E / SOIGNÉ-E

La question des discriminations concerne des mécanismes complexes mettant en œuvre différents niveaux de responsabilité (individuel, institutionnel, sociétal). Néanmoins, lorsqu'on réfléchit sur ce thème, l'acte discriminatoire le plus évident apparaît d'abord dans la relation inter-individuelle. C'est pourquoi celle-ci a fait l'objet d'un traitement à part entière dans le groupe de travail. De manière très schématique, les échanges ont mis en avant deux grands types d'obstacles dans la relation entre soignant-e-s et soigné-e-s en lien avec les mécanismes de discriminations et d'atteinte à l'égalité de traitement :

- les obstacles de l'ordre de la langue, en particulier avec les patients non francophones,
- les obstacles de l'ordre des représentations et des préjugés.

Dans le cadre de cette relation entre soignant-e et soigné-e, d'autres questionnements ont émergé : ceux liés à la prise en compte de la parole du/de la patient-e, et du positionnement du/de la professionnel-le face à cette parole.

## LA BARRIERE DE LA LANGUE

Dans plusieurs situations, la barrière de la langue est apparue fortement. Celle-ci entrave la communication et rend particulièrement difficile la pose et l'annonce d'un diagnostic, l'explication d'un traitement, l'expression de la plainte et des attentes.

Lorsque les professionnel-le-s n'ont pas la possibilité de communiquer avec leur patient-e, le risque de fonder son action sur des présupposés culturalistes ou des stéréotypes s'en trouve accru (Cf. partie Les représentations sur la « différence culturelle », p. 17).

Pour y pallier, une solution fréquente est l'utilisation d'un-e l'interprète dit « de proximité »<sup>22</sup>. Si ce type d'interprétariat peut lever la barrière de la langue dans certaines situations, les limites sont importantes et 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). Les professionnel-le-s y ont recours par absence d'autre solution (situation d'urgence, interprétariat professionnel non financé, etc.) mais aussi parce que les conséquences qu'une mauvaise traduction peut avoir sur le soin et la prise en charge ne sont pas toujours mesurées. Ainsi, les soins et la prise en charge ne peuvent être de la même qualité pour des patient-e-s francophones et non francophones. Néanmoins, il est difficile de conclure à une discrimination directe liée au critère de l'origine dans la mesure où on peut considérer que les deux situations sont difficilement comparables.

Face à cette inégalité de fait, 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 nouvelle loi de santé votée en 2015 constitue une avancée dans ce domaine puisque, pour la première fois, elle prévoit l'inscription de l'interprétariat dans le code de la santé publique : « *La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à 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* »<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Par « interprètes de proximité », nous entendons les personnes faisant partie de l'entourage des patient-e-s et sollicitées pour traduire : famille, ami-e-s, voisin-e-s, etc.

<sup>23</sup> Article 90 de la loi de santé du 17/12/2015.

Dans le cadre des situations relatées, l'exemple a été donné d'une femme turque diabétique allant régulièrement chez sa médecin. Le mari assure la traduction. Le diabète est très mal équilibré. La médecin l'interprète comme une incapacité pour cette patiente de suivre les recommandations. L'organisation d'une consultation avec interprète professionnel-le lui a permis de se rendre compte que la patiente tentait d'équilibrer son diabète mais n'avait pas compris les recommandations. Dès lors la présence de l'interprète a favorisé un meilleur suivi du diabète.

## LES REPRESENTATIONS

Les relations entre représentations et discriminations sont apparues dès le début de la réflexion.

Par représentation, il est entendu « une forme de connaissance, dite de sens commun, socialement élaborée et partagée. Constituée à partir des expériences, des informations, des savoirs, des modèles de pensée, elle a une visée pratique d'organisation, de compréhension et d'orientation des conduites. Les représentations sont produites par des individus et portent la marque de leur milieu d'appartenance. Ces représentations agissent comme des grilles de lecture et des guides d'action. Il ne s'agit pas de savoir si une représentation est vraie ou fausse, elle est fonctionnelle. [...]»<sup>24</sup>

Le lien entre représentation et discrimination a été exploré par de nombreux travaux de psychologie sociale<sup>25</sup> qui ont mis en avant les différents mécanismes cognitifs de catégorisation, de généralisation, de réduction et d'assignation identitaire pouvant entraîner des actes de discrimination. Dès les premiers échanges, c'est le mot « étiquette » qui a été utilisé par les professionnel-le-s pour rendre compte de ces différents processus. Il permet également de dresser des parallèles entre certaines catégories de patient-e-s supposé-e-s poser « problème » dans la prise en charge : les toxicomanes, les personnes âgées, les personnes atteintes de pathologies mentales, les immigré-e-s, etc.

Les échanges ont mis en avant, dès le départ, trois niveaux qui vont interagir entre eux :

- les représentations des patient-e-s : les décalages entre les représentations qu'ont les patient-e-s de la santé, de la maladie, du système de santé français et celles des professionnel-le-s peuvent-ils conduire à des situations d'inégalité de traitement ou de discrimination ? Comment peuvent-ils être pris en compte dans les pratiques ?<sup>26</sup>
- ses propres représentations en tant que professionnel-le : en quoi les représentations que je peux porter sur certain-e-s patient-e-s vont influencer la prise en charge ? Comment mener un travail réflexif sur mes propres représentations pour améliorer la qualité des soins ?
- les représentations des autres professionnel-le-s : comment agir et réagir lorsque certain-e-s professionnel-le-s ont des attitudes stigmatisantes face à certain-e-s patient-e-s ?

Pour analyser ces questions, le groupe s'est penché sur la notion de « différence culturelle » et sur les processus de démarcation entre bon-ne-s et mauvais-e-s patient-e-s. Est également apparue la problématique de demandes discriminatoires émanant des patient-e-s.

---

<sup>24</sup> JODELET D., Les représentations sociales, Paris, PUF, 1993

<sup>25</sup> DELOUVEE S., LEGAL J.-B., Stéréotypes, préjugés et discrimination, Paris, Dunod, 2008 ; NDOBO A., Les nouveaux visages de la discrimination, Bruxelles, DBS Psycho, 2010

<sup>26</sup> Sachant qu'il existe une littérature importante sur les décalages entre les représentations et attentes des patient-e-s et ceux des professionnel-le-s de santé, il nous ne nous a pas semblé nécessaire d'approfondir davantage ce point. Voir notamment (Carbonelle, Le Grand-Séville, Aujoulat, & Vermeire, 2005),



## 1. Les représentations sur la « différence culturelle »

Les patient-e-s migrant-e-s ou perçu-e-s comme tel-le-s font fréquemment l'objet de représentations liées à une supposée différence culturelle. Cela renvoie, au départ, à de « bonnes » intentions liées à une volonté de dépasser l'ethnocentrisme du système de soins et de l'adapter à la diversité des populations. Pour les professionnel-le-s, la question posée est de prendre en charge au mieux des personnes ayant été sociabilisées dans un univers ressenti comme éloigné du leur et, pour cette raison, ayant des expériences du monde médical, de la maladie et de la prévention perçue comme radicalement différentes.

Les difficultés posées par cette démarche sont premièrement que, bien souvent, les professionnel-le-s ont peu d'éléments sur l'histoire de vie de leurs patient-e-s : durée de présence en France, conditions de vie, motif migratoire, contexte de socialisation (urbain / rural, classe aisée / pauvre...), connaissance du pays d'origine. Deuxièmement, ces éléments seuls restent insuffisants puisque toute norme, valeur culturelle est également modelée par les interprétations qu'en font les individus. Or, il semble que les professionnel-le-s demandent rarement validation de leur hypothèse culturelle auprès des patient-e-s. D. Fassin a bien montré, à partir de l'exemple sur le saturnisme d'enfants de familles d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, comment des préjugés culturalistes (cuisine traditionnelle à la vapeur, pratiques géophages...) peuvent faire écran à d'autres types d'explication (logement insalubre) et empêcher une réponse adéquate à la problématique.<sup>27</sup>

Un des exemples cités dans le groupe portait sur un jeune homme gitan qui, malgré des demandes répétées, n'apportait pas les documents nécessaires à l'établissement d'une demande de maison de retraite pour sa mère âgée. Les professionnel-le-s ont interprété ces actes comme une spécificité culturelle selon laquelle dans les familles gitanes, il était indispensable de s'occuper de ses parents âgés à domicile. Or, après un travail approfondi avec la personne, il est apparu qu'il s'agissait d'un problème d'illettrisme plus que de différence culturelle. Le préjugé culturaliste a entraîné une réponse différenciée et préjudiciable puisque l'entrée en institution de la personne âgée a été retardée.

S'engager dans une démarche interculturelle demande aux professionnel-le-s :

- de se sentir légitime et d'être légitimés par l'institution pour aborder la dimension culturelle des situations ;
- de recueillir différents éléments de l'histoire de vie des patient-e-s ;
- d'interroger, avec bienveillance, les patient-e-s leur interprétation de la situation ou de leur comportement ;
- d'avoir effectué une réflexion sur leurs propres représentations pour éviter des projections « exotiques » à partir du récit des patient-e-s.

## 2. La démarcation entre les « bon-ne-s » et les « mauvais-e-s » patient-e-s

Le questionnement sur les représentations culturelles permet d'interroger plus largement les représentations que les professionnel-le-s de santé peuvent avoir des patient-e-s. Derrière la notion d'étiquette, est apparue en filigrane la démarcation entre les bon-ne-s patient-e-s et les mauvais-e-s patient-e-s. La tentation de répartir les personnes entre ces deux catégories est fréquente dans le quotidien de la prise en charge mais semble difficile à exprimer clairement tant elle entre en opposition avec les valeurs éthiques et les principes actuels de santé publique (patient-e partenaire, respect des choix individuels...). De façon caricaturale, un-e mauvais-e patient-e serait une personne qui n'honore pas ses rendez-vous, qui ne suit pas ses traitements ni les recommandations de prévention.

---

<sup>27</sup> Cf. FASSIN D., Faire de la santé publique. Rennes, ENSP, 2005, 58 p.

Comment se construit ce phénomène de catégorisation entre bon-ne-s et mauvais-e-s patient-e-s ? Deux grands facteurs sont ressortis :

- L'impossibilité d'appliquer des savoirs standardisés et des protocoles dans certaines situations et le sentiment d'impuissance qui peut en découler. Pour une professionnelle, de manière schématique, le-la mauvais-e patient-e serait « celui ou celle qui ne permet pas d'utiliser les savoirs enseignés sur les bancs de l'université ».
- Les contraintes matérielles, notamment le manque de temps, pour prendre en charge les personnes. Le ou la mauvais-e patient-e c'est aussi la personne pour laquelle la situation demande un temps important, difficile à dégager vu la pression du travail souvent ressentie notamment en contexte hospitalier. Il peut être compliqué pour les professionnel-le-s d'arbitrer entre prendre du temps pour une personne dans une situation complexe et prendre en charge un grand nombre de personnes.

Le rôle des protocoles dans ce phénomène de catégorisation a été soulevé à plusieurs reprises par le groupe. Ceux-ci ont pour but de garantir une sécurité et une qualité des soins semblables pour tout-e-s. Cependant, il a été souligné le risque de dérive lié à leur multiplication et au manque de marge de manœuvre. L'exemple a été donné des protocoles actuels en soins infirmiers qui sont extrêmement minutés et ne permettent pas de prendre le temps de la dimension relationnelle ni de recueillir l'ensemble des éléments qui ont une influence dans le soin.

Ces facteurs renvoient à une vision normative des patient-e-s et de la prise en charge qui rend difficile l'accompagnement des personnes « hors norme », dans des situations complexes. De manière générale, engager un travail sur les représentations, les normes et les processus de catégorisation dans un cadre professionnel ou bénévole, est toujours délicat à mettre en œuvre :

- il induit un questionnement des postures, des comportements professionnels, des savoirs être (plus que des compétences techniques).
- Il amène à poser les questions suivantes : comment faire évoluer les pratiques ? quels espaces de régulation pour faire face à des comportements considérés comme inappropriés ? quels leviers pour modifier les fonctionnements institutionnels ?

Les échanges ont montré que les professionnel-le-s ont à traiter avec leurs propres représentations, celles de leurs collègues mais aussi celles des patient-e-s.

### **3. Entre préjugés racistes et pratiques discriminatoires... Demandes des patient-e-s et positionnements des professionnel-le-s**

La directrice d'une association d'aide à domicile prend contact avec un nouveau patient, qui lui explique clairement lors du premier entretien qu'il ne veut pas d'arabe ni de noir mais « quelqu'un de bien, vous voyez ce que je veux dire. ». Dans le nord de l'Alsace, M. Z appelle le cabinet infirmier avec trois infirmières libérales : Mme Muller, Mme Meyer et Mme Boukhrit. Il explique clairement à la secrétaire qu'il ne souhaite pas « l'arabe ». Au bout d'un an d'exercice en libéral, Mme Boukhrit n'a pas réussi à se constituer une clientèle, elle reprend son métier d'infirmière hospitalière<sup>28</sup>.

Ces situations ont été relatées dans le cadre des échanges du groupe de travail. Des professionnel-le-s, aux responsabilités et à des postes très divers, y sont confronté-e-s et en première ligne pour y répondre, parfois sur le vif. Les questions suivantes se posent :

- Concernant les patient-e-s : ces demandes qui reposent sur des critères de discrimination reconnus et certaines attitudes sont-elles des discriminations ou relèvent-elles d'une autre nature ? Relèvent-elles du libre choix du patient ? Peuvent-elles être poursuivies ?

---

<sup>28</sup> Ces noms sont fictifs.

- Concernant les professionnel-le-s : comment réagir face à ces demandes ? quelle est leur responsabilité ? commet-on une discrimination en décidant de ne plus envoyer une aide à domicile « noire » ou « maghrébine » chez une personne âgée qui se montre hostile aux personnes perçues comme étrangères ? quelle posture et quel positionnement tenir ?

