

Les  
*Après-midi*  
de Profession Banlieue

SANTÉ &  
SANTÉ &  
DISCRIMINATIONS,  
DISCRIMI-  
NATIONS  
EN SANTÉ

## SYNTHÈSE RÉALISÉE À PARTIR DE L'INTERVENTION À TROIS VOIX DE :

**Laure Pitti**, maîtresse de conférences en sociologie à l'université Paris 8, membre du Centre de Recherches Sociologiques et Politiques de Paris (Cresppa) et co-coordinatrice du thème « Santé : espace, environnements, inégalités » à la Maison des Sciences de l'Homme - Paris Nord,

**Benjamin Cohadon**, coordinateur du centre de santé « Le Village 2 Santé », à Échirolles (Isère),

**Clémence Duver**, coordinatrice médico-sociale et accueillante au sein de ce centre de santé.

**Matinée organisée le 2 février 2023 par Elsa Micouraud, Profession Banlieue.**

### À PROPOS DE L'ÉCRITURE INCLUSIVE

Par nature sensible à la question de l'inclusion, Profession Banlieue a pour principe d'utiliser l'écriture inclusive dans ses publications... en veillant à ce que cela n'en rende pas la lecture trop complexe ni ne dénature les propos des intervenant-e-s.

Ainsi, dans les séquences restituées sous forme de témoignages, par souci de cohérence avec leur tonalité orale, nous avons pris le parti de ne pas employer l'écriture inclusive.

## Intro.

En juin 2022, Profession Banlieue avait organisé une première rencontre avec Laure Pitti et Audrey Mariette – toutes deux maîtresses de conférences à l'université Paris 8, respectivement en sociologie et en science politique – sur le thème « Que fait la ville à la santé ? Ségrégations et inégalités sociales de santé en territoires populaires ».

Cet événement a fait l'objet d'un podcast (à retrouver sur le site de Profession Banlieue).

Si les liens entre inégalités sociales et santé sont aujourd'hui bien identifiés, ceux entre discriminations et santé restent encore largement ignorés et peu débattus. Pourtant, les discriminations vécues au quotidien impactent bel et bien la santé physique et mentale des personnes concernées ; plusieurs études récentes montrent même que les discriminations subies par les personnes racisées ont un effet délétère sur leur espérance de vie.

Depuis la crise sanitaire de 2020, une certaine prise de conscience s'est opérée, à la fois quant aux enjeux de santé et quant à ceux de la lutte contre les discriminations. Ce sont des sujets dont les politiques publiques devraient se saisir, a fortiori en cette année 2023, dans le cadre de la nouvelle contractualisation de la politique de la ville pour 2024-2030 (Engagements Quartiers 2030) et le « Projet régional de santé 3 » (PRS3) pour la période 2023-2028.

C'est dans ce contexte que pour organiser cette matinée, nous avons invité **Laure Pitti**, maîtresse de conférences en sociologie à l'université Paris 8, qui a croisé son expertise et son point de vue avec ceux de **Benjamin Cohadon**, coordinateur du centre de santé « Le Village 2 santé », à Échirolles, et de **Clémence Duver**, coordinatrice médico-sociale et accueillante au sein de cette structure.

Nous vous proposons une restitution-adaptation écrite de leur intervention « à trois voix ».



# 1.

## DISCRIMINATIONS : DE QUOI PARLE-T-ON PRÉCISÉMENT ?

**Laure Pitti :** Comme on le lit notamment sur le site du Défenseur des droits, **les discriminations sont définies juridiquement comme un « traitement défavorable »** qui doit généralement remplir deux conditions :

- 1] être fondé sur un critère défini par la loi. On en compte actuellement 25 (âge, sexe, origine, appartenance ou non à une religion, ethnie réelle ou supposée, orientation sexuelle, identité de genre, opinion politique, situation de famille, domiciliation bancaire...). Il faut signaler que cette liste « officielle » de critères s'est allongée au fur et à mesure des expériences de discriminations et des façons dont celles et ceux qui en ont été victimes les ont vécues et les relatent.
- 2] relever d'une situation visée par la loi : l'accès à un emploi, à un service, au logement, etc.

Mais ce n'est là que la partie émergée de l'iceberg. Car il faut savoir qu'en droit, il y a des résistances aux discriminations. Même lorsqu'on entre dans les critères, **le processus juridique de reconnaissance de la discrimination s'avère, dans les faits, très difficile** ; les magistrats français ne sont pas très habitués à travailler avec les cadres juridiques propres à la lutte contre les discriminations, ni à penser des discriminations souvent multifactorielles. Ils le sont toutefois un peu plus au civil qu'en droit administratif, notamment ; c'est ainsi que des procès intentés par des personnes victimes de discriminations contre des acteurs privés – une banque, une entreprise... – ont été gagnés, alors que ceux intentés contre l'administration ou des institutions publiques ne l'ont pas été.

Plus largement, si l'on sort de la seule perspective juridique, on peut définir une discrimination comme une **différence de traitement qui est illégitime, perçue comme telle, et arbitraire**. Il est donc très important de prendre en compte ce que les personnes discriminées vivent et perçoivent comme étant des discriminations. Et là, on entre dans quelque chose de plus « épais », de plus complexe que le droit, car ces perceptions ne vont pas forcément entrer « dans les cases » du droit.

**Clémence Duver :** L'anthropologue, sociologue et médecin Didier Fassin<sup>1</sup> définit la discrimination comme « un traitement inégal fondé sur l'application d'un critère illégitime ». Or qui dit « application » ne dit pas forcément que c'est volontaire. Cela peut se faire de manière inconsciente et représenter des enjeux différents, tout en n'étant pas moins problématiques.

Reste que la discrimination est vécue par les personnes discriminées, d'un point de vue subjectif, comme un ensemble d'agressions ou de « micro-agressions ». Et cela – nous le constatons au Village 2 Santé – entraîne un état de vigilance perpétuelle : non seulement on se sent discriminé, mais on s'attend toujours, potentiellement, à l'être, ce qui a aussi des effets extrêmement délétères sur la santé mentale et physique des personnes.

De plus, à propos des critères, il nous semble important de préciser que cette logique visibilise et permet de nommer certaines choses, mais avec une limite : elle ne prend pas en compte la complexité du vécu quotidien. Ainsi, parfois, en utilisant ces critères, on perd en finesse dans l'analyse de ce que vivent les personnes, et cela impacte les possibilités d'actions.

