



Campus Condorcet, 5 cours des humanités

93322 AUBERVILLIERS

07 78 13 56 37

contact@fabrique-territoires-sante.org

www.fabrique-territoires-sante.org

Twitter - @FabTerrSante

Siret – 537 674 707 00030

DOSSIER RESSOURCES

—
Juin 2022
—

DISCRIMINATIONS ET SANTE :
LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS POUR RÉDUIRE
LES INÉGALITÉS DE SANTÉ



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

Dans un souci de visibiliser les femmes particulièrement présentes dans le monde de la promotion de la santé, nous faisons le choix éditorial d'utiliser l'écriture inclusive et le point médian (y compris dans la retranscription des interviews).

Rédacteur·rices : Lilia Santana, Romain Talvas

Clémentine Motard a initié et coordonné le Dossier ressources jusqu'en septembre 2021. Lydia Abdelfettah, dans le cadre d'un stage entre mai et juillet 2021, a réalisé l'essentiel des entretiens.

Comité de suivi : Viviane Bayad, Karine Bisson (Saint-Denis), Frédérique Bourgeois (Labo Cités), Bénédicte Madelin, Chantal Mannoni, Elsa Micouraud (Profession Banlieue), Fanny Pastant (CCOMS), Sylvette Ronque (Cherbourg-en-Cotentin), Aissatou Traoré-Ambrosetti.

Contributeur·rices : Arnaud Alessandrin (Université de Bordeaux), Sophie Arfeuillère (Psycom), Juliette Babin (Migrations Santé Alsace), Carole Bégou (Échirolles), Amélie Bernard (Cherbourg-en-Cotentin/Fondation Bon Sauveur de la Manche), Philippe Brun (FAS Bourgogne-Franche-Comté), Marie-Laure Cadart (SNMPMI), Johanna Dagorn (Université de Bordeaux), Florence Dubois (Cherbourg-en-Cotentin), Yasmine Flitti (Comede), Isabelle Haumont (Bordeaux Métropole), Caroline Izambert (AIDES), Émilie Jung (Migrations Santé Alsace), Pierre-André Juven (Grenoble), Laurence Langer-Sautière (Lyon), Clément Maigrot (AD2S), Carole Malaquin (Lille), Cécile Malpeli (association Gadjé-Voyageurs 64), Audrey Mariette (Université de Paris 8), Stéphanie Martineau (Centre Sociale Tsigane - UDAF 23), Jasmine Marty (IFERISS), Héloïse Meuley (FAS Bourgogne-Franche-Comté), Anne Nomblot (Psycom), Élisabeth Piegay (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Laure Pitti (Université de Paris 8), Claire Renard (association Le Pont), Hélène Revil (ODENORE), Elsa Robert (Planning Familial 34), Sylvette Ronque (Cherbourg-en-Cotentin), Yohann Roszewitch (DILCRAH), Charline Saussaye (Maison de l'emploi et de la formation du Cotentin), Julien Talpin (Université de Lille), Éric Verdier (SEDAP).



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

présentation de Fabrique Territoires Santé

Fabrique Territoires Santé est une association tête de réseau nationale, créée en 2011. Elle vise à soutenir le développement des démarches territoriales de santé (Ateliers santé ville, contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale, etc.) et se veut « plateforme de ressources » pour les acteurs et actrices de ces démarches.

Nos missions :

- Produire de la connaissance sur des thématiques croisant des déterminants de santé et des politiques publiques (Dossiers ressources) ; et sur le déploiement et l'articulation des démarches territoriales de santé (Études de la Fabrique)
- Valoriser les démarches territoriales de santé notamment par la capitalisation (Inspir'actions)
- Faire réseau entre les acteur·rices porteurs de ces démarches (coordinations territoriales, élu·es et collectivités, ARS, etc.), par l'organisation de rencontres nationales et régionales
- Proposer de l'information qualifiée à ces différents acteur·rices via notre site et notre newsletter
- Intervenir ou coordonner des formations sur les démarches territoriales de santé

Fabrique Territoires Santé est soutenue par l'Agence nationale de la cohésion des territoires et la Direction générale de la santé.



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

édito

Didier Febvrel, Président de Fabrique Territoires Santé

Les discriminations entraînent un traitement défavorable et inégalitaire à l'égard d'une personne en raison d'un critère défini par la loi (sexe, âge, handicap, origine, etc.) et surviennent dans différentes situations (accès à un emploi, un service, etc.). Elles sont un sujet clivant : la prégnance des discriminations, voire leur existence, est parfois contestée, déniée, alors même qu'il existe de nombreuses enquêtes et données témoignant de la façon dont elles touchent quotidiennement de nombreuses personnes et groupes.

Les discriminations dans l'accès à la santé sont concrètes (refus de soin pour des personnes allophones ou possédant la Complémentaire santé solidaire (C2S) par exemple) et leurs effets sur la santé sont connus (mauvaise ou non prise en charge, stress, risques de développement de pathologies, etc.). Les discriminations peuvent concerner tous les déterminants de la santé et génèrent des inégalités.

Comment les dynamiques territoriales de santé et les acteur·rices associatif·ves font face aux discriminations que peuvent subir habitant·es, usager·es et patient·es ? Comment agissent-ils·elles pour réduire leurs effets sur la santé et s'engagent-ils·elles pour un accès non-discriminatoire à la santé ?

Si les contributions reçues dans le cadre de ce dossier font voir les difficultés qu'il y a à se saisir pleinement de ce sujet, par amalgame avec le terme « d' inégalités », et à prendre en compte les liens entre discriminations et santé, des acteur·rices impliqué·es dans les dynamiques territoriales de santé parviennent, par certains « angles d'attaque » à agir contre celles-ci. L'enjeu est de former et sensibiliser sur le sujet, de changer les pratiques des professionnel·les ou encore d'améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes stigmatisées ou discriminées. Il s'agit alors davantage de prévenir les discriminations ou de les contourner ; leur dénonciation – les discriminations sont illégales



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

– auprès du Défenseur des droits ou des ordres professionnels, par exemple, reste, en revanche, marginale.

Avec ce 8^{ème} Dossier ressources, Fabrique Territoires Santé ne peut que souscrire à un renforcement de la lutte contre les discriminations (LCD). Lutter contre les discriminations c'est aussi lutter contre les inégalités. Cette (re)prise en compte forte des discriminations est d'autant plus nécessaire qu'aujourd'hui elles sont éclipsées, dans les politiques publiques, au profit d'autres « thématiques » telles que la diversité ou l'inclusion. À plus forte raison quand de nombreux rapports et enquêtes montrent une augmentation nette des discriminations depuis plusieurs années. La LCD ne peut reposer uniquement sur le tissu associatif et doit mobiliser une pluralité d'acteur-rices, chaque institution, chaque structure doit y prendre sa part, tout comme chaque citoyen-ne.

En 1998 (!), Jonathan Mann, premier directeur du Programme mondial sur le sida, attirait l'attention sur la discrimination fortuite qui touchait lourdement la santé publique. Quand elle universalise la prévention, quand elle ne considère pas les problèmes qui touchent certains groupes et fait fi de leur capacité de réaction réelle. « *En fait, la discrimination fortuite est si répandue que toutes les politiques et tous les programmes de santé publique devraient être considérés comme discriminatoires jusqu'au preuve du contraire* »¹. Puisse ce Dossier ressources aider les acteur-rices de la promotion de la santé à faire preuve du contraire car promouvoir la santé et protéger les droits humains et la dignité humaine vont de pair.

¹ Jonathan Mann, « Santé publique : éthique et droits de la personne », *Santé publique*, vol. 10, n° 3, 1998 https://www.respects73.fr/wp-content/uploads/2017/09/Mann_ps.pdf



DOSSIER RESSOURCES

DISCRIMINATIONS ET SANTÉ

sommaire

PRESENTATION DE FABRIQUE TERRITOIRES SANTE	2
EDITO	3
SOMMAIRE	5
METHODE	6
PARTIE 1. ÉTAT DES LIEUX.....	9
DE QUOI PARLE-T-ON ?	9
<i>Ce qui dit la loi</i>	10
<i>Les apports de la recherche et des mobilisations citoyennes à la définition des discriminations</i>	12
LES PROCESSUS DE CONSTRUCTION DES DISCRIMINATIONS : DE LA STIGMATISATION A LA DISCRIMINATION	22
L'ÉTAT DES DISCRIMINATIONS EN FRANCE : QUELQUES DONNÉES	28
LES LIENS ENTRE DISCRIMINATIONS ET SANTÉ	37
<i>Les discriminations en raison de l'état de santé</i>	37
<i>Les discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins</i>	48
<i>L'impact des discriminations sur la santé</i>	58
ÉVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES	59
<i>Reconnaissance des discriminations</i>	59
<i>Territorialisation et lutte contre les discriminations</i>	60
<i>De la lutte contre les discriminations à la promotion de la diversité, la promotion des valeurs de la République et de la laïcité, la prévention de la radicalisation...</i>	61
<i>Actualité de la lutte contre les discriminations</i>	62
PARTIE 2. ACTIONS LOCALES.....	65
LA FORMATION ET LA SENSIBILISATION DES ELU·ES ET DES PROFESSIONNEL·LES	65
<i>Accueil des publics et prévention des discriminations</i>	66
<i>Rendre visible les articulations entre discriminations et santé</i>	67
<i>Interroger les pratiques</i>	68
<i>Construire une démarche locale de prévention des discriminations sur le long terme</i>	69
DES ACTIONS QUI VISENT LE CHANGEMENT DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES	70
<i>Former à l'interculturalité les professionnel·les de santé et du soin</i>	70
<i>Lutter contre les préjugés et les discriminations envers les gens du voyage</i>	73
<i>Vers une meilleure reconnaissance et implication/participation des personnes concernées</i>	75
ACCOMPAGNER ET FACILITER L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS	76
<i>Accès aux soins et aux droits</i>	76
<i>Discriminations et interprétariat en santé</i>	77
PARTIE 3 : PISTES DE REFLEXION	81
<i>A la lecture des Inspir'actions</i>	81
<i>Pistes de réflexion et perspectives</i>	82
LISTE DES ABREVIATIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	88



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

méthode

Ce Dossier ressources est une tentative d'éclairage d'un champ très large et complexe : les liens entre discrimination et santé. Il ne vise pas l'exhaustivité, ni de l'ensemble des critères légaux de discriminations, ni des actions locales existantes. Le choix fait ici est de mettre la focale sur les différents mécanismes qui se jouent dans les interactions et qui peuvent amener à des comportements discriminatoires (en particulier la stigmatisation). Aussi, nous avons intentionnellement traité de certaines thématiques, notamment dans les entretiens, avec le sentiment que ces dernières sont peut-être les moins visibles ou sujettes à débat ou à controverse (les impacts des discriminations sur la santé, par exemple).

Pour alimenter ce Dossier ressources, nous nous sommes basées sur une analyse documentaire (textes scientifiques, articles de presse, rapports officiels, etc.), sur une capitalisation d'actions locales inspirantes et sur une dizaine d'entretiens exploratoires menés entre février et septembre 2021. Nous avons interrogé les personnes suivantes :

- **Arnaud Alessandrin**, sociologue, chercheur associé au LACES (Laboratoire Cultures Éducation Sociétés), Université de Bordeaux, codirecteur de l'Association de recherche et d'étude sur la santé, la ville et les inégalités (ARESVI) et des Cahiers de la lutte contre les discriminations (LCD) ; **Johanna Dagorn**, sociologue, chercheuse associée au LACES (Laboratoire Cultures Éducation Sociétés), Université de Bordeaux, codirectrice de l'ARESVI et des Cahiers de la LCD, le 18 juin 2021
- **Sophie Arfeuillère**, responsable formation et pédagogie ; **Anne Nomblot**, chargée de projets, Psycom, le 22 juin 2021
- **Carole Bégou**, coordonnatrice du contrat local de santé (CLS) et du conseil local de santé mentale (CLSM) d'Échirolles/Le Pont-de-Claix, le 8 juillet 2021
- **Marie-Laure Cadart**, médecin, anthropologue, membre du bureau du Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI), le 1 juin 2021
- **Florence Dubois**, directrice de la santé et des solidarités, Cherbourg-en-Cotentin ; **Sylvette Ronque**, chargée de projets promotion de la santé, Cherbourg-en-Cotentin ; **Amélie Bernard**, référente santé mentale, Fondation Bon Sauveur de la Manche, et co-animatrice du CLSM, Cherbourg-en-Cotentin ; **Charline Saussaye**, chargée de



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

mission diversité, Maison de l'emploi et de la formation du Cotentin, le 25 juin 2021

- **Caroline Izambert**, historienne, directrice du plaidoyer, AIDES, le 17 juin 2021
- **Émilie Jung**, directrice, Migrations Santé Alsace ; **Juliette Babin**, chargée de mission, Migrations Santé Alsace, le 18 février 2021
- **Audrey Mariette**, sociologue, membre du laboratoire CRESPPA, maîtresse de conférences au département de Science politique, Université de Paris 8 ; **Laure Pitti**, sociologue, membre du laboratoire CRESPPA, maîtresse de conférences au département de Sciences sociales des mondes méditerranéens, Université de Paris 8, le 21 juillet 2021
- **Élisabeth Piegay**, coordinatrice régionale des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), ARS Auvergne-Rhône-Alpes, le 2 juin 2021
- **Hélène Revil**, chargée de recherche et responsable scientifique, Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), le 21 juin 2021
- **Yohann Roszéwitch**, conseiller lutte contre la haine et les discriminations anti-LGBT, Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme l'antisémitisme et la haine anti-LGBT (DILCRAH), le 10 septembre 2021
- **Julien Talpin**, chargé de recherche en science politique au CNRS, directeur-adjoint du Centre de recherches administratives, politiques et sociales (CERAPS), Université de Lille, et co-directeur du GIS Démocratie et Participation, le 16 juin
- **Éric Verdier**, psychologue communautaire, responsable du Pôle Discriminations, violences et santé, Société d'entraide et d'action psychologique (SEDAP), le 19 juillet 2021

Le recueil d'actions locales s'est fait entre le 30 mars et le 30 juin 2021, après lancement d'un appel à contributions à notre réseau (plus de 2000 contacts). Nous avons reçu 19 réponses. Toutes ne traitent pas directement de la question des discriminations. 14 d'entre elles ont été sélectionnées et font l'objet d'Inspir'actions.

Au fil des entretiens et des différents échanges avec des porteur-euses de projets, nous avons été invité-es à avoir une certaine vigilance quant à l'emploi de certains termes ou expressions qui peuvent être stigmatisants (transgenre plutôt que transsexuel·le) ou chargés d'histoire



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

(identités multiples plutôt que issue de l'immigration), voire déshumanisants (personnes en situation de précarité plutôt que personnes précaires).

Identités multiples : l'expression « issue de l'immigration » renvoie à un phénomène passé, à une histoire/un historique qui rappelle aux personnes une certaine origine parfois lointaine et peut être perçue comme déshumanisante. L'expression « personnes à identités plurielles ou multiples » met au contraire toutes les identités et origines à un même pied d'égalité.

Racisé-es/racisables : les termes désignent des personnes qui vivent ou ont vécu une discrimination raciale. Il est proposé d'accompagner le premier terme, « racisé », du mot « racisable » afin d'éviter la systémie. Les personnes racisées sont des personnes qui vivent des situations de discriminations raciales mais ne sont pas une catégorie à part entière comme les personnes étrangères par exemple. On est sur du situationnel et non dans la systémie.

Transgenre : « étymologiquement, le terme transexuel, se rapproche de la structure des mots désignant des orientations sexuelles, comme hétérosexuel ou homosexuel. Ce qui est confusant, du fait que la transidentité se rapporte au genre de l'individu »². Ainsi, les personnes concernées préfèrent l'usage de termes qui renvoient à l'identité de genre.

² <https://wikitrans.co/2018/08/01/cest-quoi-la-difference-entre-un-transgenre-et-un-transexuel/>



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Les discriminations ne sont pas un phénomène récent. Si pendant longtemps elles sont restées un impensé, il existe aujourd'hui de nombreux travaux, enquêtes, témoignages qui en attestent. Depuis le début des années 2000, la loi s'en est peu à peu saisie, renforcée par la création en 2004 de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) et la mise en place du Défenseur des droits en 2011, qui sont venues documenter les discriminations et lutter contre celles-ci.

Les exemples sont nombreux et montrent que les cas de discriminations sont présents dans tous les domaines de la vie courante que sont l'accès à l'emploi ou au logement, l'inscription à l'école, l'entrée dans une discothèque, ou encore l'accès aux soins. Leurs empreintes sur la santé sont en revanche moins connues, moins appréhendées, moins mesurées, et probablement moins combattues.

Ce Dossier ressources se penchera tout d'abord sur la façon dont la loi reconnaît et condamne les discriminations (sur la base de quels critères, etc.). Les limites de l'approche par le droit seront ensuite appréhendées : il sera alors question de l'existence d'autres formes de discriminations, qui ne sont pas (encore) reconnues par la loi. La stigmatisation ou les micro-agressions sur lesquelles reposent la mécanique des discriminations seront également considérées. Avant de traiter des différents liens entre discriminations et santé, quelques données sur l'état des discriminations en France seront avancées. Enfin, dans une perspective plus générale, l'évolution du traitement politique des discriminations en France sera passée en revue.

Une deuxième partie sera consacrée à la valorisation d'actions locales qui tentent de prendre en compte les liens existants entre discriminations et santé. La dernière partie permettra de dégager des pistes de réflexion et de travail possibles.

Partie 1. État des lieux

De quoi parle-t-on ?

Discrimination et/ou stigmatisation ? Discrimination et/ou inégalité ? De quoi parle-t-on exactement ?

Il convient de préciser la notion de discrimination et de délimiter ses domaines et critères d'application, ainsi que les nuances qui peuvent lui être accolées (discrimination directe, indirecte, systémique, etc.). Il conviendra également de se pencher sur d'autres formes de



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

discriminations, qui ne sont pas encore reconnues par la loi, mais dont l'existence est mise en avant notamment par des chercheur-es, associations et ONG, et d'observer en quoi les discriminations s'articulent à d'autres types de phénomènes tels que la stigmatisation ou la minoration.

Ce qui dit la loi

Selon le Défenseur des droits : « *En droit, une discrimination est un traitement défavorable qui doit généralement remplir deux conditions cumulatives : être fondé sur un critère défini par la loi (sexe, âge, handicap...) ET relever d'une situation visée par la loi (accès à un emploi, un service, un logement...)* »³. Elle « *n'est pas une opinion, un sentiment ou une revendication* »⁴.

À ce jour, la loi reconnaît plus de 25 critères de discriminations⁵. Cette liste de critères a augmenté avec le temps et cela atteste de l'évolution de l'approche par le droit des discriminations. En effet, « *entre 2012 et 2017, le législateur a étendu la liste en créant, en moyenne, un critère par an pour répondre à diverses attentes : identité sexuelle (2012), lieu de résidence (2014), perte d'autonomie (2015)* »⁶.

Les formes de discriminations : discrimination directe, indirecte...

Au-delà des 25 critères, la loi reconnaît différentes formes de discriminations.

La **discrimination directe** renvoie à une :

« situation dans laquelle (...) une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable [art. 1^{er} de la loi du 27 mai 2008⁷]. La discrimination peut être volontaire mais peut également se produire sans volonté ou intention particulière de désavantager ou d'écarter

³ <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/institution/competences/lutte-contre-discriminations>

⁴ [Rapport du Défenseur des droits « Discriminations et origines : l'urgence d'agir », 2020](#)

⁵ « La liste de ces critères a plusieurs sources. D'une part, les conventions internationales et textes européens définissent un socle de critères fondés sur les caractéristiques de la personne. D'autre part, le législateur français a ajouté des critères spécifiques, certains se référant à des motifs classiques (nation, nom, apparence physique) alors que d'autres traitent de situations spécifiques (lieu de résidence, perte d'autonomie, etc.) » <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/institution/competences/lutte-contre-discriminations>

⁶ [Défenseur des droits, Actes du colloque « Multiplication des critères de discrimination : Enjeux, effets et perspectives », 2018](#)

⁷ Voir la [LOI n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations](#)



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTE

certaines personnes. Elle résulte de préjugés, de jugements de valeur ou d'idées préconçues que l'on mobilise, parfois inconsciemment, à l'encontre d'un groupe d'individus »⁸.

> Imposer la francisation du prénom d'un-e salariée est une discrimination en raison de l'origine.

La **discrimination indirecte** intervient lorsqu' :

« une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner [...] un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un but légitime et que les moyens pour réaliser ce but ne soient nécessaires et appropriés » (art. 1^{er} de la loi du 27 mai 2008).

> Ne pas permettre aux salarié-es à temps partiel de bénéficier d'une prime, alors que plus de 80 % des salarié-es à temps partiel sont des femmes, est une discrimination.

Le **harcèlement discriminatoire** se caractérise :

« par des agissements subis par une personne "ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant" .» (art. 1^{er} de la loi du 27 mai 2008)

> L'envoi de SMS à caractère raciste ou homophobe à ses collègues, présenté comme « une simple blague », relève du harcèlement discriminatoire.

Les **représailles** en cas de signalement de discrimination sont une forme de discrimination particulière, une sorte de « double peine » : la personne qui dénonce des discriminations est sanctionnée pour l'avoir fait alors qu'« aucune personne, qu'elle soit victime ou témoin, ne peut faire l'objet de représailles suite au signalement d'une situation de discrimination. »

> Un-e salarié-e, qui après avoir dénoncé des propos racistes, voit ses évaluations professionnelles se dégrader fortement, est victime de discrimination.

Enfin, **l'incitation à la discrimination et l'instruction donnée de discriminer** constituent également des discriminations.

⁸ Les extraits suivants proviennent du [Rapport du Défenseur des droits « Discriminations et origines : l'urgence d'agir », 2020](#). Ils reprennent les éléments de la loi du 27 mai 2008.



DOSSIER RESSOURCES

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Les situations reconnues

La prise en compte des discriminations par la loi est toutefois circonscrite à certaines situations de la vie :

- l'accès à l'emploi, la carrière, la sanction disciplinaire, le licenciement ;
- la rémunération, les avantages sociaux ;
- l'accès aux biens et services privés (logement, crédit, loisirs) ;
- l'accès aux biens et services publics (école, soins, état civil, services sociaux) ;
- l'accès à un lieu accueillant du public (boîte de nuit, préfecture, magasin, mairie) ;
- l'accès à la protection sociale ;
- l'éducation et la formation (condition d'inscription, d'admission, d'évaluation, etc.)⁹.

Ainsi, le droit ne parlera pas de discriminations pour qualifier des situations survenues dans l'espace public. Dans ces cas-là, on parlera plutôt de (micro)agressions, de violences, etc., qui ne sont pas sans rapport avec la mécanique des discriminations, et dont nous verrons plus loin les conséquences sur la santé mentale des personnes, bien qu'elles soient difficiles à identifier et donc à combattre.

Les apports de la recherche et des mobilisations citoyennes à la définition des discriminations

Au-delà des discriminations reconnues par la loi, des associations, ONG, ainsi que certain·es chercheur·es proposent d'élargir la focale et envisagent les discriminations dans une approche davantage sociétale et politique.

La notion de **discrimination institutionnelle** est particulièrement mise en avant et survient

« lorsque les règles, les habitudes et les processus internes d'une institution ont pour effet d'imposer régulièrement un traitement moins favorable aux membres d'une minorité »¹⁰.

⁹ <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/institution/competences/lutte-contre-discriminations>



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTE

Dans cette perspective, le sociologue Fabrice Dhume parle, quant à lui, de « *discrimination systémique, qui vise à représenter la manière dont s'agencent des processus impliquant, mais dépassant, les acteurs considérés isolément* »¹¹.

> Lorsque, au sein d'une école, l'accès à la cantine est réservé aux seuls enfants de parents en situation d'emploi.

Le service municipal en charge de la restauration scolaire, du fait des règles et procédures qui lui sont propres, peut refuser l'accès à un service ou à un droit, et donc discriminer. Cela dépasse ici les seuls individus, responsables de discriminations : elles sont imputables au fonctionnement même de l'institution.

On parle aussi de **discrimination structurelle**

« lorsque l'inégalité de traitement d'un groupe d'individus prend sa source dans l'organisation de la société. Les rapports sociaux (répartition du travail, attribution des pouvoirs décisionnels, etc.), développés sur plusieurs siècles, reposent sur des conventions, coutumes et traditions principalement patriarcales, homophobes et religieuses – mais également sur d'autres types de conventions –, qui font passer les inégalités de traitement à l'égard de certains groupes d'individus et les privilèges de certains autres pour des traitements "normaux" et naturels »¹².

Nous sommes ici en présence de discriminations inhérentes au fonctionnement même de la société.

La notion de **discrimination intersectionnelle** renvoie quant à elle au croisement des discriminations que peut vivre une personne. En effet, dans de nombreux cas, une personne peut cumuler

« plusieurs caractéristiques qui l'exposent tout particulièrement à un traitement discriminatoire (par ex. le sexe, un handicap, une origine étrangère, la couleur de peau, l'appartenance religieuse, l'âge, la position sociale, etc.). [...] Lorsque la conjugaison de différentes caractéristiques entraîne une discrimination, on parle alors de discrimination intersectionnelle »¹³.

¹⁰ <https://www.humanrights.ch/fr/pfi/droits-humains/discrimination/dossier-non-discrimination/concept-juridique/differentes-formes-de-discriminations/>

¹¹ Voir son article "Du racisme institutionnel à la discrimination systémique ? Reformuler l'approche critique", *Migrations et société*, n°163, 2016

¹² <https://www.humanrights.ch/fr/pfi/droits-humains/discrimination/dossier-non-discrimination/concept-juridique/differentes-formes-de-discriminations/>

¹³ Idem.



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Les **discriminations territoriales** relèvent d'inégalités de traitement entre des territoires et renvoient à des allocations de ressources différentes et inéquitables entre les territoires. C'est ce que montre le rapport Kokouendo et Cornut-Gentile de 2018¹⁴ sur l'évaluation de l'action de l'État dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis. Comme le rappellent [Laure Pitti et Audrey Mariette](#), cette notion de discrimination territoriale

« a permis de mettre au jour des différenciations systématiques d'allocations de moyens octroyés aux communes populaires de la couronne parisienne, qui ne reposaient pas sur des règles objectivables¹⁵. ... Cette notion de discrimination territoriale met donc au jour l'insuffisance des dispositifs de correction des inégalités ou leur mauvais ciblage ».

Les discriminations territoriales ont un impact direct sur les finances locales des collectivités et engendrent des inégalités d'accès aux services et aux droits des habitant-es.

Nous finirons ce tour d'horizon par les **discriminations légales** qui sont quant à elles basées sur des critères prohibés, mais autorisées par la loi : le plus fréquent étant le critère de « nationalité française », qui limite l'accès à certains droits et services pour les personnes résidant en France mais de nationalité étrangère (droit de vote, emplois réservés, droit pénal spécifique pour les étranger-es, etc.). Comme le relève [Caroline Izambert](#), ex-directrice du plaidoyer à AIDES et autrice d'une thèse sur la couverture maladie des étranger-es en France¹⁶, « avec l'Aide médicale d'État (AME), nous sommes en présence d'une discrimination légale, il n'y a pas d'ambiguïté là-dessus... C'est une discrimination que d'avoir, sur un critère purement administratif de régularité de séjour, institué un système de couverture maladie parallèle ».

¹⁴ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cec/l15b1014_rapport-information

¹⁵ 10 après cette action auprès de la Halde par Gilles Poux est publié l'[Atlas des inégalités territoriales. À la Courneuve, démonstration d'une discrimination d'État](#).

¹⁶ « Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours », doctorat d'Histoire et civilisations, PSL-EHESS.



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

Audrey Mariette* et Laure Pitti**

*Sociologue, membre du Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (CRESPPA), maîtresse de conférences au département de Science politique, Université de Paris 8

**Sociologue, membre du (CRESPPA), maîtresse de conférences au département de Sciences sociales des mondes méditerranéens, Université de Paris 8

Entretien réalisé le 21/07/2021

Pouvez-vous nous parler de votre enquête commune et des résultats auxquels vous êtes parvenues ?

A. Mariette : Nous avons mené une enquête, de 2012 à 2017, sur les politiques, les professionnel·les et les pratiques de santé dans une commune populaire, longtemps communiste, de Seine-Saint-Denis. L'idée était de travailler sur l'ensemble de ce que nous avons appelé « la chaîne du soin », depuis les acteur·rices qui conçoivent et mettent en œuvre les politiques de santé à l'échelle locale, jusqu'aux usagers et usagères du système de santé. Au sein de cette recherche, j'ai pris en charge le volet relatif aux politiques et dispositifs de santé publique, aussi appelée santé des populations.

