

INTERVENTION ISM CORUM
Journée GRCS 19 novembre 2020

« **Les centres sociaux dans un environnement en changement : quels enjeux, quelles conséquences dans leur offre de soins ?** »

***Les discriminations d'accès aux soins :
De quoi parle-t-on ? Qui est touché ? Pourquoi c'est un
enjeu pour les centres de santé ?***

1- Introduction présentation

Tout d'abord bonjour à toutes et à tous,

Avant tout je commencerai par vous remercier de me donner la parole ici dans le cadre de votre journée annuelle, vous c'est-à-dire :

- Le Groupement régional des centres de santé Auvergne/Rhône-Alpes et notamment son CA qui a accepté qu'une place soit faite durant cette matinée à la question des discriminations
- Les partenaires qui soutiennent cette journée
- Et bien entendu vous toutes et tous qui venez participer en visio à ce temps d'échanges; Je continuerai en vous indiquant d'où je parle.

Je me présente Annick MARNAS responsable d'étude et de formation pour ISM CORUM.

ISM CORUM, association créée il y a 40 ans, (1978) que certaines et certains d'entre vous connaissent peut-être notamment à travers son service d'interprétariat traduction. La création de ce service visait à réduire la barrière que peut constituer la langue dans les rapports aux services publics pour les populations migrantes par exemple.

En 1992, l'association s'est dotée, d'un service étude et formation orienté vers une meilleure connaissance des populations étrangères et migrantes, des difficultés rencontrées sur le territoire, des questions de migration, d'interculturalité, des difficultés rencontrées dans l'insertion professionnelle, le logement, la santé.

A la fin des années 90, début des années 2000 qui ont vu l'émergence du droit antidiscriminatoire communautaire, dans la continuité des préoccupations qui étaient les siennes jusqu'alors, le service étude et formation s'est proposé de réfléchir à partir du paradigme de la discrimination, aux freins auxquelles les populations notamment migrantes ou d'origine étrangère peuvent être confrontées.

Le service étude-formation a le souci de faire partager sa préoccupation de prévention des discriminations et de promotion de l'égalité de traitement à travers ses différents types d'expertise :

- Des diagnostics sur les risques discriminatoires sur un territoire ou dans une organisation,
- Des accompagnements pour améliorer les pratiques et structurer une politique de lutte contre les discriminations,
- Des évaluations d'actions engagées,
- Des sensibilisations, formations, interventions formatives visant à mieux comprendre les différents enjeux auxquels la question des discriminations renvoie.

Si le domaine de l'emploi, comme dans les politiques publiques, a d'abord retenu notre attention progressivement ISM CORUM s'est intéressée de manière plus large à la discrimination dans le domaine du logement, celui de l'éducation puis celui de la santé, qui est le domaine qui est au coeur de votre réflexion ici.

Cela a conduit ISM CORUM à piloter avec Migrations Santé Alsace, une journée régionale en décembre 2019 intitulée « Prévenir les discriminations pour plus d'égalité en santé » dont le comité d'organisation régional a notamment mobilisé le Groupement régional des centres de santé. Cette journée a pu se tenir Avec le soutien financier du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET) et de la DRDJSCS AURA.

Il nous a semblé important dans le cadre de la journée d'aujourd'hui que vous consacrez à l'évolution du système de soins et des politiques de santé et leurs conséquences sur l'offre de soins, (cf notamment le programme de la journée où la préoccupation de l'offre et de sa structure est centrale) d'attirer aussi l'attention sur le **non accès à cette offre** que constituent les discriminations.

Aborder la question des discriminations c'est permettre de réfléchir **aux conditions de l'égalité dans l'accès à la santé, aux modalités d'accès et de qualité de soins** pour toutes et tous.

2- La santé, un droit fondamental, des obligations pour les professionnel·les

La santé est un droit fondamental comme le rappelle un des principes de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » (Charte de l'OMS)

Garantir le droit à la santé doit faire partie des préoccupations des professionnel·les intervenant dans le champ de la santé et est inscrit dans le code de déontologie.

Le médecin doit garantir l'accès aux soins

Code de déontologie médicale : **Article 6 (article R.4127-6 du code de la santé publique)**

Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

Il doit également la même qualité de service

Article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique)

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

On retrouve ce devoir d'écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience, d'apporter son concours en toutes circonstances et de ne pas se départir d'une attitude correcte et attentive dans le code de déontologie des infirmiers, des kinés ...

Par ailleurs, le code de santé publique inscrit un devoir de continuité de soins

Devoirs envers les patients : devoir de continuité de soins

Article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique)

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

On note là au passage que si le refus de soins peut être envisagé, ce n'est qu'à la condition de passer le relai à un autre professionnel.