C'est pourquoi nous voulions aussi introduire une notion sociologique et juridique qui peut faire peur et est extrêmement discutée, mais qui nous semble primordiale : **l'intersectionnalité**. Ce terme a été utilisé pour la première fois, à la toute fin des années 1980, par la juriste américaine Kimberlé Williams Crenshaw. Celle-ci pointait le fait que l'on ne peut pas toujours définir précisément de quelle(s) discrimination(s) une personne est victime, au sens où elle peut en vivre plusieurs qui, en se superposant, interagissent et se transforment. Dans le cas d'une femme noire (qui est l'exemple le plus utilisé), potentiellement discriminée du fait de son genre et de sa couleur de peau, l'injonction juridique à choisir un critère ne permettra pas de coller à la réalité.

1. Didier Fassin est professeur à l'Institut for Advanced Study de Princeton et au Collège de France.

## 2. COMMENT, AUJOURD'HUI, EST- ON MALADE DES DISCRIMINATIONS ?

### DANS LES PARCOURS DE SOIN

#### > Quand l'accès aux soins est tout simplement refusé

**Laure Pitti :** Le premier exemple qui vient à l'esprit, à propos du refus de soins, c'est effectivement le cas des **patients CMU<sup>2</sup> ou AME<sup>3</sup>**. La problématique est très documentée.

Une étude<sup>4</sup> a notamment été menée, en 2019, pour le compte du Défenseur des droits et du fonds CMU-C, sur les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique. Et dans cette étude, on retrouve un enjeu, pointé par Clémence à propos du vécu des « micro-agressions » (dont on peut d'ailleurs se demander si elles sont si « micro » que cela...), qui tient donc à deux principaux facteurs de discrimination : l'origine et la vulnérabilité économique. Les auteurs de l'étude ont démontré que dans les faits, ce n'est pas seulement « 1 + 1 = 2 » ; cela produit des effets cumulés qui s'avèrent plus forts que s'il y avait seulement l'origine d'un côté et la vulnérabilité de l'autre.

Les auteurs de l'étude ont travaillé sur l'accès aux soins dans trois spécialités médicales : les chirurgiens-dentistes, les gynécologues et les psychiatres. Il faut signaler que ces trois spécialités sont inégalement sujettes à des problèmes liés à la démographie médicale et aux réformes des soins ; comme on le sait, la psychiatrie est aujourd'hui dans une situation dramatique sur le plan de l'offre de soins ; les chirurgiens-dentistes étant souvent aux avant-postes lorsqu'il s'agit d'ouvrir des centres de santé dits « low cost » dans lesquels les patients sont souvent sélectionnés en fonction de la rentabilité des soins à leur prodiguer et dans lesquels aussi, parfois, on les refuse.

Sur ces trois spécialités, les chercheurs ont montré que le critère de l'origine était appréhendé à partir de la consonance du patronyme, et celui de

la vulnérabilité économique selon que la personne bénéficiait ou non de ce qui était, à l'époque, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Dans le cadre de l'étude, un testing a été effectué auprès de 1500 cabinets médicaux répartis sur tout le territoire national, à partir de trois profils de patientes fictives. Les résultats ont mis en évidence une forte discrimination selon la vulnérabilité économique et ce, dans les trois spécialités testées : cette vulnérabilité donne lieu à des refus de soins explicites et directs chez 9 % des dentistes, chez 11 % des gynécologues et chez 15 % des psychiatres.

Il y a une différence notable en matière de taux d'obtention des rendez-vous, ce qui caractérise le refus de soins discriminatoire.

Souvent, le refus de soins est donc direct : des praticiens expliquent ouvertement qu'ils ne prennent pas de patients CMU. Mais il peut aussi, parfois, se faire sur la base d'une argumentation plus insidieuse, les personnes qui sont à l'origine du geste discriminatoire pouvant même ne pas en avoir conscience. Notamment, par exemple, lorsqu'on explique ne pas prendre de nouveaux patients, ce qu'ont répondu 20 % des praticiens testés. Or quand on s'exprime avec difficulté ou que l'on a moins l'habitude d'insister, on franchit moins facilement cet écueil. 12 % des praticiens testés déclarent même ne pas connaître les mécanismes de couverture sociale, tandis que 9 % disent ne plus avoir de place. Il ne s'agit donc pas de discriminations exprimées de manière frontale (pas de refus directs liés à l'origine ou à la vulnérabilité), mais cela aboutit au même résultat : pas d'accès aux soins.

**Benjamin Cohadon :** je souhaite compléter ce que vient d'expliquer Laure en évoquant **deux exemples d'usagères** que nous avons accompagnées.

D'abord, celui d'une personne qui était à l'époque à la CMU et que nous avons aidée à prendre rendez-vous chez une pédopsychiatre pour son enfant. Elle s'est rendue trois fois chez cette pédopsychiatre, et après le troisième rendez-vous, elle est revenue nous voir en nous faisant part de son étonnement. « *Vous ne m'aviez pas dit que je devrais payer en plus... Je suis à la CMU...* », nous a-t-elle expliqué. Nous avons alors compris que la pédopsychiatre lui demandait un chèque de 30 euros pour chaque consultation. Avec son médecin, nous avons donc adressé un long courrier à cette pédopsychiatre

2. Couverture maladie universelle, devenue Protection universelle maladie (Puma).

3. Aide médicale de l'État.

4. Étude menée par Sylvain Chareyron, Yannick L'horty et Pascale Petit, du laboratoire ERUDITE des universités Paris-Est Marne-la-Vallée et Paris-Est Créteil.



pour lui expliquer qu'elle n'avait pas le droit de réclamer cette somme. Mais malgré cela, lors du rendez-vous suivant, la pédopsychiatre a tenu à la maman le discours suivant : « *C'est comme ça, et pas autrement. Vous voyez que ça se passe bien entre votre fils et moi? Vous êtes une bonne maman? Si vous voulez que votre fils soit bien soigné, ça se passera comme ça. Et sinon, il y a des lieux pour des gens comme vous.* » Effectivement, il existe des CMP<sup>5</sup> pour enfants, avec deux ans d'attente... Nous avons adressé un courrier à l'Ordre des médecins, la maman ne voulant pas porter plainte en son nom. Et l'Ordre des médecins a fini par nous répondre que la pédopsychiatre avait le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires puisque les soins n'étaient « *ni urgents ni vitaux* », ce qui est totalement faux : nous avons transmis cette réponse à France Assos Santé<sup>6</sup>, qui nous a confirmé qu'en droit, la notion de « *soins urgents et vitaux* » n'existe pas. Reste qu'il ne s'est rien passé pour cette pédopsychiatre...