L. Pitti : De mon côté, j'ai travaillé sur les « métamorphoses de la médecine sociale ». C'est-à-dire la manière dont la médecine générale en territoire populaire peut être pratiquée comme une médecine sociale qui implique, au-delà des soins et de la prise en charge curative, une vision plus large de la santé, incluant notamment la prévention. Je continue encore aujourd'hui à travailler sur ce terrain autour des enjeux de coordination des soins primaires en contexte pandémique et des alternatives au paiement à l'acte en médecine générale.

Pour contextualiser l'enquête que nous avons menée ensemble, si on regarde la dotation en ressources sanitaires de la Seine-Saint-Denis, la majorité, voire la quasi-totalité des indicateurs, sont au rouge : le département est sous-doté en lits de réanimation, comme en médecins généralistes et en spécialistes.

Si les recherches sur les inégalités d'accès aux soins ont connu un développement important depuis une quinzaine d'années, une attention moindre est portée à la manière de dispenser ces soins. Or la manière dont les soins sont administrés, et plus largement le système de santé lui-même, peuvent contribuer à accroître ou reproduire les inégalités face à la santé.

On a également constaté que, lorsqu'une volonté politique forte existe, des dispositifs tels que les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), en ambulatoire ou à l'hôpital, peuvent avoir des effets importants en termes de réduction des inégalités ; mais cette dynamique de réduction ne dure qu'un temps dans la mesure où ces permanences, financées *via* des appels à projets, ne sont pas pérennes. Ce mode de financement sur projet fragilise les dispositifs dans la durée et occasionne des tensions entre les différents acteurs qui en ont la charge, publics et privés.



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Ainsi, les PASS ne peuvent pas réduire radicalement les inégalités générées par le système de santé. Destinées principalement aux personnes titulaires de l'aide médicale d'État (AME), voire en attente d'ouverture de droits, la prise en charge à laquelle elles donnent lieu et la durée nécessairement limitée de cette prise en charge produisent parfois des soins au rabais. Au-delà des PASS, dans le circuit dit de droit commun, plusieurs études ont documenté des refus de soins pour les personnes titulaires de la protection maladie universelle (Puma, nouveau nom de la CMU). Ces refus de soins sont discriminatoires et accroissent les inégalités d'accès aux soins et de santé de celles et ceux qui en sont victimes.

A. Mariette : Nos recherches ont aussi documenté des inégalités de suivi : une fois que l'on a accès au système de santé, il faut s'assurer de pouvoir continuer à y avoir accès. Les dispositifs de prise en charge, qui varient en fonction de critères administratifs et financiers, vont peser sur le suivi. Certaines associations comme Médecins du Monde essayent d'insérer les publics les plus précaires dans le droit commun.

L. Pitti : Il y a tout lieu alors de déplacer la focale et de parler non pas seulement d'inégalités d'accès aux soins, mais aussi d'inégalités de prise en charge : il importe d'inclure les effets du système de santé dans l'analyse des inégalités sociales. Il est moins question ici de la relation soignant-soigné, que du rôle que jouent, dans la fabrique et l'accroissement des inégalités sociales de santé, la protection sociale, la désertification médicale et la sous-dotation en ressources et équipements sanitaires de certains départements comme la Seine-Saint-Denis.

Qu'est-ce qui relève d'une discrimination et qu'est-ce qui relève d'une inégalité ? Faut-il les séparer ?

L. Pitti : Une discrimination résulte d'un comportement, intentionnel ou non, qui établit des différenciations illégitimes entre individus et qui, pour certaines, sont illégales. Toutes les différenciations que l'on peut juger illégitimes ne sont pas illégales. Une inégalité, c'est une différence de ressources au sens large (allocation de ressources ou accès à certaines ressources), liée aux conditions sociales d'existence. Il y a donc aussi bien des inégalités de santé que des discriminations en santé, comme il y a des inégalités qui peuvent produire des effets discriminatoires dans l'accès aux soins ou à une prise en charge. Le rapport entre discrimination et inégalité n'est pas unilatéral. L'une nourrit l'autre et *vice versa*. Par exemple, la récurrence de contrôles policiers discriminatoires produit des effets néfastes sur la santé, récemment démontrés par une étude de l'Institut national d'études démographiques (Ined) sur une cohorte de descendant-es d'immigré-es, en particulier d'Afrique du Nord – fraction de la population déjà sujette à un cumul d'inégalités ; ici les discriminations renforcent les inégalités.

A. Mariette : En France, on a une lecture très juridique des discriminations : cette approche permet rarement de penser le cumul des inégalités et des discriminations, qui s'articulent entre elles. On ne s'est longtemps pas assez autorisé à parler de discriminations dans le champ de la santé, alors même que, dans les enquêtes, on voit bien qu'il y a des pratiques discriminatoires, souvent indirectes, de médecins ou de soignant-es.

L. Pitti : Il est également difficile de faire reconnaître la discrimination en droit. À ce titre, il faut rappeler que c'est à la suite d'une injonction européenne – avec la directive



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTE

communément dite Race en 2000¹⁷ – que la France a été obligée de transposer en droit français la lutte contre les discriminations, notamment raciales, et l'aménagement de la charge de la preuve, selon lequel, pour aller vite, il revient désormais à la personne ou l'institution accusée de discriminer d'apporter des preuves qu'elle ne l'a pas fait. Chez les juges de première instance en France, cet aménagement de la charge de la preuve n'est pas encore pleinement entré dans les mœurs, et souvent les personnes victimes de discriminations doivent faire appel des décisions en première instance. L'enjeu de la preuve est central, et a donné lieu à des méthodes innovantes et aujourd'hui reconnues, comme le *testing*¹⁸. Ces résistances dans le droit renvoient pour une part à la conception républicaine de l'égalité abstraite, qui invisibilise des discriminations concrètes.

Pour revenir aux inégalités sociales de santé et aux liens que celles-ci entretiennent avec les discriminations, elles ne se limitent pas à la classe sociale ou au sexe ; elles renvoient à tout ce que le social produit comme hiérarchisation. Ce faisant, et parce que les processus de racialisation ou d'altérisation, à raison de tel ou tel trait lié au phénotype, à la culture ou à la religion, sont une des formes que revêt cette hiérarchisation, les inégalités sociales de santé incluent les inégalités ethno-raciales.

Comment les discriminations marquent les individus, leur santé ?

L. Pitti : Elles peuvent les marquer directement, par la violence physique, comme lors de certains contrôles policiers. Mais les corps peuvent aussi être marqués par des violences symboliques répétées (celles que produit la stigmatisation notamment) et par les effets de stress, voire les pathologies que ces violences génèrent. On peut aussi penser aux inégalités face à l'espérance de vie ou face à certaines pathologies¹⁹.

A. Mariette : Quand on parle de marquage physique, on pense souvent santé physique, là où la santé mentale est aussi centrale et où les deux se renforcent mutuellement.

Est-ce que les professionnel·les que vous avez pu interroger parlent de discriminations ?

L. Pitti : Le mot « discrimination » était peu utilisé sur le terrain, mais il faut resituer notre enquête, conduite entre 2012 et 2017. L'évolution des contextes locaux,

¹⁷ Directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique (Eur-Lex, Europa).

¹⁸ « Un test de discrimination, ou *testing*, consiste à soumettre deux profils comparables pour une même demande (entretien d'embauche, visite d'appartement, rendez-vous médical, etc.) sauf en ce qui concerne le critère susceptible d'exposer aux discriminations (origine, handicap, âge, sexe...). Si le test révèle un traitement différencié selon le profil présenté, on pourra présumer que cela est lié à la prise en compte – consciente ou non – d'un critère de discrimination, ce qui est interdit par la loi. Enfin, si la personne engage un recours (pénal, civil ou administratif) pour faire valoir ses droits, les résultats du test pourront contribuer à établir la preuve de la discrimination. » : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actualites/2020/07/realiser-un-test-de-discrimination-mode-demploi>

¹⁹ Voir, par exemple, un article du Parisien sur les victimes d'infarctus qui ont deux fois moins de chances de survie en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne qu'à Paris : <https://www.leparisien.fr/seine-saint-denis-93/grand-paris-le-93-moins-arme-que-paris-face-aux-arrets-cardiaques-07-01-2019-7982679.php>



DOSSIER RESSOURCES

DISCRIMINATIONS ET SANTÉ

nationaux (avec la campagne contre les violences policières menée par le comité Adama), voire internationaux (suite à l'assassinat de George Floyd aux États-Unis) joue sur les prises de conscience, notamment des effets discriminatoires des comportements policiers. La crise du Covid-19 a également mis en lumière les inégalités sociales face à la santé et éclairé le traitement discriminatoire de certaines catégories de population durant le confinement.

A. Mariette : Il y a de fortes résistances idéologiques à avancer sur ces sujets.

Sur la question du manque de moyens et des déserts médicaux, peut-on en parler en termes de discrimination territoriale ou d'inégalité territoriale ?

L. Pitti : Cette notion de discrimination territoriale a été mise en avant notamment par Gilles Poux, maire de La Courneuve²⁰, quand celui-ci a entrepris une action auprès du Défenseur des droits [HALDE, à l'époque], qui a permis de mettre au jour des différenciations systématiques d'allocations de moyens octroyés aux communes populaires de la couronne parisienne, qui ne reposaient pas sur des règles objectivables (en fonction du nombre d'enfants, de jeunes, de personnes âgées, de chômeurs ou du nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, par exemple). S'ajoutent à ces moyens différenciés des effets de réputation, de stigmatisation de ces territoires, dans les pratiques d'embauche par exemple.

Le rapport des députés Kokouendo et Cornut-Gentille²¹ en 2018 – premier rapport d'évaluation de l'action de l'État dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis –, conclut sur une différenciation d'allocations de ressources aux territoires qui en ont pourtant le plus besoin. Cette notion de discrimination territoriale met donc au jour l'insuffisance des dispositifs de correction des inégalités ou leur mauvais ciblage. Il est intéressant de noter que cette mission parlementaire n'a pas travaillé sur la santé, qui reste la grande absente des enquêtes sur la discrimination territoriale. Et si l'on regarde, par exemple, du côté de la médecine générale, en Seine-Saint-Denis, il y a des professionnel·les qui partent à la retraite et ne sont pas remplacés et lorsqu'elles et ils le sont, les jeunes médecins qui s'installent ne parviennent pas à mettre en œuvre des pratiques plus collectives, un exercice plus regroupé qui dépend de locaux et de moyens qu'ils et elles n'ont pas. Il faut donc repenser aussi la médecine libérale à la lumière des discriminations territoriales.

A. Mariette : Sur les déserts médicaux, la question est donc : quelles mesures peuvent être mises en place pour attirer des personnes dans des territoires discriminés, dont les habitant·es, en raison de leurs caractéristiques sociales, sont l'objet de discriminations et de stigmatisations ? Puisque c'est ce dont il s'agit lorsque l'on parle de discriminations territoriales.

L. Pitti : Une des pistes, sur ce versant médical, pourrait être une socialisation des médecins aux enjeux des inégalités sociales de santé dans le cursus des études médicales notamment. L'autre, à un niveau plus macro, se situe du côté des choix politiques en matière de santé : réduire les inégalités sociales de santé passe par l'implantation accrue de ressources sanitaires et d'équipes de soins dans les territoires

²⁰ <https://lacourneuve.fr/news/2019/atlas-des-inegalites-territoriales>

²¹ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cec/l15b1014_rapport-information



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

qui en manquent, en particulier dans les quartiers dits prioritaires de la politique de la Ville. Les dispositifs d'action publique ont une grande importance, mais ils ne feront pas, seuls, changer les choses, *a fortiori* dans un pays où la médecine reste encore très largement libérale. Il faut aussi aller dans le sens d'une formation et d'une sensibilisation des médecins à ces sujets.

A. Mariette : La notion d'inégalités territoriales quant à elle fait partie intégrante de l'action publique en santé : la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » de 2009 par exemple a instauré des dispositifs comme les Contrats Locaux de Santé (CLS) pour « réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ». Cette notion était déjà à la base de la politique de la ville dans les années 1980-1990. Comme l'a souligné Thomas Kirszbaum²², cette politique a pu être vue comme relevant de la « discrimination positive » – donner plus à ceux et celles qui ont le moins, notamment aux immigré·es et descendant·es d'immigré·es. Sauf qu'en France, contrairement aux États-Unis, l'objectif de cette politique porte plus sur « l'égalité » entre territoires qu'entre les habitant·es de ces territoires. Il y a en effet des inégalités sociales souvent importantes entre habitant·es d'un même territoire. Pour conclure, pour les territoires comme pour les individus, les inégalités et les discriminations s'articulent entre elles.

Quelles réponses peuvent apporter les collectivités territoriales pour lutter contre les discriminations, dont celles dans le domaine de la santé ?

L. Pitti : On ne peut pas dire qu'on ait spécifiquement un agenda de lutte contre les discriminations qui soit très efficace en ce moment. Pour ce qui est des inégalités sociales de santé, à l'échelle des villes, qui n'ont pas de compétence légale en matière de santé, des initiatives existent, mais les équipes disent avoir souvent l'impression de ramer à contre-courant, de chercher à promouvoir des « actions » à l'échelle locale alors qu'à l'échelle nationale, la volonté politique ne suit pas. Néanmoins, lorsque les collectivités territoriales se saisissent des marges de manœuvre qu'elles ont, dans le cadre de la politique de la Ville notamment, on mesure les effets de correction des inégalités et de lutte contre les discriminations dans l'accès aux soins et à la protection sociale. Il faut pour cela une volonté politique locale et un soutien aux associations.

S'il ne faut pas tout réduire à la question des moyens financiers, ça reste évidemment un enjeu primordial. Et le problème c'est que si l'on s'en tient à l'état actuel des moyens, la reproduction des inégalités est inéluctable puisque les communes les moins riches sont le plus souvent celles dont les populations sont les plus défavorisées et cumulent le plus d'inégalités.

A. Mariette : Il ne s'agit pas non plus de faire reposer sur les communes et les associations des missions pour lesquelles elles n'ont pas de moyens. L'idée est donc plutôt de continuer d'appeler à des formes de mobilisations collectives à l'échelle locale pour demander des moyens à l'échelle nationale, y compris en termes de formation.

Quelles sont les conditions de réussite pour que les acteurs·rices travaillent ensemble et puissent mettre en place des dispositifs qui permettent une meilleure prise en charge de la santé des populations ?

²² Voir par exemple Thomas Kirszbaum, « [La discrimination positive territoriale : de l'égalité des chances à la mixité urbaine](#) », *Pouvoirs*, n° 111, 2004



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

L. Pitti : Une des conditions les plus objectivables dans la prise en charge, c'est la question du temps que celle-ci nécessite pour les populations qui cumulent les difficultés, avec un enjeu autour de l'implication des médecins, pour lesquels il y a une très forte sacralisation du temps médical, distinct du temps administratif. Une autre condition est de mettre en présence des groupes professionnels différents – aux cultures professionnelles et agendas différents – qui soient tous et toutes impliqués dans la prise en charge des publics éloignés du soin. Mais cela implique aussi des enjeux de reconnaissance de cette implication en termes de moyens et de rétributions.

Un autre élément qui ressort de notre enquête a trait aux profils des professionnel·les qui vont s'impliquer dans cette prise en charge et à leur socialisation (d'où ils et elles viennent, leurs expériences passées, leurs manières de voir le monde). De fait, ce n'est pas n'importe qui qui s'implique dans les dispositifs et les structures qui cherchent à réduire les inégalités sociales de santé. Même si ça ne veut pas dire que ce sont systématiquement les mêmes profils de professionnel·les, on va retrouver, par exemple, des formes de socialisation militante à l'extrême gauche et au féminisme ou de socialisation religieuse au catholicisme social qui se rejouent dans la défense d'une mission de service public.

Il y a également ce que j'appelle la « socialisation au (et par le) territoire », c'est-à-dire la façon dont le territoire, le rapport que des professionnel·les de santé vont nouer avec un territoire, peut aussi façonner l'idée qu'elles et ils se font de leur métier et leurs pratiques. Par exemple, un stage chez un médecin généraliste en territoire populaire aura tendance à acculturer ou à socialiser le ou la stagiaire à la population, mais aussi au territoire en tant que catégorie d'action publique et aux dispositifs qui sont mis en place, à ce qu'ils permettent de faire.

A. Mariette : On peut aussi souligner l'importance des contextes d'activité. Être médecin salarié, par exemple dans un centre municipal de santé, implique des temps de réunions à côté des consultations. Cela pose un cadre de travail éminemment différent, qui n'est pas celui d'un ou d'une médecin exerçant en libéral. C'est un point essentiel.

Sur ce sujet, on pense aussi au *turn-over* des chargé·es de mission ou au fait d'avoir un fonctionnement qui repose pour beaucoup sur le recrutement de stagiaires : ce n'est pas sans effet sur le déploiement et la continuité des projets de santé publique développés localement. Et cela est par ailleurs révélateur des faibles moyens, à l'échelle municipale comme associative. À l'échelle municipale, on voit ainsi qu'il y a de plus en plus de personnes qui ne sont pas fonctionnaires, qui travaillent en CDD et sont donc soumises à un *turn-over* important. Cette question des contrats de travail conditionne aussi la réussite des dispositifs.



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTE

Discriminations et inégalités : ce qui les distingue et ce qui les rassemble

Si des liens, voire des superpositions, entre les termes existent, ces termes ne sont pas interchangeables.

On observe en France une place prépondérante accordée à la définition juridique des discriminations, ce qui tend à invisibiliser le sujet. On préférera aussi parler en termes d'égalité/inégalité.

Les inégalités sont des faits et les discriminations des pratiques, qui se rapportent à des situations (accès à un logement, à un emploi, à un service public, etc.). Elles **s'alimentent l'une l'autre et vont souvent de pair**.

Si toute discrimination engendre une inégalité, en revanche, toute inégalité n'est pas nécessairement le produit d'une discrimination.

> Le fait de discriminer une personne dans l'accès au logement va faire qu'elle aura des conditions d'habitat inégalitaires par rapport aux autres.

Les inégalités sociales et territoriales résultent de politiques publiques quand les discriminations résultent de pratiques, de comportements, qui nourrissent ces inégalités.

Comme le note [Laure Pitti](#) : « *Une discrimination résulte d'un comportement, intentionnel ou non, qui établit des différenciations illégitimes entre individus, et qui pour certaines sont illégales. Toutes les différenciations que l'on peut juger illégitimes ne sont pas illégales. Une inégalité, c'est une différence de ressources au sens large (allocation de ressources ou accès à certaines ressources), liée aux conditions sociales d'existence. [...] Le rapport entre discrimination et inégalité n'est pas unilatéral. L'une nourrit l'autre et vice versa* ».

Se rapportant à la fois à la lutte contre les discriminations et les inégalités, la discrimination positive établit une différence/inégalité de traitement légale et légitimée entre des populations ou des territoires en vue de réduire les inégalités. Comme le précise l'Observatoire des inégalités, « *une politique de discrimination "positive" consiste à traiter de manière préférentielle certaines catégories de population pour améliorer l'égalité des chances. On considère ainsi que pour établir une égalité réelle en pratique, il faut avantager les personnes défavorisées au départ* »²³.

²³ <https://www.inegalites.fr/Ou-est-ce-que-la-discrimination-positive-195>



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Les processus de construction des discriminations : de la stigmatisation à la discrimination

Les discriminations s'appuient sur tout un ensemble de représentations, de stéréotypes, de préjugés. Porter le regard sur les phénomènes de stigmatisation, de micro-agression ou de minoration amène à resituer les discriminations dans le cadre de rapports sociaux, de rapports de domination/de pouvoir, plus larges. Les discriminations reposent et se nourrissent de ces représentations et pratiques de mise à l'écart.

La **stigmatisation**²⁴ est le processus qui assigne une identité à une personne, à partir d'un stigmaté (« difformité », « race », trait de personnalité « déviant », etc.) et la place en dehors des normes sociales et comportementales attendues. Elle s'appuie sur des représentations et préjugés et entraîne une mise à l'écart qui peut se répéter dans diverses situations, que ce soit dans l'espace public, au sein d'une institution ou sur un lieu de travail. **La stigmatisation est un préalable aux pratiques discriminatoires.**

L'emploi des termes « stigmaté » ou « stigmatisation » est notamment utilisé par les acteur·rices de la santé mentale. [Sophie Arfeuillère](#), responsable formation et pédagogie à Psycom souligne que

« Dans nos représentations persiste une vision assez binaire, avec d'un côté les personnes ayant des problèmes de santé mentale (et soignées en psychiatrie) et, de l'autre (comme si c'était imperméable), le bien-être mental, la bonne santé mentale. C'est la classique séparation entre "eux-elles" et "nous" ».

Elle souligne aussi que :

« **Il faut bien comprendre que les mécanismes de discrimination sont la mise en acte de la stigmatisation** : micro-agressions, rejet, exclusion, parfois même maltraitements physiques » et précise que « les mécanismes de la stigmatisation, du fait d'un trouble psychique, sont les mêmes que ceux que l'on va retrouver pour n'importe quel stigmaté. C'est le même cercle vicieux de la stigmatisation et de la discrimination ».

²⁴ Voir notamment le livre d'Erving Goffman, *Stigmaté : les usages sociaux des handicaps*, Éditions de minuit, 1975.



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTE

De façon schématique, le Psycom illustre le processus du « cycle de la discrimination »²⁵ en 3 étapes : étiqueter, stéréotyper, séparer ; schéma qui peut être étendu au-delà de la santé mentale.

Les chercheur-es et les associations attirent aussi l'attention sur les phénomènes de **micro-agressions**. « *La répétition de ces "petites" choses va affecter la personne parce qu'elle va l'entendre tout le temps. Ça peut être des remarques, des blagues, etc., qui vont en permanence rappeler à l'autre sa différence, son stigmate et donc sa place sociale* ».

Enfin, le sociologue [Julien Talpin](#) revient sur la notion plus englobante de **minoration** (ou expérience de minoration) :

« **On rassemble dans ce concept ... le fait d'être traité·e et renvoyé·e à une situation de minorité.** L'expérience de minoration, c'est l'addition de discriminations, de stigmatisations et de violences. C'est probablement là que se nichent beaucoup de choses, notamment dans les conséquences sur la santé »²⁶.

Face à cela, toutes les personnes ne réagissent pas de la même façon. [Arnaud Alessandrin et Johanna Dagorn](#) distinguent plusieurs profils de personnes

« Les discriminé·es intouchables se disent "*ça ne passera jamais par moi*", parce que le statut de discriminé·e est trop invivable et que la personne ne veut pas se sentir victime. Ça ne veut pas dire que ces personnes ne sont pas touchées par la discrimination, mais ils-elles préfèrent être soit dans le déni, soit dans la lutte. D'un autre côté, il y a les bricoleur·ses des discriminations, qui vivent des discriminations et apprennent à "faire avec" ou à "faire malgré tout". Enfin, on retrouve les discriminé·es coupables, qui se disent que c'est sûrement de leur faute ».

Ces différentes postures vis-à-vis des discriminations vont avoir un impact différent sur les personnes et sur leur santé.

²⁵ <https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Cycle-discriminations-A5.pdf>

²⁶ Voir l'enquête collective menée en France et à l'étranger (Royaume-Uni, Canada, États-Unis) qui a donné lieu à l'ouvrage *L'épreuve de la discrimination, enquête dans les quartiers populaires*, PUF, 2021.



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

Arnaud Alessandrin* et Johanna Dagorn**

*Sociologue, chercheur associé au LACES (Laboratoire Cultures Éducation Sociétés), Université de Bordeaux, co-directeur de l'Association de recherche et d'étude sur la santé, la ville et les inégalités (ARESVI) et co-directeur des Cahiers de la Lutte contre les discriminations (LCD).

**Sociologue, chercheuse associée au LACES, Université de Bordeaux, co-directrice d'ARESVI et co-directrice des Cahiers de la LCD.

Entretien réalisé le 18/06/2021

Vous co-dirigez l'association ARESVI, pouvez-vous la présenter ?

A. Alessandrin : L'Association de Recherche et d'étude sur la santé, la ville et les inégalités (ARESVI) est une association née en 2014 et a pour but d'accompagner des villes pour faire des diagnostics en matière de discriminations et d'expériences discriminatoires. Nos axes sont transversaux : la santé, la ville et les inégalités, avec un effet de zoom sur les questions de genre.

Dans votre ouvrage *Le rôle de ville dans la lutte contre les discriminations*, vous faites référence à différents profils de personnes discriminées, pouvez-vous nous en dire plus ?

A. Alessandrin : En s'inspirant du travail de François Dubet et des autres co-auteur-ices du livre *Pourquoi moi ? L'expérience des discriminations*, on voit apparaître trois grands profils de discriminé-es.

D'un côté, il y a des discriminé-es intouchables qui se disent « *ça ne passera jamais par moi* », parce que le statut de discriminé-e est trop invivable et que la personne ne veut pas se sentir victime. Ça ne veut pas dire que ces personnes ne sont pas touchées par la discrimination, mais ils-elles préfèrent être soit dans le déni, soit dans la lutte. D'un autre côté, il y a les bricoleur-ses des discriminations, qui vivent des discriminations et apprennent à « *faire avec* » ou à « *faire malgré tout* ». Enfin, on retrouve les discriminé-es coupables, qui se disent que c'est sûrement de leur faute. Par exemple, un couple de lesbiennes qui s'embrassent se dit, après avoir été injuriées « *on aurait peut-être dû attendre d'être à la maison* », ou encore, une jeune fille voilée qui se fait agresser et se dit « *on m'avait dit que cette ligne de bus n'était pas sûre, j'aurais dû rentrer à pied* ». La discriminée coupable, c'est également cette jeune fille qui met une jupe et qui se fait injurier et pense « *la prochaine fois je mettrai un pantalon, c'est de ma faute* ».

On a donc plusieurs profils de discriminé-es et il est important de savoir les distinguer parce que les campagnes de communication, les outils d'accompagnement et les interpellations ne doivent pas être les mêmes en fonction des profils. Dans cette perspective, une politique publique qui offre des services identiques à des personnes qui se sentent coupables, qui bricolent malgré tout ou qui se sentent intouchables, manque forcément (au moins) un profil de personnes.

A quoi correspond le « sentiment de discrimination » dont vous parlez parfois ?



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTÉ

A. Alessandrin : Cette question de l'objectivation des discriminations est très importante car il y a des mouvements, antisexistes ou antiracistes, qui ont eu besoin, pour se légitimer, d'avancer des chiffres (on peut penser aux mouvements contre le sexisme ou contre le racisme) tandis que d'autres mouvements ne l'ont pas encore vraiment fait, notamment ceux luttant contre la grossophobie ou la transphobie. Par ailleurs, la dimension expérientielle, qui s'appuie sur des témoignages, permet aussi à des mouvements sociaux et à des critères de discrimination d'émerger dans l'espace public (homophobie, grossophobie, etc.).

J. Dagorn : Il faut toutefois ici apporter une nuance. Sur la question des violences faites aux femmes, on n'était pas sur une expérience, c'était bien le problème. Avant #METOO, il y avait une violence symbolique qui était tellement forte, qu'on ne pouvait pas interroger sur l'expérience des femmes, et notamment sur les faits. Mais c'est ce qu'a permis de réaliser l'enquête Virage²⁷ en étudiant notamment les violences sexistes et sexuelles survenant dans différents cadres de vie (études, travail, vie conjugale et familiale, etc.) toute le long de la vie.

Le sexisme, mais aussi le racisme, ont une histoire et on ne peut pas les réduire à des seules expériences de discrimination, sinon il y a le risque d'euphémiser des siècles de domination. Si la dimension expérientielle est importante, ce n'est toutefois pas qu'une question de « vécu », puisqu'on est face à des faits sociaux historiques. Et c'est pour ça que sur les pas de Julien Talpin, il faut d'abord quantifier, nommer et ensuite travailler sur ce que ça fait aux individus.

Quels sont les effets des discriminations sur l'état de santé des personnes qui les subissent ?

J. Dagorn : Les discriminations sont des pratiques violentes qui ont des effets nets sur la santé des individus, quel que soit le critère de la discrimination. Et plus on appartient à un groupe discriminé, plus la discrimination sera importante et plus grand sera l'impact. Mais il faut prendre en compte la question de l'intersectionnalité des discriminations, ainsi que celle des espaces dans lesquels surviennent les discriminations (travail, espace public, etc.). Les femmes sont exposées à des discriminations dans tous les espaces tandis que certaines populations – par exemple les homosexuel·les, les personnes trans – vont être davantage exposées à des discriminations et des agressions dans l'espace public.

