



RAPPORT

Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité

2025

Pour que le droit n'oublie personne

Défenseur des droits

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4	II. LES DISCRIMINATIONS AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE	22
I. L'ACCÈS AUX SOINS : UNE PREMIÈRE ÉTAPE SEMÉE D'EMBÔCHES	8	A. LA COMMUNICATION AVEC LE PATIENT	22
A. L'ACCÈS AUX SOINS URGENTS ET AUX SOINS SANS RENDEZ-VOUS	8	1• Le non-respect des droits des patients : un traitement différencié	22
B. LA PRISE DE RENDEZ-VOUS	10	Focus : les enjeux d'interprétariat pour les personnes allophones	25
1• Le refus de rendez-vous opposé par un professionnel de santé ou un secrétariat médical	10	2• Le harcèlement discriminatoire caractérisé par des propos	26
2• L'impossibilité de prendre rendez-vous sur les plateformes numériques dédiées	13	B. LA PRISE EN CHARGE : DU DIAGNOSTIC AUX ACTES THÉRAPEUTIQUES	27
3• Les conditions particulières posées pour donner un rendez-vous	14	1• La minimisation de la douleur	27
4• Les réorientations abusives vers les permanences d'accès aux soins (PASS)	15	2• L'absence d'investigations et le refus de prescrire des examens	28
5• Les conséquences de la généralisation des consultations sur rendez-vous uniquement sur les personnes en situation de précarité	15	3• Le refus de prodiguer des soins ou les propositions de traitements médicaux différents	30
Focus : l'accès à l'assistance médicale à la procréation	16	4• Le conditionnement de la réalisation d'actes de soins	31
C. LE REFUS D'ACCÈS À UNE CONSULTATION	17	5• Les discriminations dans l'accès à la prévention et au repérage précoce	33
D. L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	18	6• Les actes de maltraitance	34
1• Les refus de soins discriminatoires en raison du handicap	18	Focus : les discriminations liées au sexe et à l'origine et les violences dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical	36
2• Les entraves à l'accès aux soins liées au défaut d'accessibilité	18	C. LES OBSTACLES DANS L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS	38
		D. L'ACCÈS À UNE COUVERTURE MALADIE ET LE RÈGLEMENT DES ACTES DE PRÉVENTION ET DE SOINS	38

III. DES DISCRIMINATIONS AUX EFFETS DURABLES	40	C. FACILITER LES RECOURS ET PRONONCER DES SANCTIONS EFFECTIVES, PROPORTIONNÉES ET DISSUASIVES	48
IV. DU CONSTAT À L'ACTION : LES RECOMMANDATIONS DU DÉFENSEUR DES DROITS	42	1· Les modalités d'exercice des recours	48
A. ÉLABORER UNE STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS DANS LES SOINS	42	2· Les limites des recours juridictionnels	50
1· L'absence de réelle politique nationale en matière de non-discrimination dans les soins	42	3· Renforcer l'effectivité des recours juridictionnels	52
2· La nécessaire élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les discriminations	44	D. ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ AUX BESOINS DES PATIENTS	53
B. PRÉVENIR LES DISCRIMINATIONS ET GARANTIR L'ÉGALITÉ DANS LES SOINS	44	1· Faciliter l'accès aux soins en adaptant les modes d'accès du public	53
1· Mesurer, documenter et rendre visibles les discriminations	44	2· Aller-vers les patients éloignés du système de santé	56
2· Sensibiliser, former et accompagner	45	3· La couverture santé	56
		ANNEXE	57

INTRODUCTION

Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle est capable d'atteindre. Ce droit est reconnu par les conventions internationales ratifiées par la France¹ et protégé au titre des droits fondamentaux par la Constitution française². Grâce à l'efficacité de son organisation, à l'implication quotidienne de ses professionnels, ou encore à l'existence de la sécurité sociale, le système de santé français offre des niveaux élevés de qualité et d'accès aux soins, reconnus mondialement³. La couverture maladie obligatoire et universelle ainsi que l'existence de services de santé financés par l'État permettent à la France de disposer d'un système particulièrement protecteur visant à garantir à toutes et à tous l'accès aux soins de santé, sans oublier les plus démunis.

Cependant, depuis plusieurs années, ce système de santé est soumis à de fortes contraintes, liées notamment à un budget limité et à des demandes de soins accrues par le vieillissement de la population française. Aussi, l'accès aux soins est-il de plus en plus difficile en France, comme en rendent compte de récentes études⁴ : engorgement des services d'urgences, crise de l'hôpital public, désaffectation de la psychiatrie, temps d'attente accru pour obtenir un rendez-vous médical⁵, dégradation de l'offre de soins, etc.

Accentuées par les inégalités sociales et territoriales de santé, notamment par la sous-dotation en ressources et équipements sanitaires de certains départements, ces difficultés d'accès aux soins s'inscrivent également dans un contexte de pénurie de personnel soignant⁶ et de conditions de travail souvent dégradées pour les professionnels de santé⁷. Perte de sens, crise des vocations, augmentation des actes de violences à l'encontre des professionnels de santé, violences sexuelles et sexistes, etc., les professionnels de santé sont au cœur de ces difficultés et les subissent. Le ministère chargé de la santé a ainsi dévoilé au cours

de l'été 2024 une stratégie nationale visant à « *prendre soin de ceux qui soignent* »⁸. Dans ce contexte, le temps médical dont disposent les professionnels et l'attention qu'ils peuvent porter aux patients sont contraints. Ces conditions réduisent leur capacité à accueillir et accompagner les patients en prenant en compte leur singularité.

Ces dysfonctionnements érodent les conditions de réalisation d'une égalité réelle dans l'accès aux soins et sont susceptibles d'alimenter des pratiques discriminatoires. Obstacles supplémentaires à l'accès aux soins pour les patientes et patients qui en sont victimes, ces discriminations peuvent se produire dans une grande variété de contextes, lors de l'accès à un service d'urgence, à une consultation en cabinet, en centre de santé ou au sein d'un établissement hospitalier - public ou privé. Elles concernent l'ensemble des professions médicales et paramédicales et sont susceptibles d'engager la responsabilité des différents acteurs de la santé (établissements de santé, médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, secrétariat médical, etc.).

Si les refus d'accès aux soins restent la forme la plus connue et manifeste, les discriminations peuvent survenir à toutes les étapes de la prise en charge et, de façon moins visible ou consciente, au sein de la relation soignant-soigné. Les discriminations dans les soins reposent sur un ensemble de préjugés et stéréotypes qui influencent les pratiques professionnelles et ce malgré un cadre déontologique fort. Elles sont également le fait de logiques structurelles et de l'organisation du système de soins, engendrant de possibles ruptures d'égalité.

Pour autant, les actes discriminatoires dans les parcours de soins peinent encore à être identifiés, reconnus et sanctionnés, notamment lorsqu'ils se produisent lors



de la prise en charge⁹. L'exigence éthique de soigner tous les patients ainsi que les savoirs médicaux, en apparence neutres, qui fondent les pratiques médicales, contribuent à invisibiliser les préjugés et discriminations à l'œuvre dans les soins. De même, la relation thérapeutique asymétrique entre, d'une part, un professionnel de santé au savoir exclusif et, d'autre part, un patient en situation de vulnérabilité, rend l'identification des discriminations vécues plus difficile.

Les voies de recours ouvertes aux patients sont ainsi peu mobilisées : en 2022, 224 plaintes seulement ont été déposées devant les ordres professionnels et l'assurance maladie. Sur la même période, le Défenseur des droits a reçu 31 réclamations concernant un refus de soins discriminatoire, principalement en raison de la particulière vulnérabilité économique et/ou de la nationalité (notamment pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire [CSS] - ou de l'aide médicale de l'État [AME]) et, dans une moindre mesure, de l'état de santé du patient (en l'occurrence, le fait de vivre avec le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]).

Cependant, les quelques études et recherches dont on dispose en ce domaine, et qui ont été mobilisées dans le présent rapport, montrent que l'ampleur des discriminations dans

les parcours de soins dépasse largement le nombre de réclamations et de plaintes reçues par le Défenseur des droits, les ordres professionnels et l'assurance maladie. Elles documentent, au-delà des refus de soins, des traitements discriminatoires lors de la réalisation des soins, fondés sur une grande variété de critères de discrimination.

Afin de nourrir ses travaux, le Défenseur des droits a mené des auditions auprès d'acteurs associatifs spécialisés dans ces domaines, et interrogé les autorités sanitaires, les ordres des professions de santé réglementées et les principales fédérations d'établissements de santé. En outre, un appel à témoignages a été lancé auprès du grand public. Entre le 8 novembre 2024 et le 6 janvier 2025, plus de 1 500 témoignages de patients, mais aussi de personnels soignants, ont été reçus sur le site internet de l'institution. Cet engouement inattendu constitue en lui-même le signal d'une double attente de la part des personnes concernées : être entendues et être respectées dans leurs droits. **Si cet appel à témoignages n'est statistiquement pas représentatif de l'ensemble de la population française, il permet de rendre visible, par les nombreux récits recueillis, l'éventail des discriminations subies dans les parcours de soins en France.**

Comme le rappelle souvent le Défenseur des droits, le terme de discrimination recouvre en droit des situations précises dans lesquelles une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre, dans une situation comparable, dans un domaine prévu par la loi (emploi, accès aux biens et services, *etc.*) et en raison d'un critère prohibé (tel que le sexe, l'origine, l'orientation sexuelle, la particulière vulnérabilité économique, le handicap, l'apparence physique, l'identité de genre, l'état de santé, *etc.*). L'interdiction des discriminations vaut pour l'accès à certains biens ou services, notamment la santé. La discrimination, telle qu'elle est définie par la loi du 27 mai 2008¹⁰, pourra être sanctionnée, que cette inégalité de traitement soit consciente ou non. Dans le domaine de la santé, elle peut se traduire, par exemple, par un refus de soins sur le fondement de la nationalité du patient ou par une prise en charge de moindre qualité en raison de son identité de genre.

La stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 entendait lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, avec des mesures ciblées en faveur de certains publics, visant notamment à permettre l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes aux ressources modestes. Par ailleurs, les ordres des professions de santé réglementées affichent leur engagement pour lutter contre les discriminations dans l'accès aux soins. Pour autant, ces orientations peinent à trouver une application concrète et ne constituent pas une politique publique cohérente dédiée à la lutte contre les discriminations dans les soins.

Ce rapport vise à clarifier et à illustrer les actes susceptibles de constituer des discriminations afin de permettre aux acteurs de mieux les identifier et de proposer des leviers d'action à la hauteur de ces enjeux. Il s'intéresse en particulier aux structures sanitaires, tant hospitalières que de ville (cabinet libéral, centre de santé médical, *etc.*). Les situations décrites sont bien souvent transposables à d'autres contextes thérapeutiques et d'autres corps professionnels de soignants.

De même, si la multitude des témoignages recueillis relève de nombreux critères de discrimination prohibés, l'ensemble des critères et des situations de discrimination ne pourra être abordé de façon exhaustive dans ce rapport. Toutefois, les phénomènes saillants seront développés et des illustrations permettront d'évoquer de nombreux critères à chaque étape du parcours. Une perspective intersectionnelle sera également privilégiée pour rendre compte des difficultés spécifiques que rencontrent certains groupes sociaux dans les soins, au croisement de différentes formes de discrimination ou de critères prohibés (sexe, âge, origine, religion, vulnérabilité économique, apparence physique, orientation sexuelle, identité de genre, *etc.*). Une attention sera portée à la situation des mineurs, public particulièrement vulnérable qui, s'ils peuvent rencontrer les mêmes discriminations que les adultes, peuvent aussi être confrontés à des enjeux propres.

Afin de donner à voir l'étendue et la diversité des discriminations dans les soins, le rapport traite des discriminations d'abord dans l'accès aux soins (partie I), puis lors de la prise en charge des patients et patientes (partie II). Il s'attache également à souligner les conséquences durables de ces discriminations sur le parcours de soins et la santé des victimes (partie III). Enfin, dans un contexte où le recours au contentieux reste difficile et les politiques publiques en la matière insuffisantes, la Défenseure des droits appelle à une mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs de la santé et détaille une série de recommandations, afin de promouvoir durablement un égal parcours de soins à toutes et tous (partie IV).

FOCUS

**NON-DISCRIMINATION DANS LES SOINS :
CE QUE DIT LE DROIT.**

En **droit français**, l'égalité des citoyens devant la loi est inscrite à l'article 1^{er} de la Constitution française et à l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Elle se traduit notamment par l'interdiction des discriminations inscrite dans plusieurs codes et lois. Le code pénal interdit la discrimination¹¹ et la rend passible de peines allant jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende, et de peines aggravées dans certaines circonstances¹².

La notion a ensuite été introduite en matière civile, et spécifiquement dans le domaine de la santé, par le code de la santé publique qui dispose qu'« 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 [...] du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé (CSS) [...] ou du droit à l'aide [médicale de l'État] [...] »¹³. Ce corpus juridique est désormais complété par la loi n°2008-496 du 27 mai 2008 qui vise à lutter contre les discriminations de façon transversale¹⁴ et s'applique notamment en matière de santé, de protection sociale et d'accès ou de fourniture de biens et services¹⁵.

Bien qu'elles possèdent chacune des contours légèrement distincts, ces différentes sources du droit de la non-discrimination sont actuellement applicables en France et doivent être appréhendées de manière complémentaire afin d'assurer la plus grande effectivité au principe de non-discrimination.

Le droit reconnaît **plusieurs types de discrimination**, dont la discrimination directe, la discrimination indirecte et le harcèlement discriminatoire.

La **discrimination directe**¹⁶ est caractérisée lorsqu'une personne subit un traitement défavorable, fondé sur un des critères interdits par la loi, comme par exemple, l'origine, le sexe, l'apparence physique, ou la particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, etc.¹⁷, dans le cadre d'un domaine défini visé par la loi. Elle est également caractérisée lorsqu'une personne enjoint, à une autre personne, d'adopter un tel comportement.

La **discrimination indirecte** est constituée par « une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner, pour l'un des motifs mentionnés au premier alinéa, 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 »¹⁸.

Enfin, le **harcèlement** est considéré comme **discriminatoire** lorsqu'il repose sur l'un des critères prohibés par la loi. Dans cette hypothèse, il est défini comme « tout agissement lié à [un ou plusieurs critères de discrimination] et tout agissement à connotation sexuelle, subis par une personne et ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant »¹⁹.

Des exceptions sont néanmoins autorisées, sous certaines conditions²⁰. La loi du 27 mai 2008 précise ainsi qu'une différence de traitement est autorisée si elle est justifiée par un **but légitime** et que les **moyens de parvenir à ce but sont nécessaires et appropriés**²¹. Toutefois, cette exception n'est pas valable pour les différences fondées sur les critères de l'origine, de patronyme ou de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une prétendue race²².

I. L'ACCÈS AUX SOINS : UNE PREMIÈRE ÉTAPE SEMÉE D'EMBÛCHES

Les discriminations dans l'accès aux soins renvoient aux obstacles opposés à une personne pour entrer dans un parcours de soins, que ce soit lors d'une demande de prise en charge par la médecine d'urgence, lors d'une prise de rendez-vous médical ou à l'arrivée sur le lieu de soins. Ces obstacles prennent différentes formes, du refus explicite aux entraves moins visibles (réponses invoquant une raison extérieure indépendante de toute volonté, conditions particulières pour un rendez-vous, réorientations abusives, etc.). Une attention particulière sera portée, dans cette partie, aux difficultés rencontrées par les personnes allophones et les personnes en situation de handicap.

A. L'ACCÈS AUX SOINS URGENTS ET AUX SOINS SANS RENDEZ-VOUS

La médecine d'urgence a pour vocation de prendre en charge, tous les jours de l'année, 24h sur 24h, toute personne nécessitant des soins urgents, y compris psychiatriques²³. En cas de situation médicale urgente, les services d'urgence des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, constituent la porte d'entrée dans les soins. L'organisation de la médecine d'urgence repose principalement sur trois types de structures : « les "services d'aide médicale urgente" (SAMU) qui recueillent et régulent les appels, les "structures mobiles d'urgence et de réanimation" (SMUR) qui se déplacent pour prendre en charge et transporter, sur demande du SAMU, les personnes accidentées ou en détresse sanitaire, et les "structures de médecine d'urgence" qui accueillent les patients et les prennent en charge dans un établissement de santé »²⁴.

Cependant, les études sur le sujet montrent que l'organisation des soins aux urgences, la pression qui s'exerce sur ces services et les pratiques de sélection et de priorisation selon le degré d'urgence des patients constituent un terreau favorable pour l'expression des discriminations et le renforcement des inégalités d'accès aux soins²⁵. Elles témoignent d'une **prise en charge différenciée des personnes, en particulier selon leur sexe, leur origine, leur nationalité²⁶ et leur vulnérabilité économique.**

Une étude menée en 2023 dans des services d'urgence français et de trois autres pays européens (Suisse, Monaco, Belgique) a montré l'influence des biais liés au genre et à l'origine sur l'évaluation du niveau de gravité de l'état de santé d'un patient par des soignants²⁷. Il leur a été soumis un cas clinique identique (patient / patiente de 50 ans souffrant d'une douleur thoracique, exprimant de l'anxiété et ayant vécu un épisode majeur de dépression deux ans auparavant), accompagné d'une photographie du patient ou de la patiente²⁸. Les résultats montrent qu'un homme blanc aurait 50 % de chance supplémentaire qu'une femme noire d'être considéré comme une urgence vitale quand il consulte dans un service d'urgence pour une douleur thoracique.

À l'instar des travaux académiques sur les questions de genre en santé²⁹, les témoignages adressés au Défenseur des droits indiquent également une sous-évaluation, par les services d'urgence, de la douleur et de la gravité des symptômes exprimés par les femmes, notamment lorsqu'elles sont jeunes, d'origine étrangère ou perçues comme telles.

Selon les cas, la douleur de la patiente est soit minimisée, soit remise en cause et renvoyée à une supposée anxiété ou à une souffrance psychologique dissimulée. Hérités de l'Antiquité, les préjugés liés au genre attribuant aux femmes une plus grande sensibilité à la douleur, une tendance à l'exagérer ou à la simuler, et des symptômes pathologiques souvent associés à la folie conditionnent encore aujourd'hui leur accès aux services d'urgence³⁰.

Le fait de **traiter différemment les femmes se présentant aux urgences, en disqualifiant leur parole ou en minimisant leur souffrance**, est susceptible de constituer en droit une discrimination. Il se traduit en effet le plus souvent par une sous-évaluation de la gravité des symptômes, une mauvaise interprétation des signes cliniques et des erreurs de diagnostic. À l'intersection de plusieurs critères de discrimination, les mères célibataires apparaissent particulièrement exposées à ces refus discriminatoires, en raison à la fois de leur sexe et de leur situation de famille. À la suite d'une overdose médicamenteuse dans le cadre de son traitement pour plusieurs pathologies chroniques, une patiente a ainsi témoigné qu'elle avait fait l'objet d'un refus discriminatoire du médecin des urgences de procéder à un bilan sanguin, accompagné de propos stigmatisants lui opposant que « *l'hôpital n'est pas un hôtel pour mère célibataire épuisée* »³¹.

Les personnes perçues comme non-blanches sont également moins bien prises en charge aux urgences. Le « **syndrome méditerranéen** », **préjugé raciste** - sans fondement médical³² - selon lequel les personnes d'origine nord-africaine ou noire exagèrent leurs symptômes ou douleurs, a pour effet une minimisation des souffrances exprimées par les patients et/ou un refus de prise en charge, aux conséquences parfois fatales³³. Malgré 7 appels successifs pour des vomissements et douleurs au ventre, une jeune femme perçue comme noire a été confrontée au refus du SAMU de la prendre en charge, ce dernier lui conseillant de « *manger des yaourts* » en attendant que la douleur disparaisse³⁴. Faisant appel à son frère habitant à 80 kilomètres pour l'emmener aux urgences les plus proches, elle apprendra une fois sur place qu'elle souffre d'une pancréatite aiguë,

développée à un stade élevé, présentant des risques de complications graves. Le processus de catégorisation lié à l'origine et à la vulnérabilité économique mobilisé par certains soignants exerçant dans les services d'urgence pour appréhender les patients Roms est également susceptible de conduire à « *la disqualification de leur demande de soins et [à un] traitement différentiel* »³⁵.

Plusieurs **refus discriminatoires de prise en charge aux urgences, motivés par la particulière vulnérabilité économique et/ou l'état de santé du patient**, ont également été rapportés au Défenseur des droits. Malgré une orientation par le SAMU vers un service d'urgence, les agents de l'accueil refusent parfois les patients vivant à la rue ou usagers de drogues, en raison de leur apparence physique, de leur odeur corporelle ou au motif de l'alcoolisation. Ces discriminations dans l'accès aux soins urgents peuvent se caractériser par l'absence de réalisation du premier entretien individualisé d'évaluation permettant le tri et l'orientation par l'infirmier d'accueil, par l'absence de consultation auprès d'un médecin ou par une requalification de la demande de soins urgents en demande d'hébergement, bien qu'une prise en charge médicale soit nécessaire. Dans d'autres cas, la discrimination peut induire un refus d'hospitalisation par le médecin, alors que l'état du patient l'exige, comme l'illustre le témoignage suivant d'un médecin addictologue :

« *Mon patient, alcoolo-dépendant et usager de drogue, a été orienté par mes soins vers les urgences pour dégradation majeure de l'état général avec perte de 20kg et dyspnée* ³⁶. *Tous les examens nécessaires ont été réalisés et ont montré une infection pulmonaire très sévère qui imposait une hospitalisation pour n'importe qui devant le risque vital à court terme. Mais, connu comme "alcoolique et drogué", ne sentant pas bon, il a été renvoyé chez lui avec une ordonnance d'antibiotiques (traitement nettement insuffisant). Heureusement, il a été vu le lendemain par son infirmier libéral dans un état encore aggravé et j'ai pu l'orienter directement en pneumologie* »³⁷.

B. LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

Dans le domaine des soins, le refus de donner un rendez-vous à un patient, sur le fondement d'un motif prohibé par la loi, constitue la forme de discrimination la plus manifeste.

Sauf en cas d'urgence médicale, le code de la santé publique précise que les professionnels peuvent refuser de soigner un patient ou une patiente pour des raisons professionnelles (demande de soin qui ne correspond pas à leur domaine de compétence ou spécialité, nombre trop élevé de patients ne leur permettant pas d'en accepter de nouveaux, etc.) ou pour des raisons personnelles (patient qui a été insultant ou violent à leur égard)³⁸.

Cette possibilité n'est donc légitime que dans certaines conditions qui relèvent d'un cadre juridique précis. Les codes de déontologie des différentes professions médicales précisent ainsi que le refus de soins ne doit pas être motivé par un critère discriminatoire et que la continuité des soins doit être assurée³⁹. Autrement dit, les soignants doivent réorienter les patients et ne pas faire obstruction à la transmission du dossier médical.

1- LE REFUS DE RENDEZ-VOUS OPPOSÉ PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ OU UN SECRÉTARIAT MÉDICAL

Si certains refus sont explicites et assumés par les établissements de soins, d'autres sont plus discrets, parfois fallacieusement justifiés par le mode de fonctionnement et d'organisation de l'équipe médicale. Les discriminations dans l'accès à un rendez-vous médical prennent donc des formes multiples, parfois spécifiques à un motif de discrimination ; c'est pourquoi les principaux critères prohibés de discriminations seront ici envisagés successivement.

LES REFUS DE SOINS LIÉS À LA PARTICULIÈRE VULNÉRABILITÉ RÉSULTANT DE LA SITUATION ÉCONOMIQUE DE LA PERSONNE

Les refus de soins en raison de la particulière vulnérabilité résultant de la situation économique de la personne sont les plus fréquemment constatés et sanctionnés.

Ces refus existent dans toutes les spécialités médicales⁴⁰, comme l'illustrent les situations développées ci-après.

Le critère de la particulière vulnérabilité résultant de la situation économique, apparente ou connue de son auteur a été ajouté par le législateur en 2016⁴¹. Il figure aujourd'hui à la fois au sein du code pénal et de la loi généraliste n° 2008-496 du 27 mai 2008. En matière de santé, l'ajout de ce critère s'inscrit dans le prolongement de l'interdiction des refus de soins opposés par des professionnels de santé aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle (ci-après CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (ci-après CMU-C), de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, déjà prévue par le code de la santé publique⁴².

La CSS et l'AME⁴³ ont été élaborées par le législateur dans le but de pallier les difficultés d'accès aux soins des personnes ayant des ressources financières modestes⁴⁴ en leur permettant d'accéder à des consultations médicales sans frais restant à la charge du patient et sans avancer le règlement des honoraires.

Paradoxalement, le fait de bénéficier de l'un de ces dispositifs et les stéréotypes qui y sont associés, vont parfois induire un refus d'accès à des soins. La CSS et l'AME témoignent de la situation financière ou de la nationalité et de la situation administrative du patient, et participent parfois à cristalliser chez les soignants des préjugés stigmatisants à l'encontre des patients⁴⁵, ce qu'illustre ce témoignage évoquant des propos entendus lors de consultations : « *Ils viennent avec des cartes où ils se ressemblent tous et se font tous soigner avec la même carte de sécu, vous au moins, on vous reconnaît* »⁴⁶.

Après la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), les décisions du Défenseur des droits continuent de mettre en évidence des situations de discrimination dans les prises de rendez-vous médicaux des bénéficiaires de la CMU⁴⁷, de la CMU-C⁴⁸, et désormais de la CSS et de l'AME.

La fusion de la CMU-C et de l'aide pour une complémentarité santé (ACS) en novembre 2019 et l'extension de la pratique du tiers payant ont participé, en simplifiant les démarches afférentes pour les professionnels, à la diminution des refus de soins opposés

aux bénéficiaires de la CSS. Néanmoins, les personnes bénéficiaires de l'AME restent particulièrement confrontées aux refus de soins discriminatoires, comme le montrent les résultats d'une étude réalisée en 2023 avec le soutien du Défenseur des droits : 4 % des demandes de rendez-vous auprès d'un médecin généraliste, 7 % des sollicitations auprès d'un pédiatre et 9 % des sollicitations auprès d'un ophtalmologue sont explicitement rejetées pour ce motif⁴⁹.

En pratique, les situations de discrimination prennent plusieurs formes, à commencer par le **refus explicite de donner un rendez-vous à un patient bénéficiaire de la CSS ou de l'AME**. Le Défenseur des droits a, par exemple, été saisi par une personne qui s'est rendue au sein d'un établissement de santé pour prendre un rendez-vous pour une consultation pour sa fille. Le secrétariat lui a précisé que la prise de rendez-vous était conditionnée à « *des critères* », expliquant que les patients bénéficiaires de la CSS n'étaient pas reçus et ce, « *car [le docteur] ne veut pas avancer les frais* »⁵⁰. Cette pratique est prohibée y compris lorsque le professionnel réoriente⁵¹ le patient vers un autre établissement de soins, quand bien même il y exerce lui-même⁵².

Le fait de **décliner la demande de réservation d'un créneau de consultation**, en acceptant de le recevoir uniquement entre deux patients ayant un rendez-vous programmé⁵³, ou bien **d'attribuer un rendez-vous et de l'annuler ultérieurement**⁵⁴, sera également appréhendé comme un refus de soins discriminatoire.

Ces refus seront considérés comme des discriminations qu'ils soient le fait **du professionnel de santé ou des membres du personnel, notamment du secrétariat**⁵⁵. Le professionnel de santé engage en effet sa responsabilité non seulement lorsqu'il commet une discrimination, mais également lorsqu'il enjoint à son secrétariat d'adopter un tel comportement⁵⁶. De même, le personnel de secrétariat engage sa propre responsabilité lorsqu'il adopte un comportement discriminatoire ; à l'inverse, il est protégé contre toute décision défavorable lorsqu'il refuse d'adopter un comportement discriminatoire⁵⁷.

Outre le bénéfice de ces prestations sociales, **le lieu de résidence - comme le fait de vivre en habitat précaire ou informel, le fait de ne pas bénéficier d'un logement stable ou de vivre à la rue - constitue également un marqueur de particulière vulnérabilité résultant de la situation économique de la personne**. Ainsi, plusieurs femmes enceintes, sans domicile fixe, accompagnées par des associations, n'ont pu s'inscrire au sein d'un service de maternité en prévision de leur accouchement, les établissements invoquant parfois la crainte que la patiente demeure hospitalisée de façon prolongée après son accouchement. Le fait que le patient vive dans un habitat informel ou en caravane suscite également parfois la réticence des professionnels de santé à se déplacer, certains professionnels supposant que ce lieu de vie sera nécessairement vétuste ou inadapté aux postures professionnelles. Ces refus sont susceptibles d'être discriminatoires au titre à la fois du lieu de résidence et de la particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, voire de l'origine réelle ou supposée⁵⁸.