Autre exemple : celui d'une dame qui a vécu une chirurgie bariatrique (ou chirurgie de l'obésité), et qui, au cours des années suivantes, a droit à toute une série d'interventions, remboursées par la sécurité sociale, en suivi de cette chirurgie, notamment une liposuction des bras pour laquelle cette dame est donc allée voir un chirurgien. Pendant une demi-heure, celui-ci lui a expliqué comment tout allait bien se passer, comment la dame serait magnifique après cette liposuction, etc. Mais après avoir pris sa Carte Vitale et l'avoir introduite dans le terminal, il l'en a retirée et a dit à la dame : « *je suis désolé, je sais que je n'ai pas le droit, mais vous êtes à la CMU et je ne pourrai pas faire de dépassement d'honoraires, donc je ne vous opérerais pas.* » Après nous en avoir parlé, la dame a bien voulu attaquer. Je l'ai donc accompagnée dans une démarche de conciliation. Nous nous sommes ainsi retrouvés autour d'une table avec des représentants de l'Ordre des médecins et de l'Assurance maladie, et bien sûr avec le chirurgien en question et la dame. Et pendant une demi-heure, celle-ci a expliqué que le chirurgien n'avait pas voulu l'opérer parce qu'elle était à la CMU, ce que le chirurgien a tout simplement nié. La dame a quand même pu lui répondre : « *tout le monde sait que je ne mens pas, sinon, pourquoi aurais-je fait la démarche qui nous a amenés à être ici aujourd'hui avec l'Ordre des médecins et l'Assurance maladie? Au revoir Monsieur.* »

### > Quand la prise en charge est de moindre qualité

**Benjamin Cohadon :** Ces discriminations ont aussi des effets directs quand elles investissent plus largement, **au-delà du refus de soins administratif, le champ de la santé et du soin**. Car elles vont affecter beaucoup de choses : les services de soins et de santé auxquels on accède ou pas, mais aussi des différences en termes de délais d'attente, de qualité des soins et de compétence des praticiens qui vont examiner et soigner, sans parler des différences de communication et de compréhension du fait des problèmes de langue (nous avons attaqué une clinique parce qu'une personne qui était en chimiothérapie depuis six mois ne savait même pas qu'elle avait un cancer...). À ce propos, il convient de noter que la langue, c'est aussi le jargon médical, et il faut signaler également un autre paramètre : la patience dont va faire preuve – ou pas – le médecin pour se faire comprendre. Plusieurs études mettent en évidence que plus grand est l'écart de catégories sociales entre le médecin et le patient, moins ce dernier comprend ce qu'il se passe. Et que quand les catégories sociales sont proches, le médecin tend à faire beaucoup plus attention à ce que le patient comprenne bien...

Nous avons beaucoup de cas vécus qui illustrent le problème des prises en charge différentes et des diagnostics différents. On mentionne souvent, entre autres, l'exemple marquant qu'est est le « **syndrome méditerranéen** », même si le problème va bien au-delà. L'idée, c'est que les personnes qui vivent sur le pourtour de la Méditerranée auraient beaucoup plus tendance à verbaliser qu'elles ont mal ; ou autrement dit, qu'elles seraient beaucoup plus douillettes et promptes à exprimer leur douleur, quitte à l'exagérer. Ce qui signifierait qu'il faudrait moins écouter ces personnes, par exemple lorsqu'elles réclament un traitement antidouleur. Je peux confirmer, notamment pour avoir suivi des études médicales, que l'on fait souvent référence à ce stéréotype racial dans le milieu hospitalier, au sein des staffs et très loin des oreilles des patients. On retrouve même le terme de « syndrome méditerranéen » dans certains dossiers.

**Laure Pitti :** Dans le même ordre d'idées, celui d'un biais cognitif pouvant entraîner une différence de prise en charge, donc une perte de chances, on a vu apparaître une nouvelle formulation, dite de la « **bobologie** », qui s'applique en particulier aux populations roms. Comme l'a notamment

5. Centres médicaux-psychologiques.

6. France Assos Santé est le nom choisi par l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé afin de faire connaître son action comme organisation de référence pour représenter les patients et les usagers du système de santé et défendre leurs intérêts.

documenté Dorothée Prudhomme<sup>7</sup>, qui a fait tout un travail d'observation dans les services d'urgence, les populations roms sont moins bien prises en charge parce qu'elles auraient, selon les médecins, une forme d'expression exagérée de leurs symptômes. Avec, au passage, toute la dimension très infantilisante que recouvre la notion de « bobos »...

Autre exemple que nous tenions à présenter : celui de **la psychologisation de la souffrance des femmes**, qui est aussi un biais cognitif dont les effets directs, quand ils sont mesurés, s'avèrent à l'évidence gravissimes, notamment sur la question des accidents cardiaques. Ce que l'on voit, notamment dans un certain nombre d'études canadiennes – et le sujet a aussi fait l'objet d'un documentaire<sup>8</sup> diffusé par France 5 –, c'est que les femmes sont statistiquement moins susceptibles que les hommes de subir un accident cardiaque (en raison de facteurs liés à l'alimentation, à la fatigue ou encore à la profession et ce, dans un fonctionnement sexué du marché du travail...), mais que lorsqu'elles en subissent un, elles en meurent davantage. Pourquoi ? Parce que comme l'ont montré les chercheurs canadiens, à symptômes équivalents, les urgentistes tendent davantage à redouter un accident cardiaque chez un homme, alors qu'ils vont interpréter et catégoriser ce qu'ils entendent dans la plainte d'une femme comme étant une crise d'angoisse. Cette psychologisation de la souffrance des femmes – on parle aussi « d'hystérisation » des femmes – amène à penser que lorsque celles-ci se plaignent, c'est forcément de l'angoisse. Or on sait que pour la prise en charge des pathologies cardiaques, le facteur temps joue très fortement. Ainsi, non seulement les femmes vont mettre davantage de temps à appeler les urgences (puisqu'elles-mêmes tendent à incorporer ce stéréotype, et aussi parce qu'elles sont construites socialement autour de l'aide aux enfants, aux conjoints), mais ensuite, le diagnostic sera plus souvent réduit à une crise d'angoisse qu'à un accident cardiaque. Il y a donc une double perte de chances, ce qui explique pourquoi les femmes subissent ce type d'accident avec beaucoup plus de gravité que les hommes. À tel point, comme l'explique une cardiologue interviewée dans le documentaire diffusé sur France 5, que si l'on continue sur cette trajectoire, l'espérance de vie des femmes, qui est aujourd'hui supérieure à celle des hommes, pourrait lui être inférieure d'ici

une vingtaine d'années.