A. Alessandrin : Le possible cumul de critères de discriminations (genre, origine, etc.) nous montre qu'il n'y a pas d'espace entre parenthèses. Au contraire, certains espaces, le travail ou l'espace intrafamilial, par exemple, vont connaître des pesanteurs plus massives. Ainsi, la fréquence et l'intensité vont déterminer les conséquences sur le plan de la santé psychique et physique, qui peuvent être différentes d'un individu à l'autre. On sait qu'un regard peut être destructeur pour certaines personnes, là où, pour d'autres, la répétition d'injures va créer de la peur. Plus il y a de fréquence, plus il y a d'intensité, plus les conséquences en termes de santé seront nombreuses. Toutefois, on parle ici de statistiques, mais Johanna insiste également sur les effets de résistance, de résilience, de fuite ou de déni, qui sont très inégalement répartis.

²⁷ L'enquête [Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes](#) (Virage) a été réalisé par plusieurs chercheur·es en 2015 et a donné lieu à un ouvrage paru en 2020.



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTE

J. Dagorn : Quant aux formes de violence retournées contre soi-même, qui peuvent être la résultante de discriminations, que l'on pense aux mutilations ou aux phénomènes d'anorexie, elles ont d'ailleurs bien souvent un genre.

A. Alessandrin : D'un autre côté, dans le cadre d'accompagnement ou de prise en charge, on ne sait pas quelle aide va nous être apportée, si on va se sentir écouté-e, ou si, en étant écouté-e, ça ne va pas faire ressortir d'autres expériences discriminatoires vis-à-vis desquelles on est dans le déni et qui peuvent provoquer des chocs, des symptômes post-traumatiques. Il y a là aussi des enjeux forts en matière d'impacts sur la santé.

Enfin, une distinction est souvent faite entre ce qui relève de discriminations ayant des conséquences physiques (violences physiques, sexuelles) et celles qui ont des conséquences psychiques. Les conséquences psychiques des discriminations étant souvent considérées comme frauduleuses par les professionnel·les de santé et l'entourage. Comme si la personne en faisait trop, exagérait, comme si une discrimination ne peut pas provoquer autant de mal-être.

Lorsque les discriminations aboutissent à des violences physiques paroxystiques qu'on ne peut faire autrement que les voir, il y a une prise de conscience des effets sur la santé – un bleu, une dent qu'on perd, une chute –, ce n'est plus acceptable ; mais dès qu'il s'agit de propos discriminatoires, d'injures ou de harcèlement à caractère discriminatoire, tout de suite il y a une minimisation des effets sur la victime.

Peut-on parler de négation des discriminations parmi les soignant·es et professionnel·les de la santé ?

A. Alessandrin : La mythologie de la médecine est de considérer que si les médecins soignent, c'est pour le bien des autres, « *on ne saurait faire du mal* », « *on ne saurait discriminer* ». D'autre part, il y aurait la neutralité du savoir médical : finalement, ce n'est pas le·la médecin qui parle, mais la science, la connaissance. C'est pour cela qu'il y a une réelle difficulté à prendre en compte la question des discriminations, qui s'arrêteraient aux portes des hôpitaux et des établissements de santé.

Plus généralement, on ne peut pas dire que la question des discriminations soit prise en charge par les hôpitaux : ils ont, au contraire, tendance à externaliser la prévention et la gestion des situations de discriminations vers les services juridiques ou les associations de patient·es. Or, on sait que si un·e chef·fe de service ou un·e directeur·rice d'établissement a un comportement discriminant, il peut en découler des modalités d'organisation qui vont elles-mêmes être discriminatoires pour les patient·es/usager·es.

Dans votre ouvrage collectif, l'articulation entre l'état de santé des habitant·es dans les QPV et les discriminations est peu présente, pourquoi ?

A. Alessandrin : Dans l'ensemble des quartiers prioritaires (de Bordeaux), il y a peu de personnes qui ont déclaré avoir été discriminé·es dans le monde de la santé. Mais si les habitant·es ne vont pas dans les espaces de santé, comment peuvent-ils-elles être discriminé·es ? Johanna avait trouvé cette formule à propos des femmes, en travaillant sur les violences sexistes dans l'espace public : « *pour être victime de sexisme dans l'espace public, encore faut-il y être* ». On voit aussi que dans les quartiers prioritaires, il y a des rapports différents au corps, aux soucis, à la santé et aux soins, qu'il faut prendre en compte. Si la discrimination ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital, elle



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

touche bien avant les corps et les personnes sur lesquels elle a un impact, et s'inscrit dans des représentations.

D'un autre côté, on sait bien que les habitant·es des quartiers prioritaires sont davantage exposé·es au cumul des inégalités et des discriminations, et que cela augmente les risques de développement de certaines pathologies, respiratoires, par exemple, au regard de la santé environnementale dans les quartiers prioritaires, souvent dégradée ; ou au niveau de la santé alimentaire, au regard de taux d'obésité plus importants.

Il y a également le problème de l'accès aux spécialistes, qui renvoie à des inégalités territoriales très diverses : les quartiers prioritaires au centre des villes et ceux qui se situent en périphérie ne vivent pas la même chose. Il faut faire attention à ne pas homogénéiser les quartiers prioritaires, même si statistiquement on sait qu'il y a une distance géographique et psychique plus grande avec le monde de la santé.

Il y a des territoires qui sont mieux pourvus que d'autres en offre de santé. S'agit-il de discrimination territoriale ou d'inégalité territoriale ?

A. Alessandrin : On peut considérer qu'une offre de santé inégalitaire, par exemple, en matière de santé scolaire, avec tant de médecins, d'infirmier·es scolaires par établissement ou par rectorat, peut être interprétée comme une discrimination territoriale. Car c'est sur le critère d'une population ou d'une adresse que doit se faire l'investissement d'État. Donc, de fait, dans ce cas, l'inégalité territoriale peut recouvrir une discrimination territoriale.

Il n'est pas impossible non plus de traduire d'autres types d'inégalités en discriminations. On le voit, par exemple, avec les soins en gynécologie ou avec la prise en charge des personnes LGBT : certaines interactions soignant·e-soigné·e ne sont pas exemptes de propos ou de comportements sexistes, anti-LGBT. Il y a là des inégalités de traitement qui renvoient à des discriminations.

Quels leviers pourraient être utilisés au niveau territorial pour lutter contre les discriminations ?

A. Alessandrin : Les villes ont l'habitude de limiter la santé a grosso modo trois domaines : la gériatrie, au sens de villes inclusives pour les seniors (par exemple avec les Semaines bleues) ; l'accessibilité, et notamment ce qui concerne le handicap physique (quand bien même il y a des comités de santé psychique ou psychiatrique, ils sont très inégalement actifs sur le territoire). Enfin, la prévention, et notamment la santé préventive à l'école. Il n'y a pas, ou rarement, d'articulation entre les questions de santé et les discriminations.

Il faudrait que les villes se dotent d'un service de lutte contre les discriminations ou d'un service égalité ou citoyenneté efficient qui prenne en charge la lutte contre les discriminations. C'est en mettant en lien les compétences et les réseaux de ce service avec les élu·es délégué·es à la santé et les services dédiés à la santé qu'on peut intégrer les questions de discriminations aux questions de santé, et inversement, pour créer une dynamique cohérente avec les acteur·rices de santé. Cependant, alors que le contrat de ville prévoit que soit annexé un plan de lutte contre les discriminations, rares sont les villes qui ont un tel plan, un service sur ces questions-là, animé par un·e chargé·e de mission pérenne.



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTÉ

Mais il faut aussi que cette articulation entre discrimination et santé dans les villes se fasse au-delà de la question du VIH, des violences faites aux femmes ou de l'handiphobie, en intégrant les discriminations ethno-raciales, qui restent très difficiles à aborder. Nous sommes d'ailleurs interpellés par certaines villes à ce sujet et on leur dit que si on fait un diagnostic, forcément ce type de discriminations va ressortir. Elles ne savent pas comment s'y prendre parce qu'il n'y a pas de service dédié et que la conjoncture politique actuelle instrumentalise tout propos sur le sujet. On se retrouve donc avec des angles morts, y compris dans ce qui est purement discriminatoire. Quant à la question du racisme dans le soin, on voit une déclinaison en matière de préconisations et de politiques publiques qui est faible, voire inexistante.

Par ailleurs, s'il est important de multiplier les campagnes, les modalités de communication et les supports pour pouvoir toucher les différents profils de discriminé-es, il faut des lieux d'accueil et d'accompagnement. Il faut des associations bien-sûr, mais aussi des services tels que le Défenseur des droits. Les villes peuvent-elles se satisfaire de la seule action d'associations – même si elles peuvent contribuer à les subventionner – et de bénévoles pour traiter d'un sujet tel que les discriminations et de leurs effets sur la santé ? Ce qui interroge aussi, c'est la localisation des associations ou des délégué-es du Défenseur des droits. Le fait que ces dernier-es soient dans des lieux institutionnels peut freiner certaines personnes à venir.

Tout cela pose la question de la délégation de politique publique. La ville a sa part de responsabilités, mais aux côtés de l'État, de la région, du département.

En fin de compte, le message semble être : les discriminations étant illégales, leur traitement passe exclusivement par le droit, et il suffirait de porter plainte, d'appeler les numéros spéciaux, comme le 39 28 du Défenseur des droits. Cependant, quand on fait des sondages, dans le cadre de nos enquêtes, on se rend compte que seulement 50 % des personnes connaissent l'institution et qu'entre 50 % et 75 % d'entre elles - selon les villes et quartiers – ont le sentiment de ne pas avoir été écoutées dans leurs démarches, juridiques ou d'écoute.

Se saisir pleinement du sujet des discriminations – les prévenir, accompagner les personnes discriminées, sensibiliser, etc. – implique une volonté politique forte.

L'état des discriminations en France : quelques données

La question des données sur la mesure des discriminations est un vaste sujet – voire un débat²⁸ – dans lequel nous ne rentrerons pas ici. Néanmoins, des études, testings, témoignages, enquêtes (voir bibliographie) existent et font ressortir la diversité des discriminations et la singulière fréquence de certaines d'entre elles. On ne traitera pas ici

²⁸ <https://www.inegalites.fr/Comment-definir-et-mesurer-les-discriminations>



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

de l'ensemble des critères de discrimination et des données qui sont produites les concernant, mais on présentera quelques illustrations de leur manifestation.

En 2020, le handicap était pour la quatrième année consécutive, le premier motif de saisine du Défenseur des droits en matière de discrimination (21,2 %, soit 1 102 réclamations)²⁹. Selon le rapport d'activité 2020 de l'institution, ce motif est suivi ensuite par l'origine (13,3 %), puis par l'état de santé (11,3 %) et la nationalité (8,1 %). Toutefois, il y a un contraste entre les saisines auprès du Défenseur des droits et la perception des discriminations³⁰ : « *En Europe, les discriminations perçues comme les plus répandues sont celles fondées sur l'origine, loin devant celles liées à l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la religion ou le handicap. La France est même l'un des pays européens où la perception des discriminations à raison de l'origine est la plus forte (82 % des Français pensent que les discriminations fondées sur l'origine sont répandues, contre 64 % des Européens)* »³¹.

La pesanteur des **discriminations raciales** affecte, selon une logique de continuum, la plupart des domaines de la vie³² :

- L'emploi reste le secteur de la vie sociale où les discriminations en raison de l'origine apparaissent les plus aiguës, dans l'accès à l'emploi ou au cours de la carrière. Ces discriminations ont des impacts forts et bouleversent le rapport des personnes à leur travail et à l'emploi. Par exemple, « *en Île-de-France, 7 % des personnes d'origine étrangère (immigrées et descendantes) ont ainsi dû changer de nom dans la sphère professionnelle, 24 % estiment que leur travail est dévalorisé, 30 % considèrent qu'on sous-estime leur compétence et 20 % déclarent avoir dû accomplir des tâches ingrates ou dévalorisantes* »³³.

- Il en est de même dans le domaine du logement : « *Un individu avec un nom à consonance maghrébine a environ 27 % de chances en moins que celui avec un nom à consonance française d'obtenir un premier rendez-vous avec le ou la propriétaire du logement, une personne ayant un nom à*

²⁹ Voir le [Rapport parallèle du défenseur des droits dans le cadre de l'examen du rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées \(CIDPH\), 2020](#)

³⁰ « ...les questions sur la perception des discriminations subies sont incontestablement des indicateurs fiables de la discrimination réelle, en ce qu'elles correspondent à des injustices réellement subies et non à des situations fantasmées ou à des soupçons infondés », ce dont les personnes ayant subi des discriminations peuvent être accusées (voir la conclusion de l'enquête [Trajectoires et origines](#), 2020).

³¹ Défenseur des droits, [Discriminations et origines](#), 2020

³² L'étude de l'Ined et l'Insee [Trajectoires et Origines](#) (2016) permet d'observer l'existence, en France, à l'aune de données socio-économiques, de tendances discriminatoires fortes liées à l'origine, qui impactent largement les trajectoires scolaires, professionnelles, l'accès au logement ou à la santé.

³³ Défenseur des droits, [Discriminations et origines](#), 2020



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

consonance africaine environ 31 % de chances en moins »³⁴ ; ou de l'éducation : « Les injustices scolaires sont fréquemment attribuées à des motifs discriminatoires à caractère ethno-racial : parmi ceux qui déclarent des injustices, 58 % des descendants l'associent à leur origine ou à leur nationalité, 13% à leur couleur de peau »³⁵.

On retrouvera encore de fortes discriminations raciales émanant des forces de l'ordre, notamment lors de contrôles d'identité : « Alors que 82,6 % des hommes déclarent n'avoir jamais fait l'objet d'un contrôle de la part des forces de police au cours des cinq dernières années, la moitié des hommes perçus comme arabes/maghrébins ou noirs déclarent l'avoir été au moins une fois »³⁶.

La déclaration des discriminations liées à l'origine ou à la couleur de peau a presque doublé en moins de 10 ans³⁷ : en 2008, 6 % des personnes enquêtées déclaraient avoir vécu ce type de discriminations et 11 % en 2016.

Pour autant, les discriminations ne se réduisent pas à ce seul domaine et on relève par exemple des discriminations toujours très fortes liées au sexe ou à l'orientation sexuelle des personnes.

Dans le cadre de l'enquête *Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France*³⁸, selon les femmes, les trois motifs de discriminations les plus déclarés sont le sexe (26 %), l'âge (18 %) et la grossesse (12 %). Si l'on regarde du côté de l'emploi, « les femmes occupent plus souvent que les hommes des emplois à temps partiel, notamment subi (c'est le cas de 27,4 % des femmes en emploi en 2020, contre 8,4 % pour les hommes) » et « à temps de travail et poste équivalents, l'écart de salaire est de 5,3 % ». Ce chiffre masque encore « des inégalités qui se situent en amont : le temps partiel subi, l'orientation des filles à l'école, le fait que les secteurs dits « féminins » paient moins bien »³⁹. La déclaration des discriminations selon le sexe est passée de 3 % en 2006 à 26 % en 2016⁴⁰.

En ce qui concerne les populations LGBT, « 34,7 % des personnes homosexuelles ayant dévoilé leur orientation sexuelle à leur médecin se sont

³⁴ Idem.

³⁵ Voir l'article de Yaël Brinbaum et Jean-Luc Primon « [Parcours scolaires et sentiment d'injustice et de discrimination chez les descendants d'immigrés](#) », *Économie et statistique* n°464-466, 2013

³⁶ Défenseur des droits, [Discriminations et origines](#), 2020

³⁷ Selon une comparaison entre l'enquête de l'Ined et l'Insee *Trajectoires et origines* (2008) et l'enquête *Accès aux droits* (2016) du Défenseur des droits.

³⁸ Défenseur des droits, [Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France. Contributions de chercheurs à l'enquête du Défenseur des droits, Tome 1](#), 2016

³⁹ <https://www.discrimination.fr/femmes-hommes-salaires-inegalites>

⁴⁰ Défenseur des droits, [Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France. Contributions de chercheurs à l'enquête du Défenseur des droits, Tome 1](#), 2016



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

senties jugées » et « 65 % des personnes trans ont eu le sentiment d'avoir été discriminées au cours de leurs entretiens de santé »⁴¹.

Toutefois, malgré l'insistance des discriminations, peu de personnes entament des démarches pour les dénoncer. Dans le domaine de l'emploi, seulement 12 % des personnes discriminées en raison de l'origine entreprennent une démarche. Bien que les représailles suite à une dénonciation soient illégales, « *près de la moitié des personnes actives ayant déclaré avoir été victimes de discriminations ont connu des conséquences négatives sur leur emploi (46 %), 19 % ont été licenciées ou non renouvelées après les faits et 14 % ont reçu un avertissement ou un blâme, ou bien ont été mutées contre leur gré* »⁴². Tous motifs confondus (origine, sexe, etc.), seulement 11 % des personnes discriminées entament une démarche dans le domaine du logement.

Cette augmentation dans le temps des déclarations lors des enquêtes renvoie finalement à « *deux phénomènes indissociables : une plus grande sensibilité aux traitements défavorables dans la société (conscientisation) et une aggravation des discriminations* »⁴³.

⁴¹ Voir le rapport de la CNCDH, [Rapport sur les droits des personnes LGBTI en France](#), 2022

⁴² Défenseur des droits, [13^{ème} Baromètre. La perception des discriminations dans l'emploi](#), 2020

⁴³ Défenseur des droits, [Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France. Contributions de chercheurs à l'enquête du Défenseur des droits, Tome 1](#), 2016



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTÉ

Julien Talpin

Chargé de recherche en science politique au CNRS, directeur-adjoint du Centre de recherches administratives, politiques et sociales (CERAPS), Université de Lille et co-directeur du GIS Démocratie et Participation.

Entretien réalisé le 16 juin 2021

Vos travaux portent principalement sur la participation des habitant·es dans les quartiers populaires. Comment en êtes-vous venu à travailler sur la question des discriminations ?

Je travaille principalement sur l'expérience de la citoyenneté, le rapport ordinaire au politique, à la participation ou à l'abstention dans les quartiers populaires. Mais sans que je la pose, la question des discriminations revenait tout le temps en fin d'entretien ou dans les observations informelles que je faisais sur mon terrain à Roubaix. Les discriminations se sont donc imposées à moi par le terrain. Je me suis dit qu'il fallait en faire une question de recherche centrale.

L'hypothèse que je formule, c'est que **la discrimination a un effet sur l'engagement et la participation dans les quartiers populaires**. Et on a eu envie avec d'autres collègues de tester cela plus systématiquement dans d'autres quartiers et d'autres territoires en France et à l'étranger. On a donc mené une enquête pendant quatre années, qui a abouti à la publication de l'ouvrage *L'épreuve de la discrimination*.

Les discriminations seraient un élément d'explication de l'impasse des dispositifs de participation ?

En 2012, j'avais suivi la mobilisation des « mamans contre l'abstention » dans les quartiers populaires de Roubaix qui essayaient d'impliquer les jeunes pour les présidentielles. La fondatrice de cette initiative considérait qu'une des raisons pour lesquelles les jeunes garçons n'allaient pas voter, à commencer par ses fils, était précisément qu'ils se sentaient traités comme des citoyens de seconde zone. L'expérience de la discrimination venait effriter la citoyenneté : d'abord l'égalité des droits, puis la participation démocratique. Cet élément qui apparaissait tout à fait structurant dans son discours en entretien, n'apparaissait jamais dans ses prises de parole publiques, ni dans les articles de presse qui rendaient compte de ses initiatives. Au final, cette initiative s'est vite terminée.

Si bien que mon hypothèse est qu'il est difficile de remobiliser les habitant·es des quartiers populaires si une des dimensions de leur expérience sociale n'est jamais abordée.

Les personnes employaient-elles le terme « discrimination » pour raconter leur expérience ?

Nous avons fait le choix méthodologique de ne pas partir de la question de la discrimination afin d'éviter tout biais dans la sélection des personnes en ne s'entretenant qu'avec celles sensibles à ces questions, ou en renvoyant à une forme d'assignation : « *On vient vous voir parce qu'on pense que la question des discriminations vous concerne* ».



DOSSIER RESSOURCES

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Il nous intéressait, en cadrant les entretiens sur la vie quotidienne et le rapport au quartier de résidence, de voir si des discriminations surgissaient. Ce qui a été le cas : sans que l'on pose directement la question, les personnes ont souvent fait part d'expériences de discrimination tant c'est structurant dans leur parcours de vie.

Et plus ils et elles sont jeunes, plus ils et elles sont diplômé-es, plus cela fait sens pour eux.

L'originalité de votre ouvrage est de mettre en lumière les effets des discriminations sur le vécu des personnes. Comment vous expliquez que ces travaux sont encore assez rares ?

Au regard du déni français de l'existence même du problème des discriminations, il était nécessaire dans un premier temps d'administrer la preuve de l'existence de discriminations, y compris ethno- raciales, en France. C'est chose faite, notamment avec l'enquête *Trajectoires et Origines*. La preuve des discriminations n'est plus à faire, si bien qu'il nous semblait intéressant d'aller regarder ce que les discriminations produisent, ce qu'elles font aux individus. Cependant, la réception de ces recherches par le monde de l'action publique, où le déni reste entier, soulève encore beaucoup de débats.

Qu'est-ce qui relève d'une discrimination et qu'est-ce qui relève d'une inégalité ? Comment bien qualifier les faits ?

C'est une question complexe. Il faut voir la discrimination comme situationnelle. Une discrimination, c'est un traitement inégal sur la base d'un critère qui est considéré comme illégitime et illégal. Les discriminations sont une des formes des inégalités, bien qu'il y ait des inégalités qui ne résultent pas de situations discriminatoires.

Les situations de discriminations relèvent aussi de fonctionnements institutionnels ou systémiques routiniers, comme le dénonce notamment le Défenseur des droits. Quand bien même on peut objectiver une situation discriminatoire, pour comprendre pourquoi il y a discrimination, il faut bien souvent la rapporter à des fonctionnements qui sont enracinés.

Vous identifiez dans votre enquête que les discriminations ont un effet sur l'état de santé des personnes. Mais ça ne représente qu'une petite partie de votre ouvrage. Est-ce par manque de données ?

Une des conséquences les plus radicales des discriminations, c'est ce qu'elles font au corps et à la vie psychique des individus. Ce qui ressort de nos entretiens, ce sont les conséquences sur la santé mentale : des situations de dépression où il y a une forme de mal-être généralisé, qui peut se traduire par des prises d'antidépresseurs, de l'alcool ou des psychotropes.

Je parlais de discrimination situationnelle mais les conséquences sur la santé relèvent surtout du harcèlement discriminatoire. C'est souvent la multiplication et la répétition de micro agressions qui vont entraîner ces conséquences sur la santé. Ce sont des choses assez subtiles et qui sont difficiles à objectiver et à repérer.

On a des éléments trop parcellaires sur cette question à ce jour. Il faudrait des recherches beaucoup plus systématiques. S'il y a encore besoin d'enquêtes statistiques sur les discriminations, c'est probablement sur ses effets sur la santé.



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

Dans votre ouvrage, vous faites référence à la « minoration » et à « l'expérience de minoration ». Pouvez-vous nous en dire plus ?

Ce dont on traite est plus large que la discrimination, puisque, dans les récits des personnes, elles évoquent à la fois des traitements différenciés, mais aussi des propos, des remarques, des formes de violences physiques et symboliques. Tout cela se mêle : le fait de sentir qu'on est traité différemment parce qu'on est perçu différemment n'a pas forcément toujours des conséquences très facilement identifiables. On rassemble tout cela dans ce concept de « minoration », à savoir le fait d'être traité et renvoyé à une situation de minorité. Cela rassemble les discriminations à proprement parler, mais aussi l'ensemble de la stigmatisation ou des micro-agressions que connaissent les gens. L'expérience de minoration, c'est l'addition de discriminations, de stigmatisations et de violences. C'est probablement là que se nichent beaucoup de choses, notamment dans les conséquences sur la santé.

La lutte contre les discriminations se joue principalement sur leur reconnaissance juridique. Comment qualifiez-vous la politique publique française de lutte contre les discriminations ?

Ce qui frappe c'est la faiblesse de l'énergie qui est consacrée à lutter contre les discriminations. Il ne se passe quand même pas grand-chose et le nombre de plaintes pour discrimination est extrêmement faible. Le développement aujourd'hui des actions de groupe est une des pistes dont sont en train de se saisir les associations de lutte contre les discriminations. Une des grandes difficultés c'est surtout l'accès au droit pour lutter contre les discriminations : comment permettre que davantage de victimes potentielles puissent se saisir des outils juridiques disponibles pour lutter contre les discriminations et promouvoir l'égalité ?

Les délégué·es locaux·ales du Défenseur des droits sont très peu saisi·es, car les habitant·es ne connaissent pas leur existence. Un délégué local à Roubaix me disait n'être saisi que pour 3-4 cas de discriminations par an, dans une ville de 100 000 habitant·es.

Comment évolue la politique de lutte contre les discriminations ?

On voit se développer de façon relativement concomitante le droit antidiscriminatoire et l'émergence de politiques publiques de lutte contre les discriminations qui travaillent plutôt sur la prévention, notamment dans le cadre de la politique de la ville. Mais, alors que les connaissances s'accumulent dans le champ scientifique, la trajectoire de l'action publique antidiscriminatoire est en accordéon, un pas en avant deux pas en arrière. Et depuis 2015, on assiste au déclin de l'action publique antidiscriminatoire, y compris au sein de la politique de la ville.

On a un peu déshabillé Pierre pour habiller Paul. Il y a eu la montée en puissance de la question de la prévention de la radicalisation et la promotion des valeurs de la République, de la promotion de la laïcité, etc., donc l'émergence d'un secteur d'action publique qui n'existait pas et qui s'est fait au détriment de la lutte contre les discriminations. Il y a eu une sorte d'effet d'aubaine à partir de 2016-2017 pour les associations qui répondent aux appels à projets « promotion des valeurs de la République ». Trois ans plus tôt, elles répondaient à des appels à projets « lutte contre les discriminations ». Ce qui n'est pas tout à fait la même chose !



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Personnellement, je pense que la meilleure façon de lutter contre la radicalisation ou de promouvoir les valeurs de la République, c'est de faire de la lutte contre les discriminations une priorité dans le cadre de la promotion de l'égalité. Or on a plutôt assisté à une forme de concurrence institutionnelle entre ces différents paradigmes.

Le gouvernement a récemment fait le choix de mettre en place une plateforme en ligne pour recueillir des plaintes mais, de l'autre côté, il n'investit et n'enclenche aucune vraie politique de lutte contre les discriminations, pour transformer les pratiques institutionnelles ou pénaliser plus fortement les comportements discriminatoires.

Comment expliquez-vous le fait qu'on ait confié la lutte contre les discriminations à la politique de la ville ? N'est-ce pas une forme de rétrécissement de la lutte ?

Historiquement, la lutte contre les discriminations est effectivement beaucoup passée par la politique de la ville, comme si les discriminations ne concernaient que les habitant·es des quartiers populaires. Ça a eu pour conséquence de rabattre les discriminations – notamment ethno-raciales – sur les discriminations à l'adresse, alors que les deux se cumulent. Ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas un volontarisme encore plus grand en direction des quartiers populaires sur ces questions, qui y sont particulièrement sensibles, mais c'est en transformant le fonctionnement ordinaire de la société et des institutions que les discriminations pourront être mises à mal.

La lutte contre les discriminations est un axe transversal du contrat de ville et les sujets les plus traités sont l'égalité femmes-hommes et le handicap. Pourquoi est-il si difficile de traiter des questions ethno-raciales ?

Parce que ça supposerait de les reconnaître. Or, un des éléments qui est revenu à plusieurs reprises dans les entretiens avec les fonctionnaires municipaux·ales et territoriaux·ales, c'est la crainte « d'ouvrir la boîte de Pandore », un terme qui est revenu à de nombreuses reprises : s'emparer réellement de cette question risquerait de faire le jeu de la « victimisation » et serait un discours « anti-France ». Le handicap et l'égalité femmes-hommes sont plus consensuels.

Reconnaître que la République française n'est pas parfaite dans la mise en œuvre des principes d'égalité serait problématique. Les élu·es sont mal à l'aise par rapport à ça : un manque de volontarisme politique est souvent lié à un manque de formation sur ces questions. Les fonctionnaires territoriaux·ales, qui sont mieux formé·es sur ces questions, et voudraient s'en emparer plus directement, ont souvent le sentiment de prêcher dans le désert.