Refuser l'**accès à des soins au motif que le patient ne peut pas fournir d'adresse est également discriminatoire**. Le médecin traitant d'un patient sans domicile fixe témoigne du fait que ce dernier n'a pas pu être ausculté pour un syndrome grippal par le service des urgences auquel son patient indique s'être rendu le soir : « *le matin [mon patient] est réveillé et on lui dit "c'est bon vous avez bien dormi maintenant il faut partir" sans lui donner de papiers ou d'ordonnances. Rien. [...]* »⁵⁹ ; le compte rendu d'hospitalisation mentionne comme motif de sortie « *hébergement* ». N'ayant pu bénéficier d'aucun soin, ce patient a perdu plusieurs kilos en quelques jours en raison d'une pneumopathie. Il a rapporté à son médecin traitant être « *tombé sur une médecin raciste* » et a vraisemblablement subi une discrimination à l'intersection de plusieurs critères, à la fois au regard de sa situation économique, de son apparence physique et de son origine réelle ou supposée.

LES REFUS DE SOINS LIÉS À L'ORIGINE

Les **refus de soins liés à l'origine** incluent aussi bien des refus explicites que des refus implicites. Dans les cas les plus explicites, le motif discriminatoire du refus s'appréhende souvent dans les propos tenus par les professionnels de santé, à l'image du témoignage d'une patiente rapportant le refus de sa gynécologue de la recevoir en consultation, « *car elle est noire et grosse et qu'elle ne verra rien* » à l'examen⁶⁰. Les refus implicites renvoient quant à eux aux pratiques visant à différer l'accès effectif aux soins en raison d'obstacles opposés par le professionnel ou l'établissement (absence de disponibilité, renvoi récurrent vers d'autres praticiens, etc.)⁶¹.

Si le motif discriminatoire n'apparaît souvent pas de façon explicite, il peut être objectivé à partir des conditions dans lesquelles il a été opposé, notamment grâce à la réalisation d'un test de discrimination (*testing*). Le Défenseur des droits a ainsi été saisi d'une réclamation relative à un refus du secrétariat d'un centre de santé de recevoir en consultation une patiente, en précisant que les professionnels de santé de ce centre ne prenaient plus de nouveaux patients. Le lendemain, une amie de la réclamante ayant les mêmes caractéristiques (nouvelle patiente, bénéficiaire de la CSS) a contacté le secrétariat, en communiquant un prénom et nom fictifs à consonance française, et obtenu un rendez-vous dans les jours suivants. Ce test de situation a ainsi permis de mettre en évidence que le motif de non-attribution d'un rendez-vous à cette patiente ne reposait pas sur l'absence d'accueil de nouveaux patients mais sur l'origine supposée de la patiente.

LES REFUS DE SOINS LIÉS À L'ÉTAT DE SANTÉ

Des **refus de soins discriminatoires opposés par des professionnels de santé à des patients en considération de leur état de santé** (addiction, maladie psychique, polypathologie chronique, VIH, etc.) ont également été portés à la connaissance du Défenseur des droits. Le critère de l'état de santé vise l'ensemble des manifestations d'un état de santé dégradé, quelles qu'en soient les caractéristiques : une maladie durable,

passagère ou chronique, physique, mentale, plus ou moins invalidante, engageant ou non le pronostic vital.

Les discriminations liées à la santé résultent le plus souvent d'une méconnaissance par les professionnels de santé des obligations déontologiques relatives à la prise en charge de certaines pathologies ou d'une réticence à les appliquer (inquiétude pour sa propre sécurité ou santé, anticipation du temps de prise en charge supplémentaire induit pour des patients présentant des pathologies chroniques ou rares, etc.). Les acteurs associatifs alertent par exemple sur des refus de prise en charge par des médecins généralistes de patients diabétiques, en raison du temps plus long de consultation que ces rendez-vous exigent.

Cependant, lorsque les motifs ne sont pas fondés sur une justification objective, l'état de santé ne saurait motiver l'absence de prise en charge. Le Défenseur des droits le rappelle dans ses décisions : l'état de santé d'une personne ne peut faire obstacle à l'accès aux soins. Le fait pour un professionnel de santé de refuser de recevoir un patient en raison de sa maladie, en raison du temps de prise en charge supplémentaire qu'elle induit ou des risques de contamination, constitue un refus de soins discriminatoire.

Pour justifier leur refus, certains professionnels de santé font valoir les dispositions de leur code de déontologie qui les autorisent à refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, hormis le cas d'urgence et celui où ils manqueraient à leurs devoirs d'humanité⁶². Cependant, comme le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) l'a précisé, ces dispositions ne peuvent être utilisées « *pour refuser des soins de façon discriminatoire* » et un « *patient qu'il soit contagieux, atteint de troubles cognitifs ou psychiatriques doit être aussi bien traité qu'un autre patient* »⁶³.

La Défenseure des droits s'est prononcée à de nombreuses reprises concernant des réclamations relatives aux difficultés rencontrées par des patients vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine⁶⁴, les soignants refusant de les recevoir en

consultation par crainte d'une contamination. Dans ses décisions, elle rappelle aux praticiens mis en cause (médecins généralistes, dentistes, médecins exerçant dans un centre de soins esthétiques, etc.) que, conformément à leurs obligations déontologiques envers les patients, toute personne a, quelle que soit la gravité de son état de santé, le droit d'être soignée ou, le cas échéant, d'être réorientée convenablement.

Elle souligne par ailleurs, dans les cas où un chirurgien-dentiste est mis en cause, qu'il n'existe pas de raisons objectives de traiter différemment les personnes séropositives au VIH, puisqu'il n'existe pas de protocole de soins dentaires spécifique concernant les patients atteints de cette infection. Le patient pouvant ignorer son état d'infection ou ne pas souhaiter révéler sa séropositivité, les mesures de précaution mises en place doivent l'être de la même manière pour tous les patients en respectant le même protocole de décontamination et de stérilisation.

Interrogé par le Défenseur des droits, **l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)** confirme que *« tous les patients doivent être considérés comme potentiellement contaminants, puisqu'il est impossible de connaître avec certitude leur statut sérologique »*⁶⁵. Il indique également que le code de déontologie impose aux chirurgiens-dentistes de prendre toutes les précautions nécessaires pour assurer la sécurité des soins et une parfaite gestion du risque infectieux⁶⁶, et que *« les chirurgiens sont équipés et formés pour cela »*⁶⁷. L'ONCD rappelle enfin que la profession *« a déjà affronté de nombreuses pandémies (VIH, HVC, grippe aviaire, PRION, ... et plus récemment COVID-19). Les soins ont continué et continuent. Dès lors, les refus de soins directs et indirects [...] concernant des patients infectés par le VIH sont incompréhensibles et inadmissibles »*⁶⁸.

2- L'IMPOSSIBILITÉ DE PRENDRE RENDEZ-VOUS SUR LES PLATEFORMES NUMÉRIQUES DÉDIÉES

Le Défenseur des droits est régulièrement saisi par des usagers de plateformes numériques spécialisées dans l'activité de la mise en relation en ligne des professionnels de santé avec leurs patients, de réclamations relatives à des soupçons de faits discriminatoires lors de tentatives de prise de rendez-vous. Plusieurs types de cas ont ainsi été portés à sa connaissance⁶⁹ :

- Le fait d'utiliser les fonctionnalités offertes par la plateforme pour « bloquer » un patient qui ne se serait pas présenté à un rendez-vous, à la suite d'une première consultation en raison d'un motif discriminatoire et, en particulier, en raison du bénéfice de la CSS⁷⁰ ;
- Le fait de faire figurer une mention restreignant le public accueilli sur la fiche de présentation du professionnel de santé, en refusant, par exemple, la prise de rendez-vous en ligne pour les patients mineurs⁷¹ ;
- Le fait de faire apparaître des conditions particulières pour les bénéficiaires de la CSS et de l'AME sur les profils individuels de professionnels de santé.

Le Défenseur des droits a constaté un encadrement insuffisant du fonctionnement des plateformes susvisées et a rappelé que limiter les modalités de prise de rendez-vous en fonction d'un critère prohibé, notamment le statut de bénéficiaire de l'AME ou de la CSS, pouvait être considéré comme discriminatoire. À la suite des recommandations du Défenseur des droits, il n'est désormais plus possible d'utiliser ces mentions discriminatoires sur l'une des plateformes concernées, qui a mis en place une procédure de contrôle filtrant notamment les mots CSS et CMU.

Les **modes de prise de rendez-vous peuvent également être inaccessibles aux personnes en situation de handicap** et relever d'une discrimination fondée sur ce motif. Si la prise de rendez-vous en ligne peut favoriser l'accès des personnes handicapées aux soins, elle peut également constituer un obstacle majeur à l'accès à une consultation dès lors que l'accessibilité des sites internet n'est pas assurée ou que l'information est insuffisante.

Par exemple, les sites de prise de rendez-vous en ligne ne sont pas tous accessibles aux patients sourds, malentendants, aveugles et aphasiques. Par ailleurs, les informations disponibles en amont sur l'accessibilité (ou non) du cabinet médical sont souvent inexistantes ou lacunaires (en ne précisant pas, par exemple, pour quel type de handicap le cabinet est accessible). Dans certains cas, il est indiqué sur la plateforme que le cabinet médical est accessible aux personnes à mobilité réduite et le patient découvre à l'arrivée qu'il y a des marches à monter pour accéder au cabinet ou que seules les toilettes étaient en réalité accessibles.

Enfin, des professionnels de santé limitent la prise de rendez-vous aux réservations en ligne, sans autre possibilité, alors que de nombreuses personnes demeurent éloignées du numérique⁷² : selon une enquête de l'Observatoire du numérique en santé publiée en 2024, 16 % de la population se sent « éloignée du numérique » parce qu'elle maîtrise mal, à très mal, les outils du numérique⁷³. Les personnes en situation de handicap, ou encore les personnes âgées, sont particulièrement concernées.

3· LES CONDITIONS PARTICULIÈRES POSÉES POUR DONNER UN RENDEZ-VOUS

Le traitement discriminant dans l'accès à des soins, parfois désigné par l'expression « refus de soins », recouvre des situations diverses et ne se limite pas aux situations de refus d'octroi d'un rendez-vous. Le fait de soumettre à des modalités particulières, défavorables au patient, ou à des conditions supplémentaires, l'accès de certains patients à des soins suffit à caractériser la discrimination, même en l'absence de « refus ». Le Défenseur des droits a eu l'occasion de le rappeler concernant des patients bénéficiant de la CSS ou de l'AME qui s'étaient vus **imposer de se rendre physiquement au cabinet médical** pour prendre rendez-vous, alors que les autres patients pouvaient prendre rendez-vous par téléphone⁷⁴.

Le **fait d'octroyer un rendez-vous uniquement sur certaines plages horaires spécifiques** ou de restreindre les consultations à des visites sans rendez-vous est discriminatoire. La Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins l'a énoncé concernant un praticien qui recevait les patients bénéficiaires de la CMU uniquement au cours d'une matinée par semaine, sans possibilité de rendez-vous programmé⁷⁵. La mise en place de consultations sans rendez-vous peut être utile, notamment pour des publics précaires, mais ne doit pas devenir la seule possibilité de consultation pour eux, alors que ce n'est pas le cas pour le reste de la population. Le Défenseur des droits a également été saisi de telles pratiques mises en place par des chirurgiens-dentistes, qui, après avoir eu connaissance du statut sérologique du patient vivant avec le VIH, proposaient des rendez-vous uniquement en fin de journée de consultations⁷⁶. L'Ordre national des chirurgiens-dentistes rappelle et dénonce régulièrement cette « *discrimination scandaleuse et d'un autre âge* »⁷⁷.

Les acteurs associatifs ont également relevé d'autres pratiques comme le **fait d'attribuer un rendez-vous dans un délai plus long** que pour un autre patient⁷⁸, ou encore le **fait d'exiger des documents particuliers** (document d'identité pour accéder à une permanence d'accès aux soins de santé par exemple).

Les mineurs non accompagnés sont également régulièrement contraints de répondre à des conditions supplémentaires pour accéder à des soins, comme le fait de devoir produire une pièce d'identité en sus de l'attestation de bénéficiaire de l'AME, ou de devoir être **accompagnés d'un adulte**, sans vérifier si le mineur bénéficie à titre personnel d'une prise en charge financière de ses frais de santé⁷⁹. De même, des actes de dépistage de maladies ou de soins sont fréquemment non réalisés, en raison de l'isolement du jeune (crainte d'un diagnostic trop lourd ; sortie d'hospitalisation de la personne se disant mineur avec un traitement très lourd, sans aucun accompagnement pour la prise de ce traitement ; refus d'orientation vers un spécialiste, etc.).

Les personnes trans témoignent régulièrement du conditionnement de leur accès à une consultation – en lien ou non avec leur transition – au fait de fournir une attestation d'un médecin psychiatre ou d'être suivi par un psychiatre, bien que cela ne constitue par une recommandation médicale⁸⁰.

4- LES RÉORIENTATIONS ABUSIVES VERS LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS (PASS)

L'accès aux soins des personnes précaires et la lutte contre l'exclusion sociale **font partie des missions de service public des établissements de santé**. Les établissements sont tenus de mettre en place des *« permanences d'accès aux soins de santé [...] adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits »*⁸¹. En pratique, ces permanences, dites « PASS », prennent la forme d'unités de soins, et sont destinées à accueillir les patients ne bénéficiant pas de l'assurance maladie ou d'une complémentaire santé ou encore dont la situation sociale bloque l'accès aux soins.

Les **patients possédant une couverture maladie n'ont donc pas vocation à consulter un professionnel de santé par l'intermédiaire des PASS**. Pourtant, le Défenseur des droits a été alerté par des acteurs associatifs sur le fait que des personnes exilées, disposant d'une couverture maladie, sont fréquemment redirigées vers les PASS, sans même qu'il soit recherché si elles possèdent ou non des droits ouverts à l'assurance maladie. Un médecin exerçant dans une PASS a adressé le témoignage suivant au Défenseur des droits : *« Je suis médecin au sein de la PASS du CH [...]. À la PASS, nous ne devrions [...] prendre en soin [les patients] uniquement lorsque leurs droits ne sont pas à jour. Une fois les droits à jour, ils devraient basculer dans le droit commun. Mais lorsqu'ils ne sont pas francophones, la prise de RDV est impossible, et lorsqu'ils y arrivent par Doctolib, ils sont refusés dès l'accueil. Idem dans certaines pharmacies qui refusent de délivrer des médicaments aux personnes avec AME... idem chez certains médecins libéraux... »*⁸².

Alors que les PASS n'ont vocation qu'à constituer une alternative momentanée et transitoire pour permettre à certains patients précaires de débiter un parcours de soins en bénéficiant d'un accompagnement vers les soins et vers le bénéfice de droits sociaux, **ces pratiques discriminatoires tendent à instaurer un parcours de soins parallèle pour les personnes exilées ou pour des personnes en très grande précarité, les excluant du système de santé de droit commun, au seul motif de leur nationalité et de leur origine.**

5- LES CONSÉQUENCES DE LA GÉNÉRALISATION DES CONSULTATIONS SUR RENDEZ-VOUS UNIQUEMENT SUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Dans un contexte de tensions dans la démographie médicale⁸³, l'accès aux soins est de plus en plus difficile pour les patients⁸⁴. Tous les moyens sont recherchés et mis en œuvre pour optimiser le temps que les professionnels de santé peuvent consacrer aux soins, à l'exemple de la « *taxe lapin* » envisagée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 afin d'instaurer une pénalité financière pour les patients qui n'honoreraient pas un rendez-vous médical⁸⁵.

S'il apparaît légitime que des professionnels de santé ne reçoivent plus les patients ayant annulé ou n'ayant pas honoré plusieurs rendez-vous antérieurs, cette pratique est cependant susceptible d'entraîner des conséquences particulières pour certaines personnes, notamment celles en situation de grande précarité économique, d'isolement ou d'exclusion sociale.

Avoir un mode de vie précaire ou vivre en habitat informel répond avant tout à un impératif de survie. Ainsi, les préoccupations principales des habitants sont-elles de répondre aux besoins essentiels de se nourrir et d'assurer leur sécurité au quotidien. Par ailleurs, lors d'une expulsion, quitter un lieu, préserver ses biens, trouver un endroit où passer la nuit, etc. deviennent autant de nécessités qui occulteront l'importance d'honorer un rendez-vous médical. Il est également nécessaire de préciser que, dans le cadre d'expulsions, il est fréquent que des documents administratifs et médicaux soient détruits avec les biens, compliquant le futur accès aux soins de ces personnes.

Par conséquent, les personnes en situation de vie précaire, notamment celles n'ayant pas de logement stable, sont particulièrement désavantagées par la pratique consistant à refuser une consultation à un patient absent lors d'une consultation antérieure ; elles ne peuvent plus prendre rendez-vous ni consulter certains praticiens. En cela, cette pratique est susceptible de caractériser une discrimination indirecte, à savoir « *une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner, pour l'un des motifs [de discrimination prohibée] mentionnés [...], un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres* »⁸⁶.

Les personnes atteintes d'une pathologie psychique ou de troubles cognitifs et les personnes présentant une addiction sont également particulièrement désavantagées par les refus de soignants d'attribuer un rendez-vous à la suite de l'absence du patient à une précédente consultation. De par leur état de santé, ces personnes n'ont pas toujours la possibilité de répondre à l'exigence d'honorer un rendez-vous fixe, prévu plusieurs jours et parfois jusqu'à plusieurs mois en amont.

FOCUS

SUR L'ACCÈS À L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

L'assistance médicale à la procréation (AMP) recouvre l'ensemble des techniques médicales qui peuvent être proposées, depuis 2021⁸⁷, aux couples - homosexuels comme hétérosexuels -, et aux femmes non mariées ayant un projet parental⁸⁸. L'ouverture de l'accès à l'AMP à de nouvelles personnes et à de nouvelles circonstances a entraîné une augmentation de la demande⁸⁹ et a affecté l'organisation des services proposant l'AMP⁹⁰.

Dans ce contexte, et malgré un cadre juridique précis⁹¹, le Défenseur des droits a été alerté sur des situations dans lesquelles des patientes se sont vu refuser l'accès à l'AMP, tant pour un projet de grossesse immédiat que pour la conservation d'ovocytes, pour un ou plusieurs motifs discriminatoires.

L'âge trop avancé de la patiente, ou trop proche de la limite fixée pour débiter le parcours est parfois évoqué, comme l'illustre ce témoignage : « *J'ai vu un décret de 2021 qui prévoit que pour la prise en charge pour la fertilité des femmes, l'âge limite est de 37 ans. J'ai 36 ans. Beaucoup d'établissements me disent qu'ils sont saturés et que vu les délais d'attente, ce sera trop tard. Or là, j'ai reçu un mail d'un hôpital parisien me disant qu'ils recevaient que les femmes de moins de 35 ans. C'est discriminant. Que puis-je faire ?* »⁹².

L'orientation sexuelle des patientes a également été identifiée comme à l'origine de refus, à l'exemple de celui opposé par un établissement de soins privés, soutenu financièrement par des dons d'organismes religieux catholiques, au sein duquel un médecin gynécologue expose que « *cela ne va pas être possible étant donné qu'il s'agit d'un couple de femmes* »⁹³, bien qu'un refus de prise en charge pour ce motif soit expressément exclu par les dispositions relatives à l'AMP.

Le Défenseur des droits a également observé que l'**identité de genre** a pu être opposée à des patients pour leur refuser l'accès à l'AMP. Ainsi, l'institution a été saisie par un couple hétérosexuel dont l'homme est transgenre (homme assigné femme à la naissance), qui souhaitait initier un parcours d'AMP avec donneur. Contacté par les services du Défenseur des droits, le Centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains (CECOS) a précisé que toute demande de don de gamètes impose aux couples une consultation avec un psychologue mais que le psychologue du CECOS en question n'était pas formé à la prise en charge des couples transgenres. À la suite de l'intervention du Défenseur des droits, le couple a pu être pris en charge dans le CECOS proche de son lieu d'habitation⁹⁴.

C. LE REFUS D'ACCÈS À UNE CONSULTATION

L'obtention d'un rendez-vous ne garantit pas pour autant la tenue de cette consultation ; certains refus sont opposés alors que le patient se trouve déjà dans le lieu de soin. Les refus de soins discriminatoires sont alors fondés sur une diversité de critères de discrimination : les témoignages adressés au Défenseur des droits pointent l'état de santé, le handicap, la situation de famille, la particulière vulnérabilité résultant de la situation économique⁹⁵, etc. Néanmoins, le choix a été ici fait de souligner et d'illustrer les situations spécifiques où la présence physique du ou de la patiente peut se traduire par la mobilisation d'un critère de discrimination prohibé, à savoir l'origine, l'identité de genre, l'appartenance ou la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée.

Des personnes de confession musulmane ont témoigné auprès du Défenseur des droits de situations dans lesquelles elles ont été renvoyées d'un lieu de soins lorsqu'elles étaient vêtues d'un voile religieux, parfois dès leur arrivée en salle d'attente pour un rendez-vous programmé, au motif de la « *laïcité du cabinet* ». Une femme, venue consulter pour des douleurs diagnostiquées par la suite comme un calcul rénal, témoigne avoir été conduite jusqu'à la porte de sortie du cabinet médical par le professionnel de santé énonçant « *vous n'êtes pas chez vous* »⁹⁶. Cette situation fait écho à une récente étude de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne : une personne musulmane sur dix déclare avoir été confrontée à des discriminations racistes dans les services de santé au cours de l'année⁹⁷.

D'autres témoignages reçus évoquent l'opposition faite à l'accueil du conjoint dans la salle de consultation lorsqu'il est perçu comme noir ou arabe, y compris pour la réalisation d'une échographie pour une femme enceinte. Des acteurs associatifs ont également rapporté des refus de recevoir des personnes réfugiées, malgré leurs droits ouverts à la CSS.

Les personnes transgenres sont également régulièrement confrontées à des refus d'être reçues en consultation au motif de leur identité de genre ; les équipes soignantes s'estimant parfois d'emblée non compétentes, y compris pour la réalisation de simples examens d'imagerie⁹⁸. Dans une autre affaire, une chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins a prononcé une sanction d'interdiction d'exercer d'une durée d'un mois à l'encontre d'un médecin spécialisé en gynécologie-obstétrique ayant refusé de recevoir une patiente transgenre (femme assignée homme à la naissance) en consultation et, l'ayant invitée, par l'intermédiaire d'un avis public sur un site internet, à s'orienter vers un service « *spécialisé* » en indiquant qu'il ne s'occupait que des « *vraies femmes* », ajoutant qu'il n'avait « aucune compétence » pour s'occuper « *des hommes même s'ils se rasent la barbe et qu'ils viennent dire à ma secrétaire qu'ils sont devenus femmes* »⁹⁹. La chambre disciplinaire a écarté l'argument faisant état d'une absence de compétence du professionnel de santé, retenant qu'en ne recevant pas la patiente, le professionnel de santé n'avait pas eu connaissance des motifs pour lesquels cette patiente avait pris rendez-vous ni de l'éventuelle spécificité de la prise en charge sollicitée. La juridiction a conclu au caractère discriminatoire tant du refus de recevoir cette patiente en consultation que des propos tenus sur internet.

Cette condamnation fait écho aux nombreux témoignages reçus par le Défenseur des droits faisant état de refus de réaliser une consultation de médecins de différentes spécialités – généraliste, endocrinologie, dermatologie, psychiatrie, chirurgie – fréquemment accompagnés de propos stigmatisants : « *on ne peut pas être à la fois trans et handicapé* »¹⁰⁰ ; « *je ne soigne pas ce genre de gens* »¹⁰¹ ; « *je ne prends pas les gens comme vous, personne sur [nom de la ville] ne vous prendra* »¹⁰² ; « *les patients comme ça* »¹⁰³, etc.

D. L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

De nombreux refus de soins discriminatoires ont été rapportés au Défenseur des droits par des patients en raison de leur situation de handicap. Les professionnels de santé opposent tant des motifs relatifs au manque de temps ou de formation, qu'aux locaux inaccessibles ou à un matériel médical inadapté.

1- LES REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRES EN RAISON DU HANDICAP

Ces pratiques discriminatoires apparaissent particulièrement fréquentes, que ce soit en cabinet libéral ou en milieu hospitalier, lorsqu'il s'agit de **personnes présentant des troubles du neurodéveloppement**. De nombreux témoignages évoquent des refus de prise en charge par des dentistes d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), même dans des cas relevant d'une urgence dentaire : « À chaque prise de rdv, consultation d'un nouveau spécialiste, nous demandons aux médecins s'ils acceptent de prendre les enfants autistes. Sur une quarantaine de dentistes contactés sur Lyon, seuls 2 ont accepté de recevoir notre fils en consultation... »¹⁰⁴.

Dans un autre témoignage, après des refus répétés pour soigner une carie, un enfant autiste a pu être pris en charge deux années plus tard seulement à l'hôpital et sa dent a dû être arrachée, faute de soins immédiats¹⁰⁵. Près d'un demi-million d'enfants et adultes en situation de handicap n'auraient ainsi « pas suffisamment, voire pas du tout accès à la santé bucco-dentaire »¹⁰⁶. Les patients dépendent le plus souvent des services dits « handidents », dédiés à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, encore insuffisants en nombre et pour lesquels le temps d'attente pour un rendez-vous est particulièrement long (un à deux ans selon les témoignages recueillis).

Le Défenseur des droits est également saisi de refus de soins discriminatoires opposés à des **personnes à mobilité réduite au motif de**

l'inaccessibilité des locaux. Une réclamation lui a par exemple été adressée concernant un refus de rendez-vous par le secrétariat d'un institut médical de radiologie, prétextant que l'établissement n'était pas accessible aux personnes à mobilité réduite¹⁰⁷. L'intervention du Défenseur des droits a permis de résoudre ce litige par la voie amiable. L'institut médical a reconnu un dysfonctionnement, et précisé que ses locaux étaient effectivement accessibles aux personnes à mobilité réduite, puis a proposé au réclamant un rendez-vous afin qu'il puisse réaliser ses examens.

2- LES ENTRAVES À L'ACCÈS AUX SOINS LIÉES AU DÉFAUT D'ACCESSIBILITÉ

Le Défenseur des droits constate qu'il existe aujourd'hui de **nombreux freins à l'accès aux soins et à l'autonomie des personnes en situation de handicap** liés à l'absence d'accessibilité des lieux et d'adaptation des dispositifs de soins.

LES EXIGENCES EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ ET D'AMÉNAGEMENT RAISONNABLE

L'accessibilité est une condition préalable essentielle à l'effectivité du droit fondamental à la santé et à l'accès aux soins pour les personnes handicapées. Elle concerne aussi bien le transport vers le lieu de soin, l'accessibilité des locaux, les délais d'attente pour une consultation, l'orientation dans les lieux de soin, la communication avec le patient, le manque de matériel adapté ou l'insuffisance de personnel pour accompagner les personnes en situation de handicap au cours de leur parcours de soin. L'obligation d'accessibilité est un principe qui a vocation à être intégré dans les systèmes et les procédures. Elle peut être mise en œuvre progressivement mais sans condition.

Lorsque l'accessibilité n'est pas effective, les obligations relatives à l'**aménagement raisonnable**¹⁰⁸ s'appliquent immédiatement à tous les droits. Ces aménagements sont individualisés, doivent être appréciés *in concreto* selon la situation particulière de la personne concernée et ne peuvent être limités que si ils impliquent une charge disproportionnée.

En matière de soins, l'obligation d'aménagement raisonnable inclut toute mesure appropriée, quelle qu'elle soit, que les établissements de santé et les soignants peuvent mettre en œuvre afin de garantir l'accès effectif aux soins des personnes en situation de handicap dans un environnement médical non-accessible (un accueil et un accompagnement adaptés en cas d'absence de signalisation pour s'orienter dans les lieux de soins, des délais et conditions d'attente aménagés, etc.).

Le non-respect des obligations en matière d'accessibilité et, le cas échéant, le refus de mettre en place des aménagements raisonnables¹⁰⁹, qui ont pour effet d'empêcher les personnes en situation de handicap d'accéder aux soins sur la base de l'égalité avec les autres, constituent une discrimination.

Le Défenseur des droits déplore que l'obligation d'accessibilité ne soit, à ce jour, pas mise en œuvre de façon effective dans la plupart des domaines (cadre bâti, transports, numérique, produits et services, etc.). De nombreux refus discriminatoires de rendez-vous en raison du handicap du patient sont ainsi rapportés, les professionnels de santé opposant des locaux inaccessibles ou un matériel médical inadapté, ou encore un manque de temps ou de formation.