Il est important de noter que ces situations concernent principalement l'intervention à domicile et les aides à domicile et / ou auxiliaire de vie sociale. Selon les professionnelles du groupe, ce type de demande y est effectivement plus fréquent qu'à l'hôpital qui est perçu comme un lieu « neutre » où le ou la patient-e ne peut pas avoir les mêmes exigences. Le contexte de l'intervention à domicile est particulier ainsi que les missions à y accomplir : la toilette met en jeu l'intime ; il est difficile de se percevoir, pour les patient-e-s, comme malade et dépendant-e... L'ensemble de ces situations relèvent de l'expression de stéréotypes et / ou préjugés raciaux qui se traduisent de différentes manières<sup>29</sup> :

- par des demandes explicites posant clairement un choix reposant sur des critères de discriminations reconnues (l'origine ethnique réelle ou supposée, en l'occurrence),
- par des réactions de rejet vis-à-vis d'une personne perçue comme étrangère,
- par des traitements différentiels plus implicites, tel-le patient-e agréable avec les aides-soignantes alsaciennes et blanches mais pas avec celles perçues comme immigrées et étrangères.

Ces demandes et / ou ces attitudes mettent les professionnel-le-s, particulièrement ceux et celles qui sont en gestion d'équipe, face à des situations difficiles à traiter d'un point de vue légal, éthique et pratique. Ils-elles se retrouvent les témoins, voire les « relais » d'une attitude discriminatoire, et pris-es entre deux injonctions contradictoires : entre le principe de non-discrimination posé par le code du travail et celui de la protection de leurs salarié-es.

Le témoignage d'une professionnelle d'un service de soins infirmiers à domicile a permis d'alimenter les discussions autour des leviers pour agir. Plusieurs stratégies sont développées par la structure pour faire face aux demandes potentiellement discriminatoires des patient-e-s :

- Aborder d'emblée la question lors de la prise de contact avec les patient-e-s : la coordinatrice présente le fonctionnement du Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), revient sur la variété des profils des salarié-e-s et s'appuie sur le livret d'accueil qui précise, dans la partie « *règlement de fonctionnement* » qu' « *aucune discrimination ne peut être tolérée à l'égard des soignants, qu'elle soit de sexe, de race, de couleur ou de culture* ».
- Construire un argumentaire autour des compétences : ce qui importe, ce sont les compétences des soignant-e-s, non le sexe ou la couleur de la peau.
- Travailler ces questions dans le temps avec les patient-e-s : aménager des solutions dans le temps, en fonction du degré d'ouverture pressenti des patient-e-s, du type de pathologie, etc... Le but est de faire évoluer les patient-e-s progressivement et éviter de mettre les salarié-e-s en difficulté.
- Assurer des temps d'échanges et de reprise avec l'équipe d'aides-soignant-e-s : après chaque tournée, une demi-heure d'échange est prévue avec le ou la responsable. Cela permet de repérer et/ou de traiter les difficultés qui peuvent se poser sur le terrain.

---

<sup>29</sup> Selon les faits mis en cause, un-e patient-e pourra être poursuivi-e de différentes manières, dans les cas les plus graves, sous réserve de preuves et de témoignages étayés :

- pour faits de discrimination,
- pour injures racistes,
- pour harcèlement discriminatoire.

**Focus : la situation particulière des auxiliaires de vie sociale / aides à domicile...  
Entre stigmatisation, vécu raciste et pratiques discriminatoires**

Christelle Avril, sociologue, a mené une enquête de terrain de plusieurs années auprès d'une association d'aide à domicile pour personnes âgées de la région parisienne. Même si cette enquête repose sur une observation très fine d'une structure d'aide à domicile, les constats et les conclusions posées entrent en écho avec les échanges du groupe. Cette sociologue souligne ainsi la manière dont la question « ethno-raciale » s'est imposée à elle dans le cadre de son enquête. « *Lorsque j'ai commencé mon enquête, je n'avais pas spécialement l'intention de m'intéresser à la question ethno-raciale. Mais en passant du temps dans les locaux de l'association et en aidant le personnel administratif, j'ai découvert à quel point les propos racistes s'exprimaient au quotidien, au point de faire naître une ambiance raciste* »<sup>30</sup>. Par « ambiance raciste », elle entend tout 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. En général la fille d'une personne âgée appelle et dit : « je ne suis pas raciste mais c'est ma mère vous comprenez, les Noires, elle ne peut pas. » Le grand âge des clients sert à masquer la réalité des propos et des pratiques racistes à plusieurs niveaux. (...)* »<sup>31</sup>, voire à les légitimer et les banaliser « *comme si les propos et attitudes racistes de certaines personnes âgées faisaient partie intégrante des pénibilités du travail de prise en charge du vieillissement. Cette légitimation du racisme semble intériorisée par les aides à domicile* »<sup>32</sup>. Au-delà de cette « ambiance raciste », Christelle Avril montre également des pratiques discriminatoires plus invisibles : des entretiens d'embauche plus difficiles, des statuts salariés différents entre celles directement employées par les personnes et celles qui sont salariées de la structure (avec un statut plus protecteur), des horaires de travail qui diffèrent... Un enseignement fort de cette étude est le suivant : pouvoir, pour les structures employeuses, favoriser un fonctionnement plus collectif entre les professionnel-le-s pour leur permettre de se voir, d'échanger sur les difficultés rencontrées, de se qualifier et de se former.

## L'ECOUTE DES SITUATIONS DE DISCRIMINATION

Parallèlement à la question des représentations est ressortie celle de l'écoute, en consultation, de vécu discriminatoire. Comment entendre et que faire en tant que professionnel-le lorsqu'un-e patient-e fait part d'une expérience de traitement différentiel injustifié ? Pour les professionnel-le-s du groupe, il apparaît parfois difficile de se repérer dans l'expérience relatée par les patient-e-s, d'objectiver les faits et de faire la part entre injustice et discrimination. L'exemple a été donné d'une personne résidente en foyer qui relatait une série de difficultés du fait de son lieu de résidence : mauvais accueil en pharmacie et sentiment de mise à l'écart ; non déplacement du médecin traitant à domicile alors que cela aurait été justifié eu égard à l'état de santé...

Lors d'un récit de discrimination, certain-e-s professionnel-le-s peuvent avoir le sentiment que la personne « se victimise », qu'elle exagère, qu'elle se complaît dans un rôle de victime. Mais un tel positionnement disqualifie d'emblée le récit de la personne, ses demandes et sa souffrance.

Or, le vécu de discriminations est souvent traumatisant. O. Noël le décrit en ces termes : « *pour l'individu confronté à une expérience discriminatoire, c'est la rencontre avec la possibilité de son propre anéantissement, qui peut entraîner tour à tour perte de confiance en soi, perte d'estime de soi, rupture du lien social, honte, culpabilité, confusion. Cela se*

<sup>30</sup> AVRIL Christelle, Ambiance raciste dans l'aide à domicile, in *Plein droit*, n° 96, mars 2013, p. 11

<sup>31</sup> Ibid. p. 12

<sup>32</sup> Ibid.

*manifeste par des troubles nombreux (stress, dépression, repli sur soi, tentative de suicide) mais aussi des troubles pathologiques (schizophrénie, paranoïa, psychose). »<sup>33</sup>. Il y a donc un enjeu de santé publique à prendre en compte les situations de discriminations.*

De plus, pour une personne discriminée, les situations de discriminations ne constituent que rarement des cas isolés mais sont bien souvent des expériences répétées dans le temps et dans différents lieux. Ce vécu peut expliquer un sentiment d'insécurité permanent et une méfiance plus générale en direction des institutions. L'écoute et la reconnaissance des situations de discriminations dans le cadre de la consultation apparaissent ainsi comme essentielles. Or les professionnel-le-s de la santé n'y sont pas nécessairement formé-e-s. Les échanges ont cependant pointé certaines difficultés majeures sur cette écoute des situations de discriminations :

- celle de démêler l'enchevêtrement de causes et d'effets dans des situations souvent de plus en plus difficiles et complexes,
- celle de dire à certain-es patient-es que la situation relatée n'est pas de l'ordre de la discrimination mais due aux dysfonctionnements généraux du système de prise en charge,
- celle de pointer la responsabilité d'un-e professionnel-le lorsqu'une situation de discrimination est identifiée.

Il semble important de préciser que le rôle des professionnel-le-s de santé n'est pas « l'objectivation » ou la « qualification » des faits relatés mais d'assurer une écoute active, de relayer les situations dans les instances adéquates (réunion d'équipe, hiérarchie,...) et d'orienter vers les acteurs et actrices qualifié-e-s.

## **LES PISTES DE TRAVAIL POUR PREVENIR ET LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS DANS LA RELATION ENTRE SOIGNANT-E ET SOIGNE-E**

A travers les échanges, l'enjeu principal ressorti est de mobiliser les institutions autour de l'ensemble des patient-e-s dans leur diversité. Plus particulièrement sont ressortis les points suivants :

1. Poser la barrière de la langue comme frein majeur empêchant l'égalité effective d'accès aux droits et aux soins des personnes non francophones.
2. Outiller les professionnel-le-s pour leur permettre :
  - a. d'identifier les situations de discrimination,
  - b. de s'interroger sur l'impact de leurs propres représentations dans la relation de soin,
  - c. de disposer de moyens et de ressources face aux attitudes stigmatisantes ou discriminatoires d'autres professionnel-le-s de santé,
  - d. de construire des stratégies de réponses aux demandes discriminatoires de leurs patient-e-s.

Les pistes de travail évoquées pour prévenir et lutter contre les discriminations dans la relation entre soignant-e et soigné-e ont été les suivantes :

- 1. Développer l'interprétariat professionnel dans le secteur médical et social :**
  - a. Acter au sein des institutions, projets d'établissement, etc. que la barrière de la langue est un frein à l'accès aux droits et aux soins et nécessite des réponses appropriées tout au long du parcours de soins,

---

<sup>33</sup> NOËL O., Un consensus politique ambigu. La lutte contre les discriminations raciales, in Didier Fassin, Les nouvelles frontières de la Société Française, Paris, La Découverte, 2010, p. 278.

- b. Faire reconnaître le métier d'interprète professionnel auprès des directions d'institution,
- c. Faire connaître les dispositifs d'interprétariat professionnel existants,
- d. Former les professionnel-le-s de la santé et du social aux risques liés à la barrière de la langue et des avantages et limites de chaque type de réponse : interprétariat de proximité, interprétariat par un-e collègue, interprétariat professionnel.

**2. Prendre en compte pleinement l'impact des représentations et des stéréotypes dans le soin et la prise en charge :**

- a. Au niveau institutionnel :
  - Déployer, au sein des institutions, des plans de formation aux enjeux de prévention des discriminations,
  - Proposer des espaces de réflexion pour s'interroger sur ses propres représentations (groupe de paroles, analyses de pratiques...),
  - Mettre en place des procédures de veille et d'alerte institutionnelles sur les situations de discrimination, impliquant les différents échelons hiérarchiques,
  - Identifier collectivement les risques de discriminations liées à la mise en place de nouveaux protocoles.
- b. Au niveau des professionnel-le-s :
  - Renforcer les démarches réflexives sur ses propres représentations et les possibles conséquences de celles-ci dans la prise en charge,
  - développer des compétences interculturelles pour se sentir légitime à aborder la dimension culturelle tout en évitant les risques de dérives culturalistes.

**3. Développer des stratégies pour faire face aux demandes discriminatoires des patient-e-s :**

- a. Sensibiliser les cadres de santé et autres professionnel-le-s qui assurent la gestion des équipes aux enjeux des discriminations
- b. Mener un travail de prévention des discriminations auprès des patient-e-s et construire des argumentaires autour de la compétence
- c. Professionnaliser les intervenant-e-s à domicile, qui sont souvent en première ligne de cette problématique, en proposant des temps collectifs d'échanges de pratiques permettant d'aborder la question du racisme.

**4. Assurer la prise en compte des situations de discriminations lors des consultations et entretien :**

- a. Former les professionnel-le-s de la santé aux enjeux des discriminations tout au long du parcours de soins, aux conséquences en termes de santé et aux ressources existantes,
- b. Favoriser une écoute active des vécus discriminatoires par les professionnel-le-s de santé,
- c. Favoriser la mise en place d'un réseau d'acteurs et d'actrices autour des objectifs suivants : se connaître, renforcer la vigilance inter-institutionnelle sur les situations des discriminations ; ré-orienter une personne vers l'interlocuteur-trice le ou la plus adéquat-e.

Le groupe de travail a ainsi mis en évidence différents vecteurs de discrimination dans la relation entre soignant-e et soigné-e. S'ils sont pris en compte, ces éléments constituent autant de leviers pour prévenir et lutter contre les discriminations.

Néanmoins, ils ne peuvent être considérés de manière isolée. Les professionnel-le-s ont mis en avant l'importance des facteurs systémiques dans la production et reproduction des discriminations : organisation du travail, les moyens dévolus (ou non), la formation initiale et continue et la coordination des soins.

## LES DIFFICULTES DE COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS : RÉVÉLATRICES DE DISCRIMINATIONS SYSTÉMIQUES ?

Les situations étudiées par le groupe de travail ont mis en évidence des traitements différentiels tout au long du parcours de soins : plusieurs professionnel-le-s exerçant dans des environnements différents (à l'hôpital, en libéral, en association, etc.) pouvaient être concerné-e-s. Les risques discriminatoires n'apparaissent ainsi pas comme des temps isolés mais bien plus dans une continuité lors de la prise en charge. Ce constat complexifie les causes des risques discriminatoires, car celles-ci peuvent être liées à des actes individuels comme à des logiques systémiques et institutionnelles.