Il faut aussi parler de **l'invisibilisation des minorités**. Là encore, nous avons de nombreux exemples, et cela peut prendre plusieurs formes. Je vais commencer par évoquer l'invisibilisation de la diversité dans l'enseignement de la médecine, notamment en dermatologie. Quand on regarde les manuels des étudiants en médecine, les peaux sont toutes blanches ; donc quand un dermatologue qui vient d'être formé doit exercer son métier auprès d'une population plus marquée par la diversité, du fait de sa formation, il aura tendance à regarder toutes les peaux colorées comme il regardait les peaux blanches durant ses études. Ce qui pose de vraies questions sur la façon dont ces soignants et soignantes sont formé(e)s.

**Clémence Duver** : Un autre problème nous semble représentatif de cette invisibilisation des minorités : celui de la santé sexuelle des personnes dites LGBT+. Le manque d'informations et la méconnaissance, par les praticiens, des vécus de ces personnes entraînent ce qu'on appelle un phénomène « d'anamnèse biaisée » : du fait d'un référentiel plus ou moins pensé comme universel – tout le monde est hétérosexuel et cisgenre –, le diagnostic, ainsi que toutes les questions posées et toutes les informations délivrées, ne vont pas correspondre au vécu des personnes reçues en consultation. C'est ainsi, par exemple, qu'une personne transmasculine pourrait pâtir d'un manque d'informations sur des risques de grossesse ou le cancer du sein. Ce qui entraîne, là encore, des pertes de chances. On peut aussi parler du dépistage des infections sexuellement transmissibles : si le praticien ne pose pas la question des pratiques, s'il considère d'emblée, lorsqu'il reçoit une femme, qu'elle est hétérosexuelle, il ne pourra pas toujours prescrire le dépistage adapté.

Il nous semble important, enfin, d'évoquer le problème des **dispositifs de santé mis en place de façon temporaire** ; on pense évidemment à la Covid et à la vaccination. Il arrive souvent que ces dispositifs ne soient pas ou peu adaptés, notamment du fait d'un éloignement géographique, notamment pour les personnes qui habitent en quartiers populaires. Et là encore, cela constitue une perte de chance et une forme de discrimination territoriale.

7. Chercheuse au Centre Migrations et Citoyennetés, spécialiste des questions de diversité ethnique, culturelle et religieuse dans les institutions (cf. bibliographie - Articles/revues).

8. « Femmes : les oubliées de la santé », documentaire de Véronique Prévaut – Galaxie presse / France télévisions – 2021.

**Benjamin Cohadon :** Effectivement, dès que les campagnes de vaccination Covid ont commencé, nous avons constaté très rapidement qu'au sein de la population d'usagers et d'usagères que nous recevions au Village 2 Santé, il y avait un certain nombre de personnes qui répondaient aux critères pour se faire vacciner et qui souhaitaient l'être. En théorie, cette possibilité était ouverte de la même façon à tout le monde : il suffisait d'aller sur Internet pour trouver une plage de vaccination. Or nous avons vu que dans leur immense majorité, les personnes âgées que nous recevions et qui souhaitaient se faire vacciner n'y arrivaient pas. Comme beaucoup d'autres centres de santé du territoire avaient également fait ce constat, nous sommes rapidement montés au front, ensemble, pour signaler ce problème. Par chance, le professeur Olivier Epaulard, qui s'occupait de la Covid au sein du CHU de Grenoble, était sensible à ce problème, ce qui nous a permis de mettre en place très rapidement une convention. Et nous avons donc eu le droit, quelques semaines avant que les médecins généralistes ne puissent administrer le vaccin, de vacciner nous-mêmes en proximité, notamment avec des ambulances qui amenaient des doses de vaccin directement au centre de santé. Mais nous avons dû déployer une énergie collective considérable, juste pour assurer une égalité de droits.

### > Quand les patient(e)s sont victimes d'agressions lors du parcours de soins

**Clémence Duver :** Nous souhaitons enfin évoquer les effets des **agressions et micro-agressions subies avant, pendant et après les consultations médicales**. Ainsi, par exemple, lorsqu'une personne arrive dans un cabinet et ne trouve pas de chaise adaptée à sa morphologie, cela peut être vécu comme une violence (et c'en est une). Sans parler, évidemment, des remarques racistes.

Ces agressions, en se répétant, vont entraîner plusieurs choses : parfois, tout simplement, un abandon des soins, mais aussi, souvent, une souffrance psychologique, en particulier la vigilance perpétuelle que nous évoquions tout à l'heure et dont nous allons reparler, et donc des effets délétères sur la santé mentale des personnes, pour lesquelles ce sont vraiment des expériences traumatiques.

## EN DEHORS DES PARCOURS DE SOIN

### > Quand les discriminations accroissent les inégalités

**Benjamin Cohadon :** On voit donc que dans le système de santé français, il ne fait pas bon être une femme, être pauvre, ne pas être blanc... Et qu'en plus, au-delà des différences d'accès aux soins et de qualité de prise en charge, ces discriminations impactent directement l'état de santé des personnes concernées. C'est là que l'on peut faire un lien entre discriminations et inégalités sociales au sens général : ce qui impacte le plus la santé des personnes, c'est ce que l'on appelle les « **déterminants sociaux de la santé** ». Une étude de l'Igas<sup>9</sup> démontre ainsi que 11 % environ de la mortalité évitable le serait par des changements au niveau du système de santé. Autrement dit, même si l'on avait un système de santé parfait, non discriminant et accueillant tout le monde dans les mêmes conditions, cela ne réduirait que de 11 % la mortalité évitable de la population. Pourquoi ? Parce que dans les faits, l'essentiel se joue surtout au niveau des déterminants sociaux de la santé que sont les revenus, le logement, l'emploi, l'école, la formation, l'accès aux loisirs, etc. Tout cela a un impact beaucoup plus fort sur les corps que le système de santé. En clair, si vous êtes un ouvrier ou une ouvrière, tout ce que vous avez à faire durant votre existence – travailler pour survivre, pour vous alimenter... – aura des conséquences que le système de santé, même s'il était parfait, ne pourrait pas réparer.

On sait évidemment que lorsque vous naissez dans une famille pauvre, vous avez moins de chance de vous enrichir, ce qui relève donc d'une inégalité sociale, mais il y a aussi des discriminations qui vont vous pénaliser sur beaucoup d'autres sujets. Je pense à l'exemple d'une usagère qui voulait changer de vie, qui en avait marre de faire le ménage ; elle a demandé à suivre une formation. Pour une fois, tout a bien commencé, mais le premier jour de la formation, voyant qu'elle arrivait avec un foulard sur la tête, la formatrice lui a interdit d'entrer dans la salle, ce qui constitue clairement une discrimination. Et au-delà de la violence de ce refus, avec toutes les conséquences psychologiques que cela peut entraîner, la personne s'est retrouvée empêchée, tout simplement, d'accéder à une formation, donc à un nouveau métier dans lequel elle serait potentiellement mieux payée. Et quand on gagne mieux sa vie, c'est meilleur pour notre santé.