Si donc ce droit fondamental doit être accessible quels que soient *leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard*, dans la réalité des pratiques pourtant, des patient-es font état de difficultés qu'il.elles ont pu rencontrer dans leur accès aux soins ou dans la qualité de la prise en charge qui a été la leur, qui renvoient à ce que l'on peut qualifier de discriminations.

3- Parler des discriminations

3.1. Les résistances

Très souvent, évoquer la question des discriminations est difficile et fait surgir des résistances à l'idée de leur existence.

Nous constatons qu'on cherche parfois à évacuer la question par exemple en renvoyant au sens étymologique du mot (*discriminare*) faire des distinctions, faire des différences, en disant qu'on est bien obligé de faire des différences et qu'en ce sens on discrimine du matin au soir et que donc on ne voit pas en quoi c'est un problème.

Parfois c'est en réduisant la discrimination à une intentionnalité (une malveillance) dont la déontologie professionnelle (qu'on vient de rappeler) semblerait par définition prémunir.

Pourtant les discriminations ne résultent pas forcément d'intentions malveillantes, et personne n'est à l'abri d'en produire.

3.2. Alors de quoi parle-t-on quand on parle de discrimination ?

Par convention (droit) on s'interdit d'avoir des pratiques contraires au principe politique qu'on s'est donné pour organiser notre société (principe d'égalité).

Le droit va nous donner la limite qui fait qu'on passe d'une logique discriminante (distinction à partir de critères) à une logique discriminatoire, une pratique non autorisée.

Plus précisément, regardons ce que ne nous dit le droit en nous référant au code pénal

Article 225-1 du code pénal

Modifié par LOI n°2016-1547 du 18 novembre 2016 - art. 86

Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs moeurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée.

La discrimination au sens normatif donné par le droit, renvoie à traiter inégalement.

La distinction ainsi produite à un effet sur les personnes, c'est un acte, pas seulement une opinion ou une pensée

Au sens juridique : il faut donc plusieurs ingrédients pour qualifier une discrimination :

- une dimension matérielle (c'est un acte, une procédure)
- basée sur un des critères prohibés (critères considérés comme illégitimes et listés comme illégaux)
- produisant une rupture d'égalité entre des personnes ou des groupes
- dans un domaine encadré par la loi (cf accès aux biens et services : duquel relève la santé)

On voit bien ici que ce n'est pas l'intentionnalité (le fait d'avoir produit consciemment ou pas une différence de traitement) qui définit la discrimination mais bien les effets sur les personnes, les conséquences.

On peut d'ailleurs attirer l'attention sur le fait que la bonne intention, qui se donne comme but de « protéger la personne » peut tout à fait conduire à « ne pas donner accès à », donc à lui refuser un droit, à la discriminer.

Si pour repérer une situation discriminatoire il n'est nécessaire de chercher une intentionnalité, par contre, cette question de l'intentionnalité, on va la retrouver comme la condition d'accès à une juridiction pénale.

Le code de santé publique interdit explicitement la discrimination

Article L1110-3 du code de la santé publique

Modifié par LOI n°2018-1203 du 22 décembre 2018 - art. 52 (V)

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. [...] Art 225-1-1 renvoie au fait d'avoir subi ou refusé de subir des faits de harcèlement sexuel

Refuser un soin pour un motif renvoyant à un critère prohibé par le code pénal est interdit.

4- Discrimination et centres de santé

4.1. Une vigilance intrinsèque ?

Aborder cette question de la discrimination dans l'accès aux soins prend sans doute une coloration particulière pour les centres de santé puisqu'ils sont créés (en 2002) dans une préoccupation d'égalité d'accès aux soins, pour renforcer l'accès aux soins de premiers recours.

Dans le souci de réduire les inégalités d'accès dûes à des conditions de ressources économiques, les centres doivent appliquer des tarifs conventionnés et le tiers payant.

Les difficultés pouvant également relever d'une distance des patients par rapports aux lieux de soins (distance géographique mais aussi distance dans la capacité à mobiliser les ressources médicales), les centres de santé s'implantent au plus près des populations les plus en difficultés (QPV, déserts médicaux).

En accueillant les populations les plus en risque de rencontrer des freins dans l'accès aux soins (barrière de la langue, précarité sociale, populations stigmatisées...), les centres de santé peuvent être interpellés par la problématique discriminatoire à travers leur patientèle qui a pu subir des situations discriminatoires (dont certaines peut-être dans le domaine de la santé d'ailleurs).