De manière générale, le constat des professionnel-le-s a été le suivant : le manque de coordination a pu être identifié comme un élément clef pouvant entraîner des ruptures de prise en charge, une qualité des soins moindres et des traitements différentiels. Cette question de la coordination a donc émergé rapidement comme une des réponses possibles face à des situations de discriminations systémiques. Plusieurs exemples de dispositifs et outils ont été cités. Mais la coordination reste délicate à traiter car elle renvoie à des enjeux importants de fonctionnement général du système de soins qui vont bien au-delà de l'objet du groupe de travail : particularité du champ de la santé, organisation du travail, économie de la santé... Ces facteurs relatifs au système de soins ont été mis en avant comme autant de vecteurs qui augmentent le risque de pratiques discriminatoires à certains moments du parcours de soins ou à l'encontre de publics particulièrement exposés.

### DISPOSITIFS ET OUTILS DE COORDINATION : REPERER L'EXISTANT

La coordination n'est pas inexistante, comme l'ont montré les échanges du groupe. A travers les échanges, deux éléments sont ressortis :

- le médecin traitant est repéré comme un acteur clef pour la coordination des soins, avec des limites certaines dans la pratique,
- le constat paradoxal d'un « trop » de coordination dans certains champs, et d'un « trop peu » dans d'autres.

#### 1. Les missions du/de la médecin généraliste...la coordination entre théorie et pratique

Le rôle du/de la médecin traitant en termes de coordination est revenu à plusieurs reprises dans les échanges. Le code de la santé publique le souligne également dans les articles qui lui sont consacrés et qui stipulent :

« Les missions du/de la médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1. Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
2. **Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;**
3. **S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;**
4. Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, **en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;**

5. **S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;**
6. Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
7. Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
8. Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

Mais, plusieurs limites de fait ont été rappelées par les membres du groupe de travail pour que le médecin traitant puisse remplir pleinement son rôle de coordination :

- le fait que cette mission se cantonne aux soins de ville,
- l'absence de rémunération prévue pour les temps de coordination et d'échanges sur les situations des patient-e-s,
- la nécessité d'une bonne connaissance des réseaux et des compétences des partenaires, élément qui est peu présent en formation initiale et peut provoquer un sentiment de malaise par rapport à des situations où les difficultés sanitaires et sociales sont imbriquées.

## 2. Outils et dispositifs de coordination en Alsace

Le groupe a relevé différents dispositifs de coordination en Alsace : l'Unité verte des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, l'équipe santé sur le territoire de Bischheim, le dispositif des maisons de santé qui regroupe différents professionnels, etc. Mais, de façon qui peut sembler paradoxale au premier abord, ce repérage rapide fait état à la fois d'un « trop » de coordination et d'un « trop peu » :

- « trop » : sur certaines thématiques ou public, comme le champ gérontologique par exemple, on observe une superposition de dispositifs de coordination aux contours flous (CLIC, unités vertes, MAIA...). La multiplication des dispositifs entraîne un manque de lisibilité et le risque de renvoi des responsabilités d'une instance à une autre.
- « trop peu » : les différentes situations étudiées dans le groupe ont presque toutes mis en avant des manques de coordination à différents niveaux : entre acteurs et actrices de différents champs professionnels, entre institutions, etc.

Ce constat du « trop peu » peut s'expliquer par les facteurs suivants :

- L'importance de la coordination est souvent affichée dans les politiques publiques mais ne se traduit pas toujours, au niveau institutionnel, par une véritable reconnaissance en termes de temps dédié ou de rémunération correspondante. La fonction de coordination est souvent absente des fiches de poste. Lorsqu'elle y figure, elle est souvent ajoutée comme une fonction supplémentaire sans réflexion sur les moyens permettant sa mise en œuvre. Certain-e-s professionnel-le-s du groupe ont fait part de leur sentiment de « voler du temps » à l'institution lorsqu'elles assumaient une fonction de coordination.
- La coordination est souvent diffuse et correspond à un travail fin de maillage peu visible : on ne prend la mesure de l'importance de la coordination que lorsque celle-ci ne fonctionne pas. Ce manque de reconnaissance peut être relié aux difficultés à évaluer et valoriser la pertinence et l'efficacité de la coordination<sup>34</sup>.

Les professionnel-le-s ont également pointé l'existence d'outils élaborés dans le cadre de groupes de travail pour faciliter la collaboration. Par exemple, la fiche de liaison de sortie

---

<sup>34</sup> Cf. ARTHUS I., MONTALAN M.-A., & VINCENT B., Quels outils pour piloter la performance d'une équipe mobile de gériatrie, *Journal d'économie médicale*, vol. 27, 2009/1-2, pp. 43-57.



d'hôpital des HUS a été réalisée dans le cadre de la plateforme santé – précarité<sup>35</sup> et permet de pallier certaines des difficultés liées au retour à domicile. Cependant, elle représente une charge de travail importante et son remplissage reste hétérogène en fonction des services.

De manière générale, le manque de coordination a été perçu par les membres du groupe comme un élément clé pouvant entraîner des ruptures de prise en charge, une qualité des soins moindres et des traitements différentiels. Des dispositifs existent et des outils ont été expérimentés, mais ils restent partiels : ils vont concerner une population spécifique, un lieu d'exercice particulier ou un territoire délimité. Au quotidien, la coordination apparaît comme fortement dépendante de l'implication des professionnel-le-s et de leur connaissance des territoires et des réseaux. Ceci pose la question la question des cadres et des outils proposés aux professionnel-le-s, et de manière plus générale, de la prise en compte de cet enjeu par les politiques publiques et les institutions.

Parmi les difficultés de coordination certaines sont apparues :

- Inhérentes au système de santé,
- Plus fortes pour certains publics.

## **LES DIFFICULTES DE COORDINATION : UNE MULTIPLICITE DE FREINS LIES AU SYSTEME DE SANTE**

### **1. La santé : un champ très particulier**

Le champ de la santé est très particulier à plus d'un titre. Il fait intervenir une multiplicité de professionnel-le-s ayant des formations et des cultures professionnelles distinctes (infirmier-ère-s, médecins, assistant-e-s de services sociaux, aides-soignant-e-s, etc.), dans une variété de contextes d'exercice (hôpital, soin de ville, domicile). Cette grande diversité explique d'emblée l'enjeu que représente la coordination du parcours de soins.

De plus, les situations des patient-e-s sont fortement individuelles et peuvent difficilement être standardisées : forte variabilité des symptômes, des évolutions des pathologies, importance des conditions de vie et des antécédents, etc. La coordination doit ainsi être pensée dans une adaptation constante aux situations.

Enfin, le champ de la santé est marqué par une grande incertitude. Ceci empêche de structurer le travail en amont et oblige à travailler dans l'urgence, ce qui peut générer des tensions et des difficultés de gestion du temps. La charge émotionnelle et les enjeux liés à la vie et à la mort présents dans le domaine de la santé viennent redoubler cette pression et chargent les questions de coordination et de qualité des soins d'une certaine gravité.

Ces différents aspects, propres au domaine de la santé, viennent colorer la question de la coordination de façon particulière et sont un premier élément d'explication des difficultés rencontrées.

### **2. Le contexte économique du champ de la santé**

Le groupe de travail a relevé la question du contexte économique actuel dans le champ de la santé comme une deuxième cause des difficultés de coordination. L'impact des contraintes budgétaires est visible dans les différentes structures de soins et de prise en charge. L'univers hospitalier constitue sans doute un des exemples les plus frappants. Depuis l'instauration d'un nouveau mode de financement des hôpitaux et la mise en place de la tarification à l'acte (T2A) entre 2004 et 2008, plusieurs indicateurs d'efficacité sont

---

<sup>35</sup> Instance regroupant les professionnel-le-s de la santé et du social, pilotée par la DASS puis par l'ARS et qui a fonctionné jusqu'en 2013.

utilisés pour évaluer le fonctionnement hospitalier. Ces indicateurs sont relayés régulièrement dans les différentes instances de l'hôpital et font fréquemment l'objet de discussions informelles entre collègues. Ceci conduit à une forte prégnance des enjeux économiques et à une pression sur les pratiques professionnelles. La durée moyenne de séjour (DMS) est un des indicateurs majeurs utilisés pour évaluer l'efficacité de l'activité hospitalière. Plus celle-ci se réduit (sans ré-hospitalisation), plus l'hôpital est considéré comme performant. Ainsi, les temps de transition, et notamment les sorties d'hôpital, sont marqués par des enjeux qui se déclinent à plusieurs niveaux :

- En amont de l'hospitalisation : les médecins traitants éprouvent des difficultés à obtenir l'hospitalisation de leurs patient-e-s et doivent parfois insister pour l'obtenir. Les personnels des hôpitaux doivent anticiper la durée de l'hospitalisation et évaluer celle-ci dès l'admission alors même qu'il peut y avoir des incertitudes sur le déroulement de l'hospitalisation.
- Lors de la prise de décision du retour à domicile : le/la médecin ou les équipes qui prennent la décision peuvent être confrontés à des difficultés de sélection des patient-e-s, à des choix « cornéliens », à un sentiment de mauvaise conscience. L'exemple est donné d'un service hospitalier où des lits doivent être systématiquement libérés le vendredi pour pouvoir assumer la charge de travail du week-end. Dans ce contexte d'insuffisance des places, les risques discriminatoires s'en trouvent accrus.
- En aval : les décisions sont prises dans l'urgence, une pression importante est mise sur les infirmier-ères et assistant-e-s de service social qui doivent organiser le retour à domicile en très peu de temps. Les services médicaux et sociaux de ville peuvent ensuite se sentir en difficulté pour assurer le suivi post-hospitalisation.

De façon transversale, le groupe a également mis en avant la pression concernant le temps de travail. Le sentiment de manque de temps et de travail dans l'urgence semble particulièrement partagé. Au sein des hôpitaux et des collectivités locales et territoriales, les restrictions budgétaires ont conduit à des limitations d'heures supplémentaires, à des non remplacements de congés maladie ou maternité qui pèsent sur le travail des équipes. De ce fait, les patient-e-s pour lesquels la situation est complexe et nécessite davantage de temps risquent une prise en charge de moindre qualité<sup>36</sup>.

Se pose alors la question des actes qui vont être valorisés dans le champ de la santé, traduits en indicateurs évaluables et rémunérés. La mise en valeur de la dimension technique par rapport au relationnel a été identifiée à plusieurs reprises au sein du groupe. L'aspect relationnel est très impliquant pour les professionnel-le-s et peu valorisé par les institutions. Ainsi une tension se dessine à l'hôpital et dans le champ de la santé en général entre des valeurs humanistes, de qualité de soins et des contraintes économiques et gestionnaires.

### ***Faire face à une baisse des moyens : l'exemple de la santé scolaire***

Dans une collectivité territoriale, la santé scolaire a dû faire face à une baisse de moyens ces dernières années. La question posée est donc la suivante : faut-il continuer à recevoir l'ensemble d'une classe d'âge pour un entretien ponctuel ou cibler des enfants dont on peut pressentir une difficulté dans l'accès aux soins pour les accompagner dans la durée ?

<sup>36</sup> Ce constat rejoint celui de l'enquête réalisée par S. Schoenenberger P. Moulin et E. Brangier qui met en évidence les risques discriminatoires liés à la surcharge de travail dans le secteur du soin, cf. SCHOENENBERGER S., MOULIN P., BRANGIER E., La discrimination dans le secteur du soin comme expression de l'augmentation de la charge de travail : enquêtes prospectives en milieu hospitalier et libéral, 2010

Les enjeux sous-jacents sont donc :

- Comment faire vivre le principe d'égalité dans ce contexte ?
- En cas de ciblage, quels sont les critères légitimes et les priorités à définir ? Par exemple : les enfants arrivant en France, les enfants n'ayant pas de dossier médical ouvert dans le service de médecine scolaire, etc.

Pour répondre à cette question, il est essentiel de :

- Mener une réflexion collective pour limiter le recours à l'arbitrage individuel des professionnel-le-s
- Etre vigilant-e collectivement aux risques de discrimination présents de tout processus de sélection (effets pervers)
- Mener des évaluations régulières pour réajuster aux besoins.

Les débats de santé publique autour du dépistage reviennent souvent sur ce dilemme entre toucher la population générale ou une population identifiée comme à risque. Par exemple, en 2006, la Direction générale de la santé avait saisi la Halde (aujourd'hui Défenseur des droits) sur la politique de lutte contre la tuberculose, car une vaccination et un dépistage ciblé de certaines populations, notamment en fonction de leur origine géographique, est envisagé. La Halde a conclu à l'absence de discrimination au vu de la légitimité des objectifs de santé publique. Elle a néanmoins attiré l'attention sur les risques d'instrumentalisation de cette politique à des fins de contrôle de la régularité du séjour.<sup>37</sup>

### 3. La hiérarchie dans le champ de la santé et le cloisonnement des cultures professionnelles

La tension entre relationnel et technique va aussi se traduire dans la hiérarchie du champ de la santé. Cette hiérarchie qui repose sur des représentations figées des différentes professions et cadres institutionnels peut être productrice de difficultés de coordination et de moins bonne prise en charge.

Ainsi, au sein des hôpitaux, les pratiques sont très hétérogènes d'un service à l'autre. Dans certains services, le fonctionnement est très hiérarchisé, dans d'autres il est plus transversal et s'appuie davantage sur les dynamiques d'équipe. Cela impacte nécessairement la coordination entre professionnel-le-s. Par exemple, dans les services où le-la médecin décide seul-e d'une sortie d'hospitalisation, l'équipe n'est pas toujours informée de la sortie, notamment les infirmier-ères ou les assistant-e-s de travail social qui sont pourtant en première ligne dans l'organisation du retour au domicile. Par ailleurs, dans ces cas-là, le critère de l'état de santé de la personne hospitalisée risque d'être le seul utilisé dans la décision de sortie ou de maintien à l'hôpital au détriment d'autres aspects (isolement, conditions d'hébergement...).

De même, au-delà du lien hiérarchique fonctionnel, la représentation hiérarchisée des professions dans le champ de la santé peut entraver une bonne coordination. C'est le cas, par exemple en soins de ville, lorsqu'un-e infirmier-ère ne se sent pas autorisée, de sa place, à contacter le-la médecin traitant au sujet de l'évolution de la situation d'un-e patient-e ou à l'inverse, lorsqu'un-e médecin sous-estime l'importance des informations transmises par le personnel paramédical.