9. Inspection générale des affaires sociales.

« L'expérience des discriminations, qui ont pour source des systèmes d'oppressions, va générer une pression psychologique qui amène les personnes concernées à être dans une sorte d'adaptation permanente de leur comportement en société. »

Nous pourrions dresser le même constat sur l'accès au logement ou à l'emploi, mais nous voulions aussi faire un focus, car on l'oublie souvent, sur l'accès aux loisirs. Avec d'autres structures, nous nous sommes battus pour soutenir le collectif de femmes musulmanes qui souhaitaient pouvoir se baigner dans les piscines publiques de Grenoble avec un maillot de bain couvrant. Cette bataille, dont on a beaucoup parlé, a quand même réussi à faire bouger la mairie de Grenoble, au point que celle-ci a changé son règlement... jusqu'à ce que le conseil d'État finisse malheureusement par retoquer sa décision. Être privé de l'accès à un loisir tel que la piscine – loisir qui peut être très précieux dans une vie, puisque la possibilité d'immerger son corps dans l'eau et de nager, avec tout ce que cela peut avoir de bénéfique, n'est pas ouverte à tout le monde –, cela peut être vécu comme une véritable violence. Il est clair que la question des discriminations est liée à l'idée d'une norme. Malgré tous les discours autour, notamment, de l'égalité républicaine, on oblige ces femmes à se conformer à une norme sociale, sans quoi l'accès à la piscine, en l'occurrence, leur est interdit. Lorsque certaines de ces femmes disent qu'elles souhaitent couvrir leur corps mais veulent bien se baigner avec tout le monde, on le leur refuse ; et quand d'autres demandent à avoir un espace entre elles pour aller se baigner, on le leur refuse également. Ce qui relève aussi, d'ailleurs, d'un problème d'intersectionnalité puisqu'il est assez paradoxal de voir que les maillots de bain couvrants deviennent à la mode : beaucoup de marques de luxe en développent, ne serait-ce que pour limiter l'exposition des peaux au soleil, et il y a toute une nouvelle normativité qui se développe autour de maillots de bain de plus en plus longs, de plus en plus couvrants, mais chics. Or ces marques et ces enseignes de luxe ne sont pas

mises en cause parce qu'elles créeraient les maillots de bain qui seraient dangereux pour la santé, argument souvent produit pour proscrire ce que l'on appelle les burkinis. En revanche, si une enseigne comme Décathlon commercialise un maillot de bain qui ressemble plus ou moins à un burkini, elle est immédiatement attaquée et accusée de faire le jeu du communautarisme. On voit donc que ce n'est pas seulement en tant que femmes que ces personnes sont discriminées, mais bien en tant que femmes musulmanes. Et cela relève de quelque chose de plus global.

### > Les conséquences sur la santé mentale des personnes discriminées

**Clémence Duver :** Nous allons maintenant aborder les discriminations indirectes, et nous proposons en particulier de développer et de clarifier ce problème de « **vigilance perpétuelle** » que produit la crainte d'être discriminé. Concrètement, l'expérience des discriminations, qui ont pour source des systèmes d'oppressions, va générer une pression psychologique qui amène les personnes concernées à être dans une sorte d'adaptation permanente de leur comportement en société. L'expérience du racisme, par exemple, par ses effets psychologiques, a des conséquences délétères sur la santé. C'est ce qu'a étudié et théorisé Maboula Soumahoro dans son livre « *Le Triangle et l'Hexagone* »<sup>10</sup>, introduisant le concept de charge raciale. L'autrice évoque la pression psychologique, mais elle souligne aussi la tâche épuisante de rendre intelligible, pour les autres, les situations violentes que l'on vit. On doit toujours être en train d'expliquer et de justifier que ce que l'on a vécu n'était pas normal et relève d'une discrimination. Car bien souvent, dans ces situations, on est soupçonné de mentir...

**Laure Pitti :** Quand nous avons partagé nos connaissances et nos points de vue pour préparer cette matinée, nous avons relevé un point intéressant (et qui pourrait d'ailleurs, à terme, faire l'objet d'un outil) : comment certaines enquêtes chiffrent les effets de la discrimination indirecte, non pas au sens juridique, mais au sens d'une **expérience accumulée des oppressions** ? Trois chercheurs de l'Institut national d'études démographiques (Ined) ont notamment étudié deux « cohortes » de descendants d'immigrés, c'est-à-dire deux groupes de personnes dont les parents sont nés à l'étranger ;

10. Maîtresse de conférences à l'université de Tours, Maboula Soumahoro est docteure en civilisation du monde anglophone, spécialiste des études africaines-américaines et de la diaspora noire/africaine. Elle préside l'association Black History Month, dédiée à la célébration de l'histoire et des cultures noires (cf. bibliographie).



en Europe du Sud pour un groupe, et en Afrique du Nord pour l'autre. En les comparant, ils ont constaté un écart d'espérance de vie chez les jeunes hommes de ces deux cohortes, et ils ont montré que cet écart s'explique par une différence d'exposition aux discriminations tout au long de leur vie. Parce que les descendants d'immigrants d'Afrique du Nord ont moins accès aux trajectoires professionnelles dites « ascendantes » – formations, opportunité de carrière, etc.–, et aussi parce qu'ils vont avoir des effets de stress beaucoup plus marqués, liés notamment aux contrôles de police (dont Amnesty International a révélé qu'ils se sont multipliés de façon exponentielle, notamment en Seine-Saint-Denis et dans les quartiers nord de Marseille, lors du premier confinement consécutif à la pandémie de Covid). Tout comme nous évoquons l'exemple du biais de genre sur les femmes, qui vont être moins bien prises en charge en cas d'accident cardiaque, l'espérance de vie des enfants d'immigrants d'Afrique du Nord – que l'on appelle aujourd'hui « racisés » – s'avère moindre que celle des enfants d'immigrants d'Europe du Sud. Et c'est bien l'effet d'un ensemble de discriminations que nous essayons de décrire.

**Benjamin Cohadon :** De très nombreuses études montrent aujourd'hui que **le stress** a des effets sur l'estime de soi, sur le sentiment de faire partie du collectif, etc., avec des conséquences en termes de santé mentale et psychiatrique, mais aussi des **impacts directs sur la santé physique** : usure corporelle, usure des organes et des liens entre ces organes, etc. Et **l'accumulation de tous ces impacts** liés aux discriminations dégrade les états de santé et **amoindrit non seulement les espérances de vie mais aussi, et encore plus, les espérances de vie en bonne santé**. Il est important de le rappeler, d'autant qu'il y a une certaine tendance, dans le monde de la recherche, à considérer que ces différences d'espérance de vie s'expliquent uniquement par les conditions de vie matérielle des personnes, que cela n'a rien à voir avec les questions de race ou de genre. Heureusement, un certain nombre d'études (qui commencent à être publiées notamment aux États-Unis, où l'on a le droit de qualifier la race des individus, sans parler de toutes les études féministes françaises et internationales) montrent qu'**à classe sociale égale, les personnes qui souffrent de dénis de reconnaissance, de violences symboliques et autres insultes ont une moindre espérance de vie, a fortiori en bonne santé**.