L'ACCESSIBILITÉ DES LIEUX DE SOINS

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées¹¹⁰ a renforcé l'**obligation d'accessibilité des établissements recevant du public**, afin de permettre l'accès et la circulation de toutes les personnes en situation de handicap, quel que soit leur handicap. La législation oblige ainsi, sauf dérogations exceptionnelles¹¹¹, les établissements de santé, publics et privés¹¹² (hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux et paramédicaux, etc.), à être accessibles, depuis la voirie publique jusqu'aux différents espaces de consultation et de soins. Les établissements de santé doivent permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder aux locaux avec la plus grande autonomie possible, d'y circuler librement (rampes d'accès, ascenseur) et d'y recevoir

les informations diffusées (signalisation adaptée pour les malvoyants, guides pour les malentendants, etc.)¹¹³. Mais l'objectif d'accessibilité fixé en 2005 n'est toujours pas atteint, et de nombreux locaux de soins restent inaccessibles. C'est le cas en particulier de nombreux cabinets médicaux libéraux implantés dans des bâtiments d'habitation.

En l'absence de cabinets médicaux accessibles, les personnes à mobilité réduite sont fréquemment contraintes de se déplacer loin de chez elles ou de se rendre à l'hôpital, avec pour conséquences des retards de prise en charge ou un renoncement aux soins. Les hôpitaux peuvent également être inadaptés aux personnes à mobilité réduite, notamment en ce qui concerne la disposition ou l'aménagement des chambres (absence de douche dans la chambre, toilettes trop basses, portes des toilettes trop étroites) ou des salles d'accueil (salons d'accueil inadaptés, toilettes accessibles aux personnes à mobilité réduite (PMR) fermées, etc.).

LE DÉLAI ET LES CONDITIONS D'ATTENTE

Le délai et les conditions d'attente sont parfois inadaptés aux personnes souffrant d'un trouble du neurodéveloppement, en raison de leurs difficultés de communication, émotionnelles ou sensorielles. Un temps d'attente trop long ou certaines caractéristiques de la salle d'attente ou de l'environnement médical (éclairage, bruit, nombre de personnes présentes) peuvent être des facteurs perturbants pour une personne souffrant d'un TSA par exemple et conduire à un renoncement à la consultation ou à une prise en charge plus compliquée. À ce titre, l'absence d'aménagement raisonnable des conditions d'accueil et d'attente dans les établissements de santé peut être constitutive d'une discrimination à raison du handicap.



L'ACCESSIBILITÉ COMMUNICATIONNELLE

Tout comme l'accessibilité physique, l'accessibilité de la communication, autrement dit le fait de proposer une information lisible et compréhensible par tous les patients lors de la consultation, constitue un préalable à l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap. De nombreuses **méthodes de communication** existent mais ne sont pas encore suffisamment généralisées : recours à la Communication Alternative et Améliorée (CAA), au Facile À Lire et à Comprendre (FALC), à la langue des signes¹¹⁴.

Des acteurs associatifs relèvent aussi l'absence de mise en place de « **consultations blanches** »¹¹⁵, pourtant préconisées pour préparer les personnes en situation de handicap à un examen médical et remboursées par l'assurance maladie. Le patient peut ainsi rencontrer le professionnel de santé, se familiariser avec son environnement et obtenir des informations sur l'acte clinique envisagé. Le rendez-vous médical avec un soignant et dans un lieu de consultation inconnu, ainsi que l'attente prolongée dans une salle d'attente peuvent être une épreuve déstabilisante pour une personne autiste. Le refus d'accorder un rendez-vous en vue d'une consultation blanche, par un soignant ou son secrétariat, constitue une discrimination.

LE MANQUE DE MATÉRIEL ADAPTÉ

Comme le souligne l'Ordre national des médecins, l'accessibilité aux personnes en situation de handicap « *ne porte pas uniquement sur l'accès physique aux locaux du médecin mais peut concerner éventuellement l'utilisation d'un matériel adapté pour leur prise en charge* »¹¹⁶.

Les professionnels de santé disposent bien souvent d'un matériel médical inadapté aux personnes en situation de handicap ou d'obésité sévère. Les témoignages reçus concernent le plus souvent les cabinets dentaires ou ophtalmologiques ou les centres d'imagerie médicale, du fait des difficultés pour transférer la personne sur la table d'examen ou d'équipements inadaptés (tables avec les équipements trop basses, appareils inadaptés, fauteuils et tables d'auscultation qui ne peuvent s'élever ou s'abaisser, absence de planche d'immobilisation, appareils de mammographie inaccessibles aux personnes en situation de handicap, etc.). Le Défenseur des droits a ainsi été récemment saisi d'une situation relative à un centre de radiologie en centre hospitalier universitaire (CHU) qui n'a pas pu réaliser une radiographie pour une mineure autiste qui s'était cassée le pied, en l'absence de planche d'immobilisation.

Une infirmière coordonnatrice en SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)¹¹⁷ témoigne ainsi qu'ils sont « *régulièrement confrontés à l'impossibilité pour les dentistes de recevoir les patients para ou tétraplégiques en fauteuil roulant électrique, ne pouvant pas effectuer leur transfert du fauteuil roulant électrique au fauteuil du dentiste. La plupart du temps, les dentistes ne sont pas en capacité de faire les soins directement sur le fauteuil roulant électrique du patient. De ce fait, parfois nous sommes obligés de leur prendre des RDV à une heure de route de chez eux, dans un centre médical spécialisé/adapté avec par conséquent parfois des refus de remboursement de transport étant donné que le cabinet dentaire n'est pas le plus proche de leur domicile* »¹¹⁸.

Par ailleurs, les établissements de santé ou les cabinets dentaires ne proposent pas systématiquement aux patients, notamment ceux ayant des troubles du neurodéveloppement, la possibilité de recourir à des solutions médicamenteuses pour les aider à gérer leur anxiété pendant certains actes médicaux.

Les personnes en situation d'obésité sévère sont également confrontées à un manque de matériel adapté, que ce soit à l'hôpital, en cabinet médical en ville ou dans un centre d'examen (tensiomètre inadapté, table de bloc ne supportant pas plus de 120 kg, potence inadaptée pour se relever du lit). Les acteurs associatifs nous ont fait part de situations, où faute d'appareil adapté, des personnes obèses sont renvoyées par des centres de radiologie vers des cliniques vétérinaires pour effectuer les examens.

LE TRANSPORT JUSQU'AU LIEU DE SOINS

Le refus de transport médicalisé par une ambulance d'une personne en situation de handicap peut être aussi constitutif d'une discrimination. Le Défenseur des droits a notamment été saisi du refus d'une société d'ambulances de prendre en charge une personne bénéficiaire de l'ALD (Affection Longue Durée) en raison de son poids, considérant que le trajet ne serait « *pas rentable* »¹¹⁹. Le Défenseur des droits a pris attache avec la direction de l'agence régionale de santé (ARS) afin que la réclamante puisse bénéficier d'une prise en charge sanitaire de manière urgente. L'ARS a contacté la société d'ambulanciers et a informé les services du Défenseur des droits de la bonne prise en charge de la réclamante.

Par ailleurs, la pénurie de transports sanitaires et de taxis conventionnés et accessibles dans certaines régions contraint les personnes à mobilité réduite à faire appel à une ambulance et, privées de leur fauteuil roulant, à être transportées allongées jusqu'au lieu de soins. Ces conditions dégradées de transport constituent une atteinte à la dignité des personnes en situation de handicap, notamment quand, à l'arrivée au centre hospitalier, les patients ne peuvent se déplacer par eux-mêmes, faute de fauteuil roulant disponible. De même, les personnes en situation d'obésité font face à des difficultés importantes pour avoir accès à des transports bariatriques¹²⁰ ou à des surcoûts élevés facturés illégalement par les sociétés privées en charge de ces transports.

II· LES DISCRIMINATIONS AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE

Au-delà des refus de consultation, des discriminations sont également susceptibles de se produire pendant la prise en charge médicale, lors du déroulement de la consultation ou de l'hospitalisation dans un établissement de santé, public ou privé. Si certaines pratiques discriminatoires peuvent en ce cas apparaître explicites, d'autres, plus diffuses ou indirectes, relèvent de pratiques professionnelles non questionnées ou de dysfonctionnements institutionnels.

Ces discriminations surviennent aux différentes étapes de la prise en charge, lors de la communication avec le patient, lors de la réalisation d'un examen ou d'un acte clinique ou au moment du règlement des actes de prévention et de soin. Elles peuvent se décliner selon différentes formes qui, prises isolément ou dans leur ensemble, permettront de caractériser la discrimination : non-respect des droits des patients, expression de préjugés et propos stigmatisants, abaissement des normes de prise en charge, instauration de modalités spécifiques en lien avec un critère de discrimination, etc.

A. LA COMMUNICATION AVEC LE PATIENT

La communication avec le patient constitue un élément clé de la prise en charge, à la fois pour la bonne compréhension des maux du patient, l'établissement du diagnostic, les choix des traitements thérapeutiques, l'observance du traitement ou encore la poursuite ou l'orientation du parcours médical. Dans ses échanges avec le patient, le professionnel de santé doit s'assurer du respect des droits des patients et de l'instauration d'un climat propice aux soins, dans le respect des obligations déontologiques.

1· LE NON-RESPECT DES DROITS DES PATIENTS : UN TRAITEMENT DIFFÉRENCIÉ

L'inobservation d'un ou plusieurs droits d'un patient, en raison d'un critère de discrimination prohibé, caractérise un traitement défavorable du patient au sens du droit de la non-discrimination.

LE DROIT À L'INFORMATION

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé, ainsi que sur « *les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* »¹²¹. Cette information a pour but de permettre au patient de prendre les décisions concernant sa santé de façon éclairée. Les personnes mineures ou majeures sous protection juridique disposent également du droit d'être informées sur leur état de santé et les actes de soins envisagés, cette information devant être adaptée à leur degré de maturité ou à leur faculté de discernement. Seule l'urgence ou l'impossibilité autorise un professionnel de santé à ne pas adresser cette information. Le patient peut néanmoins choisir de ne pas être informé d'un diagnostic ou pronostic, auquel cas cette volonté doit être respectée.

Les témoignages recueillis par l'institution rendent compte de manquements récurrents au droit à l'information de patients, en raison notamment de leur état de santé, de leur

handicap, de leur origine réelle ou supposée, de leur identité de genre ou de leur apparence physique. Une patiente, en hospitalisation libre, témoigne de l'objection qui a été opposée par une infirmière à sa demande d'information portant sur le contenu du traitement qu'elle s'apprêtait à lui injecter : « *tu n'as pas besoin de savoir* »¹²². La patiente relie cette attitude à une présomption de discrimination fondée sur son origine réelle ou supposée. Une autre personne témoigne également du manque d'explications fournies dans le cadre d'une transition de genre et de son impossibilité de faire un choix éclairé concernant les traitements à effectuer : « *Mon urologue m'a demandé de choisir la dérivation urinaire entre urostomie et néovessie sans m'expliquer les avantages et les inconvénients des deux solutions et surtout les conséquences de la cyseprostatectomie radicale. À savoir : stérilisation et dysfonctionnement érectile définitif. Je suis devenue intersexuée sans prise en charge* »¹²³.

Tout manquement au devoir d'information du patient se heurte à la difficulté de prouver ce qui a été tu ou dit dans le cadre de la relation patient-soignant. Cette preuve est d'autant plus ardue à apporter en matière de discrimination car la victime doit également apporter les éléments de fait pour permettre de présumer l'existence d'un traitement différencié. En tout état de cause, ces témoignages constituent autant d'indices pour identifier les points d'attention afin de prévenir la survenance de discriminations.

Les personnes mineures bénéficient également du droit d'être informées et de consentir à leurs soins. Ainsi, tout mineur hospitalisé en service de psychiatrie à l'initiative de ses représentants légaux¹²⁴ l'est sous le régime des soins libres¹²⁵, et ne peut faire, sauf dans de rares cas spécifiques et dérogatoires, l'objet de mesures d'isolement et de contention¹²⁶. Pourtant, la Défenseure des droits est saisie de situations dans lesquelles des mineurs ont été soumis à de telles mesures, et ce, de manière excessive et au-delà des dérogations prévues. Ceci interroge sur la place donnée à l'information et au consentement des jeunes patients et à celui de leurs représentants légaux. Ces

situations conduisent le Défenseur des droits à interroger plus largement le statut juridique du mineur hospitalisé en service psychiatrique. Ces pratiques sont rendues possibles par le flou juridique entourant le statut du mineur hospitalisé en psychiatrie, et conduiront à la publication de prochains travaux par l'institution.

LE DROIT AU RESPECT DE SA VIE PRIVÉE

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé a également le droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant¹²⁷. Ce droit se traduit par l'obligation faite aux professionnels de santé ainsi qu'à toute personne travaillant dans un établissement de santé, de se conformer au secret médical¹²⁸. Néanmoins, les situations portées à la connaissance du Défenseur des droits montrent que les personnes vivant avec le VIH et les personnes LGBTI sont particulièrement exposées dans les soins à des atteintes à leur vie privée.

L'état de santé des personnes vivant avec le VIH est régulièrement dévoilé à des personnes tierces en violation du secret médical : ouverture du dossier médical par les agents d'accueil, interrogation sur l'état de santé du patient en salle d'accueil et d'attente de laboratoires d'analyses au vu et au su de toutes les personnes présentes, inscription sur la couverture du dossier médical, visible de tous, d'une mention « *VIH* » ou « *SIDA* » en grands caractères, information d'autres membres du personnel soignant ou administratif qui n'interviennent pas dans la prise en charge, divulgation orale du statut sérologique en dehors du cadre d'une consultation, etc. L'un des témoignages reçus illustre ces discriminations flagrantes : « *Arrivé sur place, (le chirurgien-dentiste) me reçoit dans le cabinet et me demande si je suis certain d'être indétectable car il ne veut rien risquer. Suite à cette remarque, je lui explique ce qu'est le VIH, ce qu'il risque et surtout ce qu'il ne risque pas. Et là, grosse stupéfaction, il me sort du cabinet, [...] dans le couloir donnant sur la salle d'attente, d'autres patients attendaient pour d'autres praticiens, mon dentiste a crié " allez voir ailleurs je ne veux pas m'occuper de personnes qui ont le Sida je ne prendrai aucun risque "* »¹²⁹

L'orientation sexuelle des patients homosexuels est également régulièrement révélée, méconnaissant leur vie privée et leur intimité, par exemple par la mention de l'orientation sexuelle dans les comptes rendus médicaux, ou devant le patient en présence de personnes tierces.

LE DROIT AU CONSENTEMENT

Tout acte médical ou traitement ne peut être pratiqué sans que le patient n'y ait consenti préalablement¹³⁰, hors situations d'urgence. Ce consentement doit être prononcé librement par le patient et après qu'il a reçu les informations utiles pour faire un choix éclairé.

Pour autant, le Défenseur des droits constate des atteintes fréquentes à ce droit, dont sont particulièrement victimes les femmes lors de leur suivi gynécologique ou obstétrical. De nombreuses femmes témoignent ainsi d'examen gynécologiques (frottis, échographie endovaginale, pose de stérilet, examen interne, etc.) réalisés sans information préalable et sans que leur consentement soit recherché.

Les femmes étrangères semblent être particulièrement concernées par ces manquements. Lors d'une audition, des acteurs associatifs ont signalé que des femmes qu'ils accompagnent **n'ont pas été informées sur les différents modes de contraception existants**, l'équipe médicale présumant de leur choix en fonction de leur nationalité et/ou de leur statut administratif. Or, l'information sur les traitements existants et les autres solutions possibles constitue un préalable indispensable pour placer la patiente en capacité de prendre des décisions concernant sa santé. Ces constats font écho à des travaux de recherches qui mettaient en lumière, dans le cadre du dépistage du VIH, que les patients originaires du continent africain, ont subi des actes de dépistage le plus souvent sur décision du médecin, et parfois à leur insu, contrairement aux patients d'origine européenne qui étaient dépistés à leur demande¹³¹.

Le Défenseur des droits s'est également prononcé sur les conditions supplémentaires qui peuvent être fixées pour des enfants

pris en charge par l'aide sociale à l'enfance. En effet, en dépit du droit de tout patient de consentir préalablement à tout acte médical, et, de façon corolaire, du droit de refuser tout traitement, ces enfants ont été tenus de présenter un justificatif médical pour que leur refus d'être vacciné contre la COVID-19 soit respecté¹³².

Le Défenseur des droits a également été alerté au sujet de l'accomplissement d'actes de **soins non consentis sur des personnes présentant un handicap psychique**, comme l'administration contrainte d'une injection à un patient pourtant pris en charge sous le régime de la libre hospitalisation, ou le recours à la force, à la contention ou à l'isolement de manière accrue et non justifiée.

Ces alertes invitent à développer des protocoles de soins et des outils susceptibles de guider les professionnels de santé dans le choix de recourir ou non à ce type de mesures attentatoires aux droits fondamentaux des patients. De telles démarches pourraient être pertinentes dans toutes les spécialités médicales au-delà de la problématique de la prévention et des discriminations afin d'assurer des pratiques plus homogènes et plus respectueuses des droits des patients sur le territoire¹³³.

Au-delà de politiques et pratiques légitimes ciblées, des **préjugés racistes**, qui ont modelé en partie la médecine du XIX^e siècle et qui sont désormais scientifiquement invalidés, continuent cependant d'influencer les soins et les pratiques des professionnels de santé. Derrière des représentations liées parfois à une différence culturelle supposée, souvent liées à une louable volonté de dépasser l'ethnocentrisme du système de soins, on constate notamment que les professionnels demandent rarement la validation de leur hypothèse culturelle auprès des patients¹³⁴. Un travail de recherche avait bien montré, à partir de l'exemple sur le saturnisme d'enfants de familles d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, comment des préjugés culturalistes peuvent faire écran à d'autres types d'explication (logement insalubre) et empêcher une réponse adéquate à la problématique¹³⁵.

FOCUS

LES ENJEUX D'INTERPRÉTARIAT POUR LES PERSONNES ALLOPHONES

Dans la majorité des prises en charge médicale, le recours aux soins requiert que le patient et le professionnel de santé puissent communiquer. Les personnes allophones, lorsqu'elles ne maîtrisent pas du tout ou pas suffisamment la langue française pour être en mesure de comprendre et d'échanger avec un professionnel de santé – requérant un vocabulaire spécifique et détaillé –, et n'ont pas de langue commune avec les professionnels de santé consultés, sont placées dans une situation où elles ne peuvent exprimer leurs symptômes et être informées sur leur état de santé.

Pour pallier la barrière linguistique entre patients et soignants, le droit français a prévu le recours à l'interprétariat linguistique¹³⁶. Celui-ci doit permettre de « *garantir à ces personnes les moyens de communication leur permettant d'accéder de manière autonome aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins* »¹³⁷. L'interprétariat linguistique est donc conçu comme un préalable nécessaire à la prise en charge médicale du patient. Plusieurs modalités de recours à l'interprétariat linguistiques existent, et des dispositifs ont été développés pour permettre aux professionnels de recourir aux services d'interprètes en face à face ou par téléphone. La Haute autorité de santé (HAS) a recensé les dispositifs existants¹³⁸.

En droit européen, le fait de traiter de façon identique des personnes placées dans des situations différentes caractérise une discrimination. La Cour européenne des droits de l'homme énonce que « *le droit de jouir des droits garantis par la Convention sans être soumis à discrimination est également transgressé lorsque, sans justification objective et raisonnable, les États n'appliquent pas un traitement différent à des personnes dont les situations sont sensiblement différentes* »¹³⁹.

Le fait de prendre en charge un patient sans recourir à un dispositif d'interprétariat, et donc de prendre en charge dans les mêmes conditions un patient francophone et un patient qui ne l'est pas, conduit à ne pas

permettre à ce dernier d'exercer pleinement ses droits. L'absence de recours à un dispositif d'interprétariat sera susceptible de constituer une discrimination au sens de l'interprétation livrée par la Cour EDH et la CJUE du principe de non-discrimination.

Le Défenseur des droits a été alerté sur des situations de non-recours à l'interprétariat en présence de personnes allophones, y compris lorsque ces dispositifs sont mis à disposition des équipes médicales. En effet, certaines modalités limitent ou empêchent le recours à ces dispositifs, comme l'absence de diffusion à l'ensemble des professionnels de santé des informations permettant d'utiliser ce service, ou à la diffusion des codes d'accès uniquement à certaines professions médicales (par exemple aux médecins mais non aux infirmières), ou la mise en place d'une centralisation des demandes d'interprétariat afin « *d'évaluer* » et de filtrer les demandes. Parfois, certains professionnels de santé n'y recourent pas, préférant demander à un proche du patient ou un professionnel de santé de réaliser l'interprétariat ou recourant à des sites de traduction en ligne. Ces solutions alternatives à l'interprétariat professionnel présentent pourtant des écueils importants – non-respect du cadre déontologique, transfert de responsabilité, traduction de moindre qualité, communication unilatérale, qui ont un impact sur la prise en charge. Or, les outils de traduction en ligne, hormis les langues les plus courantes, restent peu performants ; pourtant, en y recourant, les équipes soignantes peuvent avoir l'illusion d'une communication avec le patient, sans que ce dernier ait pu réellement comprendre les informations données.

Le non-recours à un interprétariat professionnel peut avoir pour conséquences l'absence de prise en charge de patients pourtant correctement orientés vers un service médical, ou une prise en charge de moindre qualité se traduisant par des erreurs de diagnostic, une incompréhension des résultats d'analyse ou du diagnostic par le patient, parfois la réitération d'examen déjà effectués, l'absence de prise en charge psychologique ou psychiatrique, etc.

2- LE HARCELEMENT DISCRIMINATOIRE CARACTÉRISÉ PAR DES PROPOS

Les personnes ayant répondu à l'appel à témoignages rapportent de façon récurrente avoir fait l'objet de propos stigmatisants ou d'humiliations liés à un critère de discrimination (leur sexe, origine, nationalité, particulière vulnérabilité économique, orientation sexuelle, identité de genre, handicap ou apparence physique, etc.), de la part de différents types de professionnels de santé.

Il faut rappeler à cet égard que des **propos ou comportements discriminatoires, même non répétés, peuvent constituer des éléments de fait laissant supposer l'existence d'un harcèlement discriminatoire**¹⁴⁰. Pour rappel, le harcèlement sexuel constitue également une forme de discrimination au sens de la loi.

Le fait qu'un professionnel de santé tienne des propos discriminatoires à l'encontre d'un patient au cours d'une consultation peut donc être constitutif d'un harcèlement discriminatoire. La loi n°2008-496 du 27 mai 2008, qui interdit également les discriminations en matière de santé et de fourniture de biens et services, définit en effet à son article 1^{er} le harcèlement discriminatoire comme « *tout agissement lié à [un des critères de discrimination prohibé par la loi] subi par une personne et ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant ou offensant* »¹⁴¹. Par ailleurs, l'article R. 4127-7 du code de santé publique dispose que : « *Le médecin [...] ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.* »¹⁴². Or de tels propos peuvent survenir notamment lors des échanges avec les patients.

Un seul agissement suffit pour constituer un harcèlement discriminatoire, dès lors que ce fait est jugé d'une particulière gravité. Dans un arrêt novateur du 10 décembre 2014, la Cour d'appel de Rennes a suivi l'analyse du Défenseur des droits¹⁴³ et confirmé qu'un **acte unique** peut constituer un harcèlement moral discriminatoire quand ce dernier porte particulièrement atteinte à la dignité du salarié¹⁴⁴.

Le Défenseur des droits a notamment été saisi des propos stigmatisants tenus à l'encontre d'une patiente, alors enceinte, par un médecin généraliste lors d'une consultation¹⁴⁵. Alors qu'il l'auscultait, le soignant lui a demandé combien d'enfants elle avait. Elle lui a répondu être enceinte du quatrième. Après lui avoir dit : « *Et le neuvième, c'est pour quand ?* », il lui a demandé si elle était d'origine malienne, ce à quoi elle lui a répondu être ardennaise de naissance et sénégalaise d'origine. Le médecin a alors poursuivi ses propos sur la « *folie* » des personnes d'origine africaine de faire « *autant d'enfants* », qu'elle « *n'était qu'enseignante* » et qu'il fallait penser à l'avenir des enfants, qu'une scolarité représentait des frais importants, et qu'il se demandait comment elle comptait s'y prendre pour financer leurs études. La patiente a immédiatement quitté le cabinet dans un état de choc.

Même si le médecin mis en cause s'est excusé des propos tenus en indiquant que son intention n'était pas de discriminer la patiente, le Défenseur des droits a rappelé qu'en vertu des dispositions précitées de la loi du 27 mai 2008¹⁴⁶, il n'est **pas nécessaire que la personne mise en cause ait eu l'intention de nuire** à la victime de discrimination. Il suffit que l'agissement soit lié au critère de discrimination et qu'il ait **eu pour effet de porter atteinte à la dignité de la victime ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant**¹⁴⁷. Au vu des éléments du dossier, le Défenseur des droits a ainsi conclu que les propos qui ont été tenus à la réclamante relèvent d'une discrimination en raison de l'origine réelle ou supposée, de l'appartenance supposée à une prétendue race, du sexe et de la situation de famille.¹⁴⁸

B. LA PRISE EN CHARGE : DU DIAGNOSTIC AUX ACTES THÉRAPEUTIQUES

Le fait pour un soignant de traiter moins favorablement un patient lors de sa prise en charge que d'autres patients présentant les mêmes symptômes, c'est-à-dire de l'écouter, de l'examiner, de le conseiller et de le soigner avec une moindre considération, en raison de critères de discrimination prévus par la loi, constitue une discrimination. L'article R.4127-7 du code de la santé publique dispose en son 1^{er} alinéa que : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.* »¹⁴⁹. Les mêmes dispositions sont présentes dans les obligations déontologiques des autres professions médicales réglementées¹⁵⁰.

La différence de traitement dans la prise en charge peut s'établir à partir de différents éléments de faits qui, pris isolément ou dans leur ensemble, laissent supposer l'existence d'une discrimination. D'après les témoignages recueillis, cette prise en charge différenciée peut prendre différentes formes : consultation écourtée, disqualification de la parole du patient, minimisation de la douleur et des symptômes exprimés, absence d'investigation, refus de prescrire des examens, expression de propos stigmatisants, orientation vers des soins et des traitements différents, etc. Elle peut se traduire par une erreur de diagnostic, une errance médicale et une perte de chance en santé pour les patients concernés.

1· LA MINIMISATION DE LA DOULEUR

Plusieurs éléments peuvent constituer des indices laissant supposer l'existence d'une discrimination dans la prise en charge du patient, en premier lieu une **moindre écoute du patient, une disqualification de sa parole et/ou une minimisation des douleurs ou symptômes évoqués en raison de critères prohibés**.

Comme il a déjà été vu s'agissant des refus de prise en charge par les services d'urgence, la gravité des symptômes et de la douleur exprimée par les femmes et les personnes perçues comme non-blanches peut être sous-estimée¹⁵¹.

Les **biais racistes** tels que le « syndrome méditerranéen », préjugé de certains soignants selon lesquels les personnes originaires d'Afrique du Nord auraient tendance à exagérer ou simuler leurs douleurs, sont susceptibles de dégrader la prise en charge des patients qui en font l'objet. Des travaux de recherche ont notamment relevé, dès les années 1990, une augmentation assez marquée des hospitalisations sous contrainte de jeunes descendants d'immigrés donnant lieu par la suite à des prises en charge thérapeutiques « particulières » par les équipes des services hospitaliers psychiatriques¹⁵². Plus récemment, la Défenseure des droits a conclu à la discrimination au terme de son instruction après avoir été saisie par une réclamante ayant découvert que l'expression « syndrome méditerranéen » figurait en tant qu'information médicale sur le compte rendu de son hospitalisation au sein d'un service d'urgence¹⁵³.

Les **stéréotypes sexistes et les biais de genre en santé** ont quant à eux un impact sur le diagnostic, la prise en charge et plus généralement le parcours de soins des femmes, en leur attribuant notamment une supposée tendance à exagérer ou simuler la douleur ou à moins bien la supporter. Si la catégorie misogyne de « l'hystérie », qui a longtemps servi à « expliquer » les douleurs et symptômes dont souffraient les femmes, a été officiellement retirée de la liste des pathologies en 1952, ses effets s'observent encore aujourd'hui dans les pratiques médicales,

le corps médical **ayant tendance à faire moins confiance au jugement des femmes ou à minimiser les douleurs exprimées**¹⁵⁴. Une étude réalisée en 2024 au sein de deux hôpitaux situés aux États-Unis et en Israël montre ainsi une tendance des soignants à sous-évaluer la douleur des femmes par rapport aux hommes, pour une pathologie identique, et une moindre probabilité pour les femmes de se voir prescrire un antalgique pour soulager leur douleur¹⁵⁵. Au sein de l'appel à témoignages, de nombreuses femmes rendent compte d'une **minimisation ou d'une banalisation des douleurs ressenties, notamment lorsqu'elles concernent la santé menstruelle, gynécologique ou des maladies hormonales** telles que l'endométriose ou l'adénomyose.