Enfin, la dimension institutionnelle est aussi à prendre en compte. Certains dispositifs, structures ou institutions peuvent être plus ou moins valorisés, ce qui aura un impact en termes de coordination. La valorisation peut s'entendre en termes symbolique ou matériel. Par exemple, alors que les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont ouverts à tout public, certain-e-s professionnel-le-s ne vont y orienter que les personnes perçues comme en situation de précarité. Le risque est alors de sortir du droit commun et d'avoir une médecine à deux vitesses. La valorisation a également une dimension matérielle : certains dispositifs repérés pour les personnes migrantes et/ou précaires pouvant être

---

<sup>37</sup> Cf. délibération n°2006-195 du 18 septembre 2006. <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actions/protection-des-droits-libertes/decision/deliberation-ndeg2006-195-du-18-septembre-2006>

moins bien dotés que d'autres (locaux et moyens humains mis à disposition). Cela génère, par ricochet, une prise en charge plus difficile (Cf. zoom sur les filières spécifiques, p. 30). De façon générale, certaines cultures institutionnelles ne facilitent pas le décloisonnement mais amènent un climat de méfiance et de crainte du regard extérieur. L'exemple a été donné d'un élève en difficulté pour des raisons tant sociales que médicales au sein d'une école. La médecin traitante n'a pas été conviée aux réunions de coordination organisées par l'éducation nationale autour de cet enfant. Le regard de la professionnelle de santé aurait pu apporter des informations complémentaires pour favoriser la qualité du suivi.

#### **4. L'insuffisant traitement de ces thématiques dans les formations initiales et continues**

De façon générale, les différentes formations aux métiers sociaux, médicaux et paramédicaux restent cloisonnées, ce qui entraîne un manque de connaissance des missions et fonctions des un-e-s et des autres et explique des difficultés d'orientation et de travail en commun. La mise en place d'une première année commune aux études de santé depuis 2011 est une avancée dans ce sens mais qui reste limitée.

La tension entre les dimensions techniques et relationnelles des soins, déjà relevée plus haut, est également présente au sein des formations. Par exemple, les formations techniques sont plus valorisées socialement et financièrement que celles liées à la relation (l'exemple des infirmier-ère-s anesthésistes qui sont particulièrement reconnu-e-s). Dans les programmes des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), les valeurs humaines et la relation aux patient-e-s sont valorisées mais elles sont difficiles à mettre en pratique dans la réalité du terrain au vu de la surcharge actuelle de travail. De plus, les étudiant-e-s se montrent souvent peu intéressé-e-s par les enjeux éthiques et souhaitent, avant tout, acquérir les gestes techniques. Au-delà du contexte, ceci peut aussi s'entendre en termes de progression : il est nécessaire de maîtriser les gestes techniques pour pouvoir s'investir dans les aspects relationnels. Ceci peut également s'expliquer par les enjeux de l'évaluation : il semble plus facile d'évaluer des gestes techniques que des compétences relationnelles, transversales. Par exemple, les membres du groupe soulignent l'inadaptation des bilans de compétences de stage dans le cadre de stages centrés sur le relationnel (psychiatrie, addictologie...).

Enfin, les formations mettent peu en avant la variété des contextes d'exercice. Par exemple, les études de médecine restent très centrées sur le monde hospitalier, ce qui rend difficile l'exercice en médecine de ville et le travail d'orientation et de coordination qu'il suppose. De même, la réforme de la formation des soins infirmiers a réduit le nombre de lieux de stage, ce qui réduit les possibilités de découverte des lieux, structures et partenaires potentiels. Cette limite est contournée, dans certains IFSI, en scindant les stages en deux. Ceci montre bien que la prise en compte de ces compétences transversales dépend des orientations des politiques publiques mais aussi des équipes éducatives.

### **DES DIFFICULTES DE COORDINATION AUX RISQUES DISCRIMINATOIRES...**

#### **1. Des moments de fragilité spécifiques**

Dans le cadre de la réflexion sur la coordination, des points de fragilité particuliers ont été identifiés pendant lesquels les risques de traitement différentiel, d'abaissement de la qualité des soins voire de discriminations semblent particulièrement élevés. Ils concernent les étapes où un-e patient-e est amené-e à changer de professionnel-le, d'institution ou d'environnement de soins.

Par exemple, le retour à domicile après une hospitalisation a été identifié comme une

situation de transition particulièrement délicate et symptomatique des difficultés rencontrées (cf. partie sur le contexte économique du champ de la santé, p. 25). En effet, les professionnel-le-s hospitaliers se retrouvent en situation d'identifier et de sélectionner les patient-e-s qui seront en mesure de sortir de l'hôpital, ce qui implique une réflexion sur la manière de prendre cette décision et sur les critères utilisés. De plus, cet exemple soulève la question des conditions de vie et donc de la prise en compte globale des personnes et du lien avec le travail social. Enfin, il pose la question de l'articulation avec la médecine de ville et les aides à domicile. Un grand nombre d'intervenant-e-s, de différentes professions et dans différents environnements, se trouvent ainsi concerné-e-s.

Cet exemple éclaire bien les différents niveaux de coordination qui sont mobilisés et qui ont été identifiés par le groupe :

- au sein d'un établissement hospitalier,
- entre le secteur hospitalier et la médecine de ville,
- entre la médecine de ville (notamment le médecin traitant) et les soins à domicile,
- entre les professionnels du champ sanitaire et social.

## **2. Des publics plus exposés aux risques de discriminations et d'inégalité de traitement**

Les difficultés de coordination sont, bien évidemment, susceptibles de concerner tous-tes les patient-e-s. Néanmoins, elles dépendent des dispositifs existants sur les territoires et peuvent être amplifiées selon les contextes et les publics. Le groupe de travail a ainsi identifié les personnes suivantes comme particulièrement exposées aux risques de discriminations : les personnes issues des classes populaires, les personnes âgées, celles connaissant des problématiques addictives, patient-e-s ayant plusieurs pathologies et les personnes migrantes ou perçues comme telles.

Un premier élément d'explication réside dans la manière d'envisager et de répartir la responsabilité de la coordination. En effet, une partie de la coordination repose implicitement sur les patient-e-s ou leur famille : se repérer dans le système de soin, réaliser les démarches nécessaires à la prise en charge des soins, prendre et se rendre aux différents rendez-vous préconisés, exprimer ses besoins et demandes dans la même langue et avec les mêmes codes que le personnel soignant, etc. Assumer ce rôle peut s'avérer difficile voire impossible pour un certain nombre de personnes peu familiarisées avec le système de soins et/ou ayant intériorisé un sentiment d'illégitimité de leurs demandes. Par exemple, concernant les populations migrantes, l'orientation dans le système de soin peut être particulièrement ardu lorsqu'elles maîtrisent peu le français, sont récemment arrivées en France et ont un faible réseau social.

Un second élément d'explication porte sur la situation globale des publics identifiés. En effet, ceux-ci peuvent avoir des besoins qui se situent au croisement de plusieurs mondes professionnels, mettant en jeu un nombre important d'acteurs et actrices différent-e-s. Il en résulte alors un besoin de coordination accru. Ainsi, les problématiques des personnes en situation de précarité justifient souvent l'intervention de professionnel-le-s de la santé et du social. De même, pour les patient-e-s migrant-e-s, les situations peuvent intriquer des difficultés liées à la santé, au social et au droit de séjour, etc. Le cloisonnement du système de santé et d'accès aux droits peut constituer une entrave pour prendre en charge ces situations dans leur globalité. Pour y pallier, les types de réponse oscillent entre :

- la mise en place de filières spécifiques qui permet une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée, avec le risque d'instaurer une forme de discrimination institutionnelle in fine défavorable aux publics,
- la prise en compte des particularités au sein du droit commun, avec le risque d'une inégale qualité des soins en fonction des professionnel-le-s, des politiques institutionnelles et des moyens réellement alloués.

## ***Les filières spécifiques...une nécessaire vigilance quant aux risques de discriminations***

Les termes de « filières spécifiques » désignent des « dispositifs » réservés à certaines catégories de patient-e-s. Dans une étude réalisée en 2001, Didier Fassin et al.<sup>38</sup> citent notamment l'exemple des consultations pour les personnes les plus démunies dans certains hôpitaux. Ces PASS (permanences d'accès aux soins de santé) ont été organisées, à l'origine, dans le double but de permettre l'accès aux soins des personnes les plus en difficultés tout en évitant justement la création d'une filière spécifique. Elles ont pour vocation de constituer une porte d'entrée des soins hospitaliers pour les personnes sans sécurité sociale qui doivent ensuite avoir accès aux mêmes soins que l'ensemble de la population. Cette mise en œuvre présente, au moins, deux avantages : répondre aux insuffisances du dispositif d'accès aux soins ; bénéficier de personnels mieux formés aux problématiques des publics accueillis.

Mais elle n'est pas exempte de certains paradoxes, rappelés par Didier Fassin et Estelle Carde dans leurs différents travaux :

1. Elles s'adressent en principe à tous les patient-e-s mais, dans les faits reçoivent une proportion très importante d'étranger-e-s en situation administrative irrégulière.
2. Elles ont été créées pour éviter la création de filières spécifiques et ont pour objectifs de réorienter vers le droit commun mais instaurent, même temporairement, une différence de traitement vis-à-vis de certains publics.
3. Cette différence de traitement n'est pas considérée comme discriminatoire au regard du droit. Elle se justifie par la différence de situation, notamment pour les étrangers en situation irrégulière. En effet, le principe d'égalité n'interdit pas de traiter différemment des situations considérées comme différentes. Cependant, Didier Fassin et Estelle Carde pointent dans leurs analyses, les conséquences pouvant être induites par ces filières spécifiques et pouvant s'avérer discriminatoires :
  - « - restreindre l'accès aux droits communs dès lors que le « dérogatoire » devient systématique (orientation systématique dès lors qu'une personne « a l'air » de...)
  - proposer une orientation inadaptée, avec des conséquences préjudiciables pour le/la patient-e (risque de solution de « facilité » pour l'ensemble des professionnel-le-s , soignant-e-s et administratif-ve-s, d'y renvoyer les personnes créant ainsi des retards dans l'accès aux droits communs alors que les personnes y auraient droit ...)
  - susciter des réactions négatives de la part des professionnel-le-s et exposer les usager-e-s à un plus grand risque de stigmatisation »

Ces « filières spécifiques » demandent donc une vigilance particulière car elles sont à la lisière de pratiques discriminatoires dans leurs effets, comme le montre l'expérience de la PASS Périnatalité d'un hôpital public bas-rhinois, qui fait écho à l'ensemble de ces analyses. D'une part, la majorité des personnes fréquentant la PASS sont des personnes étrangères en situations irrégulière. D'autre part, les conditions matérielles d'accueil ont, à un moment donné, eu comme conséquences un abaissement des normes de prise en charge pour ces patientes : pas de bureau au sein de l'hôpital pour les recevoir; des parcours de soins peu lisibles et un suivi médical plus chaotique du fait qu'elles étaient amenées à voir plus de médecins que dans le cadre d'une consultation gynécologique « classique »...Les effets sont donc les suivants : ce sont majoritairement ces patientes étrangères qui étaient affectées par ces pratiques. La conjugaison entre un dispositif spécifique fréquenté de fait par une catégorie particulière de patientes et des modalités d'organisation (pas de bureau, changement de praticien-ne) a donc, dans ce cas précis, eu des conséquences en termes de discriminations indirectes et systémiques.

---

<sup>38</sup> FASSIN D., CARDE E., FERRE N., MUSSO-DIMIOTRIJEVIC S., Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins, Paris, Inserm, 2001, 269 p.

Enfin, un dernier élément apparaît essentiel à savoir à quel moment la coordination se met en place. En effet, la dimension temporelle est importante, d'autant plus que les publics identifiés peuvent être amenés à fréquenter le système de soins sur de longues périodes. L'absence de coordination dans le passé peut avoir des conséquences à long terme et impliquer un besoin accru de coordination par la suite. Par exemple, une pathologie mal prise en charge peut entraîner des complications qui vont nécessiter une fréquentation plus importante du système de soins et une augmentation du nombre de professionnel-le-s à consulter. De même, si les informations (sociales, concernant l'état de santé...) ne sont pas notées et transmises dès le début, celles-ci peuvent être d'autant plus difficiles à réunir à posteriori et demander un effort accru. Ainsi, les lacunes dans la coordination à un moment donné peuvent entraîner un cercle vicieux compliquant d'autant plus la coordination susceptible de se mettre en place par la suite. Il existe donc un enjeu autour de la mise en place rapide de la coordination dès l'entrée dans le système de santé.

Les situations décrites ne concernent pas l'ensemble des personnes migrantes, précaires, âgées, souffrant de problèmes d'addiction ou de plusieurs pathologies. Il convient néanmoins de ne pas négliger les conséquences que les difficultés de coordination avec certains publics peuvent entraîner pour l'ensemble des patient-e-s considéré-e-s comme appartenant à la même catégorie (Cf. partie sur la démarcation entre les « bon-ne-s » et les « mauvais-e-s » patient-e-s », p. 17).

## **LES PISTES DE TRAVAIL POUR RENFORCER LA COORDINATION AU QUOTIDIEN**

A travers les échanges, les enjeux en lien avec les questions de discriminations et de coordination sont apparus comme les suivants :

- Promouvoir une réelle égalité d'accès aux soins et aux dispositifs,
- Veiller à l'équilibre entre mesures de droit commun et mesures spécifiques,
- Favoriser la connaissance réciproque entre professionnel-le-s pour éviter les représentations stéréotypées,
- Repérer et pallier aux risques de discriminations dans une optique de responsabilité collective des professionnel-le-s.