### 3 EXPÉRIENCES PRATIQUES AU VILLAGE 2 SANTÉ, À ÉCHIROLLES

**Benjamin Cohadon :** Que faire? Comment agir face à tous ces tristes constats ?

Nous sommes **un centre de santé communautaire** qui a ouvert ses portes en 2016 après trois ans de diagnostic communautaire sur le quartier du Village 2, avec les habitants et les habitantes. Il s'agit d'un quartier prioritaire de la politique de la ville, situé dans une commune ouvrière elle-même assez pauvre. C'est dans ce quartier, assez éloigné du centre-ville de Grenoble, que sont pratiqués les plus bas loyers HLM de l'agglomération. On y trouve une très forte proportion de personnes issues de l'immigration, avec, globalement, deux profils d'habitant(e)s dans leur rapport au quartier : des personnes qui sont là depuis longtemps et sont plutôt contentes d'y être, car elles apprécient une forme de vie de village dans un environnement plutôt vert ; et d'autres qui sont arrivées là faute de mieux et souhaitent plutôt partir rapidement.

L'équipe compte aujourd'hui 18 professionnel-le-s qui travaillent en autogestion et perçoivent tous et toutes le même salaire. La structure est organisée de la manière suivante :

- un volet accueil, composé de quatre accueillant(e)s qui pratiquent tous les jours un soutien à la participation des usagers et usagères à leurs parcours de santé en étant les premier(e)s référent(e)s de leurs demandes

- un volet sanitaire, qui compte cinq médecins généralistes, une infirmière en éducation thérapeutique, deux kinésithérapeutes et une orthophoniste ;

- un volet social, ce qui est plus rare dans une structure de santé, avec deux travailleuses sociales que nous appelons « accompagnantes en soin social », une médiatrice paire en santé, une accompagnante à la vie relationnelle (de formation conseillère conjugale), et moi-même, qui consacre une partie de mon temps aux violences au travail.

- un volet dédié à l'éducation populaire en santé, qui n'est pas incarné par des métiers spécifiques mais implique tout le monde, de façon transverse, pour essayer de faire du collectif, du plaidoyer, d'organiser des choses avec les usagers et les usagères.

**Le témoignage d'une usagère**, que nous suivons depuis longtemps et qui travaille au CCAS de la ville de Grenoble en tant qu'aide-soignante, nous semble illustrer de façon très concrète les situations auxquelles nous sommes confrontés au quotidien. Nous avons reçu cette dame suite à un accident du travail, et elle devait consulter un médecin-expert pour savoir si l'arrêt de travail consécutif à cet accident serait ou non prolongé. Il s'agit d'une femme racisée. Lorsqu'elle s'est rendue chez ce médecin-expert, celui-ci a ouvert la porte, l'a à peine regardée, a jeté un œil à ses documents et a déclaré d'emblée : « on ne peut rien faire ; vous allez retourner faire le ménage. » Devant la réaction étonnée de la dame, qui s'attendait à être auscultée, le médecin-expert s'est contenté de lui demander de se lever et de lever les bras, et après un examen très sommaire, il lui a répété qu'il ne pouvait rien faire, quelle ne guérirait jamais et qu'elle devait retourner faire le ménage. Cela avec le sourire, sur un ton que la dame a perçu comme moqueur. [Benjamin Cohadon lance le témoignage audio de la personne, dans lequel elle fait part de son désarroi, expliquant notamment que son médecin traitant au centre de santé communautaire, qu'elle n'est retournée voir qu'après un mois sans sortir de chez elle, ni se soigner, a diagnostiqué un état de dépression causé par un sentiment de discrimination. La dame explique aussi que le fait d'avoir pu mettre un mot sur ce qu'elle avait subi – celui de discrimination – l'a un peu soulagée. Elle raconte ensuite que son médecin traitant l'a orientée vers des personnes qu'elle qualifie d'exceptionnelles, et que cela lui a permis selon ses propres termes, de « se remettre debout » et « d'affronter ce médecin, pour que d'autres personnes ne subissent pas » ce qu'elle avait subi].

Énormément de choses ont été dites dans ce témoignage... La dame explique notamment qu'elle s'est privée de soins pendant un mois, puisqu'elle n'arrivait pas à qualifier la violence qu'elle avait vécue, qu'elle ruminait sa colère et ne savait plus quoi en faire. Elle dit aussi que les premières personnes à qui elle en a voulu, ce sont les soignants du Village 2 Santé, qui lui avaient prédit que son état de santé pouvait s'améliorer. Elle pensait que si le médecin-expert ne l'avait examinée que pendant quelques secondes, c'est parce qu'il estimait qu'elle

n'était pas guérissable. Et cela l'avait mise dans un tel état de détresse qu'il lui a fallu près d'un mois pour revenir nous voir. Heureusement qu'elle est revenue, puisque nous avons des médecins qui, comme le reste de l'équipe, se forment aux questions de violences sociales et de discrimination, et construisent des outils pour pouvoir faire face à de telles situations. Des études montrent d'ailleurs que les professionnels du soin, quels qu'ils soient, y compris les professionnels du social, ont tendance à écouter ce sur quoi ils vont pouvoir agir, ce pourquoi ils sont outillés, et à se « mettre des œillères » sur les choses pour lesquelles ils pensent n'avoir rien à proposer. Or c'est justement le fait de pouvoir proposer des choses qui permet de rebondir. C'est ce que nous faisons sur beaucoup de sujets au centre de santé, notamment sur les discriminations. Et en l'occurrence, ma collègue médecin a pu immédiatement mettre le mot « discrimination » sur ce que la dame avait vécu ; elle l'a tout de suite orientée vers moi, et nous avons pu, ensemble, décrypter cette histoire de vécu discriminatoire pour en faire quelque chose.

En faire quoi? Nous avons la chance d'avoir, au niveau de la métropole, **une cellule de veille contre les discriminations**. Il s'agit d'un dispositif créé initialement à Villeurbanne, ville plutôt pionnière sur ces questions ; il en existe aussi à Nantes, à Aubervilliers, et donc à Grenoble, où des professionnels venus de différentes structures – CCAS, Maisons des habitants, centres sociaux, associations comme la nôtre... – peuvent remonter des fiches de discriminations et viennent se co-former, avec des juristes, à la qualification juridique d'une discrimination (puisqu'on a vu qu'il y a une définition juridique, en plus du sentiment d'illégitimité et de violence ressenti par la personne).