De façon plus générale, la recherche médicale a longtemps négligé les spécificités sexuées et l'influence des codes sociaux sur les pathologies et l'état de santé des patientes, ce qu'a rappelé le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes dans un rapport de 2020 : « *la recherche clinique et biomédicale où l'absence de prise en compte du sexe et du genre peut induire des biais dans les expérimentations et les applications médicales* »¹⁵⁶ et conduire à une moindre connaissance scientifique et un sous-diagnostic des pathologies dites féminines. Pendant de nombreuses années, les femmes étaient sous-représentées dans les études cliniques sur les maladies cardiovasculaires en raison des stéréotypes de genre considérant notamment l'infarctus du myocarde comme une « maladie d'homme » liée à la pénibilité du travail et à la consommation de tabac et d'alcool. Si les femmes participent désormais davantage aux essais cliniques, elles restent peu représentées dans les études relatives à certaines pathologies cardiaques, telles que les insuffisances cardiaques congestives. Encore aujourd'hui, bien que les maladies cardiovasculaires soient la première cause de mortalité chez les femmes, les femmes victimes d'AVC connaissent une prise en charge plus tardive, notamment parce que les patientes puis les soignants minimisent leurs symptômes¹⁵⁷.

2- L'ABSENCE D'INVESTIGATIONS ET LE REFUS DE PRESCRIRE DES EXAMENS

Au-delà de la minimisation de la douleur, les stéréotypes (sexistes, racistes, handiphobes ou encore grossophobes, etc.) peuvent être à l'origine de l'absence d'investigation de certains symptômes, du refus de prescrire certains examens, de l'établissement d'un diagnostic ou d'un parcours de soins différenciés, et avoir des conséquences discriminatoires.

Les biais de genre peuvent conditionner l'interprétation des signes cliniques par les professionnels de santé et condamner de nombreuses femmes à une errance de diagnostic, faute d'examens appropriés. Parmi les témoignages recueillis, le refus d'examiner une patiente ou de lui prescrire des examens exploratoires est parfois explicitement justifié par des propos sexistes visant à disqualifier la parole ou minimiser les souffrances : « *vous êtes une chochette* »¹⁵⁸, « *trop douillette* »¹⁵⁹, « *les femmes, on les connaît* »¹⁶⁰, « *vous avez une faible résistance à la douleur* »¹⁶¹.

De façon plus indirecte, l'absence d'investigation et d'examen peut résulter d'un déni ou d'une psychiatrisation de la douleur exprimée par les patientes : « *c'est dans votre tête* »¹⁶², « *c'est du stress* »¹⁶³, « *c'est psychosomatique* »¹⁶⁴, « *vous êtes folle* »¹⁶⁵, « *hystérique* »¹⁶⁶, « *dépressive* »¹⁶⁷, « *une malade imaginaire* »¹⁶⁸, « *prenez des antidépresseurs* »¹⁶⁹. Si certains soignants s'abstiennent de toute prescription, d'autres prescrivent une psychothérapie au lieu des examens ou traitements appropriés. L'un des témoignages recueillis l'illustre, une femme souffrant d'hypertension a été renvoyée par le médecin d'un service d'urgence vers un psychiatre du fait d'un antécédent de dépression, faisant valoir que « *c'est dans sa tête et que les femmes sont souvent sensibles* »¹⁷⁰. Un autre médecin lui prescrira par la suite des examens adaptés et diagnostiquera un problème cardiaque.

Au croisement de plusieurs critères de discrimination, les **femmes noires** sont particulièrement confrontées à une absence d'examens exploratoires et à une prise en charge de moindre qualité. Des

études menées en France révèlent le poids conjugué du sexisme et du racisme dans le diagnostic des soignants¹⁷¹, et montrent que les patientes noires sont moins prises au sérieux et moins susceptibles de recevoir un traitement d'urgence à l'hôpital¹⁷². De nombreux témoignages évoquent des retards subséquents de prise en charge, aux conséquences parfois fatales. Une répondante relate par exemple le parcours de soins vécu par sa mère qui s'est plainte pendant des années de douleurs, que son médecin mettait sur le compte d'une potentielle dépression sans effectuer d'exams complémentaires, l'accusant « *d'exagérer ses symptômes* »¹⁷³. Sa mère perdit un jour soudainement l'usage de son œil, sans qu'aucun examen ne lui soit à nouveau prescrit par le soignant pour en comprendre la raison. D'autres médecins demanderont finalement à ce qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) soit réalisée et un cancer du cerveau lui sera diagnostiqué. Selon ces médecins, le cancer, dont la personne décèdera, s'était probablement développé depuis une quinzaine d'années.

De même, les personnes vivant avec une **pathologie chronique ou un handicap** psychique ou mental sont souvent confrontées à une absence d'investigations concernant d'autres pathologies éventuelles, les symptômes exprimés étant fréquemment attribués à la maladie ou au handicap. Un patient en situation de handicap ayant répondu à notre appel à témoignages relate ainsi les difficultés rencontrées dans son parcours de soins¹⁷⁴. Alors qu'il souffre de troubles digestifs et de diarrhées chroniques, son gastroentérologue refuse de lui prescrire une coloscopie en attribuant ses douleurs à son handicap. Un autre médecin accepte ensuite d'effectuer l'examen, qui permettra finalement de détecter un polype intestinal et un ulcère.

Plusieurs témoignages illustrent ainsi un retard de diagnostic de maladies neurologiques (épilepsie notamment) pour des patients dont les symptômes (tremblements, troubles moteurs, etc.) étaient mis sur le compte d'une crise de panique liée à leur handicap psychique. D'autres formes de pratiques discriminatoires fondées sur l'état de santé

ou le handicap sont également citées, à savoir le refus d'effectuer des exams plus approfondis lorsque les soignants prennent connaissance des antécédents médicaux psychologiques de la personne inscrits dans le dossier médical (dépression, troubles de conduites alimentaires (TCA), tentatives de suicide, etc.).

Faute de formation suffisante, la douleur des **enfants et adultes présentant un trouble du spectre de l'autisme**, qui peut être exprimée de façon atypique, est également souvent mal interprétée par les soignants et peut conduire à des erreurs de diagnostic. De même, les personnes autistes peuvent être confrontées à des refus d'examen de la part de professionnels de santé, non formés aux spécificités de cette pathologie et de sa prise en charge. Parmi les témoignages, une mère relate ainsi le refus du médecin de faire passer un scanner à son enfant autiste de 15 ans, à la suite de nombreuses blessures lors d'un accident de voiture (mâchoire fracturée, clavicule cassée, choc à la tête), jugeant que « *c'est trop compliqué avec les autistes* »¹⁷⁵. Selon ce témoignage, l'enfant gardera des maux de tête persistants à la suite de cet accident.

Les **personnes en situation de surpoids ou d'obésité** rapportent une attribution récurrente des symptômes et douleurs exprimés à leur poids uniquement, conduisant là encore à des erreurs de diagnostic. Un patient témoigne : « *Il a complètement nié l'intégralité des symptômes, le tout balayé immédiatement par "vous êtes trop gros, faites du sport, il faut se bouger et ne pas avoir la flemme."* Sachant que j'y allais à l'origine pour une blessure à la cheville contractée en randonnée... Il a fini par regarder, puis par dire qu'il n'y avait rien, qu'il fallait juste que je fasse du sport (encore une fois). Évidemment, un contrôle chez un autre médecin a montré une entorse avec atteinte ligamentaire et également une inflammation de l'aponévrose plantaire [...]. La prise en charge de ma cheville a été retardée ce qui a entraîné des douleurs supplémentaires inutiles, du stress et une perte de temps »¹⁷⁶.

Plusieurs témoignages relatent également des retards de diagnostics de pathologies hormonales ou gynécologiques pour les **femmes en situation de surpoids**, dont les douleurs sont systématiquement mises sur le compte de leur obésité. Ainsi, à la suite des symptômes incluant une prise de poids rapide et inexpliquée, une patiente a été réorientée par son généraliste vers un gynécologue, pour suspicion de trouble hormonal. Le gynécologue a spontanément attribué ses douleurs à son poids, sans prescrire le moindre examen : « Lors de ce rendez-vous en gynécologie, même discours : vous êtes trop grosse, c'est ça le problème. Mangez moins et bougez plus ! Pourtant j'explique être en rééquilibrage alimentaire et pratique du sport 3-4 fois par semaine. Rien à faire, je n'aurais même pas d'examen, et un diagnostic arbitraire de syndrome métabolique sera posé, sans même m'avoir fait passer d'analyse de sang. Pour lui, c'est normal vu mon poids »¹⁷⁷. Les examens menés par un autre gynécologue permettront d'identifier un syndrome des ovaires polykystiques et de proposer une prise en charge adaptée.

Enfin, souvent au croisement de différents critères de discrimination (particulière vulnérabilité résultant de la situation économique, origine, sexe, identité de genre, âge, et/ou mœurs), **les travailleuses du sexe sont particulièrement exposées aux préjugés et aux comportements discriminatoires** de certains soignants lors de leur prise en charge (propos stigmatisants et/ou sexistes, infantilisation, réticences à prescrire le traitement post-exposition ou la préexposition (PrEP), refus de prescrire un arrêt de travail, harcèlement sexuel, etc.)¹⁷⁸. L'une d'elles rapporte ainsi l'infantilisation dont elle a fait l'objet alors qu'elle venait faire des tests de dépistage d'infections sexuellement transmissibles dans un Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD), le soignant lui disant « c'est très dangereux ce que vous faites, jeune fille ! »¹⁷⁹, alors qu'elle avait alors 39 ans. D'autres patientes évoquent également des retards de prise en charge, le professionnel de santé mettant les douleurs exprimées sur le compte de leur activité professionnelle.

3- LE REFUS DE PRODIGUER DES SOINS OU LES PROPOSITIONS DE TRAITEMENTS MÉDICAUX DIFFÉRENTS

Les stéréotypes influencent également la nature des soins et des traitements qui sont proposés au patient au cours de la consultation ou lors d'un acte clinique, une fois le diagnostic posé. Comme l'indique le code de la santé publique, « toute personne a [...] le droit de recevoir [...] les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées [...] »¹⁸⁰. Le fait de refuser de réaliser un soin lors du rendez-vous médical ou de prescrire un traitement différencié en raison d'un critère prohibé est constitutif d'une discrimination.

Le refus par un professionnel de prescrire un moyen de contraception à une patiente qui en fait la demande, sans motiver ce refus par un motif médical, sera considéré comme une pratique discriminatoire. Au sein de l'appel à témoignages, certains refus rapportés mobilisent des préjugés sexistes renvoyant les femmes à leur capacité procréatrice ou à leur situation de famille. Des patientes font part de refus de soignants de leur poser un stérilet parce qu'elles n'ont pas encore eu d'enfant (alors qu'elles ne souhaitent pas en avoir) ou en raison de préjugés liés à leur statut de célibataire (jugements sur le fait qu'elles puissent avoir des relations en dehors d'un cadre conjugal) : « je les connais les minettes comme vous, vous couchez à droite et à gauche et après vous venez vous plaindre que vous avez une infection, est-ce que vous avez un partenaire fixe au moins ? »¹⁸¹.

De nombreux témoignages font état d'une **orientation de patients bénéficiaires de la CSS vers des traitements et des parcours de soins différents, par exemple**. Cela se traduit notamment par des refus de soignants de prescrire des examens complémentaires et des traitements au regard du « coût » que cela représenterait pour la sécurité sociale, ou par le choix de traitements ou de protocoles de soins moins chers, mais moins adaptés à la pathologie, comme le démontre le témoignage suivant.

« Essayant protocole après protocole on trouve ce qui marche bien sur moi et au dernier moment, [la dermatologue] me dit : " Alors oui, on va essayer ça, ça devrait être parfait pour vous ... attendez, vous êtes CMU c'est ça ? On va essayer autre chose alors parce que ça coûte cher au contribuable ce traitement". J'ai donc eu un traitement au rabais non adapté pendant plus d'un an avant effectivement d'être obligé de constater que le dit traitement ne fonctionne pas. À court de choix la docteure n'eut plus d'autre choix que de me prescrire le dit traitement qu'elle m'avait refusé plus d'un an avant pour cause de CMU qui coûte trop cher. Depuis je suis toujours sous ce traitement, mes douleurs et mes poussées de nodules sont "gérables" et ce depuis maintenant 5 ans »¹⁸².

Les pratiques discriminatoires incluent également le fait de refuser de poursuivre les examens et d'écourter la consultation lorsque les soignants apprennent que le patient est bénéficiaire de la CSS. Certains patients font face à l'agacement et aux propos culpabilisants des professionnels, leur reprochant d'être moins bien rémunérés pour cette consultation et « de leur faire perdre leur temps »¹⁸³. Certains témoignent de consultations par conséquent bâclées ou interrompues et d'une moins bonne prise en charge, à l'image de cet angiologue qui décide de ne réaliser que la moitié des examens prévus après avoir lu sur la carte vitale que la patiente était bénéficiaire de la CSS¹⁸⁴. Un autre patient rapporte également le refus opposé par son ORL d'effectuer les examens qui lui semblaient nécessaires en début de consultation, lorsqu'il découvre qu'il est bénéficiaire de la complémentaire santé¹⁸⁵.

Les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine rapportent également avoir fait l'objet de prises en charge dégradées lors d'opérations chirurgicales, en raison de la peur des soignants d'être contaminés. Le Défenseur des droits a été notamment saisi d'une réclamation relative aux difficultés rencontrées par la réclamante pour être prise en charge par un médecin anesthésiste en raison de son infection par le VIH : le médecin avait refusé de procéder à l'anesthésie générale prévue

lors de son rendez-vous préopératoire, en évoquant « un risque de se piquer »¹⁸⁶. À l'issue de l'instruction de cette réclamation, la Défenseure des droits a conclu que **la réalisation d'une intervention chirurgicale sous anesthésie locale, en lieu et place d'une anesthésie générale, constitue un traitement défavorable à l'égard de cette patiente et une discrimination prohibée par la loi en raison de son état de santé**. En subissant l'opération sous anesthésie locale, la patiente a enduré une intervention plus douloureuse que celle qui aurait été réalisée sous anesthésie générale.

4· LE CONDITIONNEMENT DE LA RÉALISATION D'ACTES DE SOINS

Le fait de conditionner la réalisation d'actes d'investigation, de soins ou la délivrance d'un certificat médical à l'adoption d'un comportement particulier du patient ou de la patiente est susceptible de constituer une discrimination.

Des témoignages concordants et répétés font état d'exigences illicites de professionnels de santé, conditionnant un acte d'investigation ou de soins à une perte de poids pour des **patients en situation de surpoids ou d'obésité**, sans que cela ne semble médicalement fondé. Ces refus de prise en charge s'accompagnent le plus souvent de propos culpabilisants et grossophobes, renvoyant la responsabilité du surpoids ou de l'obésité à un « manque de volonté »¹⁸⁷ du patient ou à une supposée mauvaise hygiène de vie.

Les femmes perçues en surpoids paraissent particulièrement stigmatisées, l'accès à une des techniques **d'assistance médicale à la procréation** étant parfois restreint en fonction de l'indice de masse corporelle, ou conditionné à une perte de poids conséquente et rapide (quelques semaines ou mois). Pourtant, si l'assurance maladie souligne qu'en cas de surpoids ou d'obésité, « perdre du poids avant d'être enceinte permet d'améliorer la fertilité et de réduire le risque de complications pendant la grossesse », elle indique également que l'AMP est possible pour les femmes ou couples ne parvenant pas à avoir un enfant, et qu'elle « n'est ni retardée, ni subordonnée à une perte de poids irréaliste »¹⁸⁸.

D'autres témoignages montrent que, même lorsque l'exigence d'une perte de poids est médicalement motivée, le professionnel de santé ne propose pas de solution d'accompagnement adaptée ou n'adresse pas le patient vers un spécialiste susceptible de l'accompagner. Comme l'illustre le témoignage de cette patiente, cette absence d'orientation et d'accompagnement vers une perte de poids peut se traduire souvent par un renoncement aux soins : « *Venue en consultation pour une hernie ombilicale, le chirurgien m'a auscultée du bout des doigts, comme dégoûté par mon ventre, a confirmé qu'une opération était nécessaire mais a conditionné cette opération à une perte de poids de ma part et m'a dit de revenir 2 mois plus tard. [...] [L'] hernie en question m'empêche de pratiquer les activités sportives qui me permettraient une éventuelle perte de poids. Deux mois plus tard, sans changement manifeste, même discours culpabilisant et demande de revenir 2 mois plus tard. Je comprends qu'il exige une perte de poids très rapide, quitte à nuire à ma santé, et décide de ne pas donner suite* »¹⁸⁹.

L'accès aux examens cliniques des **patientes de confession musulmane** portant le voile est également trop fréquemment conditionné au retrait du foulard. Le Défenseur des droits a notamment été saisi d'une situation dans laquelle, après un interrogatoire médical, un chirurgien-dentiste a demandé à la patiente venue consulter pour un contrôle dentaire de retirer son voile pour procéder à l'examen clinique¹⁹⁰. Celle-ci ayant refusé de retirer intégralement son voile, proposant de dégager son cou, le chirurgien-dentiste a estimé que la réalisation des soins était impossible si la tête n'était pas nue.

L'Ordre national des chirurgiens-dentistes « *régulièrement interrogé dans le cadre de différends portant sur la demande de chirurgiens-dentistes de retrait d'un voile, d'un foulard, ou d'un couvre-chef par leurs patients* », a précisé en 2023 sa position et estime que « *afin d'assurer la sécurité corporelle du patient et, également, à titre subsidiaire, la sécurité juridique du praticien*

dans son exercice, il apparaît indispensable [...], que le patient ôte tout élément gênant dès lors qu'il est reçu dans la salle de soins afin d'être examiné et/ou soigné. »¹⁹¹.

Pour le Défenseur des droits, en faisant état de considérations très générales et non circonstanciées, la position exprimée par l'Ordre national ne permet pas de s'assurer de sa conformité au droit de la non-discrimination. En effet, une différence de traitement fondée sur un critère prohibé de discrimination n'est permise par la loi que dans la mesure où elle remplit plusieurs exigences : la légitimité de l'objectif poursuivi (qui peut relever de la santé, la sécurité, l'hygiène, etc.), et le caractère approprié de la restriction et sa proportionnalité par rapport à l'objectif poursuivi. Cela suppose de vérifier que cet objectif ne peut pas être atteint autrement que par la mise en œuvre de cette restriction.

Dès lors, toute interdiction systématique d'un voile religieux ou de tout autre « *élément gênant* » adressée par un chirurgien-dentiste à un patient, dès son entrée dans la salle de consultation, ne permet pas d'apprécier la situation de façon circonstanciée. Il convient au préalable de rechercher s'il existe ou non un objectif légitime notamment une exigence d'hygiène ou de sécurité, au regard du motif de la consultation, de la nature des actes d'examen utiles, de la nécessité ou non de réaliser une intervention chirurgicale, des normes d'hygiène et de sécurité, etc., et de vérifier si la demande de retrait de l'élément gênant est appropriée et proportionnée au but recherché. Aussi, l'interdiction générale de tout voile et couvre-chefs, en apparence neutre, est-elle susceptible de défavoriser en particulier les personnes portant un voile, et constitue donc une discrimination indirecte en raison de la religion.

5- LES DISCRIMINATIONS DANS L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AU REPÉRAGE PRÉCOCE

Dans l'accès aux soins, la prévention constitue l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps¹⁹². Aussi, le code de la santé publique précise-t-il qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins »¹⁹³.

LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE

L'intérêt de la prévention réside notamment dans l'accompagnement de la santé sexuelle et dans l'éducation à la vie sexuelle et affective. Malgré des progrès notables en la matière, les patients et patientes LGBTI se retrouvent fréquemment confrontés à une moindre qualité de leur prise en charge¹⁹⁴, résultant d'une présomption d'hétérosexualité ainsi que d'une méconnaissance des besoins spécifiques.

Ces populations témoignent ainsi du manque de connaissance des professionnels de santé quant aux examens de prévention à réaliser, aux méthodes de réalisation de ces examens – notamment interne ou externe –, aux risques d'infections sexuellement transmissibles, aux douleurs lors des relations, aux précautions à prendre lors de la prise d'un traitement, etc.¹⁹⁵. Une patiente témoigne ainsi du refus opposé par sa gynécologue de réaliser un examen de dépistage : « Lors d'un rendez-vous avec ma (nouvelle) gynécologue, celle-ci, manifestement assez peu à l'aise avec les spécificités liées à mon orientation sexuelle (sans être désagréable cependant), a notamment déclaré que je "n'avais pas besoin de frottis vaginal puisque je n'avais pas de relation sexuelle avec des hommes" (et n'a donc pas réalisé le frottis). Il s'agit d'une idée reçue non validée scientifiquement, je n'ai pas osé entrer dans une discussion sur le moment, n'étant pas complètement sûre de mon fait (j'ai ensuite vérifié). De nombreuses lesbiennes se retrouvent ainsi "sous-examinées" en raison de ce qui est souvent perçu comme une absence de sexualité donc de risque »¹⁹⁶. Ce manque de connaissance porte préjudice à la santé

sexuelle des personnes LGBTI, qui sont moins bien accompagnées et conseillées que les personnes hétérosexuelles.

Les personnes en situation de handicap sont également moins bien suivies en matière de santé sexuelle. Une étude menée en 2016 et 2017 en Île-de-France a permis de documenter les difficultés d'accès aux soins gynécologiques et examens de prévention en matière de santé sexuelle des femmes en situation de handicap physique ou moteur. Les résultats montrent ainsi que 86 % des femmes en situation de handicap n'ont jamais eu de mammographie et 26 % de frottis. Parmi les freins identifiés figurent le manque de « reconnaissance financière pour des consultations longues et complexes », les professionnels de santé estimant que les honoraires de consultation fixés dans les conventionnements avec l'assurance maladie ne sont pas assez élevés, et « une absence de formation des professionnels de santé aux spécificités du handicap. »¹⁹⁷.

Par ailleurs, **l'identité de genre peut constituer un frein à la prévention et au dépistage de cancers dits « sexo-spécifiques »**. En effet, de nombreuses études montrent l'importance pour les hommes transgenres de consulter un gynécologue¹⁹⁸, notamment pour la prévention des cancers « sexo-spécifiques », mais également pour les grossesses non-désirées, les effets secondaires des traitements hormonaux masculinisants, etc. Cependant, près de 33 % des hommes transgenres évitent les soins gynécologiques, pour plusieurs raisons : la difficulté pour un homme à vivre un examen gynécologique ne correspondant pas à son genre choisi, un manque de formation et de connaissance de la transidentité par ces praticiens ainsi que des propos et attitudes transphobes. Une étude de 2019 qui analyse la volonté des prestataires de soins gynécologiques de fournir des soins de routine et des tests de prévention du cancer du col de l'utérus aux hommes transgenres souligne que 26 % d'entre eux ne sont pas disposés à administrer ces soins et que cela est dû aux opinions politiques, aux contacts personnels avec des personnes transgenres et à de la transphobie¹⁹⁹.

De plus, les associations de personnes transgenres indiquent que certains soignants ne connaissent pas la marche à suivre pour codifier correctement les actes afin que les patients soient correctement remboursés par la sécurité sociale lors d'examens « sexo-spécifiques » (par exemple, quand une femme transgenre doit faire un examen de la prostate ou un homme transgenre une mammographie). Enfin, les messages et courriers de prévention sur les cancers envoyés par l'assurance maladie et ciblés en fonction du sexe à l'état civil ne prennent pas en compte les besoins spécifiques des personnes transgenres.

DES POLITIQUES DE PRÉVENTION CIBLÉES PARFOIS DISCRIMINATOIRES ?

Enfin, en matière de prévention, les politiques de santé publique ciblent parfois certaines parties de la population en fonction des risques spécifiques qu'elles présentent.

Même s'il vise des groupes de personnes ayant en commun une caractéristique relevant d'un critère de discrimination, ce ciblage peut être considéré comme légal. En effet, au vu des différences de situations dans lesquelles les personnes sont placées eu égard à la prévalence de la maladie dans les différents groupes sociaux et de la légitimité de l'objectif de santé publique, ce ciblage sera autorisé s'il est considéré comme nécessaire et proportionné.

D'autres politiques de santé publique ciblées sur certaines populations ont été remises en question. Partant du constat que **la drépanocytose** – la plus fréquente des maladies génétiques – était présente de façon très variable selon les régions et les ethnies, et était particulièrement fréquente dans les populations originaires d'Afrique subsaharienne, des Antilles, d'Inde, du Moyen-Orient et du bassin méditerranéen – , notamment en Grèce et en Italie – , son dépistage néonatal a été systématisé à partir de 1985 en outremer, puis dans l'hexagone à partir de 1995 en ciblant les nouveau-nés de parents originaires de régions à risque afin de proposer une prise en charge appropriée précoce. Pour autant, ces pratiques se révélant de moins en moins efficaces au

vu des brassages de populations en France métropolitaine et tendant à stigmatiser certains groupes de la population, le dépistage a été généralisé à l'ensemble des nouveau-nés en France, et ce conformément aux recommandations du Défenseur des droits²⁰⁰.

Dans tous les cas, **il est nécessaire de vérifier l'objectif légitime et la proportionnalité de la mesure ciblée.** La HALDE, dont le Défenseur des droits a repris les missions en 2011, avait eu l'occasion de se prononcer en 2006 sur une recommandation de vaccination ciblée auprès notamment des enfants de personnes migrantes. Elle avait reconnu le caractère légitime de l'objectif d'une telle politique de santé publique et, elle avait considéré que l'incidence des cas de tuberculose pouvait justifier, en pratique, le ciblage du dispositif, qu'elle n'a donc pas jugé discriminatoire²⁰¹.

6. LES ACTES DE MALTRAITANCE

En outre, la maltraitance dans les soins est susceptible de constituer une discrimination. Le Défenseur des droits a été alerté, par le biais de ses saisines²⁰² et des témoignages recueillis, d'**actes de maltraitance commis sur des personnes dont l'état de santé est altéré, en perte d'autonomie, ou en situation de handicap.**

D'après un rapport publié par le Conseil de l'Europe, ces actes de maltraitance peuvent consister en des violences physiques, des violences psychiques ou morales, des violences matérielles et financières, des violences médicales ou médicamenteuses, des négligences actives, des négligences passives, des privations ou des violations de droits²⁰³.

Le code de l'action sociale et des familles définit la maltraitance à l'article L. 119- 1 comme suit : « *la maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles*



ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations »²⁰⁴.

En pratique, les actes de maltraitance observés dans le secteur de la santé sont, le plus souvent, des gestes involontaires ou inconscients qui s'installent par l'effet de l'ignorance, de l'incompétence, de l'impuissance ou de l'épuisement du personnel. De même, les actes qui résultent d'un manque d'organisation et de moyens dans l'établissement peuvent être qualifiés de maltraitance institutionnelle.

La loi du 27 mai 2008 précise que la discrimination inclut « *tout agissement lié à l'un des motifs [prohibés] [...], subi par une personne et ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant [...]* ». Les actes de maltraitance ayant eu pour effet de porter atteinte à la dignité du patient ou de créer à son égard un environnement hostile, dégradant et humiliant, sont donc constitutifs d'une discrimination.

Les personnes âgées, en grande perte d'autonomie ou en fin de vie, se trouvant dans une relation de confiance, de dépendance, et d'accompagnement avec le personnel d'un établissement de santé, y sont davantage exposées. Le Défenseur des droits a été saisi concernant les conditions de prise en charge de la fin de vie d'une patiente²⁰⁵. Il a qualifié la contrainte physique exercée, la menace de mise en place de contention et les propos tenus par un infirmier d'actes de maltraitance. Les actes dénoncés ayant porté atteinte à la dignité de la patiente et créé, par ailleurs, à son égard un environnement hostile, dégradant et humiliant, la Défenseure des droits a conclu que cette personne avait subi une discrimination fondée sur son âge, son état de santé et sa perte d'autonomie.