On a assisté à une époque dans certaines villes, dans les années 2000/début des années 2010, à une forme de spécialisation fonctionnelle de la lutte contre les discriminations avec la création de services spécialisés et des agent·es qui en étaient en charge, spécialisé·es et formé·es sur la question, mais qui ne sont pas parvenu·es à infuser chez leurs collègues et les élu·es l'importance de la dimension transversale de la lutte contre les discriminations.

Il faut aussi mettre en parallèle les motifs de saisines du Défenseur des droits (les deux premiers sont handicap et ethno-racial, davantage dans les quartiers populaires) et les thématiques traitées par les plans de lutte contre les discriminations des contrats de villes. Il y a un hiatus. L'action publique ne s'empare pas des thématiques centrales de discriminations, celles que connaissent les habitant·es des quartiers populaires.



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

Est-ce que le fait de ne pas nommer les choses ou de les nommer autrement est une manière de dépolitiser la question ?

Tout à fait. Ce qui ressort c'est la très grande variabilité des appellations : promotion de la diversité, promotion de l'égalité, parfois inclusion aussi.

Mal nommer les choses, c'est sûr que ça n'aide pas à les combattre. L'intérêt de la notion de discrimination, c'est de mettre en évidence la production des inégalités réelles liées à des critères qui sont illégaux. Ce n'est pas qu'une question de discours, ça a des conséquences et des incidences bien réelles.

Une des difficultés de l'appropriation française de la notion de discrimination est qu'on ne la voit pas comme relevant d'une lutte pour l'égalité, mais comme relevant d'une question identitaire qui contribuerait à nourrir des revendications identitaires ou à la reconnaissance d'identités spécifiques, etc.

Replacer la lutte contre les discriminations dans le champ de la promotion de l'égalité me semble extrêmement important aujourd'hui face à la polarisation à laquelle on assiste sur les questions identitaires.

Quelles pistes d'action identifiez-vous à l'échelle des territoires pour faire avancer la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité ?

Il n'y a pas de solution miracle. Pas mal de choses se jouent à un niveau national, mais des possibilités d'agir localement existent, notamment sur l'accès aux droits.

La première étape, c'est de reconnaître l'ampleur du problème. De ce point de vue, les collectivités territoriales peuvent faire un gros travail de reconnaissance. Ce n'est pas être dans le victimaire mais plutôt être exigeant avec le discours républicain et dire que la République a parfois failli dans sa promotion de l'égalité due à tous les citoyen·nes.

Cette reconnaissance est loin d'être acquise, quand on observe par exemple les discours et les propositions des candidat·es aux élections municipales. Ça ne fait pas partie des enjeux sur lesquels travailler dans les quartiers populaires, et cela se traduit sur les budgets alloués qui sont à la baisse. Il y a donc un réel sujet autour de la hiérarchisation des problèmes et de la mise en avant du problème des discriminations pour mettre véritablement en place des politiques publiques un peu sérieuses. Ce qui veut dire mettre davantage de moyens et soutenir l'accès aux droits.

Il faut aussi former les fonctionnaires territoriaux·les et les élu·es. Afin de lutter contre la discrimination, depuis une trentaine d'années, on a ciblé les habitant·es des quartiers populaires pour qu'ils et elles soient moins discriminant·es. Peut-être qu'il serait intéressant d'aller regarder du côté de ceux et celles qui ont le pouvoir de remettre en cause les discriminations et donc de cibler les élites : faire des formations auprès des bailleurs sociaux, des RH, etc. Il pourrait y avoir un volontarisme plus grand dans cette direction.

Mais la solution viendra surtout des habitant·es des quartiers eux-mêmes et des associations. C'est par l'auto-organisation des habitant·es eux-mêmes qu'on luttera le mieux contre les discriminations. Cela supposerait que les institutions croient dans le pouvoir d'agir et soutiennent des formes d'auto-organisation dans les quartiers populaires sans les contrôler, et qu'elles soient prêtes à le faire sur la question de la lutte contre les discriminations. On touche là deux angles morts. Il y a toute une



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

confiance à retisser entre le tissu associatif et les pouvoirs publics pour permettre ce travail.

La discrimination devient tellement banale pour les habitant-es qu'elle ne scandalise plus beaucoup. Il est assez rare que les discriminations suscitent de l'engagement et de l'action collective, il faut souvent une étincelle supplémentaire (une mort dans le quartier, un cas de violence policière, etc.). C'est là toute la difficulté : à la fois, faire un travail de scandalisation et, en même temps, dépassionner un sujet brûlant. Il faut jouer sur les deux tableaux, ce qui n'est pas évident.

Finalement, les effets sur la santé sont une très bonne porte d'entrée pour traiter de cette question. Ça incarne bien la violence de la discrimination. Il faut dire que les discriminations tuent, rendent fou, il faut scandaliser au regard du déni institutionnel, susciter l'indignation pour ensuite passer à l'action.

Les liens entre discriminations et santé

L'articulation entre discriminations et santé peut être envisagée du point de vue des discriminations en raison de l'état de santé des personnes, de l'accès à la prévention et aux soins et, enfin, au vu de l'impact des discriminations sur la santé.

Les discriminations en raison de l'état de santé

Les discriminations dans l'accès aux droits (au logement, à l'éducation, etc.) en raison de l'état de santé sont particulièrement difficiles à prouver. C'est particulièrement le cas pour :

- les personnes porteuses du VIH,
- les personnes souffrant de troubles psychiques,
- les personnes en situation de handicap.

Comme le rappelle [Caroline Izambert](#) à propos des personnes porteuses du VIH : « *il n'est pas toujours évident de savoir rétrospectivement si c'est parce qu'elles étaient gays, femmes, étrangères, personnes vivant avec le VIH, trans, etc., qu'elles ont été discriminées.* ». Il existe toutefois de nombreux témoignages notamment dans le cas des parcours de santé des personnes porteuses du VIH ou de celles souffrant de troubles psychiques. Qui plus est, ces discriminations peuvent conduire à des situations de renoncement et par là même aggraver l'état de santé des personnes.



DOSSIER RESSOURCES

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Caroline Izambert

Directrice du plaidoyer de l'association de lutte contre le VIH et les hépatites AIDES jusqu'en juillet 2021, actuellement chargée de mission Santé au Secrétariat général de la Ville de Paris

Entretien réalisé le 18/06/2021

Pouvez-vous nous présenter AIDES et la façon dont VIH et discriminations s'articulent ?

L'association AIDES lutte contre le VIH et les hépatites avec les personnes vivant avec le VIH et les hépatiques et avec celles fortement exposées à ces virus. L'association défend la démarche communautaire en santé : les personnes concernées conçoivent et mènent les actions en fonction de ce qu'elles identifient collectivement comme leurs besoins. Notre conviction est que des actions uniquement conçues par des médecins ou des autorités sanitaires n'ont que peu de chances d'atteindre leurs objectifs, faute d'appréhender toutes les dimensions de l'existence des personnes. L'action de AIDES se concentre sur les groupes les plus exposés au VIH – parfois appelés « populations clés » : les hommes gays, les personnes immigrées – au sens de nées à l'étranger – tout particulièrement originaires d'Afrique subsaharienne, les usager-es de drogue ou encore les travailleur-ses du sexe. Depuis le début de l'épidémie, le VIH touche des groupes déjà massivement discriminés, stigmatisés et est résolument une « maladie sociale », sans pour autant que cela recouvre uniquement la classe sociale. Par exemple, les hommes gays subissent des discriminations qui affectent leur santé et leur santé mentale, sans forcément être dans une situation de précarité sociale.

Cela invite donc à ne pas ignorer la variable sociale parce qu'elle est massive pour comprendre les inégalités de santé, mais à ne pas la faire fonctionner seule pour créer des dispositifs de santé. L'origine, le genre, l'orientation sexuelle et les discriminations subies rentrent dans l'équation.

Comment vous mobilisez-vous autour de la question des discriminations dans le soin à AIDES ?

Les personnes vivant avec le VIH racontent fréquemment des situations de malaise dans le système de soins. Ce sont parfois des faits qui peuvent paraître ténus, un silence appuyé lors d'une prise de rendez-vous au téléphone, une remarque sur sa sexualité, un rendez-vous sans cesse décalé, ou parfois plus lisibles, un propos ouvertement dénigrant, le refus de prodiguer un soin ou la volonté du-de la soignant-e d'arrêter la prise en charge. Cependant, il n'est pas toujours évident de savoir rétrospectivement si c'est parce qu'elles étaient gays, femmes, étrangères, personnes vivant avec le VIH, trans, etc. qu'elles ont subies ce type de traitement. Avec le VIH, la plupart des personnes cumulent des facteurs de discrimination et dans toutes les sphères de leur existence, y compris la santé, et sont surexposées au fait de subir un traitement moins favorable.

Au-delà des discriminations liées à des caractéristiques de parcours des personnes, vivre avec le VIH expose en soi à la discrimination, on parle de sérophobie. Elle n'est pas propre au système de santé : dans une enquête CSA commandée par AIDES en 2017,



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

16 % des personnes interrogées déclaraient qu'elles seraient mal à l'aise si elle apprenait qu'un-e collègue était séropositif-ve. Ce chiffre atteint 30 % pour les 18-24 ans. Cependant, la sérophobie est extrêmement répandue chez certaines catégories de soignant-es : en 2015, dans un testing auprès des dentistes, la part des refus de soins infligés aux personnes vivant avec le VIH atteignait plus de 30 %.

La lutte contre les discriminations dans le soin est un axe majeur de mobilisation pour AIDES car ces pratiques sont une menace pour la santé des personnes. Nous intervenons dès que c'est possible dans les formations ou dans les facultés de médecine pour faire de la sensibilisation et battre en brèche les préjugés sur le VIH, notamment sur les modes de transmission. En dehors des spécialistes, des faits scientifiquement avérés comme l'impossibilité pour les personnes vivant le VIH sous traitement et en charge virale indétectable de transmettre le virus sont largement méconnus. Mais disons-le, nous avons parfois l'impression de « vider l'océan à la petite cuillère ». C'est l'une des raisons qui nous a poussés ces dernières années à développer nos propres centres de santé communautaire, dédiés à la santé sexuelle des personnes vivant avec le VIH comme des personnes exposées au virus.

Beaucoup de structures sont dans ce moment délicat de mobilisation contre les refus de soins et les discriminations en santé, qui suppose de continuer à essayer de faire bouger le système pour éviter une fragmentation de l'offre de soins, mais aussi de cesser d'attendre le grand soir de la médecine et prendre notre santé en main. L'État a une position ambivalente. Ponctuellement, il promeut ce type de démarche, avec par exemple, un récent appel à projet pour des maisons et de centres de santé participative, mais cela reste dans des cadres expérimentaux, limités dans le temps et sans forcément viser à une diffusion des bonnes pratiques.

Comment les personnes évoquent-elles les discriminations qu'elles subissent ? Et quels leviers peuvent-elles activer pour pouvoir y faire face ?

Quand les situations arrivent jusqu'à la direction du plaidoyer d'AIDES, c'est souvent que les gens les ont étiquetées elles-mêmes comme des discriminations. Nous sommes dans une position complexe parce que l'on cherche à faire émerger la parole sur ces pratiques, mais les voies de recours sont compliquées. Il y en a principalement trois :

- 1) D'abord, saisir l'Ordre des médecins, mais l'Ordre est juge et partie puisqu'il défend les intérêts des médecins et à la fois, doit juger ses pair-es sur les manquements à la déontologie. Ce sont des procédures contradictoires – parole contre parole –, et nous avons vu des situations où la commission finit par se retourner contre le patient. Les personnes doivent être accompagnées pour se lancer dans une telle démarche et être très informées sur la difficulté qu'elles auront à faire reconnaître ce qu'elles ont subi.
- 2) Ensuite, il y a les médiateur-rices des Caisses primaires de l'Assurance Maladie, mais ce sont dans beaucoup de départements des grand-es invisibles. Qui sait que le-la médiateur-riche de la CNAM est saisissable ? En 2020, au niveau national, 209 refus de soins, tous motifs confondus, avaient été signalés, un chiffre ridiculement bas par rapport aux autres signaux que nous avons sur le phénomène.
- 3) Enfin, la voie la plus praticable, c'est la saisine du Défenseur des droits. Il s'agit d'une démarche en ligne, facile à accompagner et qui accorde plus de poids à la parole des personnes. Le Défenseur des droits est l'une des seules institutions qui



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTE

est à l'écoute des victimes des discriminations. Cependant elle pose deux soucis : le fait que les décisions du Défenseur des droits ne sont pas contraignantes, et que la procédure est très longue.

Il faut bien avoir à l'esprit que les vies de personnes discriminées et celles des précaires sont des vies surchargées de choses à faire. Les gens nous disent souvent : « *En me disant que j'ai bien subi une discrimination, vous apaisez quelque chose, mais moi je ne vais pas m'embarquer dans votre truc. Je vais passer à autre chose, des discriminations j'en subis depuis des années...* ».

Les gens se sont un peu « accoutumés » aux discriminations et « composent avec ». Ce qui fait qu'à AIDES, nous restons sur une ligne de crête : pour le collectif, il est intéressant de mener des procédures jusqu'au bout, mais c'est avant tout l'intérêt des personnes et ce qu'elles veulent qui priment. Nous réfléchissons à des formes d'actions collectives, sur le modèle des class actions, pour porter le sujet mais les obstacles sont encore nombreux.

Est-ce qu'il y a un dialogue avec les épidémiologistes, par exemple, ou les médecins de manière générale ?

D'abord les associations de lutte contre le VIH comme AIDES ou Act Up-Paris se sont construites dans une critique assez acerbe du pouvoir médical tout en nouant des liens extrêmement forts avec le milieu de la clinique universitaire, avec des infectiologues qui suivaient des personnes et faisaient de la recherche. Avec le collectif inter associatif TRT-5⁴⁴, il y a eu un face-à-face très fructueux entre les chercheur-es et les clinicien-nes et des personnes concernées qui sont devenues aussi expertes que les médecins. Ce dialogue est nourri et très fort et les mouvements de patient-es et de personnes concernées par le VIH ont transformé la spécialité qu'est l'infectiologie et les pratiques de recherche sur le VIH, avec certainement une plus grande sensibilité aux spécificités des personnes concernées, même s'il peut subsister des formes de discriminations ou de préjugés.

Ensuite il y a la discussion avec les médecins en général et là c'est plus difficile. Les commissions d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès des conseils de l'Ordre créées suite à la loi de transformation du système de santé en 2016 ne sont pas devenues le lieu d'échange que nous espérons avec l'ensemble des associations de patient-es. Quand on témoigne des discriminations, on nous répond que « *ce sont juste des moutons noirs, comme dans toute profession, il y a des gens qui font mal leur boulot* » – le discours classique de relativisation des discriminations – et on nous demande d'apporter des chiffres et quand on les fournit, la méthodologie est remise en question...

Il y a heureusement d'autres histoires plus intéressantes qui montrent la volonté d'une partie du corps médical d'aller au-delà du seul champ du soin, et d'aller vers la prévention. Par exemple, quand AIDES a poussé pour que la Prep, la prophylaxie pré-exposition, la prise d'antirétroviraux pour protéger contre une infection au VIH des personnes séronégatives, puisse être prescrit en médecine de ville, on s'attendait à ce

⁴⁴ TRT-5 CHV est un collectif interassociatif qui réunit des associations de lutte contre le VIH, les hépatites et les IST.



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTÉ

que les médecins infectiologues disent « *on ne veut pas que ça sorte de l'hôpital parce qu'on va perdre les crédits* » et les médecins généralistes « *ça ne va intéresser personne dans ma patientèle* ». Nous avons été très bien accueillis et nous avons fait front commun pour obtenir cette évolution de la législation.

Il y a un vrai décalage entre certaines avancées que nous pouvons obtenir avec le corps médical et la difficulté d'avancer sur la question des refus de soins.

Enfin, on a aussi une jeune génération de médecins, dans les centres de santé, qui sont souvent plus sensibles à la lutte contre les discriminations. Mais avec le risque d'avoir des médecins militant-es et engagé-es, qui rognent sur leur salaire et exercent dans des conditions de travail tout à fait spécifiques, alors que la grande majorité des médecins considèrent ne pas avoir à accueillir ces populations puisqu' « *il y a des centres de santé pour ça* ».

Qu'en est-il des discriminations racistes dans l'accès aux soins ?

D'une part, en travaillant dans le cadre d'une recherche doctorale sur la question de l'Aide médicale d'état (AME) et l'accès aux soins, j'en suis arrivée à l'idée de discriminations institutionnelles : c'est une discrimination que d'avoir, sur un critère purement administratif de régularité de séjour pour une catégorie de patient-es, les étranger-es, institué un système de couverture maladie parallèle. C'est une discrimination légale, il n'y a pas d'ambiguïté là-dessus. D'autre part, il faut aller regarder du côté du pratique. Les bénéficiaires de l'AME sont encore plus susceptibles d'être victimes de refus de soins que ceux de la Complémentaire santé solidaire (C2S), qui a pris la suite de la CMU-C. Des travaux depuis les années 2000 montrent également que les discriminations racistes ne sont pas absentes du système de soin. Ainsi Priscille Sauvegrain⁴⁵ démontre, concernant les femmes africaines en maternité, qu'elles ne sont pas discriminées uniquement du fait de leur couverture maladie. Elles sont discriminées parce qu'elles sont noires et étrangères. Un certain nombre de représentations attachées au fait d'être une mère noire africaine s'invitent dans la relation de soin et amènent un traitement défavorable.

Plus généralement, qu'elles soient institutionnelles ou non, toutes les discriminations liées à la « race », au genre et au territoire ont été très invisibilisées dans le système de soins. Cela renvoie au mythe français de l'universalité du système de santé – on soigne tout le monde – qui est encore plus fort qu'ailleurs. Cependant, ce mythe est aussi mobilisé dans le quotidien des lieux de soins pour s'opposer aux pressions qui sont faites pour exclure certaines catégories de patient-es. Et si on arrive encore, malgré des politiques migratoires désastreuses, à avoir un accès aux soins pour les sans-papiers, c'est aussi parce qu'il y a des médecins qui disent « *non, moi ce n'est pas mon boulot de trier les gens en fonction de leur carte de séjour* ».

Est-ce que les collectivités locales sont des interlocutrices ou des partenaires ?

L'histoire de la prise en charge du VIH reste très jacobine, avec un poids prégnant du ministère de la Santé et des hôpitaux. C'est paradoxal parce que le VIH est une

⁴⁵Sage-femme et sociologue, elle a notamment travaillé sur les trajectoires de soins des femmes « africaines » en maternité publique. <https://www.cairn.info/publications-de-Priscille-Sauvegrain--34439.htm>



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

épidémie très urbaine et, à ce titre, les collectivités sont en première ligne. Il y a des municipalités locales engagées, toutes celles qui se sont inscrites dans le réseau mondial « Ville sans sida » comme, par exemple, Paris, Bordeaux, Lyon, plus récemment Marseille. Ces initiatives sont très positives... quand elles correspondent à un réel engagement pour faciliter l'accès au dépistage ou encourager l'installation de lieux communautaires.

En règle générale, pour AIDES, les municipalités sont des interlocuteur-rices pour des subventions, pour des prêts de locaux ou pour négocier où placer nos camions de dépistage. Même si les choses bougent, nous ne sommes pas encore partout reconnus comme un interlocuteur de santé publique, au même titre qu'une association de professionnel-les de santé ou que l'hôpital.

La stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques et les discriminations qu'ils engendrent, notamment dans l'accès aux soins somatiques, est, elle aussi, difficile à prouver. [Sophie Arfeuillère](#), responsable formation et pédagogie à Psycom, revient sur ces enjeux.

Sophie Arfeuillère

Responsable formation et pédagogie à Psycom

Entretien réalisé le 22/06/2021

Pouvez-vous vous nous présenter Psycom et ses missions ?

Psycom a été créé il a 30 ans, suite au constat que les questions de santé mentale et de psychiatrie étaient mal connues du grand public, mais aussi des acteurs et actrices de la santé et du social. Cette méconnaissance est très liée au fait que ces questions sont taboues et complexes, qu'on a du mal à en parler et à savoir comment y répondre. Dans ce contexte qui reste actuel, Psycom a pour mission de proposer une information fiable, accessible et indépendante sur la santé mentale et une boîte à outils pour agir contre la stigmatisation.

Depuis plus de 15 ans, Psycom réfléchit⁴⁶ et agit⁴⁷ sur la stigmatisation. Pourquoi et comment désamorcer la stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques et du monde de la psychiatrie en général ? Cette stigmatisation est vraiment systémique dans notre société ; elle concerne tout l'écosystème des personnes ayant des troubles psychiques, leurs proches et les professionnel-les. Dans nos représentations persiste une vision assez binaire, avec d'un côté les personnes ayant des problèmes de santé mentale (et soignées en psychiatrie) et, de l'autre (comme si c'était imperméable), le bien-être mental, la bonne santé mentale. C'est la classique séparation entre « eux-elles » et « nous ».

⁴⁶ <https://www.psycom.org/comprendre/la-stigmatisation-et-les-discriminations/>

⁴⁷ <https://www.psycom.org/agir/laction-anti-stigmatisation/>



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

Or, la santé mentale est une notion universelle : nous avons toutes et tous une santé mentale, aussi importante que notre santé physique. Elle est en mouvement permanent, sous l'influence de déterminants individuels, socio-économiques et politiques⁴⁸ et il peut arriver, à toute personne, d'avoir un jour besoin d'un soutien psychologique ou psychiatrique. Cependant, la psychiatrie (les soins) n'est qu'un petit champ à l'intérieur de l'univers de la santé mentale.

Chez Psycom, nous basons nos réflexions et nos actions sur une mosaïque des savoirs⁴⁹. C'est-à-dire que nous prenons en compte les savoirs universitaires et scientifiques, mais aussi les savoirs expérientiels des personnes concernées, des proches et des équipes professionnelles. Cela permet de définir et penser la santé mentale dans une approche globale et sociétale et de comprendre que tout le monde peut contribuer aux réponses à apporter aux questions de santé mentale. Ce n'est pas que l'affaire du soin, de la psychiatrie.

Enfin, Psycom est fortement engagé sur la participation des personnes concernées : on ne peut informer sur les troubles psychiques et faire évoluer les préjugés honnêtement et efficacement sans intégrer le savoir expérientiel des personnes qui vivent la stigmatisation du fait de leur problème de santé mentale. Souvent, ce sont elles qui ont le moins de place dans le débat public et qu'on a plus de mal à entendre. Faire place à leur savoir est essentiel. C'est pourquoi nous animons un réseau de personnes concernées par des troubles psychiques, qui contribue à nos missions et que nous accompagnons à la prise de parole en public⁵⁰.

Les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM)⁵¹ sont aussi une bonne occasion. Chaque année, durant deux semaines, on ouvre le débat partout en France, autour de la journée mondiale de la santé mentale du 10 octobre. Elles sont portées par un collectif national, coordonné par Psycom, qui rassemble une trentaine de partenaires, issu-es du monde de la psychiatrie (usager-es, proches, professionnel-les), de la santé publique, du social mais également des élu-es.

L'édition 2020 des SISM avait pour thème « Santé mentale et discrimination ». Comment qualifiez-vous les liens entre discrimination et santé ?

L'objectif de cette édition était de montrer que la stigmatisation (quelle qu'en soit la cause) et les discriminations qui en découlent, peuvent entraîner ou aggraver des problèmes de santé mentale. Prendre conscience aussi que nous pouvons tou-ttes être stigmatisant-es, car nous avons toutes et tous des idées reçues et des préjugés sur tout et sur tout le monde, qui peuvent nous entraîner, parfois inconsciemment, dans des processus de discrimination, et inversement, être discriminé-e.

Il faut bien comprendre que les mécanismes de discrimination sont la mise en acte de la stigmatisation : micro-agressions, rejet, exclusion, parfois même maltraitements physiques. La multiplication de ces actes peut engendrer une baisse de l'estime de soi, des phénomènes d'auto-stigmatisation et générer une importante fatigue psychique. En effet, face à ce type de phénomènes, certaines personnes vont mettre en place des systèmes de protection qui peuvent être coûteux psychologiquement. On peut aussi

⁴⁸ <https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/on-a-toutes-et-tous-une-sante-mentale/>

⁴⁹ <https://www.psycom.org/nous-connaître/nos-méthodes/>

⁵⁰ <https://www.psycom.org/agir/la-prise-de-parole-publique/>

⁵¹ <https://www.psycom.org/agir/l'information/sism/>



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

développer des troubles psychiques du fait d'une discrimination, qu'elle soit réelle ou évitée, par exemple, anxiété, dépression, phobie ou addiction.

Mais cette fatigue psychique éprouve également le corps ; les liens de causalité entre santé mentale et santé physique sont prouvés depuis plusieurs années. Ainsi, on a mis en lumière le fait que le racisme et les discriminations ethno-raciales ont un impact sur la santé mentale. On pourrait faire ces liens avec tous les stigmates qui peuvent engendrer des discriminations, que ce soit le genre, l'orientation sexuelle ou les troubles psychiques. Les mécanismes de la stigmatisation, du fait d'un trouble psychique, sont les mêmes que ceux que l'on va retrouver pour n'importe quel stigmaté. C'est le même cercle vicieux de la stigmatisation et de la discrimination.

Faut-il des chiffres et des preuves scientifiques pour agir et lutter contre les discriminations ? Les villes ont-elles besoin de ces données ?

Ça peut être à double tranchant puisqu'en recueillant des données spécifiques et précises, cela peut aussi avoir des incidences et renforcer des phénomènes de stigmatisation. Je pense particulièrement aux campagnes pour la prévention du sida. L'épidémiologie indiquait que certaines catégories de personnes étaient plus concernées par les nouvelles contaminations que d'autres. Les messages de santé publique ciblaient donc ces personnes-là. La pensée est cohérente : plus on cible, plus on est précis dans le message et plus on est sûr de toucher les personnes concernées. Mais, d'un autre côté, les effets pervers de cette stratégie, c'est qu'on renforce la stigmatisation d'une catégorie de personnes puisqu'on laisse à penser qu'elles sont les seules concernées. Dès lors, on risque de leur accoler des préjugés sur leur capacité à prendre soin de leur santé. C'est typiquement ce qui s'est passé avec les populations LGBT qui ont été beaucoup plus ciblées par ces campagnes. On les renvoyait au fait qu'elles étaient incapables de limiter les risques de contamination du VIH. Il faut donc rester prudent avec cette approche par les données parce qu'elle peut aussi conduire à catégoriser une population.

L'échelle territoriale de la commune avec des actions ciblées sur une population éviterait peut-être cet écueil, parce qu'on est moins dans une approche de santé publique et plus dans une approche de santé communautaire. Aussi, les communes gagnent à avoir des données pour bien comprendre les liens de causalité entre les facteurs environnementaux et la santé des populations, mais aussi pour comprendre que les municipalités ont un rôle important à jouer en faveur de la santé mentale des populations, comme expliqué dans la brochure « La santé mentale dans la Cité », co-écrite par Psycom⁵².

Finalement, il y a deux démarches complémentaires : une démarche épidémiologique pour faire face au déni ou à des arguments infondés, mais aussi pour repérer les besoins et y répondre de manière adaptée ; une démarche de santé communautaire pour mener des actions locales de promotion et de prévention de la santé mentale qui touchent toute la population.

Pouvez-vous nous parler du « cercle de la discrimination » mis en avant par Psycom ?

⁵² <https://www.psycom.org/agir/la-promotion-de-la-sante-mentale/la-sante-mentale-dans-la-cite/>



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTÉ

Lors des SISM 2020, nous avons créé un support graphique intitulé « Le cycle de la discrimination », qui schématise un processus en trois étapes-clés : étiqueter, stéréotyper, séparer. La discrimination c'est la mise en acte de ces trois opérations cognitives d'organisation et de classification de données. Ce processus est invisible pour l'autre qui ne peut que lire mon regard intolérant.

Étape 1 – Étiqueter : c'est ce qui se passe dans notre tête, souvent inconsciemment, lorsqu'on s'engage dans un processus de stigmatisation. Cette différence que l'on repère chez l'autre, c'est le stigmaté. Pour les personnes qui ont des troubles psychiques, ça peut, par exemple, être un comportement qu'on va juger inadéquat, comme une façon de parler ou de marcher, ressentie comme différente. Certains médicaments peuvent provoquer la dilatation des pupilles, des mouvements incontrôlés, des problèmes d'élocution ou un endormissement. Ces manifestations vont donner l'information aux autres qu'on a peut-être une problématique d'ordre psychique et ça enclenche alors ce processus de discrimination. Certaines personnes décident d'ailleurs d'arrêter leur traitement à cause de ça et de ne pas en parler avec le médecin. Une personne peut choisir de supporter et vivre avec ses symptômes, qui peuvent être très handicapants, plutôt que de prendre un traitement qui attire le regard de l'autre et donc être stigmatisée. Cette première étape d'étiquetage est essentielle, puisque s'il n'y a pas de stigmaté, il n'y a pas de possibilité de discrimination.