Il est intéressant de pouvoir dire à la personne, lorsque nous recueillons son témoignage, que nous allons pouvoir le faire remonter quelque part. Car dans **bien des cas, au départ, les personnes ne veulent rien faire de leur situation discriminatoire, puis elles changent d'avis quand on leur explique que leur témoignage sera remonté à la métropole**, que cela va croiser d'autres histoires et qu'ainsi, on va peut-être pouvoir agir contre les auteurs de ces discriminations, ne serait-ce que pour les autres : « *si c'est pour les autres, je veux bien y aller...* », entend-on souvent. Cela permet d'avoir un vrai échange avec ces victimes de discriminations, de prendre le temps qu'il faut pour remonter le fil, comprendre ce qui s'est passé. Ce sont des moments très importants.

« Nous avons des médecins qui, comme le reste de l'équipe, se forment aux questions de violences sociales et de discrimination, et construisent des outils pour pouvoir faire face à de telles situations. »

« La vocation de ces lieux est de montrer que l'on ne soigne pas correctement les personnes si l'on ne prend pas en compte leur vécu global et les discriminations qu'elles ont pu subir. »

Et si nous avons pu recueillir le témoignage que nous vous avons présenté, c'est parce qu'en l'espace de quelques mois, nous avons été confrontés à plusieurs situations de discriminations dans le soin, avec une dimension clairement raciste, et que cela nous a amenés à organiser une **soirée de discussion**. À cette occasion, nous avons enregistré plusieurs personnes puis écouté collectivement leurs témoignages, et cela a donné lieu à un échange avec les habitantes et les habitants. C'est ainsi que nous avons pu créer un espace collectif, ce qui est précieux puisqu'évidemment, à notre petit niveau, celui d'un centre de santé de quartier, nous n'allons pas changer grand-chose à la question du racisme dans notre société ; alors que dans le cadre d'un espace collectif, les gens peuvent avoir envie de faire quelque chose ensemble, et surtout ne pas rester seul(e)s face à ces situations, de prendre conscience que ce n'est pas « moi à titre individuel qui ai subi cela », mais que « c'est nous qui sommes touchés ». Il est essentiel, pour essayer de penser et de faire des choses, de commencer par passer du « moi » au « nous ».

**Clémence Duver** : Une autre façon d'agir consiste à **créer, ne serait-ce qu'à titre d'expérimentations, des lieux qui font le lien entre le soin lui-même et les discriminations** ; le Village 2 Santé en fait partie, mais nous ne sommes pas les seuls ; cela se développe. La vocation de ces lieux est de montrer que l'on ne soigne pas correctement les personnes si l'on ne prend pas en compte leur vécu global et les discriminations qu'elles ont pu subir. Ce qui ne consiste pas juste à veiller à ne pas être discriminant, même si c'est déjà très important, mais aussi à prendre en soin le vécu discriminatoire. C'est un peu ce que Benjamin vient de décrire : cela passe par la création d'un collectif, la possibilité de nommer les choses, etc. Il y a ainsi, à Toulouse, un centre de santé communautaire appelé la Case de Santé, qui ressemble au nôtre mais est plus ancien ;

l'un de ses mots d'ordre est : « des Cases de Santé dans tous les quartiers ».

Un autre enjeu est de **faire entrer la notion de discrimination dans l'espace mental des soignants et des soignantes**, dont certain(e)s ne sentent pas concerné(e)s par les questions de discrimination. Et cela se traduit par des résistances, comme on le voit notamment chez les gynécologues et les obstétriciens, voire par des dénégations, de la part des soignants, de leur capacité à discriminer. Mais il y a aussi beaucoup de soignants qui, faute de moyens d'action à leur disposition, ne proposent rien ou ferment un peu la porte à la potentialité que les personnes puissent parler de leur vécu discriminatoire puisque de toute façon, ils ne pourront pas en faire grand-chose. D'où la nécessité de développer des outils pour repérer et penser la prise en soin des vécus discriminatoires dans les systèmes de santé.

**Laure Pitti** : Réfléchir collectivement est un moyen de créer et de mobiliser des outils qui soient universalisables, des outils qui ne soient pas propres, en l'occurrence, à l'expérience d'Échirolles et du Village 2 Santé.

Des soignants réfléchissent aussi à l'idée de **former des médecins**. Il est d'ailleurs extrêmement important de rappeler que les soignants ne sont pas seulement des médecins, et aussi qu'il y aurait encore beaucoup à faire, dans le fonctionnement du système de santé, pour que le pouvoir médical prenne un peu moins de place. Mais puisque leur pouvoir est encore très important, former des médecins pourrait faire changer les choses. Deux expériences de diplômés universitaires (DU) sont ainsi menées actuellement, notamment une à Saint-Étienne, qui me semble particulièrement intéressante et s'appuie sur des volontés individuelles locales, l'idée étant de créer un espace de réflexion. Ce DU, intitulé « Accès à la santé et lutte contre les discriminations », existe depuis deux ans à la faculté de médecine. Il est animé par un médecin généraliste et une interne, avec la participation d'enseignant(e)s de sciences sociales, et il peut être suivi par différents groupes professionnels. Il présente notamment l'intérêt de montrer comment les choses peuvent bouger, en particulier sur la question de savoir « qui fait cours », sachant qu'en général, dans les DU, les cours sont plutôt dispensés par des hospitaliers. Un autre DU, intitulé « Médecine de la diversité », a été ouvert en septembre 2020 à la faculté de médecine de Strasbourg (qui a d'ailleurs

une histoire un peu particulière liée à un fonctionnement spécifique de la sécurité sociale alsacienne). Ce n'est qu'un début, et cela reste modeste, mais c'est encourageant, car ces nouvelles thématiques de spécialisation, en s'inscrivant dans des cursus, sont justement propices à une «ouverture des œillères», lesquelles ne sont pas forcément fermées de façon volontaire.