Les pistes évoquées pour renforcer cette coordination dans le champ de santé ont été les suivantes :

### **1. Se former**

La formation apparaît comme une des « portes d'entrée » évidentes pour « se mettre en action » sur ces sujets. Comprendre les processus de discriminations, repérer les dysfonctionnements individuels et collectifs qui les génèrent est une première étape.

#### **a. La formation initiale**

Les enjeux sont, dès les cursus initiaux, de :

- Développer une meilleure connaissance des enjeux liés aux discriminations dans le champ de la santé,
- Décloisonner les différentes cultures professionnelles et faire connaître les différents milieux d'exercice des métiers de la santé aux futur-e-s professionnel-le-s,
- Mettre en place des grilles d'évaluation des stages qui valorisent les compétences relationnelles des futur-e-s professionnel-le-s de santé par le biais d'indicateurs qualitatifs adaptés.

De manière plus concrète, les pistes de travail seraient de :

- Promouvoir le socle et le cadre théorique du concept de discrimination auprès des formateurs et formatrices des institutions de formation,

- Mettre en place un groupe de travail entre les organismes de formation du secteur de la santé (Université de médecine, IFSI, école de sages-femmes...) ou au sein d'une même profession (les IFSI par exemple) pour travailler à ces différents aspects et leur mise en œuvre concrète.

b. La formation continue

Les enjeux de la formation continue sont de faire évoluer ses pratiques professionnelles (savoirs faire, savoirs être, compétences techniques) en s'appuyant sur son expérience et de rester en alerte sur les évolutions à la fois sociétales et liées à son métier. Elle peut prendre différentes formes : des formations ciblées proposées par des organismes de formation, des temps de qualification plus ponctuelle, des temps d'échanges d'expériences au sein de son institution, des groupes d'analyse de pratiques... Il a été souligné par les participant-e-s que la formation continue relève à la fois d'une dynamique personnelle et institutionnelle.

## 2. S'appuyer sur le réseau d'acteurs et d'actrices

Une coordination repose, de facto, sur un réseau d'acteurs qui doivent se connaître et se reconnaître comme partie prenante de ce réseau. Les enjeux, pour les professionnel-le-s présents-e-s, sont de :

- remplir leurs missions respectives auprès de chaque usager-ère, tout en étant en lien avec l'ensemble des intervenant-e-s
- être en mesure d'échanger des informations sur les situations particulièrement difficiles et complexes pour mettre en place les actions les plus adaptées
- disposer de cadres aux objectifs clairs et partagés au sein de leurs institutions ou d'instances inter-acteurs.

De manière plus concrète, les pistes de travail seraient :

- d'identifier les dispositifs de coordination existants sur le territoire alsacien pour repérer les manques, les atouts et les limites
- de ré-activer des espaces de rencontre et d'échanges professionnel-le-s de différents horizons (en s'inspirant de l'ancienne plateforme « santé précarité » par exemple)
- de veiller à la bonne transmission d'information aux différents points de transition (Cf. partie « Des difficultés de coordination aux risques discriminatoires », p. 28)

Ce dernier point nécessite toutefois une vigilance particulière dans le champ sanitaire et social, puisque le partage des informations entre professionnel-le-s est intégralement lié au respect du secret médical.

## 3. Valoriser la fonction de coordination

Les enjeux sont de remédier à l'invisibilité de cette fonction et de pouvoir mieux la mesurer. Les pistes de travail qui ont émergé sont :

- d'intégrer la fonction de coordination dans les fiches de poste en lien avec des temps de travail dédiés
- de construire des modes d'évaluation adaptés à la fonction de coordination.



# LES RECOURS LEGAUX EN CAS DE DISCRIMINATION DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ : DES POSSIBILITÉS NOMBREUSES, DES SAISINES RARES

La lutte contre les discriminations bénéficie d'un ancrage juridique qui présente l'avantage d'être un outil mobilisable et concret. C'est l'idée d'un combat par le droit pour passer d'une égalité formelle (proclamée par les textes) à une égalité effective, réelle. « La lutte contre la discrimination est résolument *pragmatique*. Elle vise avant tout l'efficacité immédiate. Loin des batailles idéologiques, il s'agit avant tout de permettre à la victime d'obtenir la reconnaissance du fait et la réparation du préjudice. C'est de ces victoires concrètes que sont attendus les changements sociaux. »<sup>39</sup> Néanmoins, cette affirmation très lyrique est à nuancer, car le cadre juridique reste difficile à mobiliser, et son efficacité, en termes de reconnaissance pour les victimes, peut être questionnée. A ce jour, peu nombreuses sont les plaintes pour discrimination qui aboutissent à une condamnation, et encore moins dans le champ de la santé.

Une personne, victime d'une situation de discrimination, a plusieurs options pour faire valoir ses droits : elle peut décider d'entamer une procédure amiable, disciplinaire ou juridictionnelle. Les instances pouvant être saisies sont ainsi particulièrement nombreuses (CPAM, Conseil de l'ordre de la profession concernée et territorialement compétent, Défenseur des droits, différents juges...). Cette multiplicité de démarches et d'instances est un facteur de complexité et peut expliquer, en partie, l'absence de recours. Dans le cadre des travaux du groupe, plusieurs entretiens ont été menés avec certains membres ou représentant-e-s d'organismes pouvant être saisis ainsi qu'un Président d'association pour mieux connaître les procédures et la réalité des saisines :

- Une professionnelle en charge des procédures de conciliation à la CPAM,
- Le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins,
- Une membre de la Commission de relation avec les usagers et de la qualité d'un hôpital bas-rhinois
- Le président du Collectif inter-associatif sur la santé en Alsace (le CISS. Cf. p. 37).

## LES PROCEDURES AMIABLES OU « NON JURIDICTIONNELLES »

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.

### 1. Le Défenseur des droits

Le Défenseur des droits est une autorité constitutionnelle indépendante qui a deux missions : défendre les personnes dont les droits ne sont pas respectés ; permettre l'égalité de tous et toutes dans l'accès aux droits<sup>40</sup>. Il 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 à l'appui d'un réclamant, saisir une autorité disciplinaire pour lui demander d'engager des poursuites contre un agent...

<sup>39</sup> FASSIN D. L'invention française de la discrimination, *Revue française de sciences politiques*, n° 52, 2002/4, p. 413

<sup>40</sup> Dans le cadre de son rapport d'activité de 2014, il faisait valoir que « les réclamations liées à des refus de soins illégaux à caractère discriminatoire à l'encontre des personnes en situation de précarité, des étrangers, des femmes seules persistent » et que « le renoncement aux soins s'avèrent tout aussi problématique notamment pour les populations fragiles ou vulnérables du fait de l'âge, d'une maladie ou d'un handicap. » Il est également intéressant de noter que le champ de la santé représente 3% des réclamations liées au service public.

Toute personne peut saisir le Défenseur des droits lorsqu'elle pense être discriminée soit en contactant le ou la délégué-e territorial-e, soit par courrier ou directement en ligne<sup>41</sup>.

Le rapport d'activité de 2014 faisait valoir que « les réclamations liées à des refus de soins illégaux à caractère discriminatoire à l'encontre des personnes en situation de précarité, des étrangers, des femmes seules persistent » et que « le renoncement aux soins s'avèrent tout aussi problématique notamment pour les populations fragiles ou vulnérables du fait de l'âge, d'une maladie ou d'un handicap. » Il est également intéressant de noter que le champ de la santé représente 3% des réclamations liées au service public.<sup>42</sup>

## 2. La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUPQC)

Au sein des établissements hospitaliers, une personne peut procéder à un recours hiérarchique. En cas d'insatisfaction, elle peut ensuite saisir la CRUPQC. Cette commission a pour mission de veiller aux droits des usagers et de faciliter leurs démarches. Elle peut également être amenée à faire valoir des propositions à la direction pour l'accueil et la prise en charge des malades et de leurs proches.

### ***La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge d'un hôpital bas-rhinois...Retour d'expériences***

Au sein de la Commission des relations avec les usagers (qui se réunit environ cinq fois par an), un groupe de travail se penche tous les mois sur l'ensemble des réclamations reçues par la Commission. Toute réclamation est traitée et une réponse est donnée à chaque courrier. L'information auprès des patient-e-s se fait notamment par le livret d'accueil. Il-elle est, dès ce moment, invité-e à faire part de son avis, notamment par le biais d'un questionnaire de satisfaction. Dès lors qu'une réclamation est reçue, la personne est invitée à se rendre chez un médiateur-trice médical-e ou non selon le problème soulevé, pour un entretien approfondi. Des problèmes de discriminations ont pu y être posés, ou en tout cas des situations où des patient-e-s se sont senti-e-s mis-e-s à l'écart, traités différemment en raison de leur origine ou couleur de peau. Dans ces situations, il est important de comprendre ce qui s'est passé, et donc de faire remonter aux services concernés. Le-la patient-e a généralement besoin d'explications, d'un dialogue pour comprendre. Mais les professionnel-le-s soignants peuvent avoir vis-à-vis de cette instance un sentiment de méfiance qu'il est nécessaire de lever en explicitant au mieux la mission et le cadre de la Commission.

## 3. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

Il existe deux procédures :

- La procédure de signalement de l'article L1110-3 du code de santé publique qui concerne spécifiquement les refus de soins illégaux, notamment en lien avec l'un des critères de discriminations. La personne peut alors saisir le directeur de l'organisme local de l'assurance maladie ou le président du Conseil de l'ordre territorialement compétent. Il est alors procédé à la mise en place d'une Commission mixte composée des membres des deux organismes pour procéder à une conciliation. Mais cette procédure est relativement complexe à mettre en œuvre<sup>43</sup>.
- La procédure de conciliation de la CPAM suite à l'adoption d'une circulaire en 2008 qui a pour objet de traiter également des refus de soins et de donner de nouvelles missions aux conciliateurs.

<sup>41</sup> Cf. le site internet du Défenseur des droits : <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/saisir-le-defenseur-des-droits>

<sup>42</sup> Défenseur des droits, Rapport annuel d'activité 2014, Paris, Le Défenseur des droits, 2015, pp. 11 et 13.

<sup>43</sup>Cf. Annexe 6 sur « Les procédures de traitement des réclamations », p. 48.

## **La procédure de conciliation de l'assurance maladie en Alsace – Retour d'expériences**

La procédure de conciliation de l'Assurance Maladie traite :

- des réclamations pour refus de soins en première intention,
- des réclamations réitérées des assurés, des professionnel-le-s de santé et employeurs.

La prise en charge des réclamations et plaintes pour refus de soins comprend, notamment :

- pour les assurés : la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous, le non-respect des tarifs opposables (dépassements d'honoraires et refus de pratiquer le tiers-payant pour les bénéficiaires de la CMU, CMU-C, ACS et de l'AME), l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé...
- pour les professionnels de santé : le retard injustifié aux rendez-vous, les rendez-vous manqués et non annulés...

Toute réclamation pour refus de soin doit être adressée par l'assuré-e ou le/la professionnel-le de santé, par écrit, à la conciliation de la caisse primaire d'assurance maladie. Le/la conciliateur-trice n'est ni juge, ni partie. Ainsi, il ou elle prend contact avec les deux parties par téléphone et annonce à la partie mise en cause le nom de la personne réclamante. Il ou elle examine la situation dans sa globalité. En fonction des situations, le conciliateur-trice peut :

- demander à la partie mise en cause un courrier explicatif
- rappeler au/à la professionnel-le de santé ou à l'assuré-e ses obligations
- demander le remboursement d'honoraires trop perçus par le ou la professionnel-le
- renvoyer la situation vers l'Ordre des médecins.

A la CPAM du Bas-Rhin, les refus de soins représentent une part très marginale de l'ensemble des saisines en conciliation, soit 1%. Le même constat est dressé par les caisses du Haut-Rhin et de Moselle. A titre comparatif, les saisines les plus nombreuses concernent les indemnités journalières (environ 40% des réclamations en 2014 dans le Bas-Rhin). Concernant les cas traités en 2014, après conciliation, ceux-ci n'ont pas été considérés comme des réels refus de soins mais comme des problèmes liés à :

- un défaut d'information de part et d'autre (méconnaissance du/de la professionnel-le de santé quant à la dispense d'avance des frais pour un bénéficiaire de l'ACS, acte lié à une exigence particulière du patient et non remboursable, refus légal de soins avec maintien de la continuité des soins par le professionnel de santé...)
- des difficultés relationnelles (agressivité d'un patient, etc.).

Ce constat ne signifie pas que les refus de soin n'existent pas mais que, s'ils existent, ceux-ci ne sont pas signalés à la caisse par les assurés sociaux. Les assurés peuvent ne pas faire de démarche ou les faire auprès d'autres organismes (par exemple directement à l'ordre des médecins).

## **LES PROCEDURES DISCIPLINAIRES**

Elles consistent à saisir les chefs d'établissement ou les conseils ordinaires des professionnels de santé pour obtenir une sanction du- de la professionnel-le mis-e en cause au regard de ses obligations déontologiques. En cas de plainte devant le Conseil national de l'Ordre des médecins, « cette juridiction ordinale ne remplace pas les juridictions pénales, administratives ou civiles. Elle ne se prononce que sur le respect du Code de déontologie médicale inclus dans le code de la santé publique. (...) »<sup>44</sup> Son pouvoir est de sanctionner un médecin (avertissement, blâme, interdiction temporaire d'exercer, radiation du tableau de l'ordre des médecins), mais en aucun cas de verser des dommages et intérêt au réclamant.

---

<sup>44</sup> 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. 109

### **L'Ordre des médecins – retour d'expériences**

L'Ordre des médecins groupe obligatoirement l'ensemble des médecins habilités à exercer en France. Au niveau territorial, cet ordre se décline en conseils départementaux et régionaux. Le conseil départemental remplit un pouvoir administratif, joue un rôle de conseil auprès des médecins et est l'interlocuteur des pouvoirs publics au niveau départemental. Il ne dispose pas de pouvoir disciplinaire. Le Conseil Régional est l'interlocuteur des instances régionales du système de santé, notamment les ARS et s'y adosse la Chambre disciplinaire de première instance. Enfin, le conseil national coordonne et harmonise l'activité de tous les conseils ordinaires. Il agit tant au niveau administratif que juridictionnel. S'y adosse la Chambre nationale disciplinaire d'appel.

