



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

11 juin 2015 Mulhouse



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

Par Emilie Jung, Directrice adjointe de Migrations Santé Alsace

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## RETOUR SUR LA NOTION DE DISCRIMINATION

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

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

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

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

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

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

- **origine** = origine, patronyme, lieu de résidence, appartenance ou non appartenance vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.
- **santé** = état de santé, handicap, caractéristiques génétiques (ce dernier critère est utilisé pour éviter tests prédictifs des assurances)

- **activités politiques ou syndicales**
- **Égalité homme / femme** : sexe, grossesse, situation de famille
- **Orientation sexuelle** : orientation, identité sexuelle, mœurs
- **Age**

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

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

## DIFFERENTS NIVEAUX DE DISCRIMINATION

Trois niveaux de discriminations sont habituellement distingués :

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

## QUELQUES EXEMPLES DANS LE CHAMP DE LA SANTE

Estelle Carde, médecin de santé publique, a réalisé une thèse de sociologie sur les discriminations dans l'accès aux soins selon l'origine<sup>1</sup>. Elle a constaté différentes formes de discrimination : refus de soins, retard aux soins, formes spécifiques de soins, réflexions qui accompagnent le soin, etc.

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

- Un **processus de « délégitimation »** : c'est le cas lorsque des professionnels vont percevoir les publics accueillis à l'aune de représentations négatives courantes liées à l'immigration (« assisté-e-s », « profitant des aides sociales »...). Cette construction négative de l'autre va contribuer à délégitimer les demandes et besoins et justifier ainsi des différences de traitement et des pratiques discriminatoires. E. Carde donne l'exemple d'entretiens avec des agents de la CPAM qui évoquent une vigilance particulière concernant les dossiers de personnes immigrées jusqu'à, dans certains cas, ajouter des conditions non prévues dans la loi. L'exemple est donné d'une ouverture d'AME à une personne étrangère qui a le droit à une CMU. Il y a bien ici une différence de traitement selon la nationalité qui entraîne des conséquences négatives pour la personne puisque le panier de soins de l'AME est moindre que celui de la CMU.
- Un **processus de « différenciation »** : c'est le cas lorsque les professionnel-le-s considèrent leurs publics principalement à partir d'une différence « culturelle », que celle-ci soit perçue comme positive ou négative. S'il est important de prendre en compte la culture des personnes, l'usage de cette notion induit deux risques :

<sup>1</sup> E. CARDE, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé publique 2007/2 (Vol 19)*.

Consultable en suivant le lien : [https://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=SPUB\\_072\\_0099](https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_072_0099)

« Discriminations dans le champ de la santé : de quoi parle-t-on ? » - Intervention d'Emilie Jung  
Migrations santé Alsace – 11 juin 2015

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

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

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

## QUELS ENJEUX DANS LE CHAMP DE LA SANTE ?

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

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

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

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

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