FOCUS

LES DISCRIMINATIONS LIÉES AU SEXE ET À L'ORIGINE ET LES VIOLENCES DANS LE CADRE DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICAL

Les discriminations dans les soins incluent également un éventail de mauvais traitements et de violences médicales, dont certaines violences gynécologiques et obstétricales, qui touchent à l'intime et en constituent l'une des formes les plus extrêmes. Les actes sexistes et racistes, ainsi que les violences exercées dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical pourraient relever, au-delà du droit de la non-discrimination, de la responsabilité civile ou pénale des soignants²⁰⁶.

Comme le relève le Haut Conseil à l'égalité (HCE) entre les femmes et les hommes dans son rapport du 26 juin 2018, les violences obstétricales et gynécologiques « *sont les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes* »²⁰⁷. Le HCE identifie six types d'actes sexistes susceptibles de se produire dans ce cadre : non-prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ; propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ; injures sexistes ; actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ; actes ou refus d'actes non justifiés médicalement ; violences sexuelles (harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol).

L'Académie de médecine définit les violences obstétricales comme « *tout acte médical, posture, intervention, non approprié ou non consenti. Il recouvre donc non seulement des actes non conformes aux recommandations pour la pratique clinique (RPC) mais aussi des actes médicalement justifiés réalisés sans information préalable et/ou sans le consentement de la patiente ou avec une apparente brutalité. Enfin, les attitudes, comportements, commentaires ne respectant pas la dignité, la pudeur et l'intimité des femmes sont également cités sous ce terme et rapprochés de la non prise en compte de la douleur pendant et après l'accouchement* »²⁰⁸.

Les violences gynécologiques et obstétricales signalées dans les saisines comme les témoignages renvoient ainsi à un ensemble très hétérogène de pratiques et de situations : absence de recherche du consentement²⁰⁹, absence d'information, défaut d'explication préalable sur les actes réalisés, gestes médicaux effectués avec brutalité, absence de prise en compte de la douleur²¹⁰, atteinte à la dignité et à la pudeur, vécu traumatique d'accouchement, etc. De nombreuses femmes font ainsi part de gestes gynécologiques (insertion du spéculum, pose de stérilet, prélèvement vaginal, toucher vaginal, échographie endovaginale) ou obstétricaux (épisiotomie, utilisation de forceps, examen interne, etc.) exercés avec une brutalité apparente, sans information préalable, sans leur consentement, ou sans qu'aucune explication ne leur soit donnée en amont ou pendant la réalisation de l'acte.

Dans de nombreux cas, les violences s'accompagnent de propos stigmatisants minimisant les douleurs exprimées. Une patiente explique ainsi avoir demandé à sa gynécologue de la prévenir avant toute intromission vaginale juste avant un examen gynécologique²¹¹. Malgré son accord, la gynécologue ne l'a pas prévenue au moment de l'examen et a considéré qu'il s'agissait d'un « *caprice* » lorsque la patiente a réitéré sa demande pendant le soin.

Au-delà des violences rapportées, les patientes souffrant de douleurs menstruelles importantes, souvent associées à d'autres symptômes²¹², sont fréquemment renvoyées à une « *normalisation* » des douleurs ressenties (« *les règles c'est douloureux, c'est normal* »²¹³), et à un sous-diagnostic de maladies ou problèmes hormonaux ou gynécologiques. Comme l'illustre l'un des témoignages recueillis, aucune échographie n'a été prescrite à une jeune femme souffrant de douleurs chroniques intenses au ventre lors de sa consultation auprès d'un gynécologue²¹⁴. Une échographie ordonnée plus tard par un autre médecin permettra de déceler trois fibromes et de réaliser une opération, grâce à laquelle ces douleurs disparaîtront.

Malgré une meilleure compréhension médicale de l'endométriose et une plus large diffusion des informations qui lui sont relatives, de nombreux patientes évoquent, encore, dans le cadre de l'appel à témoignages des difficultés pour obtenir un diagnostic de cette maladie, jugée « *à la mode* »²¹⁵ ou être une « *pathologie de bonne femme* »²¹⁶ par certains professionnels de santé.

Les biais racistes, hérités de l'histoire coloniale et esclavagiste, selon lesquels les personnes noires seraient davantage résistantes à la douleur peuvent également conduire à des retards de diagnostic et à des refus de soignants de prescrire des traitements adaptés pour soulager les souffrances des patients. Une jeune femme témoigne ainsi des années d'errance de diagnostic relative à son endométriose, son médecin considérant que ses symptômes (douleurs et règles abondantes) étaient « *sûrement une particularité des filles des îles* »²¹⁷. Le soignant refusera pendant des années de lui prescrire des infiltrations pour soulager les douleurs relatives à son endométriose « *parce que "les femmes noires sont fortes"* ». Il acceptera finalement de lui prescrire une infiltration pour apaiser ses douleurs le jour où elle se présentera au rendez-vous médical accompagnée de son conjoint, un « *homme jeune et blanc* ».

Des travaux ont aussi démontré que durant des années, il était courant de déclencher l'accouchement des femmes nées en Afrique subsaharienne, sous prétexte qu'elles auraient des grossesses plus courtes. Ce « *protocole de terme ethnique* », officiellement écarté il y a 15 ans, consistait en « *une surveillance spécifique de la fin de grossesse des personnes repérées comme "noires"* » et s'est traduit par un taux de césariennes pratiquées sur les femmes noires supérieur à celui des autres femmes²¹⁸.

Au-delà, les études pointent des soins différenciés pour des parturientes noires, identifiées comme « *africaines* », à qui les soignants ne proposent pas, ou moins qu'à d'autres femmes, des préparations à l'accouchement, un accompagnement lors de l'allaitement ou encore une orientation

vers un psychologue, etc.²¹⁹ Une sociologue et sage-femme a contribué à mettre au jour cette « *figure idéale-typique de la mère africaine* » qui influe les représentations mais aussi certaines pratiques à l'hôpital.

Ces réflexions se poursuivent au sein du programme de recherche « *Migration et soins différenciés en périnatalité : effets des biais implicites – BiP* »²²⁰. Les premières publications issues de ce programme montrent que les femmes nées hors de France ont trois fois plus de risques de ne pas faire un choix éclairé que celles nées en France, concernant le dépistage de la trisomie 21, indépendamment des problèmes de niveau de langue²²¹.

C. LES OBSTACLES DANS L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

L'accès aux traitements médicaux constitue une étape importante dans la guérison, aussi plusieurs structures sont habilitées à dispenser les soins et à délivrer les médicaments telles que les pharmacies. L'article R.4235-6 du code de la santé publique dispose que : « *le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art* »²²².

Cependant, lorsqu'un patient se rend en pharmacie, il peut être confronté à un **refus, explicite ou implicite, de se voir délivrer un traitement thérapeutique**. Le refus de soins inclut les pratiques rendant les soins difficilement accessibles en raison des obstacles implicites que le patient se voit opposer par le professionnel de santé, y compris par le pharmacien (interrogations non-justifiées, refus de dispense d'avance des frais, refus de délivrance du médicament, etc.).

Dans certaines situations, les professionnels refusent de délivrer les thérapeutiques en raison d'un critère prohibé par la loi, plaçant les patients dans des situations de rupture de soins pouvant avoir des conséquences irréversibles.

Les acteurs associatifs ainsi que les témoignages récoltés montrent que l'addiction n'est pas toujours perçue comme une maladie, et fait encore l'objet de jugements moraux²²³. Si les pharmacies ont la responsabilité d'être attentives aux mésusages et aux abus²²⁴, la suspicion dont ces patients font fréquemment l'objet conduit à des refus de délivrer un traitement médical. Une personne témoigne ainsi de la réticence récurrente d'une pharmacienne à lui délivrer des traitements de substitution, suspectant des activités illégales, et de ses propos stigmatisants : « *est ce que tu les vends, pourquoi tu viens en chercher à chaque fois ?* »²²⁵.

En outre, malgré l'obligation des pharmacies de détenir des kits d'antidotes des opioïdes pour traiter en urgence les situations d'overdose,

certaines ne s'y conforment pas. Certaines pratiques réticentes vis-à-vis de la vente de kits d'injection²²⁶ ont également été rapportées au Défenseur des droits, révélant une mise en vente à des prix prohibitifs.

Par ailleurs, les témoignages recueillis démontrent aussi un accès aux traitements hormonaux difficile pour les personnes en transition de genre. Plusieurs personnes déclarent s'être vu refuser la délivrance de traitements hormonaux en pharmacie ou uniquement une délivrance partielle²²⁷.

D. L'ACCÈS À UNE COUVERTURE MALADIE ET LE RÈGLEMENT DES ACTES DE PRÉVENTION ET DE SOINS

En France la protection sociale en matière de maladie est organisée en deux niveaux : au premier niveau, la sécurité sociale qui fournit la couverture de base des risques liés à la maladie, et, au second niveau, des régimes complémentaires qui peuvent permettre d'assurer le coût non pris en charge par la sécurité sociale. L'accès à une couverture maladie de base ainsi qu'à une complémentaire santé permettant de bénéficier d'un remboursement d'une partie ou de la totalité des frais de santé constitue un levier fort pour permettre un accès aux soins à toutes et tous.

Le déploiement de dispositifs, comme l'AME ou la CSS, participe de cet objectif²²⁸ dans un contexte où l'on sait que l'accès à des soins est fortement conditionné aux ressources financières dont dispose la personne et que le fait d'être pauvre reste fortement corrélé au risque de renoncer à des soins²²⁹.

Pourtant les assurés sociaux sont susceptibles d'être confrontés à des différences de traitement, à plusieurs titres. Des premiers obstacles ont été identifiés dans le cadre des démarches administratives à réaliser pour bénéficier de ces droits. Elles requièrent notamment de communiquer l'adresse d'un domicile ou d'un lieu de domiciliation administrative²³⁰, c'est pourquoi le législateur

a prévu que les personnes n'ayant pas de domicile stable, et/ou les mineurs non accompagnés puissent solliciter une domiciliation auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale, de l'aide sociale à l'enfance ou d'un organisme agréé.

Pour autant, certaines communes refusent d'effectuer ces domiciliations, dissuadant les populations précaires ou vivant en habitat informel de s'installer sur celles-ci ou d'y venir régulièrement. Lorsque le refus de domicilier se fonde sur un critère de discrimination prohibé, il constitue une forme de discrimination dans l'accès aux prestations sociales, et par suite au bénéfice d'actes de prévention, de diagnostic et de soins.

Lorsqu'un patient a des droits ouverts, il est parfois confronté à des pratiques rendant les soins difficilement accessibles en raison des obstacles posés au bénéfice des facilités mises en place par l'assurance maladie. Ainsi, des refus de dispense d'avance des frais pour le patient bénéficiaire de la CSS ou de l'AME sont parfois opposés par des professionnels de santé²³¹. La chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins a rendu plusieurs décisions concluant au caractère discriminatoire du refus d'appliquer le tiers payant²³². C'est également le cas lorsque des dépassements d'honoraires illicites sont pratiqués²³³. Le fait de ne pas solliciter d'honoraires pour une consultation dispensée n'exonère pas non plus le professionnel de sa responsabilité dès lors qu'il demande au patient de ne pas revenir au sein de son cabinet²³⁴.

En outre, le Défenseur des droits a identifié des différences de prises en charge financières de frais de santé sur le fondement de l'identité de genre, comme le refus de remboursement d'actes médicaux de personnes transgenres sans la réalisation d'un suivi médical pluridisciplinaire d'une durée de deux ans, alors que les personnes cisgenres bénéficient d'un remboursement de ces mêmes actes sans condition²³⁵. L'institution a également reçu et traité des réclamations de patients transgenres faisant état de refus

de reconnaître le bénéfice du régime de l'affection longue durée²³⁶. Elle a également reçu des témoignages de personnes qui n'ont pu bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé au titre d'une affection longue durée dans le cadre d'une transition de genre en raison du refus du médecin d'en faire la demande, et ce en violation de la déontologie médicale²³⁷, à l'image de ce témoignage : « Un généraliste m'a longtemps tenu dans l'ignorance que je pouvais être remboursé de mon traitement hormonal, et a refusé de demander une ALD. »²³⁸.

Par ailleurs, les pratiques de l'aide sociale à l'enfance visant à rattacher systématiquement à la CSS les enfants placés, sans tenir compte de la possibilité, pour certains d'entre eux de bénéficier d'une meilleure couverture maladie par l'affiliation à celle de l'un de leur parents²³⁹, ne sont pas conformes à l'intérêt supérieur de l'enfant et sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la qualité de leur prise en charge et sur le panier de soins dont ils peuvent bénéficier.

Enfin, les insulaires cumulent des difficultés dans l'accès aux soins. Outre l'offre de soins limitée sur certains territoires, les règles de prise en charge des frais de transport²⁴⁰ par l'assurance maladie lorsque les soins requièrent de se rendre dans un établissement de santé éloigné, ne permettent pas de garantir un égal accès aux soins. Si la problématique des transports concerne également les personnes vivant en milieu rural, les personnes insulaires sont particulièrement susceptibles de subir des discriminations indirectes en raison du lieu de résidence dès lors que la prise en charge de leurs frais de déplacement et d'hébergement sur un autre territoire, est incomplète.

III · DES DISCRIMINATIONS AUX EFFETS DURABLES

Les discriminations dans les soins ont des conséquences délétères immédiates et durables sur le parcours de soins des patients, ainsi que sur leur santé physique et mentale.

Les pratiques discriminatoires des professionnels de santé se traduisent par des **risques de report ou de renoncement aux soins**. Les victimes expriment fréquemment une perte de confiance dans le corps médical et une forte appréhension des consultations médicales ultérieures²⁴¹.

Anticipant un refus de soins ou des propos stigmatisants, les personnes peuvent être réticentes à se rendre chez le médecin et à l'hôpital ou limiter leurs consultations aux situations d'extrême urgence, avec pour conséquences un **retard dans la prise en charge et une perte de chance en santé**.

Le fait de déclarer une discrimination dans le cadre des soins de santé augmenterait en moyenne de 14 points la probabilité de renoncer aux soins ultérieurs, et encore davantage pour les femmes, les personnes d'origine africaine subsaharienne et les musulmans²⁴².

Dans certains cas, la discrimination induit une rupture du parcours de soins, notamment pour les personnes les plus précaires. Les gens du voyage font par exemple face à de fortes discontinuités dans leurs parcours de soins et leurs traitements²⁴³, notamment en raison de l'absence de médecin traitant coordonnant les soins mais aussi en raison du défaut d'orientation, à la suite d'un refus de soins discriminatoire, vers d'autres professionnels de santé.

De peur d'être stigmatisées ou moins bien traitées, les personnes vivant avec le VIH, les personnes transgenres suivant

un traitement hormonal ou les personnes souffrant d'addictions notamment limitent leurs rendez-vous médicaux uniquement aux consultations nécessaires à la poursuite d'un traitement qui leur est indiqué. En

renonçant à d'autres types de soins, ces patients ne peuvent bénéficier d'une approche globale de leur santé, risquant d'entraîner un sous-diagnostic de certaines pathologies. De nombreuses personnes vivant avec le VIH renoncent ainsi à aller voir un psychiatre ou un psychologue, au détriment de leur santé mentale. Dans d'autres cas, les patients préfèrent ne pas révéler certaines informations médicales (leur maladie psychique, leur statut sérologique, etc.) ou personnelles (le fait d'être transgenre, travailleuse du sexe, usager de drogues, etc.) aux soignants. Les personnes prenant des produits psychoactifs évoquent ainsi rarement leur consommation auprès des professionnels de santé et ne bénéficient pas d'accompagnement adapté.

« J'ai l'impression que, par moments, je suis bien plus handicapé par les autres et par le corps médical que par ma maladie en elle-même. J'ai peur d'aller chez le médecin. Je n'en avais pas peur avant. Aller chez le médecin était juste une tâche un peu ennuyante. J'essaie d'éviter de mentionner mon diagnostic bipolaire, mais j'y suis parfois forcé pour éviter des interactions médicamenteuses, par exemple »²⁴⁴.

« J'ai passé un an à ne pas réussir à prendre de rendez-vous avec un médecin généraliste alors que je voyais mes douleurs et la perte de contrôle de mon corps augmenter, parce que chaque fois que je tentais de prendre rendez-vous avec un nouveau médecin, je me retrouvais à faire une crise d'angoisse énorme, au vu des expériences précédentes

que j'ai eues. Je n'ai aucune confiance envers quiconque du corps médical. Mes expériences rendent parfaitement clair qu'un rendez-vous qui se passe bien, un praticien qui m'écoute vraiment, c'est l'exception, pas la norme »²⁴⁵.

Les discriminations et l'éloignement subséquent du système de soins peuvent aussi conduire à une dégradation de la santé physique des personnes concernées. À la suite de refus de soins ou d'une errance de diagnostic, les patients peuvent voir les symptômes pour lesquels ils étaient venus consulter s'aggraver, parfois pendant des années : *« Concernant ma santé physique, j'ai mis plus de 5 ans à être prise en charge et à mettre des mots sur mes maux, j'ai eu plusieurs pilules différentes, qui n'étaient pas du tout adaptées, donc l'endométriose a eu le temps et l'occasion de se propager, les choses s'étaient aggravées depuis »²⁴⁶*. Par exemple, les acteurs associatifs rapportent que les personnes Roms qu'ils accompagnent ont tendance à ne plus se rendre à l'hôpital, de peur d'être mal accueillies. Ce défaut de soins se traduit par une détérioration de leur état de santé ou le développement de maladies graves qui auraient pu être évitées. Des acteurs associatifs auditionnés ont relevé des « épidémies d'amputations » dans les lieux de vie informels, à savoir une augmentation des amputations faisant suite à une évolution aggravée de maladies dermatologiques, faute de soins adaptés.

Dans les cas les plus extrêmes, l'absence de prise en charge ou l'errance de diagnostic va engager le pronostic vital du patient, le décès de la jeune Naomi Musenga en décembre 2017 en étant un exemple dramatique²⁴⁷. Plusieurs cas nous ont également été rapportés par des proches de victimes ou par des acteurs associatifs. Ainsi, une personne qui se plaignait de douleurs et que le médecin traitait de « *chochotte* » a dû attendre un an pour qu'un examen lui soit prescrit et qu'elle soit diagnostiquée d'un cancer de type 4. L'espérance de vie est également plus réduite pour les individus suivis pour troubles psychiatriques, du fait notamment de difficultés de prise en charge, de dépistages

plus tardifs et de traitements lourds. Une étude²⁴⁸ menée en 2019 par *The Lancet* a ainsi montré que, parmi les patients atteints de cancer, ceux qui souffrent de schizophrénie meurent en moyenne huit ans plus tôt que les autres, et les patients bipolaires cinq ans plus tôt.

Les discriminations dans les soins peuvent également se traduire par une altération de la santé mentale des patients. Au-delà du sentiment de ne pas avoir été pris en compte ou respectés, les patients rapportent avoir traversé des périodes où leur santé psychique et émotionnelle a été profondément atteinte (colère, angoisse, sentiment d'humiliation, sentiment d'abandon par le corps médical, mal-être psychologique, pensées suicidaires, isolement), parfois sur le long terme. Certains témoignent notamment d'une perte de confiance en soi et en la réalité de leurs propres symptômes.

Certaines consultations sont vécues comme un « *traumatisme* », à l'image de cette patiente ayant subi des années d'errance avant de bénéficier d'un diagnostic pour une maladie neuro-immunologique : *« cela a [...] engendré une détresse psychique très importante, du fait de vivre un effondrement physique inexpliqué et terrifiant sans qu'il soit considéré comme important ou intéressant par les médecins. La violence de cette mise en danger et de cette négation de mes souffrances a été probablement de l'ordre du traumatisme pour moi »²⁴⁹.*

Les témoignages rendent enfin compte de la détresse que les aidants sont également susceptibles de traverser, notamment les parents d'enfants en situation de handicap, confrontés aux refus de soins discriminatoires pour leur enfant et au sentiment, comme l'exprime cette mère d'un enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme, que leurs enfants appartiennent à « *une sous-catégorie de patients* »²⁵⁰.

IV · DU CONSTAT À L'ACTION : LES RECOMMANDATIONS DU DÉFENSEUR DES DROITS

Les discriminations dans les soins constituent une atteinte fondamentale à l'égal accès aux soins de toutes et tous. Au croisement de pratiques individuelles et de dysfonctionnements plus collectifs, elles constituent un problème d'ordre systémique, en raison de leur ampleur, de leur banalisation et des inégalités qu'elles engendrent. Il est donc nécessaire de les considérer comme telles et de les combattre à toutes les échelles.

Si elle est davantage connue grâce à différents travaux de recherche, la question des discriminations dans les soins reste peu présente dans les politiques nationales en matière de santé et n'est abordée qu'à travers le prisme des inégalités d'accès aux soins. Cet enjeu requiert l'élaboration d'une stratégie d'ensemble, coordonnée avec les différentes professions de santé et les structures de soins, pour assurer l'effectivité du droit de la non-discrimination.

A. ÉLABORER UNE STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS DANS LES SOINS

Au niveau national, les politiques de prévention et de lutte contre les discriminations tendent à se limiter à des actions ponctuelles (sensibilisation, formation, programmes dédiés à des publics spécifiques).

En outre, les ordres des professions réglementées de santé, responsables du respect des règles de déontologie par leurs membres, au nombre desquels la dispensation de soins sans discrimination, peinent à donner une application concrète à la mission qui leur

incombe. Interrogés par le Défenseur des droits, ces ordres l'ont informé des actions menées pour prévenir et lutter contre les discriminations des patients en matière de santé. Le Défenseur des droits regrette néanmoins l'absence de réponse apportée par l'ordre des chirurgiens-dentistes à ses sollicitations dans le cadre de l'élaboration du présent rapport.

Toutefois, à l'initiative de professionnels de santé et des établissements de santé, mais aussi des associations, des actions sont menées à travers l'ensemble du territoire pour donner corps aux objectifs d'égal accès aux soins et de non-discrimination.

1 · L'ABSENCE DE RÉELLE POLITIQUE NATIONALE EN MATIÈRE DE NON-DISCRIMINATION DANS LES SOINS

La politique de santé doit être conduite selon une stratégie nationale de santé pluriannuelle²⁵¹. La dernière a pris fin en 2022 ; depuis lors, aucune nouvelle stratégie n'a été adoptée, le projet soumis en consultation en 2023 n'ayant pas été repris et finalisé. À travers la précédente stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, le ministère de la santé entendait lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé en levant les obstacles sociaux et économiques et en garantissant un accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Pourtant, ces deux objectifs initiaux n'ont pas fait l'objet d'un suivi et, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES²⁵²), chargée de l'évaluation de la mise en œuvre de cette stratégie, ils ont été peu concrétisés²⁵³.



Certaines des priorités affichées ont néanmoins permis de fixer une orientation aux différents acteurs de la santé. L'assurance maladie a ainsi mis en place des mesures financières incitatives ciblées au profit des personnes en situation de vulnérabilité économique et des personnes en situation de handicap²⁵⁴. Des incitations financières à l'attention de chaque corps de métier ont également été développées afin de les encourager à prendre en charge les patients bénéficiaires de la CSS, de l'AME ou en situation de handicap. Enfin, plusieurs feuilles de route et plans de santé publique thématiques ont été mis en place au sujet du handicap, des troubles mentaux, de l'endométriose et de l'obésité, et intègrent une dimension relative à la prévention et à la lutte contre les discriminations.

Au niveau des ordres des professions de santé réglementées, le législateur a placé auprès des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, des commissions d'évaluation des refus de soins discriminatoires²⁵⁵. Elles ont pour rôle d'analyser les pratiques discriminatoires, leur nature, leur cause et leur évolution. Faute de moyens financiers, mais également faute d'informations quant aux pratiques discriminatoires qui font l'objet de plaintes,

il est manifeste que ces commissions ne sont plus pleinement investies, comme en témoignent les bilans succincts et datés qu'elles publient occasionnellement. De fait, elles ont cessé de remplir les missions qui leur ont été confiées. Dès lors, les pratiques discriminatoires ne font plus l'objet d'une analyse d'ensemble dans ces ordres professionnels.

Pourtant, analyser et comprendre les phénomènes discriminatoires est indispensable pour permettre d'apporter une réponse ciblée. Aussi, au-delà de la problématique des moyens alloués à ces commissions, la réflexion sur les refus de soins discriminatoires doit se poursuivre avec le soutien des instances nationales auxquelles elles sont rattachées. La communication des informations relatives aux pratiques discriminatoires, et notamment le bilan annuel des plaintes pour refus de soins discriminatoires, doit leur être systématiquement transmis, ainsi que toutes informations utiles à la poursuite de leur mission.

2- LA NÉCESSAIRE ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS

Des initiatives en faveur de l'égalité dans l'accès aux soins et dans la prise en charge des patients sont prises à travers le territoire, principalement à l'échelon local. Ces actions sont souvent le fait de professionnels de santé, d'associations, d'établissements de santé ou même d'instances académiques ou de collectivités locales volontaristes.

Des initiatives ont ainsi été recensées, sans aucune exhaustivité, par le Défenseur des droits. Plusieurs d'entre elles se démarquent par leur inscription dans une démarche d'ensemble intégrant une réflexion autour de l'égalité, de la lutte contre les inégalités et/ou les discriminations. Ainsi, le service de médecine d'urgence du CHU de Montpellier s'investit dans la lutte contre les inégalités en santé. Pour ce faire, il a développé un plan d'action en plusieurs étapes : objectiver les tendances discriminatoires²⁵⁶, rassembler les soignants autour d'un objectif commun de lutte contre ces inégalités, et implanter des outils standardisés pour éviter les biais dans l'évaluation médicale. Le CHU de Grenoble a également construit un plan d'action quadriennale de lutte contre les violences sexistes et sexuelles et contre toutes les discriminations. Dans ce cadre, l'établissement a mis en place un dispositif de signalement, un plan de formation, une campagne de sensibilisation et des ressources dédiées. Si ces démarches volontaristes doivent être saluées et encouragées dans leur développement, le portage national de ces enjeux fait défaut.

Face à l'insuffisance des politiques publiques en la matière, la Défenseure des droits recommande, à titre principal, d'élaborer une stratégie nationale de prévention et de lutte contre les discriminations dans les soins, transversale à tous les critères.

Des politiques proactives doivent être déployées pour lutter contre les préjugés et les logiques institutionnelles à l'origine de discriminations et pour objectiver les pratiques professionnelles. Elles doivent mobiliser l'ensemble des acteurs du champ de la santé (autorités sanitaires, établissements de santé, ordres des professions médicales et

paramédicales, professionnels, associations, commissions d'usagers, etc.).

Afin d'assurer une action publique cohérente sur l'ensemble du territoire, ces politiques publiques doivent être pilotées et coordonnées au niveau national. Pour autant, les dynamiques locales, les bonnes pratiques et la mobilisation des professionnels de santé déjà existantes doivent être préservées et soutenues.

Cette stratégie devra permettre d'aboutir à la construction de **plans d'actions** destinés à promouvoir l'égalité en santé, faisant l'objet d'une évaluation régulière et reposant sur plusieurs piliers : actions visant à prévenir les discriminations, recueil et traitement des signalements, adaptation du système de soins aux besoins spécifiques de certains patients.

Au-delà de textes, de prises de position attendues et des mesures dédiées, une telle priorité doit ensuite irriguer l'ensemble des politiques en santé.

B. PRÉVENIR LES DISCRIMINATIONS ET GARANTIR L'ÉGALITÉ DANS LES SOINS

L'engagement des pouvoirs publics doit reposer sur la mise en œuvre de politiques de prévention des discriminations dans les soins, comprenant plusieurs volets : l'objectivation et la mesure des pratiques discriminatoires, l'information des patients au sujet de la non-discrimination et de leurs droits, ainsi que la formation et la sensibilisation des professionnels du champ de la santé.

1- MESURER, DOCUMENTER ET RENDRE VISIBLES LES DISCRIMINATIONS

Afin de promouvoir l'égalité en santé, il apparaît essentiel d'objectiver l'ampleur et la diversité des discriminations dans le système de soins, de les rendre visibles auprès du grand public et des professionnels et de **produire une connaissance partagée susceptible de guider l'action publique**. Si les refus dans l'accès aux soins sont davantage documentés, de nombreux domaines restent à explorer, notamment pour identifier des formes de discriminations moins visibles lors de la prise en charge.

DES TRAVAUX ET ÉTUDES LACUNAIRES

Des études et travaux, issus de la recherche publique²⁵⁷ ou de projets associatifs²⁵⁸, ont permis de mieux comprendre les mécanismes de discrimination aux différentes étapes de la prise en charge et de documenter leurs effets sur les parcours de soins. Plusieurs observatoires ont également été créés par des associations afin de recueillir des témoignages et de mesurer la prévalence de ces discriminations sur un territoire donné²⁵⁹.