Étape 2 - Stéréotyper : on va associer à ce stigmaté des caractéristiques en s'appuyant sur notre bibliothèque de pensées, nourrie tout au long de notre vie et de nos expériences. C'est en cela que la discrimination peut être systémique, dès lors que les stéréotypes impliqués dans ces mécanismes de discrimination sont partagés collectivement, font partie de la culture commune dans laquelle nous vivons.

Étape 3 – Séparer : c'est la distanciation sociale. Lorsqu'on se dit « *il-elle n'est pas comme moi, donc on ne peut pas partager des choses, on ne peut pas être en relation* ». C'est le fameux « eux-elles » et « nous » ! On met l'autre à distance et on institue dès lors une relation asymétrique : des rapports de pouvoir se mettent en place. On se considère supérieur-e à l'autre, on jouit de privilèges qui découlent de cette hiérarchie qui s'installe.

En traversant toutes ces étapes, on arrive à la discrimination : c'est-à-dire « l'action de traiter de manière défavorable une personne, en fonction d'un critère (genre, âge, handicap, origine, etc.) et dans une situation précise (accès à un emploi, un service, un logement, etc.) »⁵³.

Par ailleurs, il y a des choses plus subtiles, notamment dans le cas des micro-agressions qui vont également avoir un impact sur la santé psychique. La répétition de ces « petites » choses – dans le sens où elles ne sont pas faites volontairement pour nuire à l'autre – va affecter la personne parce qu'elle va l'entendre tout le temps. Ça peut être des remarques, des blagues, etc., qui vont en permanence rappeler à l'autre sa différence, son stigmaté et donc sa place sociale. Le processus de séparation vient

⁵³ En France, la loi reconnaît plus de 25 critères de discrimination. Défavoriser une personne en raison de ses origines, son sexe, son âge, son handicap, ses opinions... est interdit par la loi et les conventions internationales auxquelles adhère la France. www.defenseurdesdroits.fr



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTÉ

poser une hiérarchie qui paraît « normale », puisqu'elle est en permanence confirmée par le quotidien.

Quel type de discriminations peuvent subir les personnes souffrant de troubles psychiques ?

L'enquête internationale INDIGO, menée en France par le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS), a interrogé des personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie sur leur vécu de discriminations. Elle montre la discrimination vécue par exemple dans l'accès aux soins somatiques. La parole de ces personnes étant souvent mise en doute : on pense qu'une personne qui vit avec un trouble psychique n'a pas de raison, n'est pas raisonnable, c'est un stéréotype fort. On la catégorise, la sépare de nous et on considère qu'on va mieux comprendre ce qu'elle nous dit qu'elle-même. L'acte de discrimination consiste à dire « *vous dites que vous souffrez de maux de ventre, mais c'est probablement parce que vous êtes en plein délire* ». Or, on peut passer à côté d'un diagnostic grave, parce qu'on aura interprété la souffrance en faisant appel à des stéréotypes, en stigmatisant. Le résultat, c'est que les personnes suivies en psychiatrie sont en moins bonne santé physique. Mais, elles peuvent aussi vivre d'autres types de discriminations, notamment dans l'accès au logement, au travail ou à des prêts bancaires.

L'étude a également permis d'observer que nombre de personnes anticipent les conséquences potentielles de la stigmatisation, ce qui affecte aussi bien l'accès à une formation ou un emploi que leurs relations sociales (avoir un partenaire, un réseau d'ami-es, etc.). Ce ne sont pas leurs symptômes qui les empêcheraient de se former ou de travailler mais bien « l'étiquette-diagnostic ». Elles ne s'autorisent pas à postuler parce qu'elles se disent qu'elles ne vont pas être prises. Il s'agit ici de stigmatisation anticipée.

Au niveau territorial, quels leviers peuvent être mobilisés pour lutter contre la stigmatisation et les discriminations, notamment par rapport aux personnes qui souffrent de troubles psychiques ?

Psycom a développé un outil en ligne, le GPS anti-stigma⁵⁴, qui a vocation à aider les porteur-ses de projets à construire une action en suivant des recommandations internationales de bonnes pratiques pour lutter contre la stigmatisation. Prendre en compte ces recommandations augmente les chances qu'une action produise un effet sur la stigmatisation. Ce n'est pas, pour autant, une garantie de résultat. À l'inverse, une action qui ne tiendrait compte d'aucun de ces critères aurait beaucoup plus de risques de rater son but ; quelles que soient les bonnes intentions à l'origine de l'initiative. Le GPS est construit sur 6 critères : la participation des personnes directement concernées par un trouble psychique ; la promotion de leurs droits ; l'information sur les troubles psychiques et les possibilités de rétablissement ; le partenariat local ; le public ciblé et la médiatisation de l'action.

Trois de ces critères sont plus facilement mobilisés par les collectivités : la participation des personnes, le partenariat et le public ciblé. L'échelon local va apporter l'interconnaissance et le réseau de partenaires, notamment via les Conseils locaux de

⁵⁴ Dans le cadre d'un groupe de travail pluripartenarial ministériel :
<https://www.psycom.org/agir/laction-anti-stigmatisation/le-gps-anti-stigma/>



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTE

santé mentale (CLSM)⁵⁵ et les Contrats locaux de santé (CLS), avec leur diversité de points de vue. Ce sont aussi concrètement des lieux pour agir. À l'échelle d'une ville, on peut concevoir une action au plus près des besoins des personnes, de leurs représentations, avec une communication ajustée. On a besoin de cette proximité, d'autant plus qu'on traite de sujets sensibles et qu'il s'agit de travailler à prendre conscience de sa propre capacité à stigmatiser pour changer sa manière de réfléchir.

On voit que la pair-aidance se développe beaucoup. Est-ce que ça peut être une piste d'action intéressante pour travailler sur ces questions de stigmatisation et de discrimination ?

La pair-aidance modifie les pratiques professionnelles et les représentations sociales. C'est ce qui amène certain-es professionnel-les à repenser leur place vis-à-vis des personnes soignées. En valorisant le savoir expérientiel, au point de le professionnaliser et de lui faire une place dans les équipes, on modifie ainsi les rapports de pouvoir. En revanche, il ne faudrait pas que les pairs-aidant-es portent seul-es le drapeau de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. La force de leur existence, c'est l'inclusion, c'est de pouvoir intégrer une équipe, d'y avoir une place légitime, de montrer que leurs savoirs issus de l'expérience apportent une plus-value, une complémentarité avec les autres savoirs. Dans les années à venir, la santé mentale va devenir un véritable sujet de société et agir contre la stigmatisation sera un enjeu collectif.

Enfin, depuis cinq ans, le handicap est le premier motif de saisine du Défenseur des droits en matière de discrimination, et l'emploi le premier domaine dans lequel s'exercent ces discriminations. D'après le baromètre de la perception des discriminations dans l'emploi réalisé chaque année avec l'Organisation internationale du travail (OIT), le fait d'être en situation de handicap ou de souffrir de maladies chroniques multiplie par trois le risque de discrimination au travail. Les problèmes d'accessibilité sont évidents : à l'école, au logement, aux lieux de travail, de loisirs, aux espaces publics, etc., mais ne résument pas les discriminations auxquelles sont confrontées les personnes handicapées. L'Allocation aux adultes handicapé-es (AAH), qui se situe en dessous du seuil de pauvreté et dont les délais d'instruction des dossiers par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont régulièrement dénoncés par les ayant-es droits, est en effet soumise à des conditions qui créent une dépendance vis-à-vis des conjoint-es pour les bénéficiaires.

⁵⁵ <http://clsm-ccoms.org/>



DOSSIER RESSOURCES

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Les discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins

Les discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins renvoient aux refus de la part de certain·es professionnel·les du soin de prendre en charge une personne.

L'étude *Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique*⁵⁶ retient que

« les situations de refus de soins discriminatoires, explicites et directes, sont le fait de 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres. [...] Leur intensité est variable selon les régions, avec une fréquence plus élevée en Île-de-France, indépendamment de la densité médicale locale ».

Mais le refus de soins en contexte de désert médical est particulièrement difficile à prouver dès lors que les professionnel·les du soin évoquent un planning de rendez-vous trop chargé. Si elles sont parfois dénoncées auprès des médiateur·rices de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), du Défenseur des droits ou de l'Ordre des médecins, les discriminations dans l'accès aux soins sont – dans les faits – le plus souvent contournées ou dépassées par des dispositifs spécifiques comme les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), via des actions d'accompagnement dans l'accès aux soins. Nombre de travailleur·euses sociaux·ales disent orienter les personnes discriminées qu'elles accompagnent vers le réseau de médecins qu'ils et elles ont identifié comme non discriminant·es, face à l'urgence, faute de temps et de preuves pour dénoncer les situations de discriminations.

Les PASS accompagnent l'ouverture de droits à la sécurité sociale et permettent l'accès aux soins pour les populations vulnérables, et notamment les personnes migrantes. [Elisabeth Piegay](#), coordinatrice régionale des PASS d'Auvergne-Rhône-Alpes, revient sur le rôle des PASS et déplore le « *non-respect des conditions d'accueil des demandeur·euses d'asile* » et des parcours d'accès à la santé particulièrement compliqués (accès aux droits, à la médecine de ville, etc.).

⁵⁶ Voir l'étude du [Défenseur des droits](#), *Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique*, 2019



DOSSIER RESSOURCES

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Elisabeth Piegay

Coordonnatrice régionale des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) d'Auvergne-Rhône-Alpes.

Entretien réalisé le 2 juin 2021

Pouvez-vous nous expliquer quel est le rôle des PASS ? Comment sont-elles organisées ?

Le dispositif des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) est issu du volet « santé » de la loi de Lutte contre les exclusions de 1998⁵⁷ et a vu le jour dans le cadre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) définis sur chaque région.

Des PASS ont ainsi été mises en place dans les hôpitaux publics et établissements privés non lucratifs ayant une mission de service public (ESPIC) pour accompagner les personnes ayant besoin de soins, personnes en situation de précarité telle que définie dans le rapport d'ATD Quart Monde de 1987⁵⁸.

Il s'agit pour les établissements de santé d'organiser de manière spécifique la prise en charge des soins des personnes malades sans droits ou avec des droits partiels mais ne pouvant payer le reste à charge ainsi que des personnes en errance avec des parcours de soins complexes et ayant des difficultés pour accéder à la médecine de ville.

À la fin des années 2000, environ 400 PASS exercent leurs activités sur l'ensemble du territoire national. La PASS est un service hospitalier disposant de locaux et d'une équipe propre composée à minima d'un mi-temps d'assistance sociale et de 0,10 ETP médical. D'autres professionnel·les peuvent compléter l'équipe en fonction de sa taille et de son activité (secrétariat/accueil, infirmier·es, pédiatres, sages-femmes, dentistes, etc.).

À partir de années 2005/2008, des PASS ont aussi été mises en place en milieu psychiatrique. Elles sont le plus souvent venues compléter les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en proposant un accompagnement social à des personnes en errance mais certaines peuvent offrir des soins généraux en milieu psychiatrique.

Qui sont les personnes bénéficiaires des PASS et comment arrivent-elles jusqu'à ces espaces ?

Le public des PASS a changé depuis leurs créations. Aujourd'hui, elles prennent en charge de plus en plus de personnes issues de la migration et de la demande d'asile. 70 % des publics des PASS sont des personnes migrantes primo arrivantes, des demandeur·ses d'asile en début de procédure ou des débouté·es de la demande d'asile. Cette évolution des publics nécessite de former et d'outiller les professionnel·les, par exemple, sur l'interprétariat, sur l'interculturalité, sur la prise en charge de pathologies spécifiques, etc.

⁵⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000206894/>

⁵⁸ <https://www.atd-quartmonde.fr/notre-histoire/40-1982-1998-la-misere-violation-des-droits-de-lhomme/>



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Les personnes peuvent se présenter d'elles-mêmes à la PASS (seules ou accompagnées par des compatriotes ou des bénévoles), être orientées vers la PASS par des partenaires associatifs ou institutionnels ou venir via d'autres services de l'hôpital (en particulier via les urgences).

Il peut y avoir, selon les territoires, leurs besoins et les moyens disponibles, des actions d'aller vers les personnes précaires, migrantes ou non, en milieu rural ou en ville. Ces actions délocalisées ou mobiles des PASS sont mises en place si l'activité est déjà bien structurée en interne de l'établissement. Il y a ici un réel enjeu à rendre d'abord lisible et visible les dispositifs PASS. En ce sens, nous accompagnons les établissements pour que la PASS soit bien identifiée à l'intérieur de l'hôpital : fléchage, panneaux d'affichage, et en externe via la présentation de la PASS sur le site Internet de l'hôpital au même titre que les autres unités de soins. Il existe un logo PASS national pour mieux identifier la PASS que les hôpitaux peuvent utiliser. Ce logo peut être utile pour les personnes qui sont amenées à se déplacer d'une région à l'autre afin de bien repérer ce dispositif spécifique.

Les actions d'interprétariat en santé permettent-elles de répondre à l'évolution des publics ?

Pendant de nombreuses années, les demandes d'interprétariat étaient faibles car peu de patient-es étaient non francophones. Les hôpitaux répondaient au besoin d'interprétariat via une liste de professionnel·les parlant plusieurs langues et pouvant être sollicité·es en cas de besoin. Cette solution n'était plus suffisante en particulier depuis 2016 suite à la crise migratoire qui a secoué l'Europe dont notre pays⁵⁹. J'ai donc sollicité l'Agence régionale de santé pour financer de l'interprétariat professionnel en PASS. Depuis 2018, les consultations PASS peuvent bénéficier de la présence (de visu ou en ligne) d'interprètes professionnel·les via Inter services migrants CORUM, financé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

L'interprétariat doit devenir un outil de travail comme les autres. Tout comme le-la médecin a besoin d'un stéthoscope pour examiner un-e patient-e, les soignant-es ont besoin d'interprètes pour pouvoir prendre en charge dans de bonnes conditions un-e patient-e allophone. Il est donc important que les établissements de santé aient des conventions d'interprétariat au-delà de cet interprétariat financé spécifiquement en PASS. C'est le cas de plus en plus souvent. L'information reste à être mieux diffusée en interne des établissements. Nous continuons de former, sensibiliser et informer les soignants-es pour que ces outils d'interprétariat soient plus souvent mobilisés et rappelons les règles de confidentialité des interprètes, le respect du secret médical, etc.

Quel rôle avez-vous par rapport à l'ouverture de droits et au processus d'obtention de titres de séjour en lien avec les conditions de santé ?

Les travailleur·euses sociaux·ales des PASS accompagnent des patient-es dans leurs ouvertures de droits de sécurité sociale. Les médecins des PASS peuvent être sollicité·es pour faire des certificats médicaux pour des dossiers de demande de titre de séjour pour raison de santé ou pour des demandes de mise à l'abri pour raisons de santé (que ce soit pour l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) ou pour les

⁵⁹ Voir l'article d'[Emmanuel Blanchard et Claire Rodier « 'Crise migratoire' : ce que cachent les mots », *Plein droits* n°111, 2016](#)



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

Services intégrés d'accueil et d'orientation (SAIO)). Pour les demandes de titre de séjour pour soins, l'examen des dossiers était assuré par les médecins de l'ARS, mais depuis 2018, ce sont ceux et celles de l'OFII qui en ont la charge. Les PASS ont des liens réguliers avec l'OFII pour accompagner au mieux les personnes dans leurs demandes.

Aussi, les travailleur·euses sociaux·ales des PASS peuvent être amené·es à accompagner les personnes dans leurs démarches administratives auprès de la préfecture pour l'obtention de rendez-vous et le renouvellement de leur titre de séjour – les délais sont incommensurables. Évidemment, tout ce travail, qui prend beaucoup de temps, est impacté par la fermeture des guichets et la dématérialisation des démarches : comment font les gens qui n'ont pas accès et ne savent pas utiliser Internet, sans parler de la question de langue ?

Les travailleurs·ses sociaux·ales des PASS se retrouvent débordé·es avec peu de partenaires mobilisables vers lequel·les se tourner. Les plateformes de la première demande d'asile ont pour mission d'accompagner les publics en demande d'asile sans hébergement, mais elles n'ont parfois pas les moyens de prendre en charge tous les besoins des personnes concernées. Pour les étranger·es irrégulier·es ne rentrant pas dans la procédure de demande d'asile, il est souvent difficile de trouver un·e référent·e social·e. Un Centre communal d'action sociale (CCAS) peut refuser une domiciliation au prétexte que la personne est arrivée depuis moins de trois mois ou qu'elle ne peut prouver un lien régulier avec la commune. L'accompagnement des familles avec des enfants de moins de six ans par les services du conseil départemental peut aussi s'avérer compliqué. De fait, les assistant·es sociaux·ales des PASS représentent souvent le dernier recours. Ils·elles peuvent heureusement compter sur le travail des médiateurs·rices en santé des associations qu'ils·elles sollicitent autant que de possible quand ils·elles sont présent·es sur les territoires.

Les coordinations régionales des PASS ont également mis en place des liens réguliers avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour faire remonter les problématiques rencontrées concernant notamment l'ouverture des droits des personnes d'origine étrangère. En effet, malgré des conventions avec les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) au niveau local, l'ouverture des droits de certaines catégories de population est moins opérante depuis le transfert vers d'autres caisses du traitement des dossiers AME, des dossiers des européen·nes inactif·ves, qui échappent à cette convention. Délais de traitement, pertes de dossiers, demandes de pièces injustifiées nous sont fréquemment signalés. La file active des PASS a augmenté de plus de 50 % ces dernières années. Les PASS sont en difficulté pour absorber toutes les demandes.

Est-ce que la PASS pallie d'une certaine façon les carences de la médecine de ville ?

À la marge, les PASS doivent pallier les carences de la médecine de ville du fait du manque de médecins généralistes. Les patient·es peuvent être aussi confronté·es à des refus de prise en charge du fait de leur situation sociale et de la barrière de la langue. Mais les PASS répondent surtout à un besoin là où il n'y a aucune réponse possible pour les patient·es sans droits ou avec des droits partiels ne pouvant payer leurs soins. La médecine de ville est un partenaire essentiel pour prendre le relais dès l'ouverture des droits car la PASS ne doit être qu'une passerelle. Le suivi des patient·es en PASS doit être le plus court possible pour permettre la prise en charge des nouvelles demandes. Malheureusement, comme déjà indiqué, le relai vers le droit commun est de plus en



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

plus difficile. Des patient-es restent à la charge de la PASS pendant de nombreux mois, voire plusieurs années : désertification médicale et/ou certaines discriminations qui ne sont jamais dites mais qui existent et qui consistent en des refus de prise en charge de la part de généralistes ou de spécialistes (notamment des dentistes) sont une réalité à laquelle sont confronté-es les détenteurs-rices de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'AME.

En 2021, des financements supplémentaires du ministère de la Santé ont été accordés aux PASS au niveau national. Sur notre région, cela nous permet de mettre en place des activités dentaires dans certaines PASS car il y a un vrai besoin d'offre de soins dentaires pour les populations en situation de précarité à l'échelle régionale. Nous avons aujourd'hui cinq PASS dentaires et trois en projet. Nous devons également répondre à de forts besoins en périnatalité et en gynécologie, qui sont liés notamment à la prise en charge plus importante de familles migrantes (auparavant il s'agissait d'hommes isolés en grande majorité et non de familles).

Le rôle des coordinations régionales est de faire remonter à l'ARS les problématiques repérées pour qu'elle les prenne en compte. L'appui des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui se mettent progressivement en place devrait améliorer à l'avenir l'accès à la médecine de ville et les parcours de soins des personnes malades. Nous accompagnons les PASS pour qu'elles prennent contact avec la CPTS de leur territoire afin que la précarité soit bien prise en compte par les CPTS. Nous savons que la précarité au sens large est une des difficultés majeures rencontrées par les professionnel·les de santé pour mettre en place les parcours de soin des populations.

Comment abordez-vous les problématiques que peuvent rencontrer les bénéficiaires des PASS au prisme des discriminations qu'ils-elles peuvent subir ?

La tarification à l'acte à l'hôpital (TAA) depuis 2010 est venue encore plus fragiliser l'accueil des publics sans droits à l'hôpital public. Les PASS ont été instaurées pour soutenir l'hôpital dans ses missions de service public (accès aux soins pour tou·tes) et pour lutter contre toutes les formes de discriminations directes et indirectes. Elles proposent des soins à des personnes qui n'ont pas de droits ouverts ou pas les moyens de payer le reste à charge mais elles font aussi un gros travail d'acculturation au sein de l'hôpital auprès des professionnel·les soignant·es et administratif·ves sur les questions de santé/précarité. Ces deux volets de son action sont complémentaires et importants pour lutter contre les discriminations.

Par ailleurs, nous recevons des témoignages de personnes très précaires qui disent « *j'ai voulu aller voir un médecin, on m'a dit qu'il n'y avait pas de place* ». Ces personnes discriminées ne vont pas témoigner et faire remonter leurs difficultés au·à la médiateur·rice de la CPAM en charge de rappeler à l'ordre les professionnel·les de santé de ville. Malgré de multiples alertes⁶⁰, cette discrimination était peu reconnue jusqu'à la mise en place des missions d'accompagnement santé de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat). Les CPAM ont maintenant pris conscience des discriminations qui existent en médecine de ville, en particulier envers les publics

⁶⁰ <https://www.pacte-grenoble.fr/programmes/observatoire-des-non-recours-aux-droits-et-services>



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

relevant des minimas sociaux et possédant la Complémentaire santé solidaire (C2S) ou l'AME.

Une des premières discriminations, c'est le non-respect des conditions d'accueil des demandeur-ses d'asile. À Lyon, comme dans beaucoup de villes en France, plus de 50 % des primo-arrivant-es demandeur-ses d'asile sont dans la rue. C'est une discrimination car cela met en difficulté les personnes dans leur parcours de demandes d'asile et dans leur parcours de soins. Cette réalité impacte énormément l'accompagnement aux soins et conduit à une précarisation inquiétante d'une partie de la population.

Enfin, quels sont vos liens avec les collectivités locales et les dynamiques territoriales de santé ?

Les professionnel-les des PASS établissent des liens étroits avec les administrations, institutions, associations pour tenter d'apporter tous ensemble la meilleure réponse possible face au dénuement des personnes et pour les accompagner au mieux dans la reconnaissance de leurs droits. Les services publics, aujourd'hui encore plus qu'hier, ont besoin du tissu associatif et de ses bénévoles pour mener à bien leurs missions. Il y a de plus des liens très forts avec des médiateurs-rices en santé, présent-es dans les quartiers politique de la ville (QPV), et avec les dynamiques territoriales de santé, Atelier santé ville (ASV), Contrat local de santé (CLS) et Conseil local de santé mentale (CLSM). Ainsi, les médiateurs-rices en santé et les coordinateurs-rices de l'ASV sont souvent invité-es au comité de pilotage de la PASS en tant que partenaires à part entière. Souvent, ils-elles travaillent ensemble sur des situations. Il existe des liens construits en bonne intelligence pour tenter ensemble d'apporter des filets de sécurité autour de ces personnes.

Le travail avec les ASV, CLS et CLSM se concentre sur le parcours des personnes et l'identification de ressources mobilisables. L'enjeu est qu'il y ait un vrai maillage et une vraie interconnaissance de ce que peuvent faire les uns et les autres et de comment on peut travailler ensemble.

L'impact des refus de soins sur la santé est multiple. Il conduit notamment au renoncement aux soins, comme le montre l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE).



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTE

Hélène Revil

Chargée de recherche et responsable scientifique de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE)

Interview réalisée le 21 juin 2021

Pouvez-vous nous présenter les missions et les travaux de l'ODENORE ?

L'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE)⁶¹, qui a bientôt une vingtaine d'années d'existence, a vocation à étudier le « non-recours » à différentes offres sociales et sanitaires, avec une approche scientifique, en particulier de sciences sociales.

Jusqu'à assez récemment, on regardait rarement les politiques publiques par le prisme de leurs destinataires. On les analysait plutôt à partir de celles et ceux qui les conçoivent et/ou les mettent en œuvre. C'était le point de départ de l'ODENORE que de chercher à mieux comprendre le rapport des personnes à leurs droits, aux services et plus globalement aux offres qui les concernent. Il s'agissait d'abord de s'intéresser à ce qui se passe pour les « vrais gens » : est-ce qu'ils-elles arrivent à accéder à des offres de droits, de services, ou à des aides facultatives auxquels ils-elles pourraient prétendre ? et est-ce qu'ils-elles veulent y accéder ?

On parle de « renoncement », de « non-recours », de « nonaccès ». Qu'est-ce qui distingue ces trois phénomènes ?

Souvent, on entend dire que « non-recours » est égal à « nonaccès ». En effet, s'intéresser au non-recours, c'est s'intéresser à l'accessibilité des droits, services, offres extra-légales, mais c'est aussi s'intéresser à leur acceptabilité : il ne s'agit pas uniquement de comprendre pourquoi des personnes ne réussissent pas à accéder à des offres qui théoriquement leur sont destinées mais aussi de se demander : est-ce que les publics de ces offres les trouvent pertinentes ? que pensent-ils de leur contenu, des normes (par exemple comportementales) qui les sous-tendent ? sont-ils d'accord avec certains principes qui permettent d'en bénéficier ? À l'Odenore, nous pensons que la notion de non-recours permet certes de s'intéresser aux obstacles, aux difficultés, aux complications, que les personnes rencontrent sur le chemin de l'accès à des offres légales ou extra-légales, mais bien également aux raisonnements qui amènent des personnes à ne pas vouloir en bénéficier.

Pour les acteurs-rices de terrain, le non-recours c'est un phénomène sur lequel ils-elles veulent agir. Pour nous à l'Odenore, c'est également une notion, un outil, utile pour mieux comprendre ces situations dans lesquelles des personnes ne bénéficient pas de certains droits, services, aides extra-légales et pour s'intéresser aux mécanismes sous-jacents...

⁶¹ <https://odenore.msh-alpes.fr/>



DOSSIER RESSOURCES

DISCRIMINATIONS ET SANTE

On a élaboré au fil de nos travaux une typologie du non-recours, qui distingue quatre grands types, partant des facteurs explicatifs sous-jacents : la non-connaissance, la non-réception, la non-proposition et la non-demande⁶².

> La non-connaissance renvoie à des situations dans lesquelles les personnes ne sont pas informées de l'existence des droits, services, offres facultatives...

> La non-demande concerne plutôt des situations dans lesquelles les personnes ne veulent pas devenir bénéficiaires de certaines offres ou continuer à l'être, parce qu'elles craignent d'être stigmatisées ou parce qu'en bénéficier a induit vis-à-vis d'elles des discriminations de la part de certain-es professionnel-les, ou encore parce qu'elles sont en désaccord avec certains principes liés au fait de bénéficier de certaines aides, etc.

> La non-proposition rappelle que le non-recours est, en partie, construit par les pratiques des professionnel-les que les personnes rencontrent.

> La non-réception interroge, quant à elle, les fonctionnements administratifs, les procédures, les modes de faire institutionnels... Comme la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) nous invitait à le faire il y a pas mal d'années maintenant, ces deux types rappellent que le non-recours n'est pas toujours « primaire » ; il peut être « secondaire » et intervenir alors que les personnes ont engagé des démarches, réalisé une partie des soins dont elles ont besoin...

Dans certains cas d'ailleurs, d'autres notions peuvent avoir plus de sens pour qualifier les situations dans lesquelles les personnes se trouvent : celle de « renoncement » par exemple, pour parler du découragement, de la lassitude de certaines personnes parce que les démarches sont trop compliquées, parce qu'on leur demande de fournir des documents qu'elles n'ont pas en leur possession, parce que les restes à charge des soins sont impossibles à assumer pour elles, parce que les professionnel-les sont trop loin et/ou parce que les personnes se sentent déconsidérées voire « mal traitées » durant leurs démarches ou au moment des prises en charge.