Le Conseil est compétent pour traiter les plaintes pour refus de soins car ces pratiques sont contraires à la déontologie médicale. Les sanctions peuvent aller de l'avertissement, au blâme et à l'interdiction temporaire d'exercer. La démarche est la suivante :

- l'envoi d'un courrier recommandé avec accusé de réception à l'ordre départemental en y joignant des éléments de preuve et les articles de déontologie mis en cause.
- l'enquête réalisée par l'ordre : demande de justification auprès du médecin en précisant le nom de la personne réclamante
- selon les cas, médiation ou renvoi vers la Chambre disciplinaire de première instance

Au cours des 3 dernières années, l'Ordre a reçu deux signalements pour refus de soins liés à des rendez-vous donnés dans des délais jugés anormaux par des patient-e-s bénéficiaires de la CMU et/ou d'origine étrangère. Ces signalements ont été réglés par la médiation. La preuve est difficile à apporter en cas de refus de soin car le ou la médecin peut arguer du libre choix de la patientèle hors situation d'urgence, à partir du moment où la continuité des soins est assurée.

## **LES PROCEDURES JURIDICTIONNELLES**

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 des facteurs suivants : le type de professionnel concerné (libéral, hospitalier) ; les faits concernés ; les objectifs du demandeur (obtenir réparation ou la condamnation de l'auteur) ; les délais pour intenter l'action...

- La voie administrative si la situation concerne un établissement public,
- La voie civile si la situation concerne des établissements privés ou des professionnels 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 de la personne mise en cause.

De manière générale, quelle que soit la voie de recours envisagée, il est nécessaire de se faire accompagner par une structure compétente<sup>45</sup>, pour être informé-e de ses droits et définir la stratégie juridique la plus pertinente. Des compétences particulières sont évidemment 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 amener ? Quelle instance doit être saisie ? etc.

---

<sup>45</sup> Associations d'aide aux victimes, association de lutte contre les discriminations en Alsace – ALDA, Collectif Interassociatif Sur la Santé – CISS, etc.

### **Le CISS – Retour d'expériences**

Au niveau national, le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) regroupe 44 associations de patients et d'usagers intervenant dans le champ de la santé. Celles-ci représentent les personnes malades et handicapées, les personnes âgées et retraitées, les consommateurs et les familles. A sa création, en 1996, l'objectif du CISS était de faire coïncider ces différentes approches pour lui permettre d'être un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé. Un réseau de délégations régionales a été créé pour être présent sur l'ensemble du territoire. Ce collectif observe, veille en continu au bon fonctionnement et à l'équité du système de santé et informe les usagers du système de santé sur leurs droits, représente et défend les intérêts communs de tous les usagers du système de santé, forme les représentants d'usagers siégeant dans les instances hospitalières ou de santé publique, définit des stratégies communes pour améliorer l'accueil et la prise en charge.

Lors de l'entretien, le président du CISS-Alsace faisait valoir que cette structure était un relais potentiel en cas de discrimination pour s'informer sur ses droits et être orienté dans ses démarches, avec la mise à disposition de fiches pratiques.<sup>46</sup> Il partageait, comme les autres acteurs, le même constat : la délégation Alsace du CISS n'a traité aucune réclamation concernant des refus de soins ou des discriminations (mais des réclamations ont pu être adressées directement aux associations membre du CISS). Mais il attirait l'attention sur le fait que les refus de soins peuvent être difficiles à identifier par les patient-e-s et les démarches paraître longues et complexes. Il semble nécessaire de trouver d'autres voies que les réclamations individuelles pour identifier, prévenir et remédier à cette problématique. Les pistes envisagées pourraient être les suivantes :

- La mise en œuvre de testings scientifiques qui sont un bon moyen de mesurer l'ampleur du phénomène.
- Le repérage par la CPAM des professionnel-le-s ayant un faible taux de patient-e-s bénéficiaires de la CMUC par rapport à leur zone de chalandise.

### **LES PISTES DE TRAVAIL POUR UN MEILLEUR USAGE DU DROIT ET DES VOIES DE RECOURS**

A l'issue de ce retour d'expériences sur la réalité des recours auprès des structures concernées, le constat est le suivant : elles n'ont pas (ou très peu) été saisies de situations de discriminations au courant de l'année 2014 (4 pour la CPAM, aucune pour l'ordre des médecins). Ceci conduit à s'interroger sur les raisons de ces non recours ou non signalement. Ils peuvent trouver leur origine dans une réticence des patients à porter plainte contre un médecin, devant la difficulté de la preuve, la longueur des procédures, le fait de ne pas savoir à qui s'adresser pour demander conseil et accompagnement... Il ressort également de ces différents entretiens un autre élément : le manque d'échanges et de communication empêche le repérage collectif de situations de discriminations. Un « réseau de vigilance » entre les différentes instances impliquées pourrait être nécessaire d'autant plus que les professionnel-le-s de santé sont généralement « mieux placé-e-s » pour repérer les pratiques discriminatoires et les éléments de preuve que les patient-e-s eux-mêmes. En effet, ils-elles sont à même de constater les comportements récurrents par exemple de certain-e-s professionnel-le-s ou les dysfonctionnements de certains services.

A partir de ces constats, les pistes de travail envisagées pour un meilleur usage du droit seraient de :

- Mieux faire connaître le droit anti-discriminatoire aux usager-ère-s, à leurs représentant-e-s et aux professionnel-le-s,
- Veiller à ce que la personne entamant un recours soit accompagnée dans la durée,
- Mettre en place un réseau de vigilance entre les membres des différentes instances de recours.

---

<sup>46</sup> Voir notamment :

- Fiche thématique du CISS n°8 « droits des malades : refus de soins aux bénéficiaires de la CMUC, de l'AME ou de l'ACS – 2015 » [www.leciss.org/sites/default/files/8-Refus%20de%20soins%20CMUC-fiche-CISS.pdf](http://www.leciss.org/sites/default/files/8-Refus%20de%20soins%20CMUC-fiche-CISS.pdf)
- Fiche pratique n°8bis « droit des malades : accompagnement par les associations des bénéficiaires de la CMUC, de l'AME et de l'ACS, victimes de refus de soins – 2015 » [http://www.leciss.org/sites/default/files/8bis\\_Accompagnement%20CMUC-AME-fiche-CISS.pdf](http://www.leciss.org/sites/default/files/8bis_Accompagnement%20CMUC-AME-fiche-CISS.pdf)

## CONCLUSION

La démarche, menée par Migrations Santé Alsace et l'Observatoire régional de l'intégration et de la ville, synthétisée dans ce document, est partie des questions suivantes : Comment aborder les discriminations liées à l'origine dans le champ de la santé ? Quelles sont les situations problématiques rencontrées par les professionnel-le-s de santé ? Comment identifier, prévenir, réagir face à des situations discriminatoires ?

Pour Migrations Santé Alsace et l'ORIV, y travailler s'avère un enjeu à un double niveau :

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

Mais ces questions sont épineuses pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les discriminations sont diffuses, parfois invisibles ou difficilement identifiables, et ce quel que soit le champ concerné (emploi, accès au loisir...). On les devine, on les suppose, mais en établir la preuve peut parfois être extrêmement difficile. Cette invisibilité est d'autant plus marquée dans le champ de la santé que ce dernier s'inscrit dans un discours scientifique qui semble indépendant des relations sociales.

Ensuite, la notion de discrimination met à mal le principe fondamental de droit à la santé garanti par les textes internationaux et la constitution française. Parler de discriminations est en totale contradiction avec la déontologie, l'éthique humaniste et les valeurs égalitaires très présentes dans le champ de la santé : le corps souffrant doit légitimement être soigné au-delà de toute considération. Pourtant, différentes études font état de traitements différentiels dans l'accès aux droits et aux soins. Les plus connues concernent les refus de soins auprès des bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C et de l'AME. Ces pratiques, bien que variables selon les spécialités, les secteurs d'exercice et les territoires « persistent à un niveau élevé »<sup>47</sup>. D'autres formes de discriminations moins connues ont été identifiées telles que le retard aux soins, l'abaissement des normes de prise en charge, l'instauration de modalités culturellement spécifiques ou l'expression ordinaire de sentiments racistes ou xénophobes<sup>48</sup>. Si on se place du point de vue des usager-ères, l'étude « Trajectoires et Origines » relève également des expériences de discriminations déclarées plus souvent par les personnes immigrées que par les autres. Ces différents constats issus d'enquêtes de terrain invitent donc à approfondir la notion de discriminations dans le champ de la santé. Dans le cadre de ce travail, ce sont, en premier lieu, les situations mettant en jeu le critère de l'origine qui nous ont intéressé-e-s.

Enfin, les professionnel-le-s de santé inscrivent de nombreux freins à l'accès à des soins de qualité dans une analyse en termes d'inégalités sociales de santé. Mais aborder les questions d'égalité d'accès aux droits et aux soins sous l'angle des discriminations propose un éclairage complémentaire. Il s'agit effectivement :

- d'interroger les pratiques professionnelles au prisme de l'égalité des droits et de traitement,
- d'interroger ses représentations, à la fois personnelles et collectives,
- d'interroger les normes implicites qui servent de cadres aux pratiques et aux actions mises en œuvre,
- de rompre avec l'idée que « les publics ont un problème » mais de travailler sur les institutions, les procédures, les processus et les pratiques.

Partant de ces constats généralistes, le groupe de travail s'est appuyé sur des situations concrètes, rencontrées par les professionnel-le-s présent-e-s pour repérer et analyser ce qui relevait des discriminations dans le champ de la santé. Cette méthode de travail a permis

---

<sup>47</sup> Défenseur des Droits, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, 2014

<sup>48</sup> FASSIN D., CARDE E., FERRE N., MUSSO-DIMIOTRIJEVIC S., Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins, Paris, Inserm, 2001

d'ancrer la réflexion dans le réel, de partir d'éléments tangibles afin de rendre visibles les discriminations ou les risques discriminatoires. A partir de ces situations, ce sont différents aspects du champ professionnel concerné qui ont été questionnés : les fonctionnements institutionnels, les modes d'organisation, les projets de service ou d'établissement, les relations partenariales, les relations interpersonnelles, mais aussi les valeurs, les représentations, les normes (explicites ou implicites qui peuvent servir de cadre à l'action). A chaque fois une attention particulière a été portée aux pratiques, à la dimension systémique, à la place de chacun-e dans la production des discriminations. L'analyse des situations avait pour double objectif d'interroger la situation au regard des enjeux de l'égalité (discrimination avérée, risque discriminatoire...) et d'identifier les moyens d'agir pour garantir l'égalité des droits et l'égalité de traitement.

Une des premières dimensions interrogées par les professionnel-le-s a été la relation interindividuelle entre soignant-e et soigné-e. Les échanges ont mis en avant deux grands types d'obstacles au sein de cette relation en lien avec les mécanismes de discriminations et d'atteinte à l'égalité de traitement : les obstacles de l'ordre de la langue, en particulier avec les patients non francophones ; les obstacles de l'ordre des représentations et des préjugés. D'autres questionnements ont également émergé : ceux liés à la prise en compte de la parole du/de la patient-e, et du positionnement du/de la professionnel-le face à cette parole.

Mais les professionnel-le-s ont aussi souligné combien les facteurs systémiques liés à l'organisation du système de soins, à l'organisation du travail, à l'économie de la santé jouent un rôle dans la production des discriminations. Les situations étudiées ont mis en évidence des traitements différentiels tout au long du parcours de soins, conséquences de logiques plus systémiques et institutionnelles. Les moments de transition ou la mise en place de filières spécifiques ont été mis en exergue comme des moments particulièrement sensibles en termes de risque discriminatoire.

Enfin, de façon transversale, les professionnel-le-s ont également mis en avant un manque d'information sur le cadre juridique lié aux discriminations et sur les relais et instances pouvant être sollicités sur cette thématique. Ce constat fait écho au faible nombre de démarches pour discriminations recensé auprès des instances de recours existantes.

Sur la base de ces constats, comment prévenir et lutter contre les risques de discrimination ? L'étude des situations pratiques a permis d'envisager un ensemble de leviers à différents niveaux : dans la relation de soin, dans le parcours de soins (notamment autour des enjeux liés à la coordination) et dans la mobilisation du droit. Les pistes de travail mises en avant relèvent de quatre grands types d'actions :

- **Inscrire la discrimination dans les formations initiales et continues des professionnel-le-s** : pour leur permettre de s'interroger sur leurs propres représentations, de mieux valoriser les compétences relationnelles, de connaître le cadre juridique, de repérer les situations et risques discriminatoires et de construire des réponses pertinentes.
- **Mobiliser les directions et institutions autour des enjeux liés à l'égalité effective de traitement et aux discriminations** : pour mettre en place des espaces de réflexion et de régulation autour ces enjeux, des protocoles d'alerte sur les situations de discrimination, pour utiliser les outils existants permettant une réelle égalité d'accès aux droits (exemple de l'interprétariat professionnel), pour valoriser les fonctions et dispositifs de coordination
- **Développer un réseau d'acteurs et d'actrices autour de ces enjeux** : pour se saisir collectivement de la question des discriminations, décroiser les différentes institutions, renforcer la vigilance inter-institutionnelle et éviter les risques discriminatoires dans les moments de transition.
- **Mobiliser le droit par une meilleure connaissance et usage des voies de recours** : pour mieux faire connaître le cadre juridique aux usager-e-s, à leurs représentant-e-s et aux professionnel-le-s, veiller à l'accompagnement des personnes dans la durée, et mettre en place un réseau de vigilance entre les différentes instances de recours.