On peut penser aux refus de soins et par exemple au cas assez évident du refus d'un.e professionnel.le de donner un rendez-vous à une personne bénéficiaire CMU (quelles que soient les motivations de ce.cet.te professionnel.le : représentation stigmatisante, crainte économique, éviter une gestion plus lourde).

Cela peut aussi être des modalités d'accueil moins qualitatives, ou de différence d'appréciation de l'urgence de la situation entâchée par les représentations négatives associées à certaines populations...

Il faut avoir en tête que certain.es patient.es se retrouvent en situation de perte de chances par leur propre refus de consulter qui a été engendré par une succession de situations stigmatisantes vécues lors de consultations précédentes (exemple du surpoids auquel on est ramené dans une consultation pour tout autre chose, l'insistance sur la contraception auprès de femmes lesbiennes ...)

Travailler la question des discriminations permet aussi aux professionnel·les des centres d'interroger leurs propres pratiques.

En effet, si leurs missions les amènent à recevoir des publics dont les différentes « fragilités » pourraient les éloigner du soin, pour autant, les centres ne doivent pas réserver leur offre de soins à une patientèle ciblée et se doivent de veiller à ne pas exclure de patient·es.

Le dernier alinéa de l'article L. 6323-1 le rappelle « *les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant.* »

Mais au-delà de cette vigilance à avoir, c'est aussi se demander si la même décision aurait été prise (par exemple dans le cas d'une orientation vers un·e spécialiste) pour une autre personne dans la même situation mais n'ayant pas la même caractéristique. Des études sociologiques montrent par exemple des différences dans le type de contraception proposé selon l'origine des femmes. On observe que l'on serait plus enclin à poser des implants à des femmes africaines car elles seraient moins observantes, et cela sans négociation ou discussion avec la patiente.

Se poser cette question nous renvoie à interroger les schémas mentaux qui organisent nos pratiques et découlent des rapports sociaux dans lesquels nous sommes pris.

4.2. Pourquoi s'intéresser à la problématique des discriminations ?

Pour prévenir les multiples conséquences négatives que les discriminations engendrent.

- **pour les patient·es**, par l'impact sur la santé (perte de chances, rupture de parcours de soins, non accès) et elle constitue donc un enjeu de santé publique.
(connaissance du défenseur des droits ?)

- **pour les professionnel·les**, par les difficultés à exercer leur métier, des tensions entre les principes déontologiques et les réalités de terrain, se sentir pris·es dans des injonctions contradictoires.

- **pour la société**, en mettant à mal le principe d'égalité, en fragilisant la confiance des citoyen·nes en l'Etat de droit, en reproduisant voire en accroissant les inégalités sociales.

Identifier les mécanismes discriminatoires permet de mieux comprendre et prendre en charge les patient·es reçu·es et permet aussi d'interroger, collectivement, plus globalement le système de santé et la charge que les pratiques discriminatoires de certain·es professionnel·les font porter aux autres professionnels qui se conforment à la loi en accueillant tous les patients sans distinction.

Que penser par exemple de la situation d'un·e dentiste qui reçoit des demandes de la part de parents parce que des confrères/consoeurs refusent de soigner les enfants ? La tentation peut-être d'accepter les enfants à conditions que l'adulte choisisse aussi ce cabinet pour ses soins.

Les enjeux que les centres de santé peuvent avoir à s'approprier le paradigme anti discriminatoire peuvent donc être de :

- **faire de la question des discriminations un levier pour interroger les pratiques professionnelles**, interroger la structure et son fonctionnement mais aussi le système dans lequel on intervient, pour mieux repérer ce sur quoi on pourrait agir pour faire évoluer dans le sens de plus d'égalité en santé, à différents niveaux (informations des patients, formation des managers de proximité, des professionnels ?)

- **de s'armer pour répondre aux travers auxquels nous renvoie le système**, il faut comprendre les mécanismes discriminatoires ainsi que maîtriser les recours possibles (notamment pour les gestionnaires ou directions)

- **de retravailler les cadres mentaux** avec lesquels on pense les cadres d'intervention, de travail, pour agir sur la justice sociale, en développant collectivement du pouvoir d'agir.

Je vous propose de nous retrouver tout à l'heure dans le cadre d'un atelier pour échanger sur la manière dont cette question de la discrimination dans l'accès aux soins vous parle, vous interroge, raisonne en tant que gestionnaires ou professionnel·les intervenant en centre de santé, et concrètement à quelles situations vous pouvez vous heurter mais aussi les actions que vous menez.

Ce sera aussi l'occasion d'identifier avec vous les modalités les plus pertinentes pour une formation-action visant à poursuivre cette réflexion qui peut vous être proposée par le GRCS et ISM CORUM avec le soutien de la DRDJSCS.