Le terme « renoncement » a beaucoup été utilisé, dans le champ de la santé, notamment dans de grandes enquêtes qui avaient vocation à mettre en lumière les inégalités d'accès aux soins. Au fil du temps, la notion s'est imposée pour parler des situations dans lesquelles des personnes ressentent des besoins de soins, mais ne les adressent pas ou les adressent partiellement. Mais on l'utilise maintenant un peu à tort et à travers. La notion de « report de soins » serait par exemple préférable à mobiliser dans certains cas. On l'a notamment vu durant la période du premier confinement, de nombreuses personnes n'ont pas consulté ou réalisé des actes médicaux alors qu'elles auraient eu besoin de le faire : la majorité de ces personnes a cependant « rattrapé » les soins quelques mois plus tard. Pour elles, on peut parler de renoncement temporaire, de report ou de recours différé. Environ une personne sur dix n'a en revanche jamais réalisé les soins alors que le besoin était toujours présent : dans ces cas, le terme renoncement est certainement approprié⁶³.

⁶² <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/documents-travail/working-paper-ndeg1-juin-2010-actualise-en-decembre-2016-non-recours-definition-et-typologies>

⁶³ ODENORE, *Renoncer à se soigner pendant le confinement*, 2020



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTÉ

De quelle manière le renoncement, le non-recours ou le nonaccès affectent la santé et le parcours de soins des personnes ?

On en a l'intuition, mais malheureusement c'est compliqué à prouver. Dans notre Baromètre du renoncement aux soins (BRS)⁶⁴, on a interrogé plus de 160 000 personnes au fil des années : 25 % d'entre elles ont dit avoir renoncé à au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des douze derniers mois. On leur a aussi posé la question suivante : pensez-vous que cela a eu des conséquences sur votre santé ? Les 3/4 des personnes répondent « oui cela a des conséquences sur ma santé physique et/ou sur ma santé mentale ».

Les entretiens qualitatifs réalisés avec une partie de ces personnes montrent bien que, par exemple, le renoncement à des soins dentaires peut avoir des conséquences physiques (douleurs, infections, etc.), mais également venir perturber d'autres déterminants de la santé, comme l'alimentation ou le sommeil. Cela peut aussi avoir des conséquences sur la santé mentale (l'estime et/ou la confiance en soi, le niveau d'anxiété voire d'angoisse par rapport à l'avenir, etc.).

Dans le BRS, environ une personne sur quatre parmi celles qui déclarent avoir renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois parlent également de conséquences sur la vie professionnelle, sociale et/ou familiale. Enfin, on peut noter que le renoncement « subi » à des soins peut avoir un impact sur le sentiment des personnes d'appartenir « comme les autres » à la société⁶⁵.

Justement parmi ces facteurs explicatifs du non-recours, est-ce que vous identifiez les discriminations comme une des pistes d'explication ? Est-ce que vous identifiez des pratiques discriminatoires de la part des professionnel·les de santé ?

Dans l'enquête du BRS, parmi les personnes « renonçantes », 7 % disent que leur renoncement est la conséquence d'un ou de refus de prise en soins par des professionnel·les de la santé. Ce n'est donc pas anecdotique. Ce chiffre est plus élevé si l'on zoome sur certaines populations, par exemple les bénéficiaires de l'ancienne Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)⁶⁶ (fusionnée en 2019 avec l'Aide complémentaire santé [ACS] pour devenir la Complémentaire santé solidaire [CSS]). De nombreux travaux ont montré que des professionnel·les de la santé, en particulier dans certaines spécialités, refusaient de recevoir les bénéficiaires de la CMU-C ou les recevaient mais réalisaient des soins de moindre qualité et/ou leur signifiaient qu'ils·elles les soignaient « exceptionnellement » et/ou leur demandaient de régler des dépassements d'honoraires et/ou de faire l'avance de frais. Il sera nécessaire de regarder si la réforme de la CSS a changé quelque chose sur ce point.

Et il est important de dire qu'une grande majorité des personnes concernées n'utilisent pas le terme de discrimination pour parler de ces situations. Elles racontent qu'elles se sont senties traitées différemment et que ce traitement différencié était, d'après elles, lié au fait d'être bénéficiaires de la CMU-C. Très peu ont en l'occurrence signalé ces situations ou cherché à les faire reconnaître, beaucoup ne sachant pas si elles étaient

⁶⁴ ODENORE, *Synthèse descriptive des données du baromètre du renoncement aux soins (BRS)*, 2019

⁶⁵ <https://sciendo.com/pdf/10.2478/sjs-2021-0016>

⁶⁶ ODENORE, *Les « effets paradoxaux » de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Enquête auprès de 101 bénéficiaires du Gard*, 2019



DOSSIER RESSOURCES

DISCRIMINATIONS ET SANTE

« normales » ou non. La difficulté à prouver ce type de discriminations est aussi un vrai sujet.

Y a-t-il des profils de personnes qui ne recourent pas aux droits sociaux et aux soins ?

Il n'y a pas de réponse unique. Cela dépend des droits ou des services dont il est question. Concernant le non-recours aux soins, si l'on s'appuie sur les données du BRS, on voit par exemple que le fait d'être en situation de monoparentalité augmente la probabilité de ne pas recourir aux soins dont on a besoin. C'est également le cas de l'absence d'activité professionnelle. Certaines catégories socio-professionnelles CSP sont aussi plus représentées parmi les « renonçant-es », par exemple celle des employé-es. L'absence de complémentaire santé surexpose également au renoncement.

On remarque que la question de l'isolement joue globalement un rôle important dans les phénomènes de non-recours. L'absence de personnes autour de soi qui peuvent aider à la conscientisation d'un besoin, à connaître les offres, les aides, à se repérer parmi celles-ci, ne favorise pas le recours. Et on constate, comme d'autres, que depuis quelques années, le rôle joué par les problématiques d'accès et/ou d'usage du numérique dans les parcours vers les droits ou les soins n'est pas anecdotique.

Comment les villes et intercommunalités peuvent-elles agir sur le non-recours ?

À l'Odenore, nous pouvons aider à travers nos enquêtes les acteurs-rices de terrain à mieux connaître et comprendre le non-recours. Nous avons en particulier mis en place ce qu'on appelle « les démarches barométriques » qui ont vocation à créer de la connaissance, de manière collaborative, sur le non-recours à l'échelle d'un territoire, sur les personnes concernées, les facteurs explicatifs, les conséquences... Cela peut aider les acteurs-rices, notamment au niveau des villes, à se représenter ce phénomène et à caractériser la manière dont « il s'exprime » sur leur territoire. Nous déployons actuellement un baromètre sur le non-recours avec la Ville et le Centre communal d'action sociale (CCAS) de Lyon, en lien avec de nombreux-ses acteurs-rices du territoire dont la Métropole.

Continuer à produire une connaissance territorialisée sur le non-recours, en lien direct avec les acteurs-rices de terrain, peut soutenir une prise de conscience, contribuer à déconstruire certaines représentations et à identifier les leviers d'action adaptés. Il y a encore beaucoup de méconnaissance sur les formes que prend le non-recours selon les territoires, ce qui ne facilite pas nécessairement l'action au local et par le local, alors même que c'est une échelle pertinente pour agir sur le non-recours. Mais ce ne peut pas être la seule.

Pour améliorer le recours aux droits et aux services mais aussi aux aides extra-légales, on peut notamment réfléchir à la manière dont on accueille les personnes. Actuellement, on parle beaucoup de « l'accueil social inconditionnel ». L'idée est « *de garantir à toute personne rencontrant des difficultés ou souhaitant exprimer une demande d'ordre social, une écoute attentionnée de la globalité de ses besoins et préoccupations pour lui proposer le plus tôt possible des conseils et une orientation adaptée* »⁶⁷.

⁶⁷ [Guide d'appui à la structuration du premier accueil inconditionnel de proximité, 2017](#)



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

On peut également réfléchir à la manière dont on informe les personnes et, surtout, se demander si, au-delà de l'information « de masse », on leur explique suffisamment ce à quoi elles ont droit. Mais je pense aussi qu'au-delà du fait de continuer à repenser les manières d'accueillir, de guider, d'informer, d'expliquer, avoir un discours plus positif sur les droits sociaux, sur le système de protection sociale et sur ses bénéficiaires, serait essentiel et permettrait de relégitimer le fait que recourir à des aides n'est pas un aveu de faiblesse ou le signe d'une volonté d'abuser de l'État social.

S'agissant des professionnel·les de santé, intégrer davantage de modules sur la question de la précarité, du non-recours, dans les cursus de formation pourrait être pertinent. Il y a beaucoup de professionnel·les qui reconnaissent qu'ils-elles ne connaissent pas bien ces sujets, qu'ils-elles sont démunis·es dans la prise en charge des personnes en situation de précarité. La question des inégalités sociales de santé mériterait aussi d'être davantage abordée.

L'impact des discriminations sur la santé

Bien que le sujet ne soit pas encore largement documenté, les discriminations affectent indéniablement l'état de santé physique et mental des personnes. On pense notamment aux discriminations dans l'accès à un emploi, qui relèguent les personnes vers des emplois plus pénibles, moins bien rémunérés ou éloignés de leur domicile ; aux discriminations dans l'accès au logement, qui condamnent certaines personnes à des logements insalubres ou en situation de surpeuplement ; ou encore, aux discriminations dans l'accès aux soins, les refus de soin et de suivi et les renoncements étant évidemment délétères pour la santé des individus.

Une enquête de l'Ined ⁶⁸ de 2019 concernant la mortalité des descendant·es d'immigré·es de deuxième génération pointait une importante surmortalité chez les hommes d'origine nord-africaine : elle est 1,7 fois plus élevée pour les hommes nés en France de deux parents immigrés d'Afrique du Nord que pour les hommes nés en France de deux parents eux-mêmes nés en France. Les résultats suggèrent que cette surmortalité « ne s'explique pas simplement par des différences de niveau d'éducation, mais par un vaste ensemble de désavantages, notamment sur le marché du travail et sur le niveau des revenus ». « Ces premiers résultats en matière de mortalité [...] comportent une dimension de santé publique importante et inconnue jusqu'ici », conclut l'Ined.

Comme le soulignent [Johanna Dagorn et Arnaud Alessandrin](#) :

⁶⁸ Voir le [communiqué de presse de l'Ined](#) au sujet de cette étude parue dans une revue internationale.



DOSSIER RESSOURCES

— DISCRIMINATIONS ET SANTE

« les discriminations sont des pratiques violentes qui ont des effets nets sur la santé des individus, quel que soit le critère de la discrimination. Et plus on appartient à un groupe discriminé, plus la discrimination sera importante et plus grand sera l'impact ».

La santé mentale est particulièrement affectée par les discriminations. À ce titre, [Sophie Arfeuillère](#) rappelle que :

« la multiplication de ces actes [micro-agressions, rejet, exclusion, maltraitements physiques]... peut engendrer une baisse de l'estime de soi, des phénomènes d'auto-stigmatisation et générer une importante fatigue psychique. .../... On peut aussi développer des troubles psychiques..., par exemple, anxiété, dépression, phobie ou addiction, [qui] éprouvent également le corps ; les liens de causalité entre santé mentale et santé physique sont prouvés depuis plusieurs années... le racisme et les discriminations ethno-raciales ont un impact sur la santé mentale. On pourrait faire ces liens avec tous les stigmates qui peuvent engendrer des discriminations, que ce soit le genre, l'orientation sexuelle ou les troubles psychiques. »

Finalement, comme le synthétise Julien Talpin :

« La discrimination est une violence, physique et symbolique. Elle tue, blesse, entraîne mal-être et dépression. Elle a des conséquences profondes sur la subjectivité et la santé des individus. .../... Ce qu'elle fait aux corps et aux âmes, la violence symbolique qu'elle constitue et ses incidences sociales et politiques demeurent insuffisamment investiguées, voire déniées par une société française qui refuse de regarder cette réalité en face »⁶⁹.

Évolution des politiques publiques

Nous terminerons cet état des lieux en prenant un peu de recul par rapport à l'évolution du traitement politique des discriminations en France. Les difficultés actuelles à prendre en compte les discriminations s'inscrivent dans l'histoire des politiques publiques.

Reconnaissance des discriminations

Si la loi Pleven de 1972 relative à la lutte contre le racisme créa le délit de « provocation à la discrimination ... contre les personnes à raison de leur

⁶⁹ Voir Julien Talpin et al., *L'épreuve de la discrimination, enquête dans les quartiers populaires*, PUF, 2021, pp. 1-2.



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

appartenance à une ethnie, une nation, une "race" ou une religion déterminée », ce n'est qu'à la fin des années 1990 que les pouvoirs publics se sont saisis de cette problématique (notamment sous l'impulsion des directives « Race » et « Emploi » de l'Union Européenne).

Le processus de reconnaissance publique des discriminations dans la société française fut très lent : il démarra au début des années 2000 et se saisit des discriminations dans l'accès à l'emploi qui devient rapidement une priorité de l'action publique. Le dispositif d'actions qui en a découlé a reposé sur un numéro gratuit pour le recueil des témoignages de discrimination raciale (le 114), la mise en place d'une structure d'expertise publique, le Groupe d'études sur les discriminations (GED) ; et le déploiement des Commissions départementales d'accès à la citoyenneté (CODAC) pilotées par les préfet-es de département, réunissant acteur-rices locaux-ales et services de l'État pour l'examen des situations rapportées.

Ce processus aboutit au vote de la loi du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations et la France s'engage alors progressivement dans la reconnaissance légale des discriminations, tout d'abord centrée sur les discriminations raciales dans l'accès à l'emploi, puis peu à peu élargissant son champ notamment aux personnes en situations de handicap ou encore aux personnes LGBTI. C'est aussi à cette période que se crée le Fonds d'aide et de soutien à l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD) qui permettra la mise en œuvre d'actions partenariales et territoriales pour prévenir et combattre les discriminations systémiques liées à l'origine et permettre l'accès aux droits fondamentaux.

Territorialisation et lutte contre les discriminations

Au-delà des actions financées, le Fasild permet la construction d'une expertise locale et d'une culture commune partenariale sur les territoires, via le financement de diagnostics territoriaux de lutte contre les discriminations et l'accompagnement à l'élaboration des premiers plans territoriaux de lutte contre les discriminations. Mais la création de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) en 2006 entame la « dissolution » de la lutte contre les discriminations. Le mouvement se poursuit avec son remplacement en 2014 par le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), lui-même remplacé en 2020 par l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT). Les programmes d'accompagnement des acteur-rices, les diagnostics donnant lieux à des Plans territoriaux de



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

prévention des discriminations (PTPD) sont néanmoins maintenus mais bien moins nombreux et dotés de très faibles moyens.

En 2014, la loi Lamy de réforme de la politique de la ville inscrit la lutte contre les discriminations comme enjeu « prioritaire et transversal », mais sans réels moyens. Des Plans de lutte contre les discriminations (PLCD) doivent être adossés au Contrat unique et leur financement s'inscrire dans le financement global du contrat de ville. De fait, de nombreux contrats uniques signés pour la période 2015 – 2020 (puis étendus à 2023) n'ont pas élaboré de PLCD – sans que cela ne soit un obstacle à leur recevabilité – et, le cas contraire, les moyens qui lui sont attribués sont largement insuffisants. Les appels à projets lancés conjointement par les collectivités et l'État y accordent une place restreinte et orientent majoritairement les financements vers des actions de sensibilisation (y compris communication), de formation et d'accompagnement des publics, à l'image de ce que donnent à voir les Inspir'actions qui suivent (partie 2, p. 60). Les collectivités s'en saisissent notamment dans le cadre d'actions de communication (semaine de lutte contre le racisme, pour l'égalité, etc.) et dans l'appui aux espaces d'information comme les points d'appui ou les permanences d'informations (Défenseur des droits notamment). Les associations sont bien souvent les plus présentes dans la mise en place d'actions d'(in)formation ou d'accompagnement.

De la lutte contre les discriminations à la promotion de la diversité

Dans le même temps, l'élargissement à l'ensemble des 25 critères a progressivement mis en retrait la lutte contre les discriminations raciales au profit de discriminations reposant sur d'autres critères : genre, handicap, etc. Pour Anouk Flamant⁷⁰, au sein des villes, « *la question raciale ne parvient pas à s'affirmer pleinement comme un enjeu structurant des missions de lutte contre les discriminations, voire est diluée au profit d'autres questionnements (égalité femmes-hommes) qui peuvent apparaître comme plus consensuels* ». Ce glissement sémantique et « *des hésitations récurrentes sur la manière de qualifier les actions menées (non-discrimination, promotion de la diversité, égalité des chances, des droits, de traitement, etc.)* »⁷¹ tendent à privilégier les notions qui se veulent « positives » : on préférera alors parler de « promotion de la diversité » plutôt que de lutte contre les discriminations, « d'égalité des chances », plutôt que d'égalité des

⁷⁰ Alessandrin Arnaud et Dagorn Johanna, op. cit., p. 63

⁷¹ Kirszbaum Thomas, « [Quand la discrimination territoriale occulte les discriminations ethno-raciales](#) », *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, n° 61, 2015



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

droits.... Pour les chercheur·es L. Bereni et A. Jaunait, « *la diversité apparaît comme un discours fondamentalement dépolitisant... [qui] conduit généralement à refouler le répertoire conflictuel de l'anti-discrimination, à occulter en dernière instance la question ethno-raciale, et à gommer les rapports de pouvoir entre les groupes majoritaires et minoritaires* »⁷². Selon J. Talpin la promotion des valeurs de la République tend aujourd'hui à éclipser la lutte contre les discriminations et à la vider de sa substance.

Ces évolutions conduisent à une confusion autour des enjeux et des « publics » de la lutte contre les discriminations. La « lutte contre la radicalisation », la « promotion de la diversité » et de « la laïcité » ont pris le pas sur la lutte contre les discriminations et un climat de méfiance à l'égard des habitant·es des quartiers populaires de banlieues, et spécialement à l'égard des personnes musulmanes ou perçues comme telles, renforce la stigmatisation des habitant·es de ces quartiers. La gestion de la crise sanitaire en a encore été une triste illustration : les habitant·es des QPV ont très vite été accusé·es – par certains médias et personnalités politiques – de ne pas respecter les gestes barrières et autres contraintes liées au confinement. Des contrôles « abusifs » et « violents » de la part des forces de l'ordre, dans le contrôle du respect du confinement, ont été signalés⁷³.

Actualité de la lutte contre les discriminations

La lutte contre les discriminations en France repose principalement sur :

- des actions d'information et un accompagnement des victimes. À l'échelle nationale, on note le lancement de la plateforme *antidiscriminations.fr* en février 2021, et à l'échelle locales, des permanences assurées par les délégué·es locaux·ales du Défenseur des droits et/ou des associations locales ;
- des actions de communication, comme les semaines d'éducation et d'actions contre le racisme et l'antisémitisme, les journées contre le sexisme, l'homophobie, ... ou encore des campagnes d'affichage qui peuvent être portées à l'échelle nationale par des institutions publiques à l'image de la campagne contre les discriminations et violences subies par les personnes LGBT+ : «

⁷² Pour plus de détails, voir l'article de Laure Bereni et Alexandre Jaunait, « [Usages de la diversité](#) », *Raisons politiques*, n°35, 2009

⁷³ <https://www.ldh-france.org/mesures-de-confinement-les-contrôles-de-police-ne-doivent-etre-ni-abusifs-ni-violents-ni-discriminatoires/>



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Face à l'intolérance, à nous de faire la différence » portée par Santé publique France ;

- enfin, des actions de sensibilisation et de formation.

En termes d'outils, le Plan national de lutte contre le racisme et l'antisémitisme (2018-2020), porté par la Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT (DILCRAH), qui comportait quatre volets (lutter contre la haine sur internet ; éduquer contre les préjugés ; protéger les citoyen·nes et accompagner les victimes ; investir de nouveaux champs de mobilisation) se resserre pour la période 2020-2023 autour du seul public LGBT⁷⁴. Il repose sur un appel à projet local pour le financement d'actions portées par des associations ou institutions. Enfin, des plans de lutte locaux inscrits dans les contrats de ville se maintiennent quand bien même leurs moyens sont très limités. Il reste donc beaucoup à faire encore.

D'autant que dans le même temps, des discriminations – directes ou indirectes – perdurent ou apparaissent : une commune qui refuse la scolarisation d'enfants parce qu'ils-elles habitent en bidonville⁷⁵, des emplacements d'aires d'accueil pour les gens du voyage toujours les plus reculés, des réfugié·es syrien·nes qui ne bénéficient pas des mêmes conditions d'accueil que celles et ceux originaires d'Ukraine... Les exemples, rapportés par la presse et par les associations, se multiplient.

Dans ce contexte, les mobilisations nationales et internationales (Black Lives Matter, Comité Adama) ont redonné de la visibilité à l'ampleur des discriminations ethno-raciales, éclipsées par la visibilisation et la médiatisation d'autres discriminations. Mais elles ne s'attaquent peu ou pas à montrer l'impact des discriminations sur la santé.

Enfin, des instances de réflexion et d'analyse existent. À l'échelle institutionnelle et départementale, les CORA (Comité opérationnel de lutte contre le racisme et l'antisémitisme)⁷⁶ (instituées en 2016) – devenues CORAH en 2019 (Comité opérationnel de lutte contre le racisme et l'antisémitisme et la haine anti-LGBT) – doivent permettre aux préfet·es de mobiliser les services de l'État, les collectivités locales, la société civile et les citoyen·nes dans des actions concrètes. Il y a peu de retour à ce jour sur cette action. Des observatoires, des études et travaux des associations et collectifs d'habitant·es continuent de documenter et

⁷⁴ Voir l'[interview réalisée avec Yohann Roszévitch, conseiller lutte contre la haine et les discriminations anti-LGBT à la DILCRAH](#).

⁷⁵ <https://www.lagazettedescommunes.com/668191/scolarisation-des-enfants-des-bidonvilles-quand-des-maires-font-de-la-resistance/>

⁷⁶ Dans la continuité des COPEC (Commission pour la promotion de l'égalité des chances et la citoyenneté) des années 2010



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

de dénoncer les discriminations et leur impact sur la santé des personnes. Comme le rappelle le Manifeste de la coordination Pas Sans Nous, les habitant-es *« ont fait part de l'ampleur de la montée de ces discriminations et inégalités et de leurs conséquences sur la vie quotidienne »*, logement, emploi, scolarité, services publics, culture, santé, écologie, etc.

Les discriminations sont un sujet dont doivent s'emparer pleinement les politiques publiques. Les collectivités doivent en prendre leur part car la lutte contre les discriminations *« ne peut pas reposer seulement sur des actions associatives ou sur des personnalités éparses. La ville, en tant qu'organe politique, doit donc prendre toute sa place dans ce champ »*⁷⁷.

⁷⁷ Alessandrin Arnaud et Dagorn Johanna, op. cit.



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Partie 2. Actions locales

Au-delà du cadre juridique, des politiques publiques et de ce que nous disent les travaux et études de chercheur·es et de d'acteur·rices associatif·ves présentées ci-dessus, qu'en est-il sur le terrain ? Au niveau local, quelles actions de prévention et promotion de la santé intègrent la question des discriminations ? Comment les collectivités territoriales et les associations locales s'associent-elles pour sensibiliser, former et dénoncer les discriminations ?

De l'analyse des contributions reçues se dégagent plusieurs approches. On peut distinguer des approches visant à former et sensibiliser élu·es et professionnel·les, d'approches cherchant à accompagner les personnes susceptibles d'être discriminé·es.

Ces actions relèvent de champs d'intervention divers : elles sont nombreuses à viser l'apport de connaissances et la compréhension des mécanismes qui conduisent aux discriminations via des formations et démarches de sensibilisation. D'autres vont un peu plus loin et ciblent le changement de pratiques professionnelles. Dans les deux cas, il s'agit de comprendre les processus et de changer les représentations, d'informer sur les effets et conséquences des discriminations sur la santé et *in fine* d'anticiper et d'éviter des comportements discriminatoires de la part de professionnel·les et d'acteur·rices à même de proposer un service ou de faciliter l'accès aux droits.

Enfin, une dernière catégorie d'actions vise à accompagner et faciliter l'accès aux soins et aux droits auprès de personnes potentiellement victimes de discriminations.

La formation et la sensibilisation des élu·es et des professionnel·les

La prise en compte des discriminations en général ou articulées à des enjeux de santé ne va pas de soi. Ce n'est d'ailleurs pas un sujet vraiment connu et il n'existe pas chez les professionnel·les de santé comme chez les élu·es une culture partagée autour de ces questions. C'est le plus souvent parce que l'existence de pratiques discriminatoires « empêchent » l'accès aux droits et aux services, et donc nuit à la prise en compte et en charge des personnes les plus vulnérables, qu'apparaît le besoin de sensibilisation et de formation des élu·es et des professionnel·les. Dès lors, qu'est-ce qu'une discrimination ? qui sont les



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS
ET SANTE

personnes discriminées ? quels impacts sur leur santé ? comment peut-on les accompagner ? comment prévenir les discriminations ? Il apparaît important que les élu·es et les professionnel·les prennent la mesure de ces enjeux pour anticiper et prévenir les pratiques discriminatoires.

Différentes actions vont dans ce sens, qui s'attachent aussi bien à diagnostiquer et alerter sur les risques de pratiques discriminatoires qui se logent dès le moment d'accueil des personnes en situation de précarité qu'à proposer des formations afin de transmettre des connaissances et outils en vue de changer les pratiques.

Accueil des publics et prévention des discriminations

Du point de vue d'un service public, la prévention des discriminations se joue dès l'accueil des personnes dans un service social. **La Ville de Lyon a conduit une recherche-action sur les dysfonctionnements de la fonction d'accueil et d'écoute des personnes, liés à leur précarité, au sein des secteurs associatifs, des services municipaux et des organismes gouvernementaux.** En effet, les formes actuelles d'organisation du travail ne permettent plus d'écouter la demande des personnes qui sont alors renvoyées vers un autre service, un autre lieu. Cela accentue et alimente l'invisibilisation des personnes en situation de précarité. Lâchées à leurs difficultés, elles risquent de renoncer à leurs démarches et ne plus se présenter dans les lieux d'accueil où leur situation aurait dû être prise en compte.

En résulte un délitement du lien médico-social qui conduit à un renoncement aux soins et à la disparition progressive des missions sociales d'accueil et des risques de pratiques discriminatoires dans l'accès des personnes aux services médico-sociaux.

Cette recherche-action, conduite avec des professionnel·les de l'accueil, de l'accompagnement, de l'accès aux droits et des soins psychiques, dégage des perspectives de travail et des actions à mener pour rétablir la fonction d'accueil et d'écoute des professionnel·les.

➔ **En savoir plus :** [Inspir'action « Questionner et rétablir la fonction d'accueil et d'écoute des professionnel·les du médico-social pour prévenir les discriminations // Ville de Lyon »](#)



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

Rendre visible les articulations entre discriminations et santé

Sensibiliser et former sur les discriminations en santé implique de donner à voir la diversité des situations de discrimination et ce qu'elles engagent comme effets sur la santé et l'accès aux droits des personnes.

À Grenoble, le programme « Santé et discriminations », porté par la ville, vise à initier un travail de réflexion sur l'articulation entre enjeux de santé et discriminations à l'occasion de séminaires thématiques et, à partir des échanges, à formuler des recommandations à l'attention des agent-es des services de la ville.

La Ville de Grenoble a mis en place une programmation de séminaires à destination des professionnel·les de santé, acteur·rices associatif·ves, agent·es et élu·es, qui ont été invité·es à travailler à partir d'angles spécifiques : identités et orientations sexuelles ; santé des personnes migrantes ; santé des femmes ; handicap et discriminations dans le monde de la santé ; santé communautaire et discriminations socio-territoriales.

Il s'agit d'explicitier les conséquences des discriminations sur la santé des personnes, en identifiant les principaux publics concernés, de préconiser des pistes d'action pour lutter contre les discriminations en santé et de développer une culture commune en permettant aux acteurs·rices engagé·es sur ces questions de se rencontrer et d'échanger entre eux·elles et avec la Ville de Grenoble.

➔ **En savoir plus :** [Inspir'action « Programme « Santé et discriminations » // Ville de Grenoble »](#)

L'association Accès Droits Santé Solidarité (AD2S) a mis en place une action de sensibilisation autour des discriminations en santé : le « Lab's Discrimination en santé : Réalités en scène ». Le temps d'une demi-journée, les partenaires du réseau de l'association, travailleur·euses sociaux·ales et du médico-social, ont été (in)formé·es sur les réalités des discriminations en santé (causes et conséquences, diversité des discriminations) et inviter à réfléchir aux leviers d'action possibles pour les prévenir et lutter contre. Le but était aussi de fédérer les partenaires du réseau autour de ces enjeux.

➔ **En savoir plus :** [Inspir'action « Lab's Discrimination en santé : Réalités en scène // Accès Droits Santé Solidarité \(AD2S\) »](#)



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

Interroger les pratiques

Au-delà de l'identification des discriminations, et de leur nécessaire prise en compte, certaines formations visent à interroger puis à revoir les pratiques professionnelles.