Cependant, ces travaux, souvent ciblés sur certains publics, mériteraient d'être approfondis et élargis à l'ensemble des formes de discrimination et du territoire national. **Peu de recherches s'intéressent à la qualité des soins, aux représentations qui se déploient notamment lors des interactions entre patients et personnels soignants.** Seules quelques études réalisées en matière de santé publique incluent des questions relatives aux discriminations²⁶⁰, ou, à l'inverse, des études relatives à l'accès aux droits et aux discriminations de certaines populations intègrent des questions relatives à la santé²⁶¹.

AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES DISCRIMINATIONS

La Défenseure des droits recommande ainsi de développer la statistique publique et les travaux de recherche afin de mieux connaître les discriminations dans le système de soins.

Cette mesure des discriminations s'attachera notamment à étudier les groupes sociaux dont les critères de discriminations sont les moins représentés au sein des démarches contentieuses, et sur les formes, plus diffuses, de discriminations lors de la prise en charge.

Ces travaux exigent la mise en place de données récurrentes et fiables, et pourraient s'appuyer notamment sur les données déjà recueillies en matière de santé (données nationales relatives aux actes de soins, signalements adressés aux établissements de santé et aux agences régionales de santé, etc.).

De façon plus générale, **la Défenseure des droits recommande de créer un Observatoire national des discriminations** pour développer et valoriser la production scientifique sur les discriminations dans l'ensemble des

domaines et encourager la mise en œuvre d'actions correctrices. Un tel Observatoire viendrait favoriser les synergies et les constats partagés, notamment en matière de santé, en plus d'éclairer les politiques publiques.

2- SENSIBILISER, FORMER ET ACCOMPAGNER

Des actions d'information et de sensibilisation doivent être également déployées, à la fois auprès des patients, afin de leur permettre de mieux identifier les discriminations et de mobiliser leurs droits, et auprès des professionnels du champ de la santé, qui doivent être formés et accompagnés pour faire évoluer leurs pratiques.

Les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics et les ordres des professions médicales sont principalement orientées vers les patients, afin de renforcer leur information et l'exercice de leurs droits. Toutefois, les actions à destination des professionnels de santé, notamment pour les sensibiliser et les outiller afin de ne pas traiter différemment des patients, restent trop peu investies.

INFORMER LES PATIENTS ET RENFORCER LEUR POUVOIR D'AGIR

Les initiatives en matière d'information et d'accompagnement des patients mises en œuvre par les pouvoirs publics ou certains ordres professionnels se distinguent **par leur caractère ponctuel**. Ainsi, un webinaire a notamment été organisé par la direction interministérielle de la Sécurité sociale en 2024 afin de communiquer sur la procédure de plainte prévue par le code de la santé publique. Le ministère de la santé et de l'accès aux soins publiera prochainement une fiche pratique actualisée sur les refus de soins discriminatoires, afin de rappeler leur définition et les voies de recours existantes.

Des **affiches d'information** sur les refus de soins discriminatoires ont été aussi élaborées par les commissions d'évaluation des refus de soins discriminatoires placées respectivement auprès de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des sages-femmes. Destinées aux patients, elles sont mises à

disposition des professionnels de santé et peuvent être placées dans les lieux de soins de façon volontaire. Ces initiatives doivent être poursuivies et renforcées, notamment par l'intermédiaire d'une transmission de ces dispositifs à l'ensemble des professionnels de santé, de façon individuelle et nominative.

Le Défenseur des droits relève que les supports de communication numérique de l'ensemble des ordres professionnels font apparaître une définition de la discrimination. Toutefois, rares sont les **informations ou communications** qui permettent de rappeler son interdiction, les critères prohibés ou d'illustrer les formes qu'elle peut prendre. Les articles figurant sur les sites internet des Ordres des professions réglementées, comme celui de l'Ordre national des médecins relatif à la prise en charge des personnes transgenres, ou de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, pourraient servir d'exemples et être multipliés.

Plusieurs initiatives ont également été mises en place par des associations œuvrant dans le domaine de la santé afin d'informer les patients sur leurs droits²⁶². La ligne d'écoute et de conseil juridique « [Santé Infos Droits](#) » de France Assos Santé propose par exemple de répondre à toutes les questions des patients relatives au droit à la santé.

D'autres initiatives de communication, des associations et des pouvoirs publics, visent à mieux faire connaître au public certaines pathologies ou traitements. On peut citer ici par exemple la campagne du collectif « *Femmes et AVC* » qui vise depuis 2023 à sensibiliser les femmes sur l'accident vasculaire cérébral, qui représente la première cause de décès chez les femmes, et ses symptômes parfois spécifiques. Depuis 2024, le ministère de la santé soutient également une campagne de communication sous la signature « *En parler plus pour mieux la détecter* », qui vise à faire connaître l'endométriose qui toucherait aujourd'hui environ une femme sur dix. Ces démarches, qui doivent permettre de résorber la méconnaissance des patients et des soignants, méritent être développées.

Malgré ces initiatives, la connaissance par les patients de leurs droits et du système de soins doit être renforcée, afin de consolider leur capacité d'agir²⁶³.

La Défenseure des droits recommande donc de :

- **Renforcer les actions de sensibilisation des patients à la non-discrimination (dans l'accès aux soins mais également lors de la prise en charge)**, notamment par la généralisation des affichages en la matière dans tous les lieux de soins²⁶⁴, **et à leurs droits**, par une information facile à comprendre et adaptée également aux personnes mineures ;
- **Développer les actions d'information sur le système de soins et d'éducation à la santé**, notamment à travers une approche globale de la santé ;
- **Rendre obligatoire l'affichage dans tous les lieux de soins et la mention sur les plateformes de prise de rendez-vous en ligne, de la liste des associations d'utilisateurs du système de santé agréées**, susceptibles d'accompagner les patients victimes de discrimination.

Enfin, la Défenseure des droits recommande **aux pouvoirs publics de renforcer le soutien aux acteurs associatifs, notamment à ceux intervenant auprès des publics vulnérables**, afin de garantir la pérennité et l'indépendance de leurs actions en matière de non-discrimination.

SENSIBILISER, FORMER ET ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DU CHAMP DE LA SANTÉ

Des **actions de sensibilisation et de formation** des professionnels de santé sont également mises en œuvre, souvent à l'échelon d'un territoire ou d'une université. Le Fonds national pour la démocratie sanitaire (FNDS) a notamment permis de financer récemment des projets de formation en matière de non-discrimination portés par des acteurs associatifs auprès de publics spécifiques²⁶⁵.

Cependant, les **formations initiales et continues de l'ensemble des professionnels de santé n'abordent pas ou trop peu la non-**

discrimination, ainsi que les spécificités de l'accueil et de la prise en charge de certains publics.

Lors de leur cursus initial, les futurs professionnels de santé suivent des cours relatifs à l'éthique, à la posture des soignants et à la relation soignant-soigné, ainsi que des enseignements de sciences humaines qui intègrent parfois la question des biais et leurs conséquences sur les pratiques. Toutefois, malgré une attention renforcée à la parole et à la participation des patients, aucun module dédié aux discriminations dans l'accès aux soins ou lors de la prise en charge n'est généralement proposé par les universités lors de la formation initiale. À cet égard, un cours pionnier dispensé depuis 2023 à la faculté de médecine de Sorbonne Université peut être signalé : les étudiants se forment et échangent sur les biais et stéréotypes implicites liés à l'origine réelle ou supposée des patients, les manières de les questionner sur leur lieu de naissance, les lieux où ils ont vécu, travaillé (pour retracer d'éventuelles pathologies spécifiques ou leurs causes), et les préconisations à suivre pour favoriser l'égalité de traitement dans les soins²⁶⁶.

Le ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins ne prévoit aucun programme de formation continue consacré spécifiquement à la promotion de l'égalité dans les soins²⁶⁷. Certains ordres professionnels mènent cependant des actions de formation des professionnels de santé, et notamment des conseillers ordinaires. L'Ordre des médecins a ainsi mis en place en 2023 un cycle de formation des élus des conseils ordinaires départementaux. Plusieurs ordres professionnels ont aussi élaboré des **fiches juridiques ou pratiques** à destination de leurs membres. Dans cette optique, l'Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes a créé un guide pratique de non-discrimination pour accompagner ses membres dans leur exercice quotidien.

La Défenseure des droits²⁶⁸ recommande ainsi de développer les actions de sensibilisation et de formation à destination des acteurs de la santé, afin de lutter contre les biais discriminatoires et faire évoluer les pratiques vers une plus grande égalité.

Doivent être inclus de manière systématique dans la formation initiale des professionnels du champ de la santé des modules de formation dédiés à la lutte contre les discriminations et aux spécificités de certains publics (personnes en situation de handicap, de précarité, transgenres, allophones, en situation d'obésité, vivant avec le VIH, mineurs non accompagnés (MNA), majeurs protégés, etc.) **et des informations sur les dispositifs** (CSS, AME, ALD, structure d'hébergement temporaire pour soins, consultations blanches).

Il est aussi nécessaire de proposer des modules de formation similaires dans le cadre de la **formation continue** des soignants, qui peuvent être complétés par des ateliers périodiques de réflexion et d'analyse des pratiques, portant par exemple sur l'accueil et l'accompagnement bienveillant des patients, les stéréotypes et préjugés, la construction d'outils pour objectiver les pratiques, etc.

En outre, la Défenseure des droits recommande :

- **D'étendre les formations proposées par les ordres** aux conseillers ordinaires à l'ensemble des élus (conseillers régionaux, interrégionaux et nationaux) et de les systématiser, notamment à l'occasion de chaque début de mandat des conseillers nouvellement élus ;
- **De développer et diffuser des outils et supports pédagogiques dédiés pour accompagner les professionnels dans leurs pratiques** (guides de bonnes pratiques, fiches thématiques, outils d'objectivation des pratiques, protocoles de soins, etc.).

Au-delà des actions dédiées à la lutte contre les discriminations, il importe de continuer à faire évoluer les cours et enseignements reçus dans le cadre des formations médicales existantes pour corriger les biais discriminatoires et renforcer la vigilance des soignants.

C. FACILITER LES RECOURS ET PRONONCER DES SANCTIONS EFFECTIVES, PROPORTIONNÉES ET DISSUASIVES

Malgré des aménagements procéduraux et la création de nouvelles voies de recours, engager des démarches ou une action en justice reste une démarche lourde et compliquée pour les victimes, souvent peu informées sur leurs droits.

1- LES MODALITÉS D'EXERCICE DES RECOURS

Les actes discriminatoires étant prohibés, les personnes qui s'estiment victimes de discrimination peuvent signaler les faits auprès de divers organismes et/ou intentent une action en justice. Différentes voies de signalement et de recours sont ouvertes ; elles présentent des spécificités en matière de preuve de la discrimination.

LA SAISINE DU DÉFENSEUR DES DROITS

Le Défenseur des droits, autorité administrative indépendante notamment chargée de lutter contre les discriminations, peut être saisi gratuitement par toute personne qui s'estime victime de discrimination et/ou de harcèlement discriminatoire. L'institution pourra alors faire usage de ses pouvoirs d'instruction afin d'éclaircir la situation litigieuse et, le cas échéant, tenter de résoudre la situation par la voie de la médiation, formuler des recommandations, présenter des observations en justice dans le cadre d'un contentieux porté par le réclamant et/ou solliciter des sanctions auprès de l'autorité chargée des poursuites²⁶⁹.

LES VOIES DE SIGNALEMENT

Dans le domaine de la santé, en amont des voies de recours contentieux, des modes alternatifs de règlements des conflits ont été développés. Une voie de recours spécifique, dédiée aux refus de soins discriminatoires a également été créée. Enfin, d'autres voies de signalement existent comme celles auprès des établissements ou autorités sanitaires.

L'assurance maladie a mis en place un dispositif de médiation. Outre la contestation des décisions des caisses primaires d'assurance maladie, ce dispositif peut être mobilisé par toute personne qui n'aurait pas pu accéder à des soins en raisons d'un refus discriminatoire. Le médiateur saisi accompagne le patient afin de trouver une solution lui permettant d'accéder à des soins.

D'autres dispositifs de signalement existent comme les commissions des usagers des établissements de santé et les agences régionales de santé. Elles peuvent être saisies dans le but que des mesures correctives soient prises pour éviter la reproduction de ce type de situation. La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) est compétente pour faire respecter le droit des consommateurs, notamment dans leurs relations avec des pharmacies.

Depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires²⁷⁰, une voie de recours spécifique aux refus de soins discriminatoires a été mise en place dans l'objectif de rendre plus efficaces les recours. Ainsi, le code de la santé publique prévoit en son article L.1110-3 une **procédure spécifique en cas de refus de soins discriminatoire ou de dépassement d'honoraires illicite**. Cette procédure est organisée en deux étapes : une conciliation, et, en cas d'échec, l'exercice d'un recours juridictionnel par la saisine de la juridiction ordinaire lorsque le professionnel de santé appartient à une profession de santé réglementée – chirurgien-dentiste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, médecin, pédicure-podologue, pharmacien, sage-femme²⁷¹.

Organisé par le décret du 2 octobre 2020²⁷², l'ensemble de cette procédure – de la réception de la plainte et l'organisation de la conciliation sous la supervision d'une « *commission mixte de conciliation* », jusqu'à, le cas échéant, la saisine des juridictions ordinaires –, est encadrée dans des délais stricts²⁷³. Ainsi, **la conciliation doit intervenir dans un délai maximum de 3 mois suivant la réception de la plainte** ; en cas d'échec de la conciliation, la juridiction ordinaire devra être saisie dans un délai de 3 mois suivant la séance de conciliation.

LES RECOURS JURIDICTIONNELS

Les personnes qui s'estiment victimes de discrimination peuvent intenter une action en justice. Plusieurs recours juridictionnels sont ouverts, qui peuvent être distingués selon l'objet de la demande.

L'interdiction de la discrimination est prévue tant par le code pénal que par les obligations déontologiques de certaines professions réglementées (chirurgien-dentiste, infirmier, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute, médecin²⁷⁴, pharmacien, sage-femme). S'agissant des actions en demande de sanction, **les poursuites peuvent être menées à la fois devant les juridictions pénales et devant les juridictions disciplinaires²⁷⁵**. En tant qu'elles visent à appliquer des normes distinctes, elles sont totalement indépendantes : le classement sans suite d'une plainte pénale ou une procédure pénale en cours, une relaxe ou un non-lieu n'empêchent pas nécessairement les juridictions disciplinaires de conclure à une discrimination et de sanctionner l'auteur des faits. Les mêmes faits peuvent constituer à la fois un manquement déontologique et une infraction pénale.

Ces procédures visent, en misant sur l'effet dissuasif des sanctions, à encourager le respect des normes interdisant les discriminations. C'est pourquoi, elles peuvent être initiées tant par la personne qui s'estime victime de discrimination²⁷⁶, que par l'entité désignée pour représenter l'intérêt général, à savoir le ministère public.

Les ordres professionnels ont notamment pour mission de veiller au respect des règles de déontologie par l'ensemble des professionnels membres de leur ordre. À ce titre, les Conseils nationaux des ordres des chirurgiens-dentistes, des médecins et des sages-femmes peuvent exercer « *devant toutes les juridictions [...] tous les droits réservés à la partie civile* »²⁷⁷. Ils ont donc la capacité et la responsabilité de saisir une juridiction disciplinaire lorsqu'ils ont connaissance d'un acte discriminatoire²⁷⁸.

En matière pénale, l'action en justice peut également parfois être initiée par certaines associations, avec l'accord de la victime²⁷⁹.

Les peines encourues pour ces faits sont les suivantes :

- en matière pénale : jusqu'à **3 ans d'emprisonnement** et **45 000 euros** ; et jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros lorsqu'elles sont commises dans le cadre de l'exercice d'une mission de service public²⁸⁰ ou dans un lieu accueillant du public²⁸¹ ;
- en matière disciplinaire : de **l'avertissement** à la **radiation²⁸²**.

Lorsque la discrimination crée un préjudice à la victime, cette dernière peut en demander la réparation. Cette demande d'indemnisation peut se faire à l'occasion de la plainte au pénal mais également dans le cadre d'un recours civil ou devant le juge administratif, selon la répartition habituelle des compétences des tribunaux²⁸³. De façon schématique, les discriminations commises dans un établissement privé (cabinet libéral, établissement privé de santé, hors mission de service public) relèvent de la compétence du juge judiciaire ; celles commises dans un établissement public de santé relèvent des juridictions administratives²⁸⁴, hormis lorsque des consultations libérales sont réalisées au sein d'un établissement public.

L'ADMINISTRATION DE LA PREUVE

Outre le choix de la ou des procédures engagées, exercer un recours requiert d'apporter les preuves des allégations avancées. En matière de discrimination, le législateur ayant conscience des difficultés auxquelles les victimes sont confrontées pour prouver ces faits, a prévu plusieurs aménagements pour faciliter la mise en lumière des actes discriminatoires. La preuve des faits allégués répond à des règles spécifiques selon que le contentieux sera exercé en matière pénale ou en matière civile / administrative.

La charge de la preuve repose en principe sur **la personne qui initie l'action**, notamment la victime, ou toute personne exerçant les droits de la victime ou le ministère public. Cela vaut en toute matière.

En matière pénale, elle devra **établir** que le **comportement visé était discriminatoire**, en présentant à la fois les éléments matériels et les éléments permettant de prouver l'intention de l'auteur de discriminer. Il peut en ce sens être précisé que l'intentionnalité de l'auteur peut être déduite de la matérialité de certains faits.

En matières civile et administrative, la personne qui initie l'action, devra seulement apporter des éléments de fait qui permettent de **présumer l'existence d'une discrimination**. Elle devra établir un faisceau d'indices²⁸⁵ pour créer un « *doute raisonnable* » permettant d'établir une présomption de discrimination. **Ce sera ensuite à l'auteur présumé de prouver qu'il n'a pas discriminé**, en apportant la preuve que la mesure en cause était justifiée par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination²⁸⁶. Ce mécanisme s'applique également devant les juridictions disciplinaires des ordres des professions de santé.

La preuve peut être apportée par tout moyen en matière pénale²⁸⁷, alors qu'en matière civile ou administrative²⁸⁸, seules les preuves obtenues loyalement sont en principe autorisées. On relève cependant une évolution de la jurisprudence. Depuis 2023, la chambre sociale de la Cour de cassation admet que des preuves obtenues de manière déloyale, à l'exemple de l'enregistrement d'une conversation à l'insu d'une personne, puissent être présentées en justice, à la condition qu'elles soient indispensables à l'exercice du droit à la preuve et qu'elles ne portent pas une atteinte disproportionnée aux droits fondamentaux de la partie adverse²⁸⁹.

De nombreux moyens de preuves peuvent être mobilisés : une capture d'écran, un courriel, une facture, une confirmation de rendez-vous, un compte-rendu médical, le témoignage d'une tierce personne, un enregistrement, un procès-verbal, ou encore des déclarations publiques antérieures²⁹⁰ ou postérieures aux faits²⁹¹.

Les tests de situation, ou *testings*²⁹², sont également un moyen de preuve valable en matières pénale²⁹³, civile et administrative²⁹⁴. Ils peuvent permettre la mise en lumière du caractère discriminatoire de l'acte incriminé

en reproduisant les conditions de réalisation de cet acte. En matière de refus de soin notamment, il constitue un outil précieux permettant aux victimes de discriminations directes de se ménager une preuve notamment en vue d'une action en justice. Les agents du Défenseur des droits, spécialement habilités, peuvent procéder directement à des tests de situation, dans le cadre des pouvoirs de l'institution²⁹⁵.

Enfin, il est rappelé que le juge a la possibilité d'ordonner toute mesure d'instruction utile pour lui permettre de disposer d'éléments de preuve nécessaires à sa prise de décision²⁹⁶.

Pour caractériser la discrimination, il appartient au juge d'apprécier l'ensemble des indices dans leur globalité et non de manière séparée²⁹⁷.

2· LES LIMITES DES RECOURS JURIDICTIONNELS

En dépit des aménagements procéduraux existants en matière de discrimination devant les juridictions civiles et administratives, la plupart des victimes de discrimination n'exercent pas de recours : les recours juridictionnels connaissent des limites importantes et restent peu mobilisés.

LES LIMITES DE LA PROCÉDURE DÉDIÉE AUX REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRES

Afin de rendre plus effectif le droit au recours des victimes de discriminations, une procédure spécifique aux refus de soins discriminatoires, prévue à l'article L.1110-3 du code de la santé publique, a été mise en place auprès de l'assurance maladie et des ordres des professions de santé réglementées. Si le traitement des plaintes a été accéléré, sa mise en œuvre doit être poursuivie.

Le Défenseur des droits relève **l'important effort fourni par l'ensemble des professions médicales depuis 2021, en lien avec les autorités sanitaires et l'assurance maladie**, pour donner corps à la réforme issue de la loi de 2009²⁹⁸, qui prévoit une procédure spécifique en matière de refus de soins. Cet engagement doit être poursuivi et renforcé.

Cette procédure présente l'avantage de limiter la durée des principales étapes du processus, alors que les autres recours juridictionnels conduisent fréquemment à des procédures dont la durée est décourageante, de l'ordre de plusieurs années. Cependant, la clarification et l'encadrement des délais de procédures est susceptible d'engendrer une augmentation des plaintes. Dans cette perspective, et compte tenu de la technicité du droit de la non-discrimination, la Défenseure des droits estime que les **élus régionaux et interrégionaux, amenés à siéger dans les juridictions disciplinaires, doivent impérativement suivre une formation préalable** en la matière, notamment quant aux spécificités de l'aménagement de la charge de la preuve.

Ensuite, les modalités de saisines peuvent encore être clarifiées et facilitées. La communication sur ces modalités pourrait être renforcée.

Les informations portées à la connaissance du Défenseur des droits montrent également une confiance limitée dans la procédure prévue au code de la santé publique. En particulier, l'attention de l'institution a été attirée sur le déséquilibre apparent dans la composition de la commission de conciliation prévue par le code de santé publique²⁹⁹, le plaignant étant la seule personne inexpérimentée, placée aux milieux de professionnels du monde de la santé, dans un rapport de force qui peut être perçu comme inégal.

Les patients ont la possibilité d'être accompagnés par la personne de leur choix ou par une association d'usagers de santé agréée. Pourtant, à ce jour, les services du Défenseur des droits n'ont pas été en mesure d'identifier des personnes ou entités vers lesquelles orienter les patients qui souhaiteraient être accompagnés, rendant cette possibilité peu effective.

DES SANCTIONS PEU CONNUES ET PEU DISSUASIVES

Pour que les sanctions des discriminations soient dissuasives, elles doivent non seulement être suffisamment fortes mais également connues.

Les recours en matière de discrimination dans la santé sont principalement exercés devant les juridictions disciplinaires. Pourtant, au cours des dix dernières années, le Défenseur des droits a identifié très peu de décisions concluant à l'existence d'une discrimination parmi les décisions disciplinaires publiées³⁰⁰. Ce faible corpus juridique n'est pas représentatif du nombre de décisions rendues sur l'ensemble du territoire, qui demeure inconnu. En effet, seules les décisions rendues par une chambre disciplinaire nationale et quelques décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance sont rendues publiques.

À travers ce corpus, le Défenseur des droits constate néanmoins que les sanctions tendent à s'affaiblir, passant de la suspension d'exercice de plusieurs mois à un blâme pour des pratiques discriminatoires systémiques.

Par ailleurs, les bilans annuels du traitement des plaintes ne permettent pas de connaître de façon exhaustive l'issue des plaintes et des procédures disciplinaires. Or, **communiquer autour des sanctions prononcées permettrait de mieux faire connaître le dispositif de signalement et de plainte et de renforcer la confiance des patients concernés**. Dès lors, la communication et la transparence autour des sanctions prononcées doit être accrue.

DES RECOURS JURIDICTIONNELS PEU MOBILISÉS

Les résultats des études statistiques, comme le *testing* relatif aux discriminations des bénéficiaires de la CSS et de l'AME³⁰¹, font état d'un nombre d'actes discriminatoires bien plus important que celui des plaintes déposées dans le cadre de la procédure pour refus de soins discriminatoire, procédure la plus mobilisée.

Les facteurs d'explication sont pluriels : d'abord, une personne n'ayant pu accéder à des soins de qualité en raison d'une discrimination a toujours besoin de soins,

ce qui constitue probablement sa première préoccupation. Par ailleurs, l'exercice de ses droits requiert d'une part, de **connaître ses droits**, et d'autre part, d'**identifier qu'une atteinte leur a été portée**. Mais identifier un acte discriminatoire, hors propos explicite, n'a rien d'évident. Il n'est fréquemment possible que grâce à la comparaison avec la situation d'un autre patient placé dans une situation similaire. Or, excepté par la pratique de *testing*, cette comparaison n'est pas accessible aux victimes, en particulier lorsque les faits ont lieu au cours d'une prise en charge médicale.

Par ailleurs, plusieurs témoignages et acteurs associatifs signalent aussi la **difficulté des victimes à se confronter à nouveau à ces actes et / ou à l'auteur de ces actes**. La peur des représailles constitue également l'un des facteurs de non-exercice des recours.

Engager des poursuites implique de connaître les dispositifs et recours existants. Comme il a déjà été vu, des commissions d'évaluation des pratiques ont conçu une affiche pour faire connaître ce qu'est la discrimination et les recours possibles auprès des ordres professionnels ou auprès de l'assurance maladie. Cependant, leur affichage effectif reposant sur la bonne volonté des équipes soignantes, leur diffusion dans les lieux de soins est encore trop limitée. Par ailleurs, si les outils de communication réalisés mettent en avant la procédure de plainte spécifique aux refus de soins prévue par le code de la santé publique³⁰², ils ne comportent aucune information quant aux voies de recours de droit commun ouvertes.

Malgré la durée de ces procédures et leur caractère plus complexe, les victimes doivent disposer des informations relatives à toutes les recours ouverts, et pouvoir faire le choix d'une voie de recours leur permettant de rechercher les sanctions les plus lourdes – prévues en matière pénale –, ou leur offrant la possibilité d'obtenir une réparation.

En outre, hormis en matière pénale, on peut relever que les recours ne sont ni adaptés, ni accessibles aux enfants. Seules les personnes reconnues comme juridiquement capables peuvent engager de telles démarches. Une personne mineure n'est pas en capacité d'exercer ses droits si ses représentants légaux ne souhaitent pas initier les recours dédiés.

Le Défenseur des droits, compétent en matière de droits de l'enfant, peut être saisi par des mineurs.

3- RENFORCER L'EFFECTIVITÉ DES RECOURS JURIDICTIONNELS

Le Défenseur des droits fait le constat d'un contentieux difficile, rare et peu dissuasif en matière de discriminations dans la santé. Faciliter l'exercice des recours, améliorer la représentation des associations, développer des dispositifs de signalement et appliquer des sanctions réellement dissuasives sont autant de mesures permettant de garantir le droit au recours des patients et un traitement effectif des signalements.

FACILITER L'EXERCICE DES RECOURS JURIDICTIONNELS

Il est impératif et urgent de favoriser l'accès des patients à la connaissance sur les recours juridiques ouverts et de faciliter l'exercice des recours juridiques.

À cette fin, la Défenseure des droits recommande notamment de :

- **Construire des supports de communication à destination des patients, majeurs et mineurs, portant sur l'interdiction de la discrimination et précisant l'ensemble des voies de recours ouvertes ;**
- **Faciliter le dépôt de plainte devant les ordres professionnels et l'assurance maladie, notamment en proposant un modèle de plainte, à l'exemple de ce que propose l'Ordre national des pédicures-podologues ou l'Ordre national des pharmaciens.**

AMÉLIORER LA REPRÉSENTATION DES VICTIMES

La Défenseure des droits souligne également l'importance d'améliorer l'accompagnement et la représentation des victimes de refus de soins, en particulier dans la phase de conciliation organisée avec le concours de l'assurance maladie et l'ordre professionnel concerné³⁰³.