**Benjamin Cohadon** : Nous souhaitons également introduire la notion très importante de **travail pair**. Cette notion a été initialement développée en psychiatrie, autour de l'idée selon laquelle il est intéressant que des usagers et des usagères de la psychiatrie passent «de l'autre côté de la barrière» et intègrent les équipes de soin. Car cela permet, entre autres, de mieux comprendre les vécus, de faire du lien entre les équipes de soins et les personnes. Au fil du temps, cette notion s'est élargie à bien d'autres problématiques : la réduction des risques, les usagers et usagères de drogues, ou encore les travailleurs et travailleuses du sexe. C'est ainsi qu'au sein du Village 2 Santé, la médiatrice paire s'appuie sur un vécu expérientiel fort, celui d'être une femme et une mère qui a habité dans un quartier populaire, et a été d'abord usagère du centre de santé. C'est à partir de ces expériences qu'elle accompagne des personnes et peut aussi, en faisant partie de notre équipe et grâce à son vécu, pointer les angles morts de nos réflexions, nous montrer à quel point, parfois, nous ne saisissons pas la finesse des choses. C'est primordial, d'abord pour essayer de ne pas être discriminant, et aussi pour mieux comprendre les vécus discriminatoires des personnes et pouvoir en prendre soin.

À ce sujet, on pourrait parler, aussi, des **associations de santé communautaire entre personnes concernées**, qui jouent un rôle différent du nôtre mais agissent de façon complémentaire et absolument primordial lorsqu'il s'agit de se mobiliser pour signaler les angles morts du système de santé, montrer où il est discriminant, où il faut qu'il bouge, comment il faut qu'il accueille, etc. On peut penser, notamment, à certaines associations qui ont été créées dans les années 1980 pour faire face à l'épidémie du VIH et pointer du doigt l'inaction des pouvoirs publics, entre autres.

Il faut enfin évoquer **les conditions de travail des soignants et des professionnels du travail social**. Car pour avoir le temps d'essayer de ne pas être discriminant, d'y réfléchir et de prendre en soin les vécus discriminatoires, il faut que les conditions de travail le permettent. Or nous voyons bien que ce n'est pas toujours le cas... ■

## BIBLIOGRAPHIES

### Publications

- ✦ Claire RICHARD (texte), Louise DRUL (dessins), *La santé communautaire : une autre politique du soin*, Collection manuels, 369 éditions, 2023.
- ✦ Simon JUTANT, Hervé PICARD, *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans*, Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2022.
- ✦ Lara BAKECH, Sophie PISK, Jérémy ROBINE, «*Discriminations, territoires et politique de la ville*», Profession Banlieue, Les Après-midi, n°39, 2021.
- ✦ Rachida BRAHIM, *La race tue deux fois, une histoire des crimes racistes en France (1970-2000)*, Syllepse, 2021.
- ✦ Maboula SOUMAHORO, *Le Triangle et l'Hexagone. Réflexions sur une identité noire*, Éd. La Découverte, 2020 (voir aussi le podcast Kiffe ta race).
- ✦ Michel JOUBERT, «*Agir sur la santé des populations les plus vulnérables. Territoires, déterminants sociaux et leviers de mobilisation*», Profession Banlieue, Les Ateliers, 2017.
- ✦ Cris BEAUCHEMIN, Christelle HAMEL, Patrick SIMON, *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France*, INED, 2016.
- ✦ Didier FASSIN, «*Discrimination et santé : enjeux politiques et signification sociale*», Profession Banlieue, Les 5 à 7, 2002.
- ✦ Communiqué de presse du réseau national des centres de santé communautaire – 9 février 2022.
- ✦ *Discriminations en santé : lutter contre les discriminations pour réduire les inégalités de santé*, Dossier ressources de Fabrique Territoires Santé, 2022.





Tous les documents  
soulignés sont accessibles  
en téléchargement

❖ [Les plus précaires, premières victimes de l'effondrement du système de santé](#), Médecins du Monde, 2022.

❖ [L'état de santé de la population en France](#), Les Dossiers de la DREES, n°102, 2022.

❖ «[Nos quartiers ont de la gueule !](#)», Manifeste de Pas Sans Nous, 2022.

❖ [Racisme systémique, discriminations intersectionnelles et iniquités dans le système de santé en France](#), Women of color advancing peace, security and conflict transformation (WCAPS), 2021.

❖ [Les chiffres clés de la politique de la ville](#), Observatoire national de la politique de la ville, 2020.

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

❖ [Discriminations dans le champ de la santé. Les repérer et les prévenir tout au long du parcours de soins](#), Migrations Santé Alsace, Oriv, 2016.

## Articles/Revue

❖ «[Soins différenciés en santé périnatale](#)», Mounia El Kotni, Aurélie Racioppi et Priscille Sauvegrain, Revue Anthropologie et santé, n°24, 2022.

❖ «[La racialisation des patient-e-s « roms » par les médecins urgentistes. Invisibilisation des précarités et révélation des ambitions professionnelles](#)», Dorothée Prud'homme, Actes de la recherche en sciences sociales, vol. 239, n° 4, pp. 50-65, 2021.

## Podcasts

❖ «[Quel accès aux soins pour les habitant-e-s des quartiers populaires ?](#)» Série « Penser le 9-3 » - Profession Banlieue

❖ «[La santé autrement](#)» Série LSD – France Culture

❖ «[Le serment d'Augusta](#)» – Sorbonne Université.  
Un podcast pour réinventer ensemble la relation soignant-soigné

❖ «[Charge raciale](#)», la double peine Binge – Kiffe ta race #78

## Documentaire

❖ Femmes : les oubliées de la santé, documentaire de Véronique Préault – Galaxie presse, France télévisions, 2021.

## Formations

❖ DU «[Accès à la santé et lutte contre les discriminations](#)» – Université Jean Monnet Saint-Etienne

❖ DU «[Médecine, maïeutique et sciences de la santé](#)» – Université de Strasbourg

Les  
**Après-midi**  
de Profession Banlieue

**SANTÉ &  
SANTÉ &  
DISCRIMINATIONS,  
DISCRIMI-  
NATIONS  
EN SANTÉ**

**AVEC LE SOUTIEN DE**

L'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT)  
La Banque des territoires  
La Préfecture d'Île-de-France  
L'Agence régionale de santé d'Île-de-France  
La Direction régionale et interdépartementale de  
l'environnement, de l'aménagement et des transports (DRIEAT)  
La Préfecture de la Seine-Saint-Denis  
Le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis  
La Caisse d'Allocations Familiales de la Seine-Saint-Denis  
Les villes et établissements publics territoriaux (EPT) de la  
Seine-Saint-Denis

**PROFESSION  
BANLIEUE**

**PROFESSION BANLIEUE**

15, rue Catulienne  
93200 Saint-Denis  
Tél.: 01 48 09 26 36  
contact@professionbanlieue.org  
www.professionbanlieue.org

Directeur de publication :  
Vincent Havage  
Cheffe de projet : Elsa Micouraud  
Décryptage et mise en forme  
éditoriale : Pierre Michaud  
Conception graphique  
et mise en page : David Faure

Décembre 2023