Discriminations, inégalités et urbanisme

La plateforme Aapriss propose en Occitanie un programme de formation à destination des acteur·rices de l'urbanisme, qui permet aux porteur·ses de projets et technicien·nes de l'aménagement urbain d'acquérir des outils et une démarche pour adapter les plans d'aménagement en fonction de leur impact sur les déterminants sociaux de la santé et sur les inégalités sociales de santé. Aapriss y présente la grille « URBAN-ISS » qui permet de s'interroger sur les usages de la ville en fonction des groupes socio-économiques, du genre ou encore de l'âge, afin d'évaluer l'impact des aménagements urbains sur les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Elle permet également de mettre en dialogue des acteur·rices de différents champs professionnels autour d'un projet d'aménagement urbain et de **promouvoir des pratiques urbaines non discriminantes.**

➔ **En savoir plus :** [Inspir'action « Formation URBAN-ISS : urbanisme, santé et inégalités sociales de santé // Plateforme Aapriss et Réseau des agences d'urbanisme d'Occitanie Coll'Oc »](#)

Préjugés et discriminations en santé sexuelle et reproductive

Le Planning Familial 34 aborde les discriminations en santé dans le cadre d'un projet de lutte contre la précarité menstruelle qui comprend un volet « sensibilisation » à la santé sexuelle et reproductive à l'attention des professionnel·les. Des représentations persistent chez les professionnel·les de la santé en matière de santé sexuelle et reproductive concernant certains publics (« *les femmes africaines ont beaucoup d'enfants, sont contre la planification...* ») qui peuvent conduire à des pratiques discriminatoires et empêcher la construction d'un parcours de soins. Ce projet se propose ainsi de structurer un dispositif d'accès aux moyens de protection pour et avec des femmes en situation de précarité menstruelle et de former, sensibiliser et accompagner les professionnel·les intervenant auprès des publics pour favoriser la prise en compte de la santé sexuelle et reproductive et lutter contre les représentations et préjugés pouvant donner lieu à des pratiques discriminatoires.



DOSSIER RESSOURCES

—
DISCRIMINATIONS
ET SANTE

→ **En savoir plus :** [Inspir'action « Lutte contre la précarité menstruelle et sensibilisation des professionnel·les à la santé sexuelle et reproductive // Planning familial 34 »](#)

Construire une démarche locale de prévention des discriminations sur le long terme

À l'échelle d'une collectivité, l'inscription de la lutte contre les discriminations comme axe de travail transversal se fait dans le temps long. Cela passe en tout premier lieu par la constitution d'une culture commune des agent·es et des élu·es.

À Cherbourg-en-Cotentin, la prise en compte des discriminations a été progressive et a démarré au début des années 2000 : plusieurs actions se sont mises en place, abordant le sujet par différents angles – genre, sexualité, racisme et handicap, principalement – jusqu'à la mise en place du service « Santé handicap lutte contre les discriminations » (devenu « Politiques transversales, solidarité, santé »), qui est transversal à l'ensemble des services de la commune nouvelle.

L'expérience de Cherbourg-en-Cotentin montre l'importance du portage politique afin d'asseoir la prise en compte des discriminations dans les actions déployées sur le territoire et le développement de partenariats. Elle s'incarne également dans la réorganisation des services et le positionnement de la santé et des solidarités comme axe transversal à l'ensemble des politiques publiques.

→ **En savoir plus :** [Inspir'action « Construction d'une démarche locale de prévention des discriminations // Ville de Cherbourg-en-Cotentin »](#)

À Echirolles, la prise en compte des discriminations s'inscrit également dans le temps long. Elle a été marquée par le choix en 2014 de se doter d'un Plan de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (PLCDE), qui a notamment mis l'accent sur trois critères prioritaires identifiés lors de son élaboration (genre, ethno-racial, orientation sexuelle).

Localement, la lutte contre les discriminations, menée en partenariat avec une pluralité d'acteur·rices (collectifs d'habitant·es, etc.), prend différentes formes : la sensibilisation aux discriminations en santé auprès du grand public, la mise en place d'espaces d'écoute, l'identification et le signalement de situations de discriminations (en lien



FABRIQUE
TERRITOIRES
SANTÉ

DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

avec une cellule de veille animée par Grenoble Alpes Métropole), ainsi que l'accompagnement des personnes discriminées.

➔ **En savoir plus :** [Inspir'Action « Prévenir les discriminations et sensibiliser à la lutte contre les discriminations en santé // CLS / CLSM d'Échirolles »](#)

Des actions qui visent le changement de pratiques professionnelles

Si certaines des actions de formation présentées plus haut interrogent les pratiques des professionnel·les, d'autres actions tentent plus spécifiquement d'agir directement sur le changement des pratiques et notamment en renforçant la reconnaissance et l'implication ou la participation des personnes concernées.

Former à l'interculturalité les professionnel·les de santé et du soin

[Marie-Laure Cadart](#), médecin et anthropologue, pointe la nécessité de former les professionnel·les de santé et du soin à l'interculturalité pour prévenir les discriminations. Le but est de changer le regard que certain·es professionnel·les peuvent porter sur leurs patient·es en projetant sur eux·elles des préjugés, des stéréotypes et en leur attribuant des intentions, des comportements qu'ils·elles n'ont pas. La culture est dans ce contexte envisagée au sens large : culture familiale, professionnelle, religieuse, politique, associative, d'origine, etc.

Marie-Laure Cadart

Médecin et anthropologue, membre du bureau du Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI)

Entretien réalisé le 1er juin 2021

Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Je suis médecin et anthropologue et ai beaucoup travaillé en Protection maternelle et infantile (PMI) dans les Bouches-du-Rhône jusqu'en 2004. Je me suis ensuite consacrée à la recherche et à la formation. Dans les formations que je porte, la dimension culturelle est importante. Il faut ici entendre culture dans le sens où nous sommes tou·tes porteur·ses de culture, c'est-à-dire de normes, codes, valeurs, croyances et



DOSSIER RESSOURCES

DISCRIMINATIONS ET SANTE

façons de transmettre, qui vont toucher tous les domaines de la vie, que ce soit la vie familiale ou la vie professionnelle.

Y-a-t-il des formes de discriminations dans les PMI, les crèches ?

Cela dépend évidemment des professionnel·les qui sont en présence, qui théoriquement doivent recevoir tout le monde, mais peuvent recevoir plus ou moins bien. Il y a un vrai sujet autour de la culture et, plus spécialement, de la langue : il n'est absolument pas normal qu'on ne puisse pas se comprendre quand on vient pour un problème gynécologique en PMI ou pour ses enfants. On ne peut pas communiquer avec quelqu'un sur les questions de santé sans parler sa langue ou sans avoir un·e interprète digne de ce nom. Dans ce type de situations, il y a la possibilité de discriminations importantes qui devraient être prises en compte en permanence. J'insiste beaucoup pour que les professionnel·les de santé demandent un·e interprète. Il est possible de faire des conventions, par exemple avec Inter service migrants, et de mettre en place des services d'interprétariat, au moins au téléphone. C'est très important à développer.

Or les professionnel·les de santé n'y pensent pas forcément. Quand vous êtes en consultation et que vous avez en face de vous quelqu'un qui ne parle pas le français, ce n'est pas forcément évident d'avoir quelqu'un tout de suite. S'il y a un problème important, les personnes vont se débrouiller avec quelqu'un de proche pour servir d'interprète, ou vont faire appel à un·e autre professionnel·le qui pourra faire l'intermédiaire.

Mais pour être dans une vraie approche de l'interprétariat, il faut contacter un service spécialisé et ça les professionnel·les de santé, y compris en PMI, ne sont pas forcément au courant. Il y a une méconnaissance sur le sujet et tout un travail de plaidoyer à faire au niveau des administrations sur l'importance de pouvoir communiquer dans sa langue maternelle. Quand il y a un·e interprète qui parle la langue de la personne, elle se sent reconnue et ça change tout.

Dans les discriminations vous allez aussi avoir le fait de ne pas tenir compte de la dimension culturelle, dans ce qui touche au rapport au corps, aux maladies, à la santé en général. Il y a très peu de prise en compte par les professionnel·les de santé des croyances des personnes sur leur propre santé, la façon dont quelqu'un se voit malade ou considère la maladie. Qui plus est, certaines causes, certaines explications peuvent paraître très lointaines aux professionnel·les. Par exemple, si je parle de sorcellerie ou si je parle de djinns qui attaquent un enfant qui dort mal la nuit, il faut vraiment être capable de faire un pas de côté, de se décentrer pour admettre que ce sont des choses qui sont vraies pour les personnes qui sont en face. Ce n'est pas de l'exotisme : si on se ferme à cela, on se ferme au·à la patient·e.

Vous faites des formations sur l'interculturalité. En quoi cela consiste-t-il ?

Il s'agit de sensibiliser les personnes à l'autre, à l'altérité et de travailler sur la notion de culture : c'est quoi la culture, c'est quoi l'autre, c'est quoi moi ? L'idée est de développer une approche générale socio-anthropologique ou anthropologique sur la santé et l'éducation.



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTÉ

J'ai fait des formations pour des professionnel·les qui travaillent avec des adultes ou des enfants, des professionnel·les de PMI, de crèches, des assistant·es sociaux·ales, des personnes qui travaillent sur le handicap, sur les personnes âgées, etc. Il y a eu quelques fois, à la marge, des personnes qui avaient des postes d'encadrement et quelques médecins, médecins-chef·fes (chef·fes de PMI). Tout le monde doit être concerné par ce type d'approche de la santé.

Le principe c'est de partir du vécu des professionnel·les, de situations. On va travailler sur « *qu'est-ce qui me choque ou m'interpelle dans le rapport à l'autre ?* » et comment faire pour qu'on puisse bien communiquer et remplir nos missions. Il y a aussi des angles plus thématiques, sur les représentations de la maladie, par exemple. D'autres formations ont porté sur l'alimentation, la maternité, la petite enfance.

Par ailleurs, je fais toujours très attention à éviter des formations du type « *comment faire avec les familles Roms ?* » ou « *comment faire avec telle religion ?* », etc. Si vous suivez des formations plus généralistes, comme celles que je propose, après, lorsque vous êtes en contact avec telle ou telle population, vous pourrez solliciter des gens plus spécialisés pour travailler avec vous. Les formations généralistes amènent une ouverture à l'autre, une écoute, qui doit servir – peu importe les publics. D'emblée, je me méfie de ce genre de formations, très ciblées, qui ne font que renforcer des représentations, des clichés.

Le fait de prendre en compte l'interculturalité est donc un enjeu important dans la lutte contre les discriminations ?

Il faut vraiment prendre la culture dans un sens très large. En formation, on travaille à partir de la question « *ça évoque quoi pour vous quand on parle de "culture" ?* » sur les micro-cultures, c'est-à-dire le fait que chaque personne va conjuguer de multiples appartenances culturelles, la culture familiale, professionnelle, religieuse, politique, associative, la culture d'origine, etc. Ces multiples appartenances culturelles, conjuguées à la personnalité de chacun, vont constituer l'identité.

J'insiste aussi sur le fait que la culture médicale est une culture de la verticalité, c'est-à-dire qu'on a un savoir et on va l'imposer aux autres. On ne part pas, ou rarement, du savoir des patient·es. Or le-la patient·e a un savoir également, sur lui-elle, sur sa santé, etc. Je suis convaincue aujourd'hui que c'est dans le partage des savoirs qu'on va pouvoir faire quelque chose. Mais ça ne veut pas pour autant dire que le-la professionnel·le doit en rabattre sur ses savoirs, il-elle sait autre chose et va le conjuguer avec les savoirs du·de la patient·e.

La notion de « maladie », c'est quoi « être en bonne santé », pourquoi je tombe malade, etc., toutes ces notions, ces représentations ne sont pas interrogées. Dans les cursus médicaux et paramédicaux, les personnes que ça intéresse vont se saisir de ça, mais tou·tes ceux·celles que ça n'intéresse pas peuvent très bien continuer à avoir des attitudes très discriminantes. Comme je l'ai entendu hier dans un hôpital « *Ah ben les comoriens de toute façon ils sont toujours comme ça, donc ce n'est même pas la peine...* ». Quand on ne comprend pas, on va plaquer sur l'autre quelque chose de son origine, de sa religion ou de sa classe sociale, et on ne pas chercher plus loin.

Quels sont les retours que vous avez de la part des professionnel·les formé·es ?



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTÉ

Certain-es m'ont dit que ça leur avait changé la vie, pas seulement dans la vie professionnelle mais aussi dans le rapport à l'autre. Parce que le simple fait de prendre du recul, de se décentrer, ça permet de réfléchir, de se questionner sur moi-même et de se questionner sur l'autre, d'éviter les projections et toutes les défenses qui vont se mettre en place quand on ne comprend pas quelque chose et quand on peut être déstabilisé-e.

Je peux aussi vous parler du cas d'une médecin de PMI qui a suivi mes formations. Elle était en relation avec un Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) et un jour, on l'appelle à propos d'une petite fille d'un an ou 18 mois qui inquiétait le personnel, notamment en raison de problèmes de communication. Elle voit la maman, mais elle ne comprend pas ce qu'elle dit et voit quelqu'un de très muré. Inquiète et désespérée, on parle de cette situation en formation et suite à cela, elle fait des démarches pour avoir un-e interprète. Quand on se revoit, elle me dit « *je n'oublierai jamais le visage de cette femme quand elle a entendu parler sa langue, elle s'est réanimée* ». À partir de ce moment-là, elle a pu parler avec elle et il n'y avait rien d'inquiétant par rapport à son enfant. Cependant, le CADA la rappelle quelque temps après, le personnel étant à nouveau inquiet parce que cette dame ne sortait pas de chez elle. La médecin revient parler avec elle qui lui dit « *mais en fait, il faudrait m'accompagner pour sortir de chez moi parce que je ne connais pas la ville, je ne connais pas les rues, etc.* ». Avoir un-e interprète et pouvoir s'exprimer dans sa langue, ça change complètement la façon d'être des gens.

Dans ce cas-là, les professionnel·les étaient inquiet·es et ça pouvait aller loin. Ils-elles peuvent être amené·es à penser « *elle ne communique pas avec son enfant* » ou « *elle ne s'en occupe pas* », etc. Or, si la façon d'être avec un-e tout-e-petit-e peut être marquée culturellement, parfois il peut s'agir de tout autre chose.

De telles formations devraient être systématiquement proposées en début d'exercice. Parce que tout un chacun va se trouver confronté·e à ce type de difficultés. Cela dit, il y a des gens qui n'ont suivi aucune formation mais qui se débrouillent tout-e seul-e et vraiment très bien. Dans ces cas-là, je ne fais que leur apporter de la théorie pour confirmer ce qu'ils-elles font et, pour aller un peu plus loin, travailler à la défense de ce type de travail, d'accompagnement, qui demande plus de temps que de prendre des gens à la chaîne.

Lutter contre les préjugés et les discriminations envers les gens du voyage

L'interculturalité peut se présenter dans différentes situations, notamment dans les relations entre soignant·e et patient·e. Prendre conscience des différences culturelles en jeu permet ainsi de désamorcer des incompréhensions et de réduire les risques de pratiques discriminatoires.

Le Centre Social Tsigane de l'Union départementale des associations familiales (Udaf) de la Creuse a mis en place un projet pour améliorer



DOSSIER RESSOURCES

—
DISCRIMINATIONS
ET SANTE

L'accueil des gens du voyage dans les établissements de santé, face au constat de préjugés à l'égard des gens du voyage, des incompréhensions qui peuvent donner lieu à des discriminations, entraînant, par exemple, des difficultés à obtenir des rendez-vous ou des refus de soins. À partir de ce constat et face à l'existence d'incompréhensions entre les professionnel·les et les familles des gens du voyage, le Centre social a mis en place des ateliers réunissant professionnel·les de santé et gens du voyage afin d'encourager le dialogue et de changer le regard des professionnel·les de santé sur les gens du voyage. Ces différents ateliers se sont appuyés sur la méthodologie du « croisement des savoirs » d'ATD Quart-Monde, et ont donné lieu à un guide, diffusé notamment dans les établissements de santé : *Comment améliorer l'accueil des gens du voyage dans les établissements de santé creusois ?*⁷⁸

ATD Quart Monde et le « croisement des savoirs »

« Les savoirs de vie des personnes en grande pauvreté, croisés avec les savoirs académiques des scientifiques et des universitaires, les savoirs d'action des professionnel·les, sont source d'innovations, de changements et de progrès démocratiques. La recherche-action-formation par le croisement des savoirs, permet une meilleure compréhension des réalités, des problèmes de société, une coproduction de connaissances plus justes et fondées. Cette approche renforce la capacité des acteur·rices à agir ensemble et en complémentarité, pour améliorer les conditions de vie des personnes en grande précarité, pour réaliser les transformations sociales nécessaires ». Il s'agit ainsi « d'un croisement des pouvoirs d'agir et de décider ».

Il est indispensable que « les personnes en grande pauvreté soient présentes et pleinement actrices à toutes les étapes du processus de croisement des savoirs. Leurs expériences et savoirs sont le point de départ et au centre de la démarche ». En effet, « elles ont un savoir d'expérience non seulement sur elles-mêmes et leur condition, mais aussi sur le monde environnant qui leur fait vivre ces situations de pauvreté, sur ce qu'il est et sur ce qu'il devrait être pour ne plus exclure les plus faibles »⁷⁹.

⁷⁸ <https://irepsna.org/wp-content/uploads/2021/07/IREPSNA-Comment-ameliorer-laccueil-des-gens-du-voayge-dans-les-etablissements-de-sante-creusois.pdf>

⁷⁹ <https://www.atd-quartmonde.fr/nos-actions/reseaux-wresinski/croisement-des-savoirs/le-croisement-des-savoirs-et-des-pratiques/>



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

→ **En savoir plus :** [Inspir'action « Améliorer l'accueil des gens du voyage dans les établissements de santé creusois // Centre Social Tsigane, Union Départementale des Associations Familiales \(UDAF\) 23 »](#)

Vers une meilleure reconnaissance et implication/participation des personnes concernées

Mobiliser et travailler avec des personnes concernées par des phénomènes de stigmatisation et de discrimination participe à la reconnaissance de leur savoir expérientiel sur ces phénomènes et ouvre la voie à leur désamorçage. Grâce à ce savoir expérientiel et en acquérant d'autres savoir-faire (pair-aidance, ambassadeur·rices de santé), elles peuvent ainsi accompagner des personnes rencontrant des parcours analogues ou en situation de précarité et sensibiliser/former les professionnel·les.

Les Pôles Ressources Santé, mis en place par le service Santé de la ville de Lille, ont déployé un projet pour former des ambassadeur·rices de santé dans les quartiers prioritaires politique de la Ville. Le but est d'améliorer l'accès à l'information et à la santé des ambassadeur·rices de santé et des habitant·es, et ainsi lutter contre les refus de soins et autres pratiques discriminatoires ; de mettre en place des actions de santé co-construites avec les habitant·es et adaptées à leurs attentes ; et, enfin, de permettre une meilleure représentativité des habitant·es dans les projets de santé. Une fois formé·es, les ambassadeur·rices choisissent leur niveau d'implication : fonction de relais auprès des personnes rencontrées, mise en place des projets de santé, ou encore, participation à des groupes de travail ou comités de pilotage, pour « porter » la parole des habitant·es.

→ **En savoir plus :** [Inspir'action « Ambassadeur·rices de santé // Ville de Lille »](#)

La Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) Bourgogne-Franche-Comté a développé la formation Réseau Expérience Soutien Pair-Aidance (RESPAI) en vue de développer la place de la pair-aidance dans le champ de la santé. L'enjeu est de « retourner le stigmate » pour en faire un levier de savoir et d'action, contribuer à la reconnaissance de l'expertise des personnes concernées et à la valorisation du savoir expérientiel, complémentaire au travail social et soignant.



DOSSIER RESSOURCES

—
DISCRIMINATIONS
ET SANTE

➔ **En savoir plus :** [Inspir'action « Formation RESPAI – Réseau Expérience Soutien Pair-Aidance // Fédération des acteurs de la solidarité Bourgogne-Franche-Comté »](#)

Accompagner et faciliter l'accès aux droits et aux soins

Si elles ne participent pas directement à la réduction des discriminations, ces actions, vont permettre l'accès des personnes aux droits (accompagnement dans des démarches administratives, logement, éducation, etc.) et aux soins, en s'appuyant le plus souvent sur un réseau de professionnel·les non-discriminant·es. Les actions d'interprétariat pour les personnes allophones occupent une place particulièrement importante dans l'accès aux soins et aux droits.

Accès aux soins et aux droits

A l'association Le Pont, les infirmières-agentes de santé interviennent sur des territoires ruraux de la Saône-et-Loire pour accompagner des personnes souvent isolées et en situation de précarité, éloignées, voire en rupture, de soins, à retrouver une santé optimale. A l'accès « compliqué » aux médecins généralistes et aux spécialistes – en raison d'une offre de soins peu développée –, se conjuguent des enjeux de mobilité et des situations de refus de soins qui renvoient à des discriminations, le plus souvent en raison de la situation socio-économique de la personne (notamment lorsque la personne relève d'une prise en charge par la Complémentaire Santé Solidaire).

Si leur action première est l'accompagnement concret dans l'accès aux soins, les agentes de santé s'attachent à signaler ces refus de soins, notamment via le service de médiation de la CPAM.

➔ **En savoir plus :** [Inspir'action « Accompagnement de personnes éloignées ou en rupture de soins par des agentes de santé // Association Le Pont »](#)

L'association Gadjé-Voyageurs 64 agit sur l'accès à la santé et aux droits des gens du voyage via des ateliers de prévention, des actions d'accompagnement dans les démarches administratives ou vers le soin, via la médiation avec les professionnel·les de santé, etc. Cette action, menée par une infirmière et en partenariat avec une pluralité de professionnel·les de santé et du médico-social, vise toutes les tranches d'âge. Un diagnostic des conditions de vie et des besoins des gens du



DOSSIER RESSOURCES

DISCRIMINATIONS ET SANTE

voyage, notamment en matière de santé, a mis en avant les conditions d'habitat dans lesquelles vivent de nombreuses familles : non-accès aux éléments sanitaires de base, eau, électricité... qui connaissent de grandes difficultés d'accès aux droits élémentaires (habitat, santé, scolarité, loisirs, etc.).

→ **En savoir plus :** [Inspir'action « Actions de prévention et promotion de la santé pour les gens du voyage // Association Gadjé-Voyageurs 64 »](#)

Discriminations et interprétariat en santé

S'il n'est pas toujours aisé de déterminer le ou les critères de discrimination dans l'accès à la santé et aux soins, les personnes allophones peuvent être discriminées au motif de difficultés de communication. Certain-es professionnel·les n'ont pas recours à l'interprétariat et font alors courir des risques importants à leurs patient·es : mauvaise compréhension du diagnostic, incompréhension des suites à donner à la consultation, etc. Il existe aujourd'hui des partenariats avec des structures d'interprétariat professionnel, mais pas toujours connues des professionnel·les de santé.

Par ailleurs, des difficultés d'inter-compréhension peuvent être invoquées pour justifier un refus de soin à une personne allophone, c'est pourquoi l'enjeu de l'interprétariat en santé est central et le déploiement de partenariats un levier d'action contre d'éventuelles discriminations.

Yasmine Flitti

Directrice administrative et financière du Comede

L'interprétariat professionnel en santé, expérience du Comede et enjeux de financement.

Depuis plus de 30 ans, le Comede expérimente et promeut l'usage et la généralisation de l'interprétariat professionnel dans les secteurs de la santé et du social. Remboursé par la sécurité sociale ou financé dans le cadre des programmes régionaux de santé, il est primordial d'en assurer le financement pérenne pour garantir l'égal accès de toutes et tous à la santé ainsi que la qualité des soins prodigués.

Dès le début des années 1990, une vacation d'interprétariat professionnel a été mise en place au Centre de santé du Comede. L'objectif était de faciliter l'accès à la consultation de personnes allophones, peu ou pas francophones. Partant du constat de terrain que le fait de ne pas parler la langue des personnes accompagnées constituait un obstacle



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

majeur à la relation thérapeutique, cette expérience s'est progressivement étendue pour devenir, au cours des années 2000, l'un des critères centraux de la prise de rendez-vous. Au fil des années, la pratique du Comede a confirmé que le recours à l'interprétariat professionnel garantit l'accès aux soins et leur continuité. Il permet de lutter contre le non-recours, les retards et refus de soins et de lever les incompréhensions attribuées, souvent à tort, à des approches culturalistes de la santé. La formation des interprètes en santé, leur sensibilisation aux domaines de l'exil et à l'accompagnement des personnes en situation de précarité, l'approche déontologique qu'ils adoptent, permettent de construire le lien soignant.e/soigné.e avec le moins d'entraves possible. Cela garantit un espace dans lequel la parole est non seulement entendue, mais également comprise et reconnue, dans un contexte où les procédures administratives et les institutions (assurance maladie, hôpital, préfecture...) sont étrangères. En 2020, plus d'un tiers (35 %) des consultations du centre de santé ont été réalisées en langue étrangère, dont 17 % avec un interprète sur place et 10 % par téléphone (langues rares et/ou non disponibles en « présentiel »). La généralisation du recours à l'interprétariat professionnel dans la diversité des consultations pluridisciplinaires (médical, psychothérapeutique, sociale et juridique, éducation thérapeutique et activités de groupes) se poursuit au sein de l'ensemble des dispositifs à Paris, Marseille, Saint-Étienne, et prochainement Cayenne. Une réflexion est menée depuis quelques années sur l'accessibilité des permanences téléphoniques aux personnes exilées allophones, la langue restant une entrave importante à l'accès à ce dispositif.

Le Comede a rejoint et soutenu en 2017 les partenaires initiateurs et soutiens de la Charte de l'interprétariat médical et social professionnel adoptée en 2012. Il s'agissait d'une part, comme le dispose la charte, de « promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel » afin de lever cet important obstacle à l'accès à la santé. D'autre part, l'objectif était de valoriser l'approche non lucrative des porteurs de l'initiative, acteur·rices historiques de l'interprétariat professionnel, garantissant ainsi le maintien de ce champ d'activité dans une démarche d'intérêt général désintéressée. Fidélité de la traduction, impartialité, distanciation professionnelle, sont quelques-uns des critères dont les professionnel·les de l'interprétariat en santé se dotent pour construire un référentiel qualité et déontologique. L'adoption et la promotion de cette charte importante viennent confirmer notamment que le travail de traduction ne se résume pas à une opération mécanique, les outils numériques faisant aujourd'hui florès. L'interprète professionnel·le en santé concourt à lutter efficacement contre l'exclusion des personnes exilées de la prévention, de la promotion de la santé ainsi que de l'accès aux soins. Près de 10 ans plus tard, l'ensemble de ces problématiques restent d'actualité, et les dispositifs mis en place en deçà des besoins et sous-utilisés par les acteur·rices du médico-social.

En 2016, la « loi de Modernisation de notre système de santé » qui complète le Code de la Santé Publique est adoptée. L'article L. 1110-13 dispose que « 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. » Ainsi, la prise en considération de l'interprétariat professionnel en tant que déterminant de la santé est inscrite dans le cadre légal qui s'applique à l'ensemble des structures de santé en France. La loi et son décret d'application inscrivent l'interprétariat dans le parcours de soins des patient·es et le



DOSSIER RESSOURCES



DISCRIMINATIONS ET SANTE

reconnaissent comme garant de son autonomie, à même de fonder son « consentement libre et éclairé » aux soins. En creux, on peut y lire que le recours à un-e membre de la famille ou de la communauté pour traduire au cours d'une consultation ne sont pas/plus des solutions acceptables (risque de retentissement négatif sur les liens sociaux du/de la patient-e, atteinte à son droit à la confidentialité notamment). La loi prévoit d'ailleurs un référentiel de compétences de l'interprétariat linguistique en santé.

En 2017, le Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) émet un avis, introductif au référentiel de compétences, concernant la formation des acteur-rices et les bonnes pratiques du secteur sur l'interprétariat linguistique. Il y est ainsi précisé que les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) incluent le développement du recours à l'interprétariat professionnel par les structures de santé, l'ancrant ainsi dans les politiques publiques au plus près des territoires de vie des personnes exilées. L'avis précise également que « le Collège considère que le respect des bonnes pratiques énoncées dans ce référentiel nécessitera la reconnaissance et un financement adapté des dispositifs d'interprétariat professionnel ». Enfin, le Collège préconise « la mise en place de procédures nationales harmonisées, simples et rapides pour l'accès à l'interprétariat professionnel ». Ainsi, la question du financement de l'interprétariat en santé est posée.