La Défenseure des droits recommande à cette fin de :

- **Concevoir des formations à destination des représentants des usagers de santé portant**

sur l'accompagnement des victimes dans le cadre de la procédure prévue à l'article L.1110-3 du code de la santé publique ;

- **Modifier la composition de la commission mixte telle que définie à l'article R.1110-9 du code de la santé publique, en vue de prévoir l'intégration de deux représentants d'associations de patients agréées.**

SANCTIONNER DE FAÇON DISSUASIVE

La Défenseure des droits recommande de prononcer des sanctions effectives, proportionnées et dissuasives, et à cet effet :

- **De former systématiquement les conseillers ordinaires** des ordres des professions de santé amenés à siéger dans les instances disciplinaires, à la non-discrimination, notamment concernant les aspects procéduraux ;
- **De construire un référentiel des sanctions** afin d'assurer la cohérence nationale des sanctions prononcées ;
- **D'accroître l'engagement de poursuites disciplinaires par les ordres professionnels** lorsque des faits susceptibles d'être discriminatoires ont été portés à leur connaissance, quelles qu'en soient les modalités (signalement, voie de presse, etc.), y compris lorsque les faits concernent des personnes mineures ;
- **De communiquer sur les sanctions prononcées**, notamment en veillant à ce que les éventuelles sanctions prononcées – dont les suspensions d'exercice –, donnent lieu à une information claire du public, par voie d'affichage au sein des lieux d'exercice du professionnel de santé et sur le site internet de l'Ordre³⁰⁴ ;
- **De prévoir la publication de l'ensemble des décisions rendues par les juridictions disciplinaires**, le cas échéant de façon anonymisée, dans un répertoire public ;
- **De renforcer les moyens financiers et informationnels des trois commissions chargées de l'évaluation des refus de soins** placées auprès des ordres nationaux des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes³⁰⁵.

Pour ce faire, prévoir notamment de leur communiquer, sans délai, les bilans annuels des plaintes pour refus de soins discriminatoires, les décisions des juridictions disciplinaires, ainsi que toutes informations utiles à la poursuite de leur mission.

D. ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ AUX BESOINS DES PATIENTS

Le temps médical contraint dont disposent les professionnels réduit leur capacité à accueillir et accompagner les patients en prenant en compte leur singularité. Pourtant, adapter les soins à la situation de chaque patient est nécessaire pour apporter des soins de qualité.

Si la Défenseure des droits salue l'élaboration de feuilles de route et de plans de santé publique thématiques en faveur de publics spécifiques, **elle recommande de favoriser l'instauration d'une politique de santé publique intégrant l'ensemble des publics, tout en conservant la capacité de prendre en compte les besoins, les demandes et les particularités de chaque patient, qu'ils soient liés à ses ressources financières, ses convictions, son environnement de vie, etc., dans le but de garantir à tous une prise en charge de qualité dans le système de soins de droit commun.**

1- FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS EN ADAPTANT LES MODES D'ACCÈS DU PUBLIC

La dématérialisation des procédures de prise de rendez-vous, l'accessibilité limitée et les contraintes sociales et économiques sont autant de facteurs qui éloignent les personnes du système de soins.

Afin de lutter contre le renoncement aux soins et d'adapter les modes d'accès aux soins aux besoins de tous les patients, la Défenseure des droits recommande :

- **De proposer plusieurs modalités de prise de rendez-vous médicaux** afin qu'aucune consultation ne soit accessible uniquement par voie dématérialisée ;
- **De mettre en place des mesures facilitant l'accès et l'entrée dans le parcours de soins par le biais des plateformes numériques,**

telles que précédemment recommandées³⁰⁶, et notamment de :

- formaliser la procédure de création des profils et de modification du contenu affiché par les professionnels de santé ;
- veiller à l'absence des mentions discriminatoires lors de la définition des conditions d'abonnement du professionnel et pendant l'exécution du contrat d'abonnement ;
- créer un système de signalement en prévoyant notamment un motif de signalement intitulé « discrimination » ;
- informer les usagers-patients sur la possibilité de signaler les mentions illicites et les situations discriminatoires y compris les refus de soins dont ils ont été victimes ;
- contrôler systématiquement les profils des professionnels de santé ayant déjà fait l'objet d'un premier signalement pour discrimination ;
- prendre les mesures appropriées à l'encontre des professionnels de santé signalés à plusieurs reprises pour des publications discriminatoires pouvant aller jusqu'à la résiliation de l'abonnement ou la suppression du compte ;
- filtrer automatiquement les mentions discriminatoires par le biais d'un logiciel ou d'un algorithme comportant des mots clés qui permettent de repérer les refus de soins et les contenus discriminatoires ;
- diffuser une information sur le principe de non-discrimination et les textes législatifs qui interdisent les comportements discriminatoires par le biais d'une rubrique dédiée ;
- afficher sur la page d'accueil du site internet un lien vers les outils d'information relatifs aux refus de soins produits par le Défenseur des droits et mis en ligne sur son site internet à destination du grand public et des professionnels de santé ;
- afficher un lien vers le site ameli.fr en ce qui concerne la procédure de prise

en charge du ticket modérateur et la dispense d'avance des frais ;

- afficher sur la page d'accueil les droits et obligations des patients bénéficiaires de la prise en charge du ticket modérateur et de la dispense d'avance des frais.

• **De garantir l'accès de toutes les personnes en situation de handicap aux soins de santé sur la base de l'égalité avec les autres³⁰⁷, et à cette fin :**

- de garantir la mise en accessibilité des sites internet existants de prise de rendez-vous et d'information sur les lieux de soins ;
- de **communiquer toutes les informations utiles à la préparation d'une consultation ou d'une prise en charge** (réalisation de « consultations blanches », communication d'informations et de photographies de la salle d'attente, des lieux de soins) ;
- d'adopter un programme, assorti d'échéances, afin de **rendre accessibles tous les lieux de soins à toutes et tous**, notamment aux personnes en situation de handicap, et de mettre en place des installations, dispositifs et équipements de santé adaptés à leurs besoins ;
- de rendre **effectifs les contrôles et les sanctions en cas de non-respect des exigences en matière d'accessibilité** ;
- de mettre en place des **supports d'information et de communication adaptés** aux personnes en situation de handicap, de développer des **signalétiques et des dispositifs d'accès pour faciliter l'accès et l'orientation des patients**, notamment des patients en situation de handicap (pictogrammes, supports en braille, boucles magnétiques portatives pour les personnes avec des troubles auditifs, etc.) conformément aux obligations en matière d'accessibilité ;
- de permettre aux personnes handicapées, quel que soit leur handicap, de bénéficier d'une **communication adaptée** à leurs besoins lors des soins ;

- **d'adapter la durée et les conditions de consultation en fonction des besoins spécifiques** du patient pour permettre d'instaurer un cadre sécurisant (modulation de l'éclairage, attente dans une salle différente, possibilité de sortir de la salle d'attente, etc.) ;
- de recourir à du **matériel adapté** aux personnes en situation de handicap (tables d'auscultation et fauteuils ergonomiques, matériel et appareils d'examen adaptés) et à des solutions thérapeutiques pour apaiser l'anxiété des patients lors de la consultation ou de l'examen, s'ils le souhaitent.
- De **faciliter l'accès aux personnes en situation de vulnérabilité économique et/ou vivant en habitat précaire**, et à cette fin :
 - **maintenir des plages de consultation en soins de ville sans rendez-vous, et de développer des centres de soins gratuits et inconditionnels** à l'exemple de ceux mis en place dans le secteur associatif³⁰⁸ ou dans certaines collectivités territoriales³⁰⁹ ;
 - **développer les structures d'hébergement** pour permettre de donner accès aux soins ambulatoires des personnes sans domicile fixe et/ou stable, notamment sur le modèle des lits haltes soins santé, des lits d'accueil médicalisés et des appartements de coordination thérapeutique.
- **D'instaurer un droit à l'interprétariat pour toutes les personnes qui en ont besoin**, sans que ce droit puisse empêcher ou justifier le report de la prise en charge d'un patient qui n'en ferait pas la demande³¹⁰ ; ou, dans l'attente, **de développer des permanences de soins avec interprètes**. À cet effet, la Défenseure recommande :
 - de développer l'accès aux services d'interprétariat, tant dans les établissements de santé publics, que privés, et qu'en médecine de ville ;
 - de mettre en place des procédures de recours à l'interprétariat simples et harmonisées ;
 - de sensibiliser et former les équipes soignantes à la prise en charge médicale avec interprètes ;
 - de favoriser la connaissance des modalités d'accès aux services d'interprétariat ;
 - de prévoir les moyens financiers nécessaires à la mise en place de l'interprétariat professionnel.
- **De considérer les mineurs non accompagnés, ayant exercé un recours pour faire reconnaître leur minorité, comme mineurs jusqu'à décision judiciaire définitive³¹¹**, et par conséquent, la Défenseure des droits recommande de ne pas entraver leur accès aux soins.
- De poursuivre l'effort visant à mieux former à la santé sexuelle et reproductive les professionnels de santé tout au long de leur vie professionnelle, conformément à la feuille de route en matière de santé sexuelle³¹².
- **De garantir l'accès aux soins de toutes les personnes, indépendamment de leur religion**, et pour cela la Défenseure des droits :
 - **recommande de sensibiliser les professionnels de santé à la nécessité d'apprécier la situation de chaque patient de façon individuelle, concrète et circonstanciée** et, chaque fois que nécessaire, de proposer des solutions permettant de concilier les besoins et croyances des patients avec les exigences de sécurité et de qualité des soins ;
 - recommande en particulier à l'ONCD de faire aboutir les réflexions et la concertation concernant la note relative aux soins dentaires et éléments gênant l'accès tête et cou³¹³, conformément aux engagements énoncés dans la lettre de l'Ordre d'avril-mai 2024³¹⁴, afin de garantir la plus grande égalité de traitement des patients.

2- ALLER-VERS LES PATIENTS ÉLOIGNÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les disparités sociales et territoriales entre les établissements de santé accentuent les difficultés d'accès aux soins.

La Défenseure des droits recommande :

- **De développer des dispositifs d'« aller-vers »**, tels que des lieux de consultations mobiles³¹⁵, ou des équipes médicales et médico-sociales mobiles ;
- **De développer, à travers tout le territoire, la profession de médiateur en santé**, qui vise à assurer une fonction d'interface de proximité pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins des publics vulnérables, et la sensibilisation des acteurs du système de santé aux obstacles rencontrés par ces publics.

Si certaines politiques de santé doivent être ciblées au regard des risques particuliers ou de modalités d'action spécifiques pour aller vers un public précaire ou éloigné des structures de soins, la Défenseure des droits rappelle que c'est avant tout en renforçant le service public de santé, universel et de proximité qu'une réponse pertinente et non stigmatisante pourra être apportée à toutes et tous.

3- LA COUVERTURE SANTÉ

La couverture santé est un élément clé pour garantir l'accès aux soins.

S'agissant des mineurs non accompagnés, la Défenseure des droits **rappelle aux départements que l'inscription à la protection universelle maladie (PUMA) des mineurs non accompagnés peut se faire dès le recueil provisoire d'urgence** afin que les personnes se disant mineures puissent bénéficier de l'ouverture de leurs droits et, le cas échéant, continuer à en bénéficier pendant un an après leur départ du dispositif en cas de reconnaissance de majorité, notamment le temps du recours devant le juge des enfants et la cour d'appel³¹⁶.

S'agissant de la couverture maladie des personnes en situation irrégulière, le Défenseur des droits réitère ses recommandations visant à :

- **Fusionner les dispositifs de l'assurance maladie et de l'AME. En simplifiant le processus administratif et de remboursement**, cette recommandation avantage à la fois les professionnels de santé et les caisses primaires d'assurance maladie, tout en garantissant aux patients leur droit à une prise en charge médicale adaptée ;
- **Mettre en place une carte numérique facilitant l'émission de feuilles de soins électroniques et ouvrant l'accès aux mêmes facilités que pour les personnes affiliées à l'assurance maladie.**

ANNEXE

AFIN DE NOURRIR SES TRAVAUX, LE DÉFENSEUR DES DROITS A MENÉ DES AUDITIONS AUPRÈS D'ACTEURS ASSOCIATIFS SPÉCIALISÉS DANS CES DOMAINES, ET INTERROGÉ LES AUTORITÉS SANITAIRES, LES ORDRES DES PROFESSIONS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉES ET LES PRINCIPALES FÉDÉRATIONS D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ. CES ACTEURS SONT LISTÉS CI-DESSOUS.

A) ACTEURS INSTITUTIONNELS

- Ordre national des pédicures-podologues, 24 janvier 2025
- Ordre des sages-femmes, 30 janvier 2025
- Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes, 5 février 2025
- Ordre national des infirmiers, 10 février 2025
- Assurance maladie, 10 février 2025
- Fédération de l'hospitalisation privée, 12 février 2025
- Ordre des pharmaciens, 14 février 2025
- Ordre national des médecins, 20 février 2025
- Secrétariat général des ministères sociaux, 13 mars 2025
- Ordre national des chirurgiens-dentistes, sans réponse
- Fédération hospitalière de France, sans réponse

B) ACTEURS ASSOCIATIFS

AUDITIONS

- Unapei, 9 septembre 2024
- Migrations Santé Alsace, 9 septembre 2024
- Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), 10 septembre 2024
- Unafam, 11 septembre 2024
- Lallab, 12 septembre 2024
- Romeurope, 16 septembre 2024
- Aides, 18 septembre 2024
- Médecins Sans Frontières (MSF), 19 septembre 2024
- OUTrans, 20 septembre 2024
- Association nationale des gens du voyage citoyens (ANGVC), 20 septembre 2024
- SOS Homophobie, 23 septembre 2024

- Médecins Sans Frontières (MSF), 2^e entretien, 24 septembre 2024
- Fédération Addiction, 25 septembre 2024
- Collectif Handicaps, 30 septembre 2024
- Solipam, 1^{er} octobre 2024
- Samusocial, 2 octobre 2024
- Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO) et Actions Traitements, 3 octobre 2024
- Médecins du monde, 7 octobre 2024
- France Assos Santé, 8 octobre 2024

CONTRIBUTIONS ÉCRITES

- APF France handicap
- Collectif Handicaps
- Centre d'action social protestant (CASP)
- Comede
- Dispositif d'appui technique pour l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants (DATASAM)
- Fédération française des diabétiques
- Fédération Nationale des Associations Solidaires d'Action avec les Tsiganes et les gens du voyage (FNASAT)
- France Assos Santé
- Groupe SOS
- Griselidis
- La place santé
- La PASS de ville Marseille (LPDVM)
- Le planning familial
- Médecins du monde
- Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)
- Unafam
- Uniopss

NOTES

- ¹ Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels, 1966, ratifié par la France en 1980 ; Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948.
- ² Notamment par le préambule la Constitution française du 27 octobre 1946
- ³ La France figurait en tête du classement des systèmes de santé réalisé par l'Organisation mondiale de la santé en 2000. Source : site du ministère de la santé.
- ⁴ IPSOS, *Santé : un accès aux soins de plus en plus difficile en France, 2024* ; FHF, Deuxième édition du "baromètre de l'accès aux soins" : l'hôpital public à un tournant, sur <https://www.fhf.fr/>, publié le 17 mars 2025
- ⁵ *Ibid.* Les temps d'obtention de rendez-vous ont pratiquement doublé en 5 ans sur la plupart des spécialités : plus de 2 mois pour un cardiologue, plus de 3 mois pour un dermatologue. Voir également : Institut des politiques publiques, Défenseur des droits, ministère de la santé et de la prévention, DREES, Études, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, mai 2023.
- ⁶ Selon l'Atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), le nombre de médecins généralistes en activité régulière, au 1^{er} janvier 2022, a diminué de 11% depuis 2010 et de 0,9% au cours de la dernière année
- ⁷ DREES, « L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs », *Études et résultats*, 2021, n°1215
- ⁸ Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, *Une stratégie nationale pour "Prendre soin de ceux qui soignent"*, sur <https://sante.gouv.fr>, publié le 6 août 2018
- ⁹ A. Meidani, A. Alessandrin, « Cancer, territoires et discrimination : des zones rurales aux quartiers prioritaires de la ville », *Santé publique*, 2019/5, Vol. 31, pp. 693 à 702
- ¹⁰ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations
- ¹¹ Code pénal (C. pén.), art. 225-1 à 225-4
- ¹² Notamment lorsque ces actes de discrimination sont commis dans un lieu accueillant du public, selon du code pénal, ou dans le cadre de l'exercice d'une mission de service public selon les articles l'article 225-2 et 437-2 du code pénal.
- ¹³ L. n° 2002-303, 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; code de la santé publique (CSP), art. L.1110-3.
- ¹⁴ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations
- ¹⁵ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, art. 2
- ¹⁶ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, art. 1
- ¹⁷ Les critères prohibés de discriminations listés par la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 sont les suivants : origine, sexe, situation de famille, grossesse, apparence physique, particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, apparente ou connue de son auteur, patronyme, lieu de résidence ou de domiciliation bancaire, état de santé, perte d'autonomie, handicap, caractéristiques génétiques, mœurs, orientation sexuelle, identité de genre, âge, opinions politiques, activités syndicales, capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée.
- ¹⁸ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, art. 1, al. 2
- ¹⁹ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, art. 1, al. 3
- ²⁰ Des exceptions spécifiques sont notamment prévues par le code pénal, voir notamment l'article 225-3 du code pénal.
- ²¹ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, art. 2, 3°
- ²² *Ibid.*
- ²³ Cour des comptes, *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital. Des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, novembre 2024.
- ²⁴ *Ibid.*, p. 7.
- ²⁵ Sylvie Morel, « Inégalités et discriminations dans l'accès aux soins d'urgence en France », *Social Science and medicine*, 2019.
- ²⁶ Cass., crim., 11 juin 2013, n° 12-85.821
- ²⁷ Fabien Coisy, Guillaume Olivier, François-Xavier Ageron et al., « Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients? », *European Journal of Emergency Medicine*, 2024, n° 31 (3).

- ²⁸ La photographie, réalisée grâce à l'intelligence artificielle, représentait toujours un personnage debout, la main sur la poitrine, simulant la douleur, dont la seule caractéristique changeant était le sexe ou l'apparence ethnique.
- ²⁹ Voir notamment : Muriel Salle, « Que dire du corps des femmes ? Perspectives féministes sur les discours médicaux (XIX^e-XXI^e siècles) », in *Sexe & genre. De la biologie à la sociologie*, chapitre 12, pp. 179-193
- ³⁰ Julia Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », *Sociétés contemporaines*, 2023, n° 130, pp. 5-38 ; Haut conseil à l'égalité, *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique*, 2020.
- ³¹ Témoignage, femme, 37 ans, département 34
- ³² Défenseur des droits, rappel à la loi n° RAL-2024-016, 13 mai 2024,
- ³³ Dénoncée par Frantz Fanon en 1952 et invalidée par les psychiatres dès 1960, la notion de « syndrome méditerranéen » est apparue dans l'espace public français, à travers la médiatisation de faits divers mettant en avant des biais racistes dans des refus de prise en charge des patients aux urgences. L'un des plus connus est celui de la jeune femme Naomi Musenga, tragiquement morte à l'hôpital après qu'une standardiste du SAMU ait refusé sa prise en charge estimant qu'elle exagérât ses douleurs du fait qu'elle soit une femme noire avec un accent.
- ³⁴ Témoignage, femme, 23 ans, département 59
- ³⁵ Dorothée Prud'homme, « La racialisation des patient.e.s "roms" par les médecins urgentistes. Invisibilisation des précarités et révélation des ambitions professionnelles », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2021/4, n° 239, pp. 50-65.
- ³⁶ Dyspnée : sensation d'une respiration difficile et inconfortable ressentie dans une situation qui normalement n'entraîne aucune gêne respiratoire.
- ³⁷ Témoignage, homme, 64 ans, département 08
- ³⁸ CSP, art. R. 4127-47 (médecins) ; R. 4127-232 (chirurgiens-dentistes) ; R. 4127-328 (sages-femmes) ; R. 4312-12 (infirmiers) ; R. 4321-92 (masseurs-kinésithérapeutes) ; R. 4322-54 (pédicures-podologues).
- ³⁹ Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), « Le code de déontologie : article 7 - non-discrimination / commentaire » sur <https://www.conseil-national-medecin.fr/>, consulté le 21 mars 2025
- ⁴⁰ Ces situations concernent des médecins généralistes, psychiatres, gynécologues, cardiologues, chirurgiens-dentistes, radiologues, ophtalmologues, etc.
- ⁴¹ L. n° 2016-832, 24 juin 2016, visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale
- ⁴² CSP, art. L. 1110-3
- ⁴³ L'AME est une aide qui permet aux étrangers en situation irrégulière d'avoir accès à certains soins. Cette aide est conditionnée au fait de bénéficier de ressources inférieures à un plafond et de résider en situation irrégulière en France depuis au moins trois mois.
- ⁴⁴ À titre indicatif, le plafond de ressources pour le bénéfice de la complémentaire santé solidaire sans aucune participation financière ou de l'aide médicale d'État est fixé, pour une personne seule, à 848 euros par mois au 1^{er} avril 2024 ; ces plafonds sont régis par les articles R. 861-2 et suivants du code de la Sécurité sociale.
- ⁴⁵ Défenseur des droits, Laboratoire LEPS - Université Paris XIII, « Résultats de l'étude : des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes », *Études & Résultats*, 2017
- ⁴⁶ Témoignage, femme, 57 ans, département 22
- ⁴⁷ Halde, délib. n° 2006-232, 6 nov. 2006.
- ⁴⁸ Défenseur des droits, déc. n° 2018-259, 28 oct. 2018 ; déc. n° 2019-125, 22 mai 2019 ; déc. n° 2019-281, 18 nov. 2019 ; déc. n° 2022-035, 27 avril 2022 ; déc. n° 2022-123, 13 juill. 2022.
- ⁴⁹ Mendras, Roy, Sultan Parraud, Toulemon, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'état, 2023, p. 5 : « les bénéficiaires de l'AME ont entre 14% et 19% de chances en moins d'avoir un rendez-vous chez un généraliste par rapport aux patients de références, entre 19% et 37% chez un ophtalmologue et 5 à 27% chez un pédiatre. »
- ⁵⁰ Défenseur des droits, déc. n° 2023-176, 22 déc. 2023
- ⁵¹ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins (CDNOM), déc. n° 10289, 25 sept. 2009 ; Défenseur des droits, déc. n° 2023-176, 22 déc. 2023 ; déc. n° 2020-233, 11 déc. 2020 ; rappel à la loi n° RAL-2024-014, 28 juin 2024.
- ⁵² CDNOM, déc. n° 14427, 22 juil. 2021
- ⁵³ Défenseur des droits, déc. n° 2019-281, 18 nov. 2019
- ⁵⁴ Défenseur des droits, déc. n° 2023-155, 19 juill. 2023
- ⁵⁵ Défenseur des droits, déc. n° 2020-233, 11 déc. 2020 ; rappel à la loi n° RAL-2024-014, 28 juin 2024
- ⁵⁶ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, art. 1^{er} ; Voir par exemple CSP, art. L. 4393-8 pour les chirurgiens-dentistes.
- ⁵⁷ *Ibid.*, art. 3

- ⁵⁸ Le Défenseur des droits a plusieurs fois mobilisé conjointement ces deux critères concernant des familles n'ayant pas de logement stable : Défenseur des droits, déc. n° 2021-001, 21 janv. 2021, relative à un refus de scolarisation opposé par une mairie pour une famille résidant dans un bidonville ; déc. n° 2021-159, 9 juill. 2021, relative à la scolarisation d'enfants hébergés au sein d'une ancienne caserne dans un dispositif de scolarisation ad hoc ; déc. n° 2022-024, 29 mars 2022, relative à un refus discriminatoire de scolarisation et d'inscription aux services périscolaires de la commune d'un certain nombre d'enfants ; déc. n° 2023-068, 16 mars 2023, relative à un refus de scolarisation opposé par une mairie pour une enfant résidant dans un hôtel social.
- ⁵⁹ Témoignage, homme, 38 ans, sans résidence fixe
- ⁶⁰ Témoignage, femme, 54 ans, département 95
- ⁶¹ Didier FASSIN, Estelle CARDE, Nathalie FERRÉ et al., *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, Paris, Inserm, 2001 ; Médecins du Monde, Je ne m'occupe pas de ces patients, 2006.
- ⁶² CSP, art. R.4127-47 (médecins) ; R. 4127-232 (chirurgiens-dentistes) ; R. 4127-328 (sages-femmes) ; R. 4312-12 (infirmiers) ; R. 4321-92 (masseurs-kinésithérapeutes) ; R. 4322-54 (pédicures-podologues).
- ⁶³ Cnom, « Le code de déontologie : article 7 – non-discrimination / commentaire », sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/>, consulté le 21 mars 2025
- ⁶⁴ Défenseur des droits, déc. n° 2019-273, 25 oct. 2019 ; déc. n° 2024-003, 12 janv. 2024 ; décision n° 2024-028, 28 févr. 2024 ; décision n° 2024-074, 21 mai 2024.
- ⁶⁵ Défenseur des droits, déc. n° 2024-028, 28 févr. 2024.
- ⁶⁶ CSP, art. R. 4127-204
- ⁶⁷ *Ibid.*
- ⁶⁸ *Ibid.*
- ⁶⁹ Défenseur des droits, décision-cadre n° 2018-269, 22 nov. 2018
- ⁷⁰ Défenseur des droits, rappel à la loi n° RAL-2025-005, 14 févr. 2025
- ⁷¹ Défenseur des droits, rappel à la loi n° RAL-2023-004, 13 juill. 2023
- ⁷² Voir notamment Défenseur des droits, *Dématérialisation des services publics : trois ans après, où en est-on ?*, 2022.
- ⁷³ Enquête Toluna Harris Interactive pour la Fondation Roche, « Observatoire du numérique en santé – Vague 2 », sur <https://harris-interactive.fr/>, publié le 18 oct. 2024. Cette étude relève également que les Français en difficulté face au numérique rapportent des difficultés bien plus importantes que la moyenne à obtenir des rendez-vous chez les généralistes (38% peuvent en obtenir rapidement contre 48% en moyenne).
- ⁷⁴ Défenseur des droits, déc. n° 2019-125, 22 mai 2019
- ⁷⁵ CDNOM, 17 janvier 2011, n° 10917
- ⁷⁶ Défenseur des droits, déc. n° 2023-250, 28 nov. 2023 ; déc. n° 2024-003, 12 janv. 2024 ; déc. n° 2024-028, 28 févr. 2024
- ⁷⁷ Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD), « Patient VIH : discrimination scandaleuse et d'un autre âge », sur <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>, publié le 11 oct. 2024, p. 11
- ⁷⁸ Voir notamment : Mendras, Roy, Sultan Parraud, Toulemon, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État*, 2023
- ⁷⁹ CSP, art. L. 1111-5-1, alinéa 2
- ⁸⁰ HAS, *Situation actuelle et perspective d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, 2009
- ⁸¹ CSP, art. L. 6111-1-1
- ⁸² Témoignage, femme, 58 ans, département 64
- ⁸³ DREES, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? », *Les dossiers de la Drees*, 2021 : La DREES relève dans une étude relative à la démocratie des professions médicales et pharmaceutiques que, malgré la stagnation du nombre de médecins en France jusqu'en 2030, compte-tenu de l'augmentation de la population, la France va être confrontée à une diminution de la densité médicale dans les prochaines années. Cette tension va être accrue compte-tenu du vieillissement de la population.
- ⁸⁴ Sénat, rapport d'information, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins », 29 mars 2022 ; Mendras, Roy, Sultan Parraud, Toulemon, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État*, 2023.
- ⁸⁵ Cette disposition a finalement été censurée par le Conseil constitutionnel : déc. n° 2025-875 DC, 28 févr. 2025
- ⁸⁶ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, art. 1^{er}
- ⁸⁷ L. n° 2021-1017, 2 août 2021
- ⁸⁸ CSP, art. L. 2141-1 et suivants
- ⁸⁹ Ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, *Accès pour toutes à la procréation médicalement assistée : point d'étape sur cette avancée sociétale majeure à l'occasion des deux ans de la promulgation de la loi de bioéthique*, communiqué de presse, 2 août 2023
- ⁹⁰ Agence de la biomédecine, *Rapport d'activité 2022 : du don à la vie*, p.33

- ⁹¹ CSP, art. L. 2141-2 ; D. n° 2021-1243, 28 sept. 2021, fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation
- ⁹² Témoignage rapporté par France assos santé lors de son audition.
- ⁹³ Témoignage rapporté par l'association SOS homophobie lors de son audition.
- ⁹⁴ Défenseur des droits, règlement amiable n° RA-2023-026, 27 févr. 2023
- ⁹⁵ Défenseur des droits, déc. n° MSP-2015-039, 19 févr. 2015; déc. n° 2017-136, 3 avr. 2017; déc. n° 2022-035, 27 avr. 2022 ; déc. n° 2023-001, 6 avr. 2023 ; déc. n° 2018-260, 25 oct. 2018, ; rappel à la loi n° RAL-2024-012, 12 août 2024 ; rappel à la loi n° RAL-2024-015, 11 avr. 2024.
- ⁹⁶ Réclamation adressée au Défenseur des droits
- ⁹⁷ FRA, *Bein Muslim in the EU*, 2024, p. 33
- ⁹⁸ Défenseur des droits, rappel à la loi n° RAL-2024-025, 9 déc. 2024
- ⁹⁹ Chambre disciplinaire de première instance de Nouvelle Aquitaine de l'Ordre des médecins (CDPIOM), n° 23-558, 16 déc. 2024
- ¹⁰⁰ Témoignage, homme, 32 ans, département 67
- ¹⁰¹ Témoignage, personne non-binaire, 29 ans, département 31
- ¹⁰² Témoignage, personne non-binaire, 27 ans, département 39
- ¹⁰³ Témoignage, personne non-binaire, 22 ans, département 31
- ¹⁰⁴ Témoignage, mère d'un jeune homme de 15 ans, département 69
- ¹⁰⁵ Témoignage, femme, 42 ans, département 93
- ¹⁰⁶ Patrick Hescot et Alain Moutarde, Rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire ». Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées, 2010, p. 6.
- ¹⁰⁷ Défenseur des droits, règlement amiable n°RA-2021-048, 1^{er} sept. 2021
- ¹⁰⁸ Selon la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH), la discrimination fondée sur le handicap comprend toute forme de discrimination, y compris le refus d'aménagement raisonnable. Par « aménagement raisonnable » on entend « les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou induite apportés, en fonction des besoins, pour assurer aux personnes en situation de handicap, dans une situation donnée, la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales ». Voir : CIDPH, art. 2.
- ¹⁰⁹ Selon l'article 2 de la CIDPH, la discrimination fondée sur le handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris « le refus d'aménagement raisonnable ».
- ¹¹⁰ L. n° 2005-102, 11 févr. 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- ¹¹¹ Trois motifs de dérogation sont prévus par la loi : impossibilité technique lié à l'environnement ou à la structure du bâtiment ; préservation du patrimoine architectural, disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences. Ces disproportions manifestes entre les améliorations apportées et leurs conséquences doivent notamment faire ressortir que cela entraîne : un impact économique tel, par rapport aux coûts des travaux, qu'il pourrait entraîner le déménagement de l'activité, une réduction importante de celle-ci et de son intérêt économique, voire la fermeture de l'établissement ; ou une réduction significative de l'espace dédié à l'activité de l'ERP, du fait de l'encombrement des aménagements requis et de l'impossibilité d'étendre la surface occupée. Ces différents éléments seront appréciés au cas par cas et la dérogation devra être accompagnée de mesures de substitution.
- ¹¹² Les locaux des professionnels de santé ouverts aux patients sont des établissements recevant du public (ERP) au sens du code de la construction et de l'habitation.
- ¹¹³ L'article L. 111-1 du code de la construction et de l'habitation définit ainsi un bâtiment ou aménagement accessible à tous : « un bâtiment ou un aménagement qui, dans des conditions normales de fonctionnement, permet à l'ensemble des personnes susceptibles d'y accéder avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux, d'utiliser les équipements, de se repérer, de s'orienter, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles il a été conçu, quelles que soient les capacités ou les limitations fonctionnelles motrices, sensorielles, cognitives, intellectuelles ou psychiques de ces personnes ». La délégation ministérielle à l'accessibilité du ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer a notamment précisé dans un guide les différentes obligations et normes rattachées à l'aménagement des locaux des professionnels de santé. Voir : ministère de l'environnement, de l'écologie et de la mer, *Les locaux des professionnels de santé. Réussir l'accessibilité. Être prêt pour le 1^{er} janvier 2015*, 2014.
- ¹¹⁴ Ministère de la santé, « Garantir une information en santé accessible à tous », sur <https://sante.gouv.fr>, publié le 9 août 2024

¹¹⁵ Depuis le 1^{er} avril 2022, les médecins généralistes et spécialistes peuvent effectuer et facturer normalement une consultation dite « *blanche* ». L'arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 indique qu'une « *consultation blanche s'entend d'une part comme le temps de rencontre planifié entre le patient vivant avec un handicap et le praticien ainsi que son lieu de consultation (appropriation de l'espace, du matériel, reconnaissance des personnes), ou d'autre part comme une consultation au cours de laquelle les soins prévus n'ont pas pu être réalisés compte tenu du handicap du patient* ».