## LISTE DES ANNEXES

<b>Annexe 1 : Liste des sigles utilisés .....</b>	<b>41</b>
<b>Annexe 2 : Présentation du projet aux partenaires .....</b>	<b>42</b>
<b>Annexe 3 : Composition du groupe et réunions réalisées.....</b>	<b>44</b>
<b>Annexe 4 : Extraits des textes juridiques.....</b>	<b>45</b>
<b>Annexe 5 : Les critères de discriminations – par dates d’apparition .....</b>	<b>46</b>
<b>Annexe 6 : Les procédures de traitement des réclamations .....</b>	<b>48</b>
<b>Annexe 7 : Bibliographie.....</b>	<b>51</b>



## ANNEXE 1 – LISTE DES SIGLES UTILISES

AME	Aide Médicale d'Etat
CISS	Collectif Interassociatif Sur la Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRUPQC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
HALDE	Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité
IFSI	Institut de Formations aux Soins Infirmiers
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile

## ANNEXE 2 - PRESENTATION DU PROJET AUX PARTENAIRES

### Discriminations liées à l'origine dans le champ de la santé Projet de recherche action

#### Enjeux

---

**Comment aborder les discriminations liées à l'origine dans le champ de la santé? Comment accueillir, accompagner et soigner les personnes en toute égalité à l'heure où les contraintes structurelles et les enjeux économiques sont prégnants? Comment les professionnels de santé peuvent identifier, prévenir et/ou réagir face à des situations de discriminations ?**

Ces questions peuvent paraître déplacées pour des professionnels de santé **tant ce champ s'appuie sur une éthique humaniste et des valeurs égalitaires, qui apparaissent contradictoires avec l'idée même de discrimination**. Pourtant, elles se posent, comment l'ont notamment constaté Migrations santé Alsace et l'Observatoire régional de l'intégration et de la ville (ORIV) dans leurs actions respectives. Elles ont d'ailleurs donné lieu, en octobre 2013, à l'organisation d'un premier temps d'échanges dans le cadre de la Semaine de l'Égalité de la ville de Strasbourg, qui a réuni une centaine de professionnels de la santé et du social<sup>49</sup>.

Ceci montre l'intérêt suscité par la **problématique des discriminations dans le champ de la santé qui s'avère un enjeu à un double niveau** :

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

#### Démarche et objectifs

---

Migrations Santé Alsace et l'Observatoire régional de l'intégration et de la ville souhaitent engager, avec le soutien de la DRJSCS<sup>50</sup>, une démarche de recherche-action afin de travailler sur les discriminations liées à l'origine dans le champ de la santé. Il s'agit **d'initier une réflexion collective avec des professionnels de santé intéressés par le sujet et prêts à s'impliquer dans un groupe de travail** amené à se réunir entre avril et novembre 2014.

Cette démarche a pour objectif, à partir des pratiques et expériences des professionnels, de :

- ☞ repérer les phénomènes ou risques discriminatoires présents dans le champ de la santé,
- ☞ réfléchir collectivement aux pistes d'amélioration des pratiques et des fonctionnements institutionnels en partant de situations identifiées,
- ☞ identifier les leviers d'action pour, au quotidien, prévenir les risques de discrimination et agir face à des situations de discrimination.

---

<sup>49</sup> « Les discriminations dans le champ de la santé : Quels contours ? Quels enjeux ? Quels impacts au niveau des pratiques professionnelles ? », Événement organisé le 23/10/2013 par un groupe de travail copiloté par Migrations Santé Alsace et l'ORIV et en partenariat avec Accord 67, le Centre d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles – CIDFF, le Conseil des Résidents Etrangers de Strasbourg, Joie et Santé Koenigshoffen, la Maison des Adolescents, Médecins du Monde et la Station.  
<sup>50</sup> Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Les objets et les modalités de travail seront identifiés au fur et à mesure des questionnements soulevés par les professionnels.

A l'issue de ces échanges, les membres du groupe de travail définiront comment leurs réflexions pourront être diffusées : production de connaissances ou « d'outils » (guide, manuels, fiches synthétiques...), mise en place de formations, organisation de temps d'échanges, restitution auprès de représentants institutionnels...

### Structures sollicitées pour participer

---

Le groupe est constitué d'une quinzaine de professionnels du champ sanitaire, en majorité des praticiens issus de différentes institutions, associations ou en libéral. D'autres intervenants de terrain pourront y participer s'ils sont aux contacts des publics ou impliqués dans les parcours de soins. Les structures sollicitées sont :

- ☒ Agence Régionale de Santé
- ☒ Association SIAD « Vivre chez soi »
- ☒ Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- ☒ Centre Hospitalier de l'EPSAN
- ☒ Conseil Général
- ☒ Clinique Adassa
- ☒ Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- ☒ Centre de Santé « Joie et Santé Koenigshoffen »
- ☒ Maison des Adolescents de la Ville de Strasbourg
- ☒ Médecins du Monde
- ☒ Médecins libéraux
- ☒ Ville d'Illkirch Graffenstaden
- ☒ Ville de Strasbourg
- ☒ Parole sans Frontière

En fonction des avancées du projet, d'autres structures pourront être associées.

### Présentation des partenaires

---

**Migrations santé Alsace** a pour objet de contribuer à la promotion de la santé des personnes migrantes et de leur famille. L'association s'engage sur le terrain pour un égal accès aux droits et aux dispositifs de soins et de santé. Elle développe une réflexion sur la question des discriminations dans le champ de la santé depuis 2010. **Pour plus d'informations : [www.migrationssante.org](http://www.migrationssante.org)**

**L'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV)** est un centre de ressources sur les questions relatives à l'intégration des populations immigrées, à la prévention des discriminations et à la cohésion sociale et territoriale. Il a pour objet de développer et de diffuser des connaissances sur ces trois thèmes. **Pour plus d'informations : [www.oriv-alsace.fr](http://www.oriv-alsace.fr)**

## ANNEXE 3 – COMPOSITION DU GROUPE ET REUNIONS REALISEES

### Composition du groupe :

#### Co-animatrices du groupe :

Gaëlle Donnard, Directrice de projets, ORIV ; Emilie Jung, Directrice adjointe, Migrations Santé Alsace

Structure	Nom	Prénom	Fonction
Conseil Départemental 67	THOMAS	Nathalie	Cadre de santé
Centre Hospitalier d'Haguenau	HEISSERER	Nathalie	Cadre de santé, ancienne formatrice en IFSI
	SCHLICK	Sandrine	Cadre de santé et formatrice en IFSI
Ecole Supérieure du Travail Educatif et Social (ESTES)	WOLFF	Valérie	Sociologue, chargée de recherche à l'ESTES et ancienne assistante sociale des Hôpitaux.
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	GALLO IMPERIALE	Delphine	Médecin gériatre
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	GRIES	Simone	Infirmière - Membre de la CRUQPC des HUS
	CERBINO	Nadine	Cadre socio-éducatif (centre addictologie)
	ESPINASSE	Geneviève	Assistante sociale
Maison de santé du Neuhof	JUNG	Catherine	Médecin généraliste libéral
Médecins du Monde	GEISS	Jean-Louis	Médecin généraliste
SSIAD "Vivre chez moi"	CHAUTRAND	Christine	Directrice
	HETZEL	Chantal	Infirmière Coordinatrice
Ville de Strasbourg	FRANCK	Sylvie	Infirmière en santé scolaire
	BOUTON	Patricia	Infirmière puéricultrice en PMI

### Contenu des séances

Date	Contenu
15 avril 2014	Séance de travail introductive : présentation du projet, tour de table des attentes des participant-e-s, proposition du cadre de travail
12 juin 2014	Séance de travail autour des situations identifiées
8 juillet 2014	Séance de travail autour des situations identifiées
23 septembre 2014	Bilan des séances autour des situations et perspectives de travail
27 janvier 2015	Séance thématique : « Inégalités sociales et discriminations : quels différences ? quelles articulations ? quels liens avec les pratiques professionnelles ? »
24 mars 2015	Séance thématique : Norme, protocole et économie de la santé : quels risques discriminatoires ? quelles conséquences sur les pratiques
27 mai 2015	Séance thématique : quels recours disponibles en cas de discriminations dans le champ de la santé ?
29 septembre 2015	Séance de relecture collective autour d'une première version de la note de synthèse
19 janvier 2016	Séance de relecture collective autour d'une version retravaillée de la note de synthèse

## **ANNEXE 4 – EXTRAITS DES TEXTES JURIDIQUES**

### **CODE PENAL**

**Article 225-1** (Modifié par LOI n°2014-173 du 21 février 2014 - art. 15)

Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs moeurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales à raison de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de l'apparence physique, du patronyme, du lieu de résidence, de l'état de santé, du handicap, des caractéristiques génétiques, des moeurs, de l'orientation ou identité sexuelle, de l'âge, des opinions politiques, des activités syndicales, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales.

### **CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

### **CODE DE PROCEDURE PENALE**

**Article 40** (Modifié par Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 - art. 74 JORF 10 mars 2004)

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

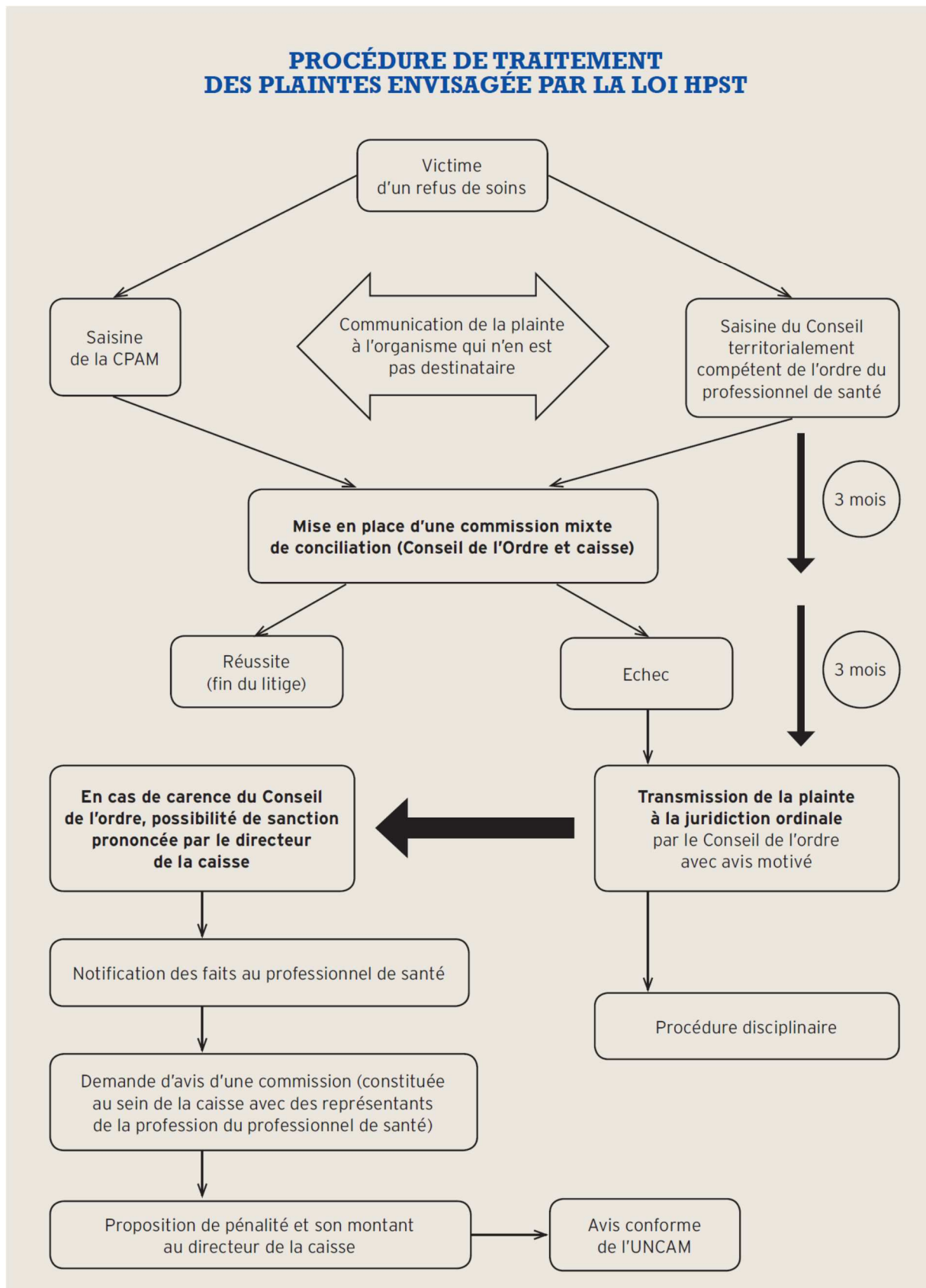
Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes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

## ANNEXE 5 – LES CRITERES DE DISCRIMINATIONS – PAR DATES D’APPARITION

Critère	Date	Référence Loi
<b>Origine</b>	<b>1972</b>	Loi n°75-545 1 <sup>er</sup> juillet 1972 relative à la lutte contre le racisme
<b>Appartenance ou non appartenance à une ethnie</b>	<b>1972</b>	Loi n°75-545 1 <sup>er</sup> juillet 1972 relative à la lutte contre le racisme
<b>Appartenance ou non appartenance à une nation</b>	<b>1972</b>	Loi n°75-545 1 <sup>er</sup> juillet 1972 relative à la lutte contre le racisme
<b>Appartenance ou non appartenance à une race</b>	<b>1972</b>	Loi n°75-545 1 <sup>er</sup> juillet 1972 relative à la lutte contre le racisme
<b>Appartenance ou non appartenance à une religion</b>	<b>1972</b>	Loi n°75-545 1 <sup>er</sup> juillet 1972 relative à la lutte contre le racisme
<b>Sexe</b>	<b>1994</b>	Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes – Entrée en vigueur en 1994
<b>Situation de famille</b>	<b>1994</b>	Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes
<b>Etat de santé</b>	<b>1994</b>	Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes
<b>Handicap</b>	<b>1994</b>	Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes
<b>Mœurs</b>	<b>1994</b>	Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes
<b>Opinions politiques</b>	<b>1994</b>	Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes
<b>Activités syndicales</b>	<b>1994</b>	Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes
<b>Apparence physique</b>	<b>2001</b>	Loi n°2001-1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations

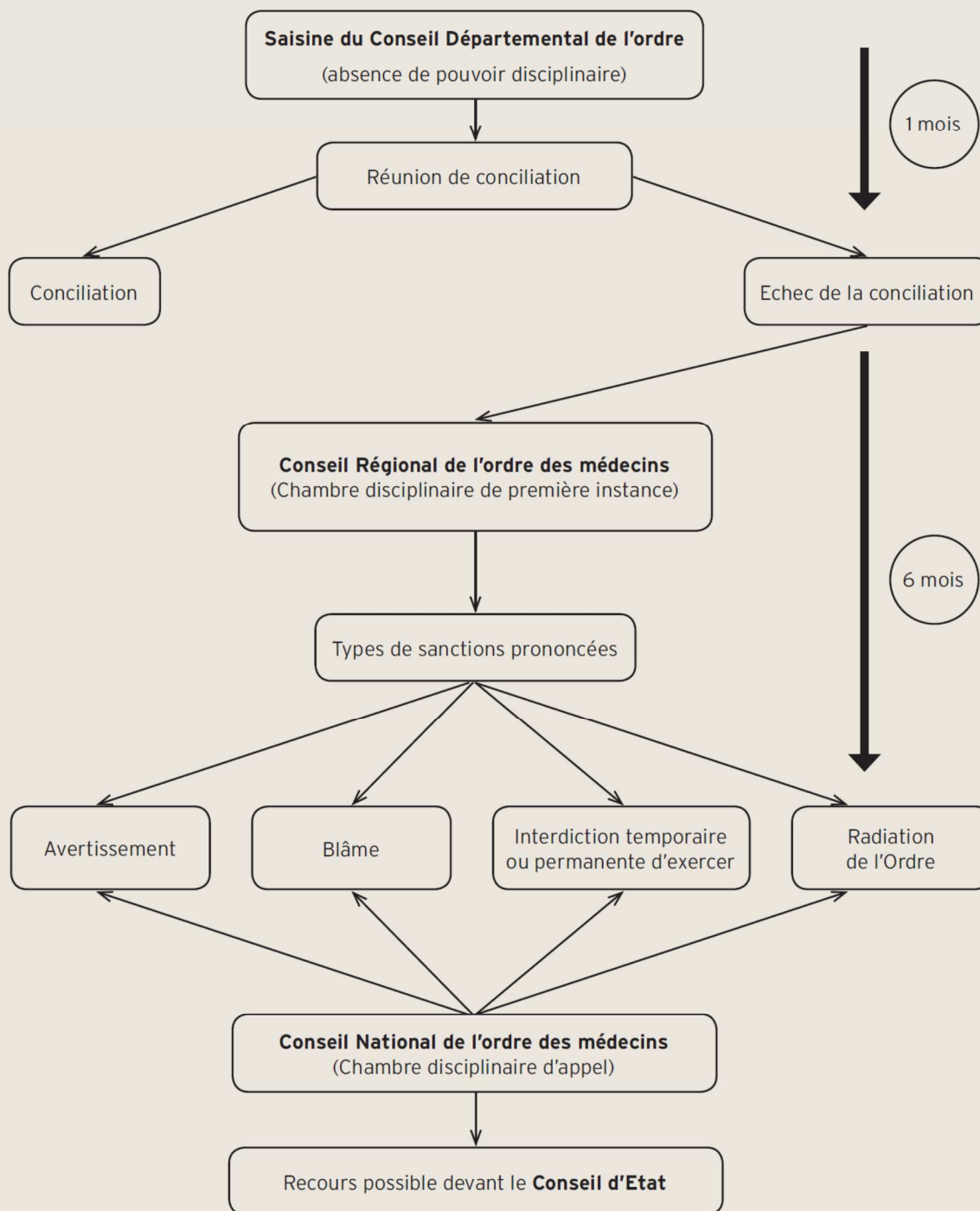
<b>Patronyme</b>	<b>2001</b>	Loi n°2001-1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations
<b>Orientation sexuelle</b>	<b>2001</b>	Loi n°2001-1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations
<b>Age</b>	<b>2001</b>	Loi n°2001-1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations
<b>Caractéristiques génétiques</b>	<b>2002</b>	Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
<b>Grossesse</b>	<b>2006</b>	Loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes
<b>Identité sexuelle</b>	<b>2012</b>	Loi n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel (article 4)
<b>Lieu de résidence</b>	<b>2014</b>	Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine

## ANNEXE 6 – LES PROCEDURE DE TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

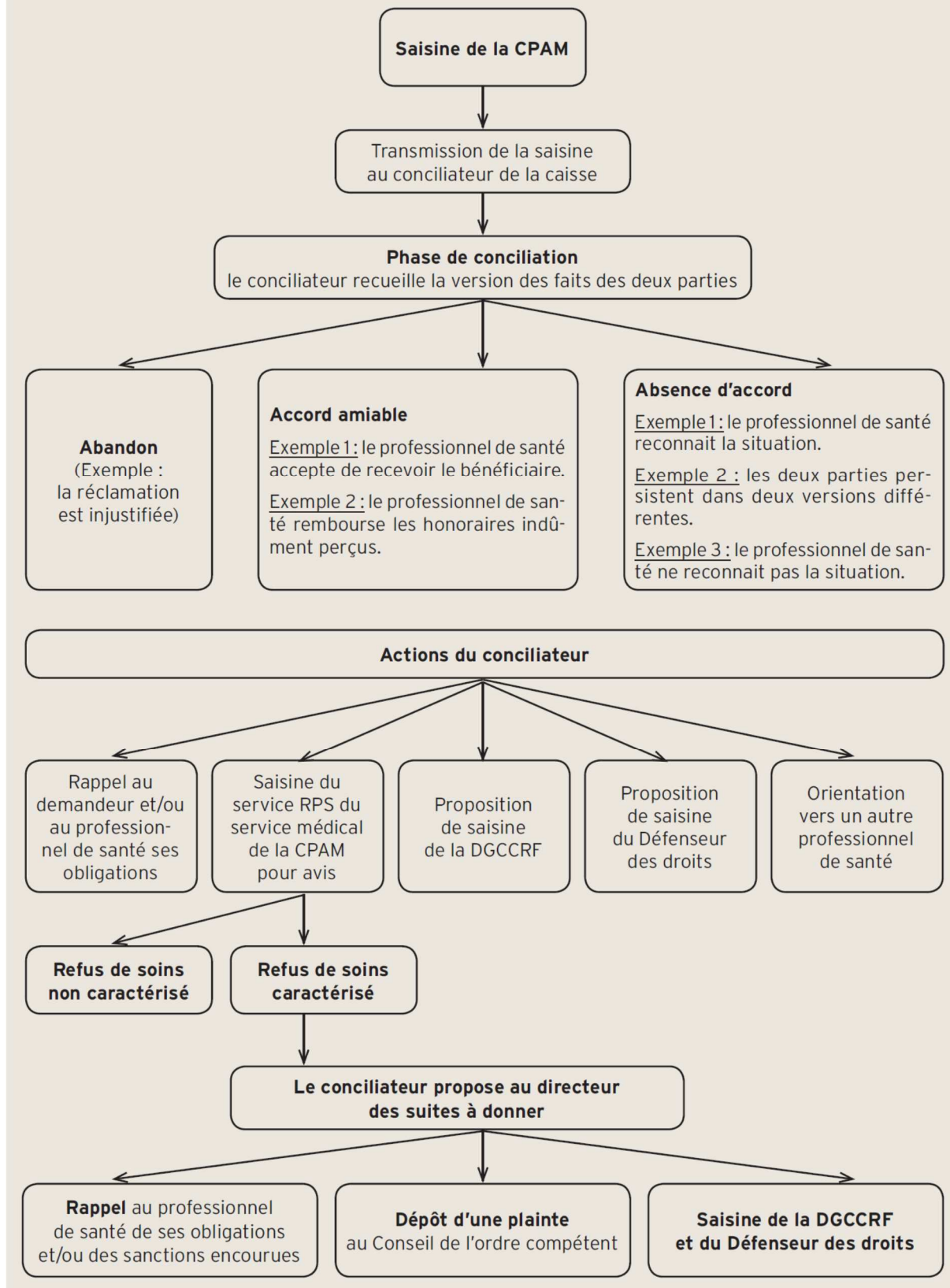




## PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES PLAINTES PAR L'ORDRE DES MÉDECINS ET L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES



## PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES PLAINTES PAR LES CPAM



Source : (Défenseur des Droits, 2014), p43-45

## ANNEXE 7 – BIBLIOGRAPHIE

- ARTHUS I., MONTALAN M.-A., & VINCENT B., Quels outils pour piloter la performance d'une équipe mobile de gériatrie, *Journal d'économie médicale*, vol. 27, 2009/1-2, pp. 43-57.
- ASSSP - Association de santé et sécurité pour les services publics, Transition des soins - Bâtir un système plus sûr, in *Info Minute*, Toronto, ASSSP, 2012, 2 p.  
<https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2013/02/transitionofCareFRENCH.pdf>
- AVRIL Christelle, Ambiance raciste dans l'aide à domicile, in *Plein droit*, n° 96, mars 2013, pp. 11-14
- BIHR A., & PFEFFERKORN R., Le système des inégalités, Paris, La Découverte, 2008, 122 p.
- BLANPAIN N., L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent, in *Insee Première*, n° 1372, octobre 2011, 4 p. - <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1372/ip1372.pdf>
- CARBONELLE S., LE GRAND-SEBILLE C., AUJOULAT I., & VERMEIRE E., Représentations de la santé et de la maladie, Actes du colloque organisé à Bruxelles le 12 décembre 2005 par l'ASBL Question Santé, in *Question Santé ? - Supplément à Bruxelles Santé*, n° 42, juin 2006, 54 p.  
<http://www.questionsante.org/assets/files/BSS/BSS-2006-representations-sante-maladie.pdf>
- CARDE E., 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>
- COGNET M., BASCOUGNAGO S., & ADAM-VEZINA E. (2009). Traitement différentiel dans les parcours thérapeutiques. Maladies infectieuses : VIH-Sida, Tuberculose. Rapport de recherche –DREES-Mire, Ministère de la santé et de la jeunesse, 2009, 194 p. - <https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00760137/document>
- COGNET M., HAMEL C., MOISY M., 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>
- Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), Rapport d'activité 2009, CISS, 2010, 44 p.  
[http://www.leciss.org/sites/default/files/rapports\\_activite/100902\\_Rapport-activit%25E9-Ciss-2009-BD.pdf](http://www.leciss.org/sites/default/files/rapports_activite/100902_Rapport-activit%25E9-Ciss-2009-BD.pdf)
- Défenseur des Droits, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, Paris, Le Défenseur des droits, mars 2014, 47 p.  
[http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd\\_r\\_20140301\\_refus\\_soins.pdf](http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf)
- Défenseur des droits, Rapport annuel d'activité 2014, Paris, Le Défenseur des droits, 2015, 208 p.  
[http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd\\_baa\\_2014.pdf](http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_baa_2014.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, 146 p.  
[http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd\\_gui\\_20140303\\_sante\\_droits.pdf](http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_gui_20140303_sante_droits.pdf)
- DELOUVEE S., LEGAL J.-B., Stéréotypes, préjugés et discrimination, Paris, Dunod, 2008
- FASSIN D. L'invention française de la discrimination, *Revue française de sciences politiques*, n° 52, 2002/4, pp. 403-423 - [http://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=RFSP\\_524\\_0403](http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RFSP_524_0403)
- FASSIN D., Faire de la santé publique. Rennes, ENSP, 2005, 58 p.
- FASSIN D., CARDE E., FERRE N., MUSSO-DIMIOTRIJEVIC S., Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins, Paris, Inserm, 2001, 269 p.
- HAMEL C., MOISY M., Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé, Paris, INED, 2013, 60 p. (Document de travail n°190, série Trajectoires et Origine)  
[https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19579/document\\_travail\\_2013\\_190\\_immigres\\_sante.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19579/document_travail_2013_190_immigres_sante.fr.pdf)
- INSEE, Immigrés et descendants d'immigrés en France, Paris, Insee, 2012  
<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=IMMFRA12>
- JODELET D., Les représentations sociales, Paris, PUF, 1993
- NDIAYE P., La condition noire. Essai sur une minorité française. Paris, Calmann-Lévy, 2008
- NDOBO A., Les nouveaux visages de la discrimination, Bruxelles, DBS Psycho, 2010
- NOËL O., Un consensus politique ambigu. La lutte contre les discriminations raciales, in Didier Fassin, Les nouvelles frontières de la Société Française, Paris, La Découverte, 2010, pp. 267-290
- PRIMON J.-L., Ethnicisation, racisation, racialisation : une introduction, *Faire Savoir*, n° 6, mai 2007  
<http://discriminations-egalite.cidem.org/index.php?page=5>
- SAUVEGRAIN P., 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>
- SCHOENENBERGER S., MOULIN P., BRANGIER E., 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*, BARTH Isabelle, FALCOZ Christophe, Ed EMS, 2010, p. 159-176  
[www.researchgate.net/publication/261711660\\_La\\_discrimination\\_dans\\_le\\_secteur\\_du\\_soin\\_comme\\_expression\\_de\\_l%27augmentation\\_de\\_la\\_charge\\_de\\_travail\\_enquetes\\_prospectives\\_en\\_milieu\\_hospitalier\\_et\\_libral](http://www.researchgate.net/publication/261711660_La_discrimination_dans_le_secteur_du_soin_comme_expression_de_l%27augmentation_de_la_charge_de_travail_enquetes_prospectives_en_milieu_hospitalier_et_libral)