Dans l'expérience du Comede, la part de l'interprétariat professionnel constitue le second poste de charges, après les frais liés aux salaires et charges de l'équipe soignante. Deux partenaires historiques interviennent dans les activités du Comede : ISM Interprétariat en Île-de-France et Osiris en PACA. Le Comede dans la Loire bénéficie par ailleurs d'un dispositif de financement permettant d'avoir recours à un interprète d'ISM Corum.

La mise en concurrence d'acteur-rices du secteur privé lucratif, installé-es partout en Europe (pour l'interprétariat par téléphone), et d'acteur-rices historiques du secteur issu-es de la société civile (ayant adopté une démarche non lucrative), pose question. Quelle place est donnée au référentiel de la HAS dans cette démarche de mise en concurrence ? Il en va de même pour la Charte de l'interprétariat adoptée par les acteur-rices du secteur, laissant craindre non seulement une potentielle perte de qualité des prestations, mais également la disparition du long processus de maturation d'un secteur ayant abouti à l'élaboration d'un référentiel exigeant. Considérant que l'interprétariat professionnel en santé est un déterminant de l'accès aux soins et à la prévention des publics précaires, la question de l'harmonisation au niveau national de ses modalités de financement est un enjeu central pour garantir la généralisation de son utilisation par les structures de santé. Remboursé par la sécurité sociale ou financé sur les programmes régionaux de santé, il est primordial d'en assurer le financement pérenne pour garantir l'égal accès de toutes et tous à la santé ainsi que la qualité des soins prodigués.

Le Contrat Local de Santé de Bordeaux Métropole comprend une action intitulée « Favoriser l'interprétariat et la médiation en santé ». L'objectif est de rendre visible l'importance du rôle des interprètes, en lien avec les professionnel-les de santé et de renforcer la pratique de



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

L'interprétariat dans les parcours de soin des personnes allophones. Il importe pour cela de saisir les enjeux pratiques, contextuels et financiers de l'interprétariat en santé. L'action s'attache à faire un état des lieux de l'interprétariat en santé sur la métropole bordelaise (identification des acteur·rices) et à imaginer de nouveaux moyens de financement pour son développement. Le coût de l'interprétariat est en effet un frein pour les professionnel·les de santé, tandis que les subventions aux associations offrant ce type de services restent fragiles. Toutefois, d'autres freins, liés à la pratique et à la démarche de certain·es professionnel·les de santé, peuvent aussi être en cause (ne pas vouloir accorder de temps à l'interprétariat, etc.).

➔ **En savoir plus :** [Inspir'action « Favoriser l'interprétariat et la médiation en santé // Bordeaux Métropole »](#)

L'association Migrations Santé Alsace, née en 1975, travaille à la promotion de la santé des personnes migrantes dans une approche de la santé globale (accès aux soins et aux droits, non-discrimination dans les soins, etc.). Elle accompagne toute personne qui a une trajectoire migratoire.

Le cœur de ses activités gravite autour de l'enjeu de la barrière linguistique : comment garantir une égalité de traitement entre les personnes qui parlent français et les autres ? Elles s'articulent essentiellement autour de : l'interprétariat en santé sur le territoire Grand Est ; d'un travail de plaidoyer autour de l'interprétariat ; d'animations collectives en éducation pour la santé (avec des animateur·rices bilingues), qui intègrent la question des discriminations (dans ce cadre, l'association participe à des Ateliers Santé Ville) ; enfin, d'animation de réseaux et de formations autour des discriminations en santé.

➔ **En savoir plus :** [lire l'interview de Émilie Jung, directrice de Migrations Santé Alsace, et Juliette Babin, chargée de mission à Migrations Santé Alsace](#)



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

Partie 3 : Pistes de réflexion

Au regard des contributions que nous avons reçues, nous pouvons esquisser quelques « enseignements » quant à la place des discriminations dans les actions et stratégies de lutte contre les inégalités de santé.

A la lecture des Inspir'actions

Des actions pour faire face aux discriminations

En considérant les différentes actions qui ont été présentées dans ce dossier, on a pu établir une certaine typologie de celles-ci :

- > Des actions tournées essentiellement vers la formation/sensibilisation des professionnel·les, d'agent·es de collectivités et d'élu·es ;
- > d'autres pour changer les pratiques des professionnel·les et prévenir les discriminations ;
- > enfin, des actions pour accompagner dans l'accès aux droits et aux soins des personnes discriminées et ainsi réduire les effets des discriminations sur la santé.

Il s'agit donc avant tout de lutter contre le déni entourant les pratiques discriminatoires en sensibilisant et en apportant des connaissances mais aussi de les « contourner » via l'accompagnement des personnes stigmatisées et discriminées.

Des difficultés à prendre une entrée/un fil rouge « discriminations » dans les dynamiques territoriales de santé

On peut identifier certaines difficultés à traiter « jusqu'au bout » des discriminations :

- > Les discriminations sont plutôt présentes dans les éléments de problématique ou de contexte des différentes actions. Il s'agit avant tout d'un travail de réflexion sur – et d'identification – des discriminations qui peuvent toucher certaines catégories de personnes (gens du voyage, personnes allophones, aux minima sociaux, etc.).



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

- > La place de la lutte contre les discriminations dans les actions menées peut « se perdre » au cours du déploiement de l'action, davantage tournée vers l'éducation à la santé ou la recherche de solutions de contournement de l'obstacle créé par la discrimination (orientation vers un-e médecin non discriminant-e, etc.).
- > Il est moins question d'interpeler, de dénoncer auprès du Défenseur des droits ou des ordres professionnels, que de les contourner.
- > Les discriminations ne sont pas envisagées comme un méta-déterminant pouvant expliquer les inégalités.
- > Finalement, il peut se produire une « dilution » de la LCD dans la lutte contre les inégalités et donc une sorte « d'éclipse » des discriminations en tant que telles.

Pistes de réflexion et perspectives

Si ce Dossier ressources nous enseigne que la question des discriminations est clivante, des perspectives existent pour lutter contre les discriminations et participer ainsi à la réduction des inégalités de santé.

Retour sur un contexte particulier : la place des discriminations en France

- > Il y a une régression forte de la lutte contre les discriminations par rapport à la décennie passée. On préfère aujourd'hui parler de diversité ou d'inclusion. Il existe encore un déni important.

Il s'agit à la fois d'un déni politique et sociétal, notamment de la part de certain-es professionnel·les du soin, quand bien même des données existent (et sont alors contestées). Les effets des discriminations sur la santé restent encore peu connus et documentés.

- > Enfin, il y a une forte tendance à la responsabilisation des individus (pour trouver du travail, une formation, prendre soin d'eux, etc.) plutôt qu'une reconnaissance des phénomènes discriminatoires qu'ils peuvent subir.

Décloisonner la lutte contre les discriminations

Pour faire face aux discriminations, il importe de renforcer et d'élargir le cadre de la lutte contre celles-ci.



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

- > A ce jour, la lutte contre les discriminations est encore trop cantonnée à la politique de la ville.

Mais elle n'occupe pas pour autant une place déterminante quand bien même les habitant-es des QPV les dénoncent (cf. le dernier Manifeste de la coordination Pas Sans Nous⁸⁰). Bien que rendus obligatoires depuis 2015, les Plans de lutte contre les discriminations (PLCD) n'ont pas été signés sur tous les territoires et les moyens qui leur ont été attribués restent marginaux. En outre, les actions de promotion de la laïcité et/ou de lutte contre la radicalité ont pris le pas sur la LCD.

- > Un décloisonnement géographique et politique de la lutte contre les discriminations est nécessaire : la transformation du fonctionnement ordinaire de la société (accès au logement, recrutement, accès aux droits, etc.) et des institutions est en jeu. Il s'agit d'un problème de société beaucoup plus large qui implique l'État, les collectivités, le secteur privé (emploi, logement, etc.), etc.

Comment les dynamiques territoires de santé peuvent-elles se saisir de la LCD ?

La LCD ne peut incomber qu'à un type d'acteur-riche. La tendance à « se reposer » sur les associations notamment est déplorée. Dès lors, quelle place donnée à la LCD dans les politiques publiques ? Comment les collectivités peuvent-elles s'en emparer ?

- > Une des pistes, qui ressort notamment des contributions reçues, est d'engager un travail de reconnaissance, de sensibilisation/formation des élu-es, des agent-es et acteur-rices d'un territoire au sujet des discriminations (et de leurs effets sur la santé). L'enjeu est de développer une culture commune et de la diffuser (qu'est-ce qu'une discrimination, quels sont les critères reconnus, les leviers d'action, etc.).

Cela interroge le caractère obligatoire ou facultatif de ces temps de sensibilisation/formation. Il y en effet le « risque » de ne rassembler que des personnes déjà intéressées et convaincues par les enjeux de la LCD. Or, au regard de l'urgence à prendre en compte les discriminations, il importe de sensibiliser au-delà de ce premier cercle de personnes.

⁸⁰ <https://passansnous.org/wp-content/uploads/2022/03/Manifeste-NOOG-synthe%CC%80se-du-12-mars-3.pdf>



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS ET SANTE

> S'investir dans la LCD requiert également de travailler en transversalité, entre services (les discriminations n'épargnent aucun déterminant de la santé), de se doter d'outils (un Plan de lutte contre les discriminations) et d'inscrire celle-ci dans le temps long. La LCD implique aussi de se doter de moyens financiers et humains à la hauteur des enjeux (par exemple, avoir un-e chargé-e de mission en charge de la LCD).

> Enfin, le renforcement du signalement des discriminations est un enjeu fort.

Les personnes le font très peu quand bien même elles peuvent subir de nombreuses discriminations. Illégales, elles doivent être signalées et dénoncées et les personnes discriminées accompagnées. La question des discriminations gagnera alors sûrement en visibilité.



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

liste des abréviations

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACS	Aide pour une complémentaire santé
ACSÉ	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AD2S	Accès droits santé solidarité
ADEME	Agence de la transition écologique (ex-Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie)
AME	Aide médicale d'État
ANCT	Agence nationale de la cohésion des territoires
ARESVI	Association de recherche et d'étude sur la santé, la ville et les inégalités
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé ville
BRS	Baromètre du renoncement aux soins
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCOMS	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CGET	Commissariat général à l'égalité des territoires
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CODAC	Commission départementale d'accès à la citoyenneté
COPEC	Commission pour la promotion de l'égalité des chances et la citoyenneté
CORA	Comité opérationnel de lutte contre le racisme et l'antisémitisme
CORAH	Comité opérationnel de lutte contre le racisme et l'antisémitisme et la haine anti-LGBT
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
C2S	Complémentaire santé solidaire
DILCRAH	Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme l'antisémitisme et la haine anti-LGBT
EMPP	Équipes mobiles psychiatrie précarité
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
FAS	Fédération des acteurs de la solidarité
FASILD	Fonds d'aide et de soutien à l'intégration et la lutte contre les discriminations
GED	Groupe d'études sur les discriminations
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HAS	Haute autorité de santé
INED	Institut national d'études géographiques
ISTS	Inégalités sociales et territoriales de santé
LCD	Lutte contre les discriminations
LGBTI	Lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexes
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et services
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORIV	Observatoire régional de l'intégration et de la ville
ORS	Observatoire régional de santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PLCD	Plan de lutte contre les discriminations
PMI	Protection maternelle infantile
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PTPD	Plan territorial de prévention des discriminations
PUMA	Protection maladie universelle
QPV	Quartier prioritaire de la politique de la ville
RIMES	Réseau de l'interprétariat médical et social
SAIO	Services intégrés d'accueil et d'orientation
SISM	Semaines d'information sur la santé mentale
TAA	Tarifcation à l'acte à l'hôpital
UDAF	Union départementale des associations familiales



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

bibliographie

Inspir'actions de Fabrique Territoires Santé

[« Accompagnement de personnes éloignées ou en rupture de soins par des agentes de santé / Association Le Pont » \(2021\)](#)

[« Actions de prévention et promotion de la santé pour les gens du voyage / Association Gadjé-Voyageurs 64 » \(2021\)](#)

[« Ambassadeur·rices de santé / Ville de Lille » \(2021\)](#)

[« Améliorer l'accueil des gens du voyage dans les établissements de santé creusois / Centre Social Tsigane, UDAF 23 » \(2021\)](#)

[« Construction d'une démarche locale de prévention des discriminations / Ville de Cherbourg-en-Cotentin » \(2021\)](#)

[« Favoriser l'interprétariat et la médiation en santé / Bordeaux Métropole » \(2021\)](#)

[« Formation RESPAI – Réseau Expérience Soutien Pair-Aidance / Fédération des acteurs de la solidarité Bourgogne-Franche-Comté » \(2021\)](#)

[« Formation URBAN-ISS : urbanisme, santé et inégalités sociales de santé / Plateforme Aaprius et le Réseau des agences d'urbanisme d'Occitanie Coll'Oc » \(2021\)](#)

[« Lab's Discrimination en santé : Réalités en scène / Accès Droits Santé Solidarité \(AD2S\) » \(2021\)](#)

[« L'interprétariat en santé / Comede » \(2021\)](#)

[« Lutte contre la précarité menstruelle et sensibilisation des professionnel·les à la santé sexuelle et reproductive / Planning familial 34 » \(2021\)](#)

[« Prévenir les discriminations et sensibiliser à la lutte contre les discriminations en santé / CLS / CLSM d'Échirolles » \(2021\)](#)

[« Programme "Santé et discriminations" / Ville de Grenoble » \(2021\)](#)

[« Questionner et rétablir la fonction d'accueil et d'écoute des professionnel·les du médico-social pour prévenir les discriminations / Ville de Lyon » \(2021\)](#)

Articles, revues & ouvrages



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

[Acker William, Où sont les « gens du voyage » ? Inventaire critique des aires d'accueil, Éditions du commun, 2021](#)

[Alessandrin Arnaud, Dagorn Johanna, Le rôle de la ville dans la lutte contre les discriminations, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2020](#)

[Bardou Florian, « Il faut former les fonctionnaires à la lutte contre l'homophobie et la transphobie », Libération, 1^{er} septembre 2016](#)

[Beltran Grégory, « La santé mentale des personnes migrantes LGBTI. Inégalités, discriminations, ressources », Working paper n°28 \(ODENORE\), 2020](#)

[Bereni Laure, Jaunait Alexandre, « « Usages de la diversité » », Raisons politiques n°35, 2009](#)

[Bereni Laure, « « Faire de la diversité une richesse pour l'entreprise ». La transformation d'une contrainte juridique en catégorie managériale », Raisons politiques n°35, 2009](#)

[Bereni Laure, « La diversité, ruse ou dévoiement de l'égalité ? », L'Observatoire n°56, 2020](#)

[Blanchard Emmanuel, Rodier Claire, « 'Crise migratoire' : ce que cachent les mots », Plein droits n°111, 2016](#)

[Brinbaum Yaël, Primon Jean-Luc, « Parcours scolaires des descendants d'immigrés et sentiments d'injustice et de discrimination », Économie et statistique n°464-466, 2013](#)

[Brun Solène, Simon Patrick, « L'invisibilité des minorités dans les chiffres du Coronavirus : le détour par la Seine-Saint-Denis », De facto n°19, 2020](#)

[Carde Estelle, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », Santé Publique vol. 17, 2007](#)

[Carde Estelle, « De l'étranger au minoritaire, de la "Métropole" à la Guyane : les discriminations dans l'accès aux soins », Migrations Société n°140, 2012](#)

[Cornu Pauchet Marianne, « Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité », Regards n°53, 2018](#)

[Dhume Fabrice, « Du racisme institutionnel à la discrimination systémique ? Reformuler l'approche critique », Migrations Société n°163, 2016](#)

[Dubet François, Cousin Olivier, Macé Éric, Rui Sandrine, Pourquoi moi ? L'expérience des discriminations, Éditions du Seuil, 2013](#)



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

[Epstein Renaud, entretien réalisé par Alessandrin Arnaud, Dagorn Johanna, Thomas Sylvie, « Discriminations territoriales : interview de Renaud Epstein », *Les cahiers de la LCD* n°12, 2020](#)

[Erving Goffman, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Éditions de minuit, 1975](#)

[Fassin Didier, « L'invention française de la discrimination », *Revue française de science politique* vol. 52, 2002](#)

[Institut convergences migrations, « Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France », *De facto* n°25, 2021](#)

[Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, « Stigmatisation : quel impact sur la santé ? », *La santé de l'homme* n° 419, 2012](#)

[Izambert Caroline, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? », *Agone* n°58, 2016](#)



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

[Izambert Caroline, « Menace sur l'aide médicale d'État », *Plein droit* n°124, 2020](#)

[Iégu Fabienne, « Le fait d'être en situation de handicap multiplie par trois le risque de discrimination au travail », *Le Monde.fr*, 15 novembre 2021](#)

[Kafele Kwasi, « La discrimination raciale et la santé mentale : les communautés racialisées et autochtones », *Commission ontarienne des droits de la personne*, décembre 2004](#)

[Kirszbaum Thomas, « La discrimination positive territoriale : de l'égalité des chances à la mixité urbaine », *Pouvoirs* n° 111, 2004](#)

[Kirszbaum Thomas, « Quand la discrimination territoriale occulte les discriminations ethnoraciales », *Les Cahiers du Développement Social Urbain* n°61, 2015](#)

[Kirszbaum Thomas, entretien réalisé par Johanna Dagorn, Sylvie Thomas, Arnaud Alessandrin, « « Sortir de l'approche individualisante du droit pour combattre les discriminations territoriales » : entretien avec Thomas Kirszbaum », *Les cahiers de la LCD* n°12, 2020](#)

[Knaebel Rachel, « La situation des aires d'accueil pour "gens du voyage" remplit tous les critères du racisme environnemental », *Basta!*, 23 avril 2021](#)

[Lasne Noëlle, « « J'ai dit "je n'ai pas de Sécurité sociale", et il a retiré ses mains » », *Mouvements* n°98, 2019](#)

[Leproust Gilles, « Faire la peau aux discriminations », *Les cahiers de la LCD* n°12, 2020](#)

[Loubières Céline, Caria Aude, Arfeuillère Sophie, « Prendre la parole pour déconstruire les idées reçues sur les troubles psychiques. Le savoir d'expérience pour agir contre la stigmatisation en santé mentale », *L'information psychiatrique* vol. 94, 2018](#)

[Luxembourg Corinne, « Penser l'espace des systèmes de discriminations : pour une lecture spatiale de l'intersectionnalité », *Les cahiers de la LCD* n°12, 2020](#)

[Mariette Audrey, Pitti Laure, « Covid-19 en Seine-Saint-Denis \(1/2\) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé », *Métropolitiques*, 6 juillet 2020](#)

[Mariette Audrey, Pitti Laure, « Covid-19 en Seine-Saint-Denis \(2/2\) : comment le système de santé accroît les inégalités », *Métropolitiques*, 10 juillet 2020](#)



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

[Mariette Audrey, Pitti Laure, « Crise sanitaire en territoires urbains populaires : relégations, discriminations, contestations », *Mouvements* n°5, 2021](#)

[Mazouz Sarah, *La République et ses autres : politiques de l'altérité dans la France des années 2000*, ENS éditions, 2017](#)

[Mohammed Marwan, Talpin Julien, 2018, *Communautarisme ?* PUF, 2008](#)

[Noël Olivier, « Subjectivation des vécus, objectivation juridique des faits. Un dilemme pour l'évaluation des politiques relatives aux discriminations », *Informations sociales* n°148, 2008](#)

[Poux Gilles, entretien réalisé par Arnaud Alessandrin, Johanna Dagorn, Sylvie Thomas, « Entretien avec Gilles Poux, maire de La Courneuve », *Les cahiers de la LCD* n°12, 2020](#)

[Rio Philippe, entretien réalisé par Arnaud Alessandrin, Johanna Dagorn, Sylvie Thomas, « Un élu contre les discriminations territoriales : entretien avec Philippe Rio », *Les cahiers de la LCD* n°12, 2020](#)

[Roelandt Jean-Luc, Caria Aude, Vasseur-Bacle Simon et al., « De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. A propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays », *Psychology, Society, & Education*, vol. 4 n°2, 2012](#)

[Santé Publique France, Interculturalité, médiation, interprétariat et santé, *La Santé en action*, n°442, décembre 2017](#)

[Santé Publique France, « Stigmatisation des minorités sexuelles : un déterminant clef de leur état de santé », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°6-7, 2021](#)

[Sauvegrain Priscille, « 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, 2012](#)

[Talpin Julien, Balazard Hélène, Carrel Marion, Hadj Belgacem Samir, Kaya Sümbül, Purene Anaïk, Roux Guillaume, « Prendre la mesure des conséquences des discriminations », *AOC Média*, lundi 15 février 2021](#)

[Talpin Julien, Balazard Hélène, Carrel Marion, Hadj Belgacem Samir, Kaya Sümbül, Purene Anaïk, Roux Guillaume, *L'épreuve de la discrimination : enquête dans les quartiers populaires*, PUF, 2021](#)

[Vaillant Zoé, Bardes Julia, Rican Stéphane, « De la discrimination positive à la discrimination territoriale : les quartiers en politique de la ville, inégaux face à la santé », *Les cahiers de la LCD* n°12, 2020](#)



DOSSIER RESSOURCES

—
DISCRIMINATIONS
ET SANTE

[Vuillemot Marc, Alessandrin Arnaud, Dagorn Johanna, « Introduction », Les cahiers de la LCD n°12, 2020](#)

[Woehrling Jean-Marie, « Le droit français de la lutte contre les discriminations à la lumière du droit comparé », Informations sociales n°148, 2008](#)

Avis, rapports & études

[AIDES, Rapport Discriminations, 2020](#)

[Beauchemin Cris, Hamel Christelle, Simon Patrick \(coordonnée par\), Trajectoires et Origines : enquête sur la diversité des populations en France, Paris : INED - INSEE, 2016](#)

[Commission nationale consultative des droits de l'homme, Rapport sur les droits des personnes LGBTI en France, 2022](#)

[Cornut-Gentille François, Rodrigue Kokouendo, Rapport d'information sur l'évaluation de l'action de l'État dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis, Assemblée Nationale, 2018](#)

[Défenseur des droits, Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France. Contributions de chercheurs à l'enquête du Défenseur des droits, Tome 1, 2016](#)

[Défenseur des droits, Actes du colloque « Multiplication des critères de discrimination : Enjeux, effets et perspectives », 2018](#)

[Défenseur des droits, Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales, 2019](#)

[Défenseur des droits, Discriminations et origines : l'urgence d'agir, 2020](#)

[Défenseur des droits, La perception des discriminations dans l'emploi, 2020](#)

[Défenseur des droits, Rapport parallèle du défenseur des droits dans le cadre de l'examen du rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la Convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées \(CIDPH\), 2020](#)

[Défenseur des droits, La perception des discriminations dans l'emploi, 2021](#)

[Défenseur des droits, « Gens du voyage » : lever les entraves aux droits, 2021](#)

[Défenseur des droits, Rapport annuel d'activité 2021, 2022](#)

[Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, La discrimination à l'embauche selon le sexe, Rapport d'études n°23, mars 2022](#)



DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE

[Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Refus de droits et traitements injustes. Analyses biographiques, caractéristiques sociales et réactions des personnes discriminées, décembre 2006](#)

[Héran François, Inégalités et discriminations - Pour un usage critique et responsable de l'outil statistique : rapport du Comité pour la mesure de la diversité et l'évaluation des discriminations, 2010](#)

[Institut national d'études démographiques, La première étude sur la mortalité des descendants d'immigrés de deuxième génération en France révèle une importante surmortalité chez les hommes d'origine nord-africaine, 2019](#)

[Institut national de la statistique et des études économiques, Institut national d'études démographiques, « En dix ans, le sentiment de discrimination augmente, porté par les femmes et le motif sexiste », Insee Première n°1911, 2022](#)

[Observatoire des non-recours aux droits et services, Les « effets paradoxaux » de la couverture maladie universelle complémentaire \(CMUC\). Enquête auprès de 101 bénéficiaires du Gard, 2019](#)

[Observatoire des non-recours aux droits et services, Synthèse descriptive des données du Baromètre du Renoncement aux Soins \(BRS\), 2019](#)

[Observatoire des non-recours aux droits et services, Renoncer à se soigner pendant le confinement, 2020](#)

[Observatoire régional de l'intégration et de la ville, Migrations Santé Alsace, Actes du colloque « Discriminations dans le champ de la santé : comprendre, prévenir, agir pour plus d'égalité », 2017](#)

[Ville de La Courneuve, Atlas des inégalités territoriales. A la Courneuve, démonstration d'une discrimination d'État, 2019](#)

Documents ressources

[Ascodocpsy, Inégalités d'accès aux droits et discrimination – SISIM 2021, 2021](#)

[Centre de ressources politique de la ville Bourgogne-Franche-Comté, La lutte contre les discriminations. Journal des acteurs de la ville n°28, 2021](#)

[Centre de ressources politique de la ville Bourgogne-Franche-Comté, L'épreuve des discriminations dans les quartiers prioritaires de la ville en Bourgogne-Franche-Comté, Oxygènes#8, 2021](#)

[Commissariat général à l'égalité des territoires \(CGET\), Prévention et lutte contre les discriminations dans les contrats de ville, 2015](#)



DOSSIER RESSOURCES

—
DISCRIMINATIONS
ET SANTE

[Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT, Plan national de lutte contre le racisme et l'antisémitisme 2018-2020, 2018](#)

[Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT, Plan national d'actions pour l'égalité, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023, 2020](#)

[Département de la Seine-Saint-Denis, Épidémiologie de la tuberculose en Seine-Saint-Denis, 2013-2015, 2020](#)

[Département de la Seine-Saint-Denis, Outils et analyse partagés avec les acteurs de terrain pour comprendre des cas groupés de tuberculose à l'échelle micro-locale, 2020](#)

[Département de la Seine-Saint-Denis, Baromètre des discriminations en Seine-Saint-Denis, 2020](#)

[Mairie de Toulouse, Plan d'action de prévention et de lutte contre les discriminations, le racisme, l'antisémitisme, la haine anti-LGBT et pour la promotion du vivre-ensemble \(2018-2020\), 2018](#)

[Migrations santé alsace, Discriminations dans le champ de la santé : de quoi parle-t-on ?, 2015](#)

[Pas sans nous, Manifeste. Nos quartiers ont de la gueule, 2022](#)

[Réseau ressources pour l'égalité des chances et l'intégration, Bibliographie Discriminations et santé, 2020](#)

Vidéos & podcasts

[« Baba », Extimité, 1h12min, 2019](#)

[« Le coût mental du racisme », Kiffe ta race, 37min, 2019](#)

[« Symposium international. La fabrique des inégalités sociales de santé passée au crible de toutes les sciences sociales », IFERISS, 2020](#)

Outils & guides

[ATD Quart Monde, Le croisement des savoirs et des pratiques, 2008](#)

[Cherbourg-en-Cotentin, Fondation Bon Sauveur, Fresque Discrimination et santé mentale, Semaines d'information sur la santé mentale, 2020](#)

[Les Zégaux, La discrimachine, 2022](#)

[Migrations Santé Alsace, Vers plus d'égalité en santé. Guide de prévention et de lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé, 2019](#)



[Observatoire régional de l'intégration et de la ville, Migrations Santé Alsace, Discriminations dans le champ de la santé. Les repérer et les prévenir tout au long du parcours de soins, 2016](#)

[Psycom, Le GPS Anti-Stigma, 2021](#)

DOSSIER RESSOURCES

—

DISCRIMINATIONS
ET SANTE



Fabrique Territoires Santé, nouveau nom de la Plateforme nationale de ressources ASV s'adresse aujourd'hui à l'ensemble des démarches territorialisées de santé (ASV, CSL, CLSM, etc.) et aux porteur·ses de ces dynamiques dans les territoires concerné·es par la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment sur les territoires politique de la ville. La capitalisation, l'information et la veille documentaire, l'organisation de rencontres et de temps de qualification des acteur·rices sont les outils qui lui permettent de mener à bien ses missions. Fabrique Territoires Santé est une association loi 1901, financée principalement par l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) et la Direction générale de la santé.

Dossiers Ressources

-

Depuis 2014, Fabrique Territoires Santé capitalise les dynamiques territoriales, outils, méthodes et actions développés localement pour réduire les inégalités de santé.

La capitalisation vise à valoriser les acquis des expériences locales, les diffuser et identifier des bonnes pratiques.

Après une capitalisation consacrée aux Ateliers santé ville, les *Dossiers Ressources* proposent une approche par thématique.