¹¹⁶ Cnom, « Le code de déontologie : article 7 – non-discrimination / commentaire » sur <https://www.conseil-national.medecin.fr>, consulté le 21 mars 2025

¹¹⁷ Le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) est un dispositif médico-social destiné aux personnes adultes en situation de handicap vivant à domicile.

¹¹⁸ Témoignage, femme, 37 ans

¹¹⁹ Témoignage recueilli et rapporté par France assos Santé dans le cadre des auditions.

¹²⁰ Les transports bariatriques « permettent de disposer de véhicules adaptés, afin d'assurer les transports sanitaires et la prise en charge des patients dits obèses en toutes circonstances et dans des conditions ergonomiques et sécurisées, à la fois pour ces patients et pour les personnels ». Voir : Instruction du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS) et du plan obésité pour les ARS.

¹²¹ CSP, art. L. 1111-2

¹²² Témoignage, femme, 39 ans, département 35

¹²³ Témoignage, femme, 60 ans, département 67

¹²⁴ CSP, art. L. 3211-10 et L. 3211-1

¹²⁵ CSP, art. L. 3211-2

¹²⁶ CSP, art. L. 3222-5-1

¹²⁷ CSP, art. L. 1110-4

¹²⁸ La violation du secret professionnel constitue une infraction pénale – CP, art. 226-13

¹²⁹ Témoignage, homme, 36 ans, département 57

¹³⁰ CSP, art. L. 1111-4

¹³¹ Marguerite Cognet, « Du traitement différentiel à la discrimination raciste », *Cahiers de la LCD*, 2017/3, n° 5, pp. 25-42

¹³² Défenseur des droits, déc. n° 2022-216, 27 janv. 2023

¹³³ Esther Toutou-Burckard, Coralie Gandré, Magali Coldefy et al., « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », *Questions d'économie de la santé*, 2024, n°286

¹³⁴ Migrations santé Alsace, Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (Oriv), *Discriminations dans le champ de la santé. Les repérer et les prévenir tout au long du parcours de soins*, Note de synthèse, 2016

¹³⁵ D. Fassin, *Faire de la santé publique*. Éditions ENSP, 2005

¹³⁶ CSP, art. L. 1110-13

¹³⁷ CSP, art. D. 1110-16

¹³⁸ HAS, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé », sur <https://www.has-sante.fr>, publié le 26 oct. 2017

¹³⁹ CEDH, 6 avr. 2000, n° 34369/97, *Thlimmenos c. Grèce* ; CJCE, 17 juillet 1963, *Gouvernement de la République italienne c. Commission de la Communauté économique européenne*, aff. 13/63.

¹⁴⁰ CJCE, 10 juill. 2008, n° C-54/07, *Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding c. Firma Feryn*.

¹⁴¹ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, art. 1^{er}

¹⁴² Les mêmes dispositions sont présentes dans les obligations déontologiques des autres professions médicales réglementées : CSP, art. R. 4127-211 (chirurgiens-dentistes) ; art. R. 4312-11 (infirmiers) ; art. R. 4321-58 (masseurs-kinésithérapeutes) ; art. R. 4322-52 (pédicures-podologues) ; art. R. 4127-305 (sages-femmes).

¹⁴³ Défenseur des droits, déc. n° MLD-2014-105, 31 juill. 2014, relative à un harcèlement moral discriminatoire.

¹⁴⁴ CA Rennes, n° 10/00134, 10 déc. 2014. Elle a ainsi estimé « qu'à la lumière des dispositions de la directive 2000/43 et de la loi de 2008, l'article L.1152-1 du code du travail doit être interprété en ce sens que lorsque le harcèlement moral prend la forme d'une discrimination, il peut être constitué même lorsque ce fait indésirable est unique ».

¹⁴⁵ Défenseur des droits, déc. n° 2018-239, 26 sept. 2018

¹⁴⁶ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations

¹⁴⁷ Par ailleurs, s'il est néanmoins prévu au premier alinéa du 3° de cet article que « ce principe ne fait pas obstacle à ce que des différences soient faites selon l'un des motifs mentionnés au premier alinéa du présent 3° lorsqu'elles sont justifiées par un but légitime et que les moyens de parvenir à ce but sont nécessaires et appropriés », le deuxième alinéa rappelle que cette dérogation n'est pas applicable aux différences de traitement fondées sur l'origine ou l'appartenance ou la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une prétendue race.

¹⁴⁸ Prenant acte de la conciliation intervenue entre les parties devant l'Ordre des médecins, le Défenseur des droits leur a recommandé de conclure une transaction civile pour réparer le préjudice résultant de la discrimination.

- ¹⁴⁹ Les mêmes dispositions sont présentes dans les obligations déontologiques des autres professions médicales réglementées : CSP, art. R. 4127-211 (chirurgiens-dentistes) ; art. R. 4312-11 (infirmiers) ; art. R. 4321-58 (masseurs-kinésithérapeutes) ; art. R. 4322-52 (pédicures-podologues) ; art. R. 4127-305 (sages-femmes).
- ¹⁵⁰ CSP, art. R. 4127-211 (chirurgiens-dentistes) ; art. R. 4312-11 (infirmiers) ; art. R. 4321-58 (masseurs-kinésithérapeutes) ; art. R. 4322-52 (pédicures-podologues) ; art. R. 4127-305 (sages-femmes).
- ¹⁵¹ Fabien Coisy, Guillaume Olivier, François-Xavier Ageron *et al.*, « Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients ? », *European Journal of Emergency Medicine*, 2024, n° 31 (3) ; Sylvie Morel, « Inégalités et discriminations dans l'accès aux soins d'urgence en France », *Social Science and medicine*, 2019.
- ¹⁵² Marguerite Cognet, « Du traitement différentiel à la discrimination raciste », *Cahiers de la LCD*, 2017/3 n° 5, pp. 25-42
- ¹⁵³ Défenseur des droits, rappel à la loi n° RAL-2024-016, 13 mai 2024.
- ¹⁵⁴ Julia Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », *Sociétés contemporaines*, 2023, n°130, pp. 5-38 ; voir notamment : Michelle Kelly-Irving, Nathalie Bajos, « Pour une analyse genrée des inégalités de santé », *ADSP*, 2021, n° 113.
- ¹⁵⁵ L'étude a soumis un cas clinique fictif aux infirmiers et médecins des deux hôpitaux, qui devaient évaluer la douleur d'un patient se plaignant d'une douleur très forte au dos, entre 0 (pas de douleur) et 100 (douleur maximale). La perception du patient était davantage validée lorsqu'il s'agissait d'un homme, la douleur étant évaluée à environ 80 sur 100, contre 72 sur 100 si le patient était une femme. Voir : Mika Guzikevits, Tom Gordon-Hecker, David Rekhtman *et al.*, « Sex bias in pain management decisions », *PNAS*, août 2024.
- ¹⁵⁶ Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique*, 2020.
- ¹⁵⁷ Voir le chapitre « Le cœur des femmes tombe malade différemment (et leur cerveau aussi) ». In *Le sexe de la santé*, Alyson McGregor, Erès, 2021, pp. 49-75
- ¹⁵⁸ Témoignage, femme, 49 ans, département 86
- ¹⁵⁹ Témoignage, femme, 29 ans, département 62
- ¹⁶⁰ Témoignage, femme, 47 ans, département 59
- ¹⁶¹ Témoignage, femme, 31 ans, département 94
- ¹⁶² Témoignage, femme, 35 ans, département 67
- ¹⁶³ Témoignage, femme, 41 ans, département 75
- ¹⁶⁴ Témoignage, femme, 35 ans, département 78
- ¹⁶⁵ Témoignage, femme, 35 ans, département non renseigné
- ¹⁶⁶ Témoignage, femme, 34 ans, département 35
- ¹⁶⁷ Témoignage, femme, 54 ans, département 38
- ¹⁶⁸ Témoignage, femme, 35 ans, département 75
- ¹⁶⁹ Témoignage, femme, 40 ans, département 73
- ¹⁷⁰ Témoignage, femme, 43 ans, département 39
- ¹⁷¹ Joshua Rivenbark, Mathieu Ichou, « Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey », *BMC Public Health*, 2020.
- ¹⁷² Fabien Coisy, Guillaume Olivier, François-Xavier Ageron, *et al.*, « Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients? », *European Journal of Emergency Medicine*, 2024, n°31 (3)
- ¹⁷³ Témoignage, femme, 52 ans, département 78
- ¹⁷⁴ Témoignage, homme, 42 ans, département 67
- ¹⁷⁵ Témoignage, mère d'un jeune homme de 15 ans, département 69
- ¹⁷⁶ Témoignage, homme, 37 ans, département 35
- ¹⁷⁷ Témoignage, Femme, 36 ans, département 47
- ¹⁷⁸ Laure Dasinières, « Face aux travailleurs du sexe, les médecins devraient moins juger et mieux former », *Slate*, 23 novembre 2022.
- ¹⁷⁹ Témoignage, Femme, 43 ans, département 73
- ¹⁸⁰ CSP, art. L. 1110-5
- ¹⁸¹ Témoignage, femme, 30 ans, département 31
- ¹⁸² Témoignage, non-binaire, 30 ans, département 06
- ¹⁸³ Témoignage, femme, 40 ans, département 16
- ¹⁸⁴ Témoignage, femme, 43 ans, département 75
- ¹⁸⁵ Témoignage, femme, 45 ans, département 45
- ¹⁸⁶ Réclamation adressée au Défenseur des droits
- ¹⁸⁷ Témoignage, femme, 29 ans, département 26
- ¹⁸⁸ Assurance maladie, « Être en surpoids ou obèse et envisager une grossesse », sur <https://www.ameli.fr>, publié le 26 févr. 2025
- ¹⁸⁹ Témoignage, femme, 37 ans, département 63
- ¹⁹⁰ Réclamation adressée au Défenseur des droits
- ¹⁹¹ CNOCD, « Soins dentaires et éléments gênant l'accès tête et cou », note, sur <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr>, publié le 4 mai 2023
- ¹⁹² OMS, « Prévention et promotion de la santé », *Revue du Haut Conseil de la santé publique*, 2018
- ¹⁹³ CSP, art. L. 1110-3
- ¹⁹⁴ François Berdougou, Gabriel Girard, Élise Marsicano, « Santé des personnes LGBTI+ : enjeux scientifiques et perspective de santé publique », *Santé publique*, 2022, 2022/HS2, Vol. 34

- ¹⁹⁵ À cette occasion, il est souligné que les professionnels de santé ont une obligation de formation continue, voir notamment : CSP, art. R.4127-11 (médecins), R.4127-214 (chirurgiens-dentistes) ; R.4312-46 (infirmiers) ; R.4321-62 (masseurs-kinésithérapeutes) ; (sages-femmes) ; R.4322-38 (pédicures-podologues).
- ¹⁹⁶ Témoignage, femme, 49 ans, département 34
- ¹⁹⁷ ARS Ile-de-France, « Accès aux soins gynécologiques pour les femmes en situation de handicap : un programme d'actions déployé en Ile-de-France », sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr>, publié le 11 mars 2025
- ¹⁹⁸ Projet de recherche FOREST, association Outrans et Université Lyon 2. Voir le mémoire de Coline Nicod : L'accès aux soins gynécologiques pour les personnes transmasculines, 2024
- ¹⁹⁹ Études citées par le mémoire de Coline Nicod, op. cit.
- ²⁰⁰ Défenseur des droits, déc. n° 2018-026, 8 mars 2018
- ²⁰¹ HALDE, délib. n° 2006-195 du 18 décembre 2006
- ²⁰² Défenseur des droits, déc. n° 2025-023, 19 févr. 2025
- ²⁰³ Conseil de l'Europe, *Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus*, 2023
- ²⁰⁴ Code de l'action sociale et des familles (CASF), art. L. 119-1.
- ²⁰⁵ Défenseur des droits, déc. n° 2025-023, 19 févr. 2025
- ²⁰⁶ Voir Anne Simon et Elsa Supiot (dir.), *Les violences gynécologiques et obstétricales saisies par le droit*, n°19.18, novembre 2023, p. 9.
- ²⁰⁷ HCE, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*, 2018, p. 3.
- ²⁰⁸ René Charles Rudigoz, Jacques Milliez, Yves Ville et al., « De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités », *Bull. Acad. Natle Med.*, 2018, 202, n° 7, p. 1324.
- ²⁰⁹ Concernant l'ablation des ovaires d'une femme sans qu'elle en soit informée et qu'elle ait pu y consentir voir : Défenseur des droits, déc. n° 2019-298, 5 déc. 2019.
- ²¹⁰ Concernant les conditions de prise en charge de la douleur à la suite d'une interruption volontaire de grossesse, voir : Défenseur des droits, règlement amiable n° RA 2020-029, 2 mars 2020.
- ²¹¹ Témoignage, femme, 29 ans, département 75
- ²¹² Évanouissements, nausées, vomissements, saignements importants, douleurs pendant les rapports sexuels.
- ²¹³ Témoignage, femme 39 ans, département 69
- ²¹⁴ *Ibid.*
- ²¹⁵ Témoignages, femme, 39 ans, département 69 ; femme, 39 ans, département 75 ; femme, 20 ans, département 67 et femme, 26 ans, département 92.
- ²¹⁶ Témoignage, femme, 40 ans, département 14
- ²¹⁷ Témoignage, femme, 26 ans, département 67
- ²¹⁸ Priscille Sauvegrain, « La santé maternelle des "Africaines" en Île-de-France: racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, 2012, Vol. 28, n° 2, pp. 81-100.
- ²¹⁹ M. Eslier, C. Deneux-Tharaux, P. Sauvegrain et al., « Association between Migrant Women's Legal Status and Prenatal Care Utilization in the PreCARE Cohort », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, sept. 2020, vol.17, n°19, p. 7174
- ²²⁰ « Santé : quand la médecine s'interroge sur ses « biais implicites raciaux », *Le Monde*, 29 décembre 2024.
- ²²¹ « Biais raciaux en santé : en France, une recherche encore balbutiante », *Le Monde*, 29 décembre 2024
- ²²² CSP, art. R. 4235-6. L'Ordre national des pharmaciens (CNOP) a commenté cet article en énonçant que : « Dans l'exercice de sa pratique professionnelle, le pharmacien doit traiter les patients de manière égalitaire et leur dispenser la même qualité de soins et de prestations, indépendamment par exemple de caractéristiques liées à l'âge, au sexe ou à tout autre critère subjectif ».
- ²²³ Justin A. Sleeper, Shelley S. Bochain, « Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients: A phenomenological study », *Journal of Nursing Education and Practice*, 2013
- ²²⁴ CSP, art. R. 5121-152
- ²²⁵ Témoignage, homme, 51 ans, département 75
- ²²⁶ CSP, art. L. 3411-7 et D. 3121-27
- ²²⁷ Témoignages : femme, 22 ans, département 33 ; homme trans, 28 ans, département 93.
- ²²⁸ D'après une étude de la DREES : Les bénéficiaires de la CMU-C renoncent ainsi cinq fois moins que les personnes sans complémentaire santé. Voir : Dress, « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », *Études et résultats*, n°1200, juill. 2021
- ²²⁹ Dress, « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », *Études et Résultats*, n°1200, juill. 2021
- ²³⁰ CASF, art. L. 264-1
- ²³¹ Défenseur des droits, déc. n° 2021-297, 6 déc. 2021 ; déc. n° 2024-035, 15 mars 2024 ; rappel à la loi n° RAL-2024-004, 14 févr. 2024 ; rappel à la loi n° RAL-2024-017, 10 avr. 2024 ; déc. n° 2022-123, 13 juill. 2022 ; déc. n°2023-168, 8 sept.2023

- ²³² CDNOM, 04 oct. 2021, n° 14519 ; CDNOM, 11 sept. 2018, n° 13403
- ²³³ Défenseur des droits, règlement amiable n° RA-2024-005, 5 janvier 2024 ; déc. n° 2018-259, 28 oct. 2018
- ²³⁴ CDCNOM, 25 sept. 2009, n° 10289
- ²³⁵ Défenseur des droits, déc. n° 2023-135, 24 juill. 2023, relative à la prise d'acte et aux recommandations adressées à la caisse primaire d'assurance maladie relative à la prise en charge d'un acte chirurgical de transition de genre ; déc. n° 2023-136, 4 sept. 2023, relative à la prise en charge d'un acte chirurgical de transition de genre
- ²³⁶ Défenseur des droits, règlement amiable n° RA-2022-004, 27 janv. 2022, relatif au refus de la Mutualité sociale agricole de reconnaître une affection longue durée pour un protocole de transition sexuelle
- ²³⁷ CSP, art. R. 4127-50
- ²³⁸ Témoignage femme, 15 ans, département 69
- ²³⁹ Code de la Sécurité sociale (CSS), art. L. 161-15-3
- ²⁴⁰ CSS, art. L. 322-5, R. 322-10, R. 322-10-2 et R. 322-10-4
- ²⁴¹ A. Meidani, A. Alessandrin, « Cancer, territoires et discrimination : des zones rurales aux quartiers prioritaires de la ville », *Santé publique*, 2019/5, Vol. 31, pp. 693-702.
- ²⁴² Joshua Rivenbark, Mathieu Ichou, « Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey », *BMC Public Health*, 2020
- ²⁴³ William Acker, *Où sont les gens du voyage ?*, 2022.
- ²⁴⁴ Témoignage, femme, 29 ans, département 38
- ²⁴⁵ Témoignage, personne non-binaire, 25 ans, département 54
- ²⁴⁶ Témoignage, femme, 22 ans, département 92
- ²⁴⁷ Le Monde, « Mort de Naomi Musenga : l'opératrice du SAMU condamnée à douze mois de prison avec sursis », sur : <https://www.lemonde.fr>, publié le 4 juillet 2024
- ²⁴⁸ Guillaume Fond, Karine Baumstarck, Pascal Auquier et al., « End-of-Life Care Among Patients With Bipolar Disorder and Cancer: A Nationwide Cohort Study », *Psychosom Med*, 2020, vol. 82, n° 7, p. 722732.
- ²⁴⁹ Témoignage, femme, 27 ans, département 75
- ²⁵⁰ Témoignage, femme, 39 ans, département 97
- ²⁵¹ CSP, art. L.1411-1-1
- ²⁵² La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est le service statistique ministériel dans les domaines de la santé et du social.
- ²⁵³ DREES, Rapport d'évaluation, *Évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022*, 2023, p.72
- ²⁵⁴ Comme le déploiement de la CSS et la communication autour de ce dispositif dans le but de faire diminuer le non-recours, la reprise de la gestion du baromètre Handifaction permettant d'identifier et de mettre en lumière les obstacles aux soins rencontrés par les personnes en situation de handicap.
- ²⁵⁵ CSP, art. D. 4122-4-2
- ²⁵⁶ Fabien Coisy, Guillaume Olivier, François-Xavier Ageron et al., « Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients? », *European Journal of Emergency Medicine*, 2024, n°31 (3)
- ²⁵⁷ Voir notamment : Institut des politiques publiques, Défenseur des droits, ministère de la santé et de la prévention, DREES, Direction de la Sécurité sociale, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, mai 2023 ; Défenseur des droits, Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales, oct. 2019.
- ²⁵⁸ En lien avec l'assurance maladie, l'enquête nationale Handifaction permet notamment aux personnes en situation de handicap de donner leur avis concernant leur accès aux soins et de signaler les difficultés qu'elles ont pu rencontrer. Voir notamment l'une des enquêtes « Flash » de France Assos Santé sur les refus de soins envers les bénéficiaires de la CSS ou de l'AME : France Assos Santé, Refus de soins envers les bénéficiaires de la CSS et de l'AME, 2021.
- ²⁵⁹ C'est le cas de l'association d'autosupport ASSUD qui a créé un observatoire des droits des usagers, ou de la Fédération des acteurs de la solidarité.
- ²⁶⁰ Certaines enquêtes récentes ont également introduit des questions sur les discriminations dans les soins, interrogeant les critères de discrimination et les contextes dans lesquels elles se sont produites (enquêtes « Epicov », « Autonomie », et « Vécu et ressenti de la sécurité » (VRS)) notamment.
- ²⁶¹ Cris Beauchemin, Mathieu Ichou, Patrick Simon, Groupe de conception de l'enquête TeO2, « Trajectoires et Origines 2019-2020 (TeO2) : présentation d'une enquête sur la diversité des populations en France », *Population*, Vol. 78, n° 1, pp. 11-28.
- ²⁶² Migration santé Alsace, guide, *Vers plus d'égalité en santé : un guide de prévention et de lutte contre les discriminations*, 2024
- ²⁶³ Lilia Santana, Romain Talvas, « Discriminations et santé : lutter contre les discriminations pour réduire les inégalités », *Fabrique Territoires Santé*, juin 2022, Dossier ressources
- ²⁶⁴ Notamment en s'appuyant sur les ressources déjà existantes du ministère de la santé, des ordres des professions de santé, des associations de patients, de la Ligue des droits de l'homme, etc.

²⁶⁵ Dans le cadre de l'appel à projets de 2024, l'association Actions Traitements a ainsi reçu un financement pour un projet de « développement d'actions en faveur de la lutte contre les discriminations et l'égal accès des usagers à la prévention et aux soins pour les personnes vivant avec le VIH ».

²⁶⁶ « Santé : quand la médecine s'interroge sur ses « biais implicites raciaux », *Le Monde*, 29 décembre 2024.

²⁶⁷ Il propose uniquement chaque année une action de formation continue, déployée par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANF), sur le thème « Sensibiliser à la démarche de réflexion éthique dans les pratiques professionnelles du soin et de l'accompagnement ».

²⁶⁸ Défenseur des droits, « Fiche n° 5 : Obtenir des dispositifs de signalement efficaces et des sanctions disciplinaires au sein des organisations », in Lutter contre les discriminations : les recommandations transversales du Défenseur des droits, 2024

²⁶⁹ L. n° 2011-333, 29 mars 2011, relative au Défenseur des droits

²⁷⁰ L. n° 2009-879, 21 juill. 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²⁷¹ Cette procédure spécifique peut être ouverte à l'encontre de tous les membres de ces professions de santé. Néanmoins, les professionnels de santé chargés d'un exercice public, pour leurs actes exercés dans ce cadre, ne pourront être traduits devant la juridiction ordinaire que par certaines autorités : le ministre chargé de la Santé, le représentant de l'État dans le Département, le directeur général de l'Agence régionale de santé, le Procureur de la République, le conseil national de l'Ordre des médecins ou le conseil départemental de l'Ordre des médecins où il est inscrit, selon l'article L.4124-2 du code de la santé publique.

²⁷² D. n° 2020-1215, 2 oct. 2020, relatif à la procédure applicable aux refus de soins discriminatoires et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux

²⁷³ CSP, art. R. 1110-8 et suivants

²⁷⁴ CSP, art. R. 4127-1 al. 3

²⁷⁵ CSP, art. L. 1110-3 et R. 1110-8 et suivants : code de l'éducation, art. L. 952-22.

²⁷⁶ CP, art. 2 ; CSP, art. L. 1110-3

²⁷⁷ CSP, art. L. 4122-1

²⁷⁸ L'Ordre des médecins a ainsi porté plainte contre un professionnel de santé devant la chambre disciplinaire afin qu'il soit sanctionné dans le prolongement d'une information adressée par le Défenseur des droits au sujet d'une possible discrimination commise par un médecin qui a refusé d'accorder un rendez-vous à une patiente au motif qu'elle aurait été bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (CDNOM, 22/07/2021, n° 14427). Encore, l'Ordre des médecins a formé appel d'une décision de première instance qui avait reconnu l'existence d'une discrimination, sans prononcer de sanction à l'encontre de son auteur (CDNOM, 11/09/2018, n° 13403) ; le professionnel de santé a finalement été condamné en appel.

²⁷⁹ Voir notamment : CPP, art. 2-1

²⁸⁰ CP, art. 437-2

²⁸¹ CP, art. 225-2

²⁸² D'autres sanctions sont également susceptibles d'être prononcées par le directeur local de l'organisme d'assurance maladie²⁸², ou par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes dans le cadre d'une discrimination réalisée à l'encontre d'un consommateur.

²⁸³ L'action en réparation peut également parfois être exercée de façon subsidiaire devant les juridictions pénales.

²⁸⁴ Voir notamment : TA Versailles, 17 juin 2024, n° 2200899 ; CAA Marseille, 22 oct. 2022, n° 10MA02170 ; TA Nantes, 19 oct. 2022, n° 2213589

²⁸⁵ Comme par exemple la confirmation d'un rendez-vous de consultation médicale, un questionnaire médical avec la mention d'un motif discriminatoire, l'annulation d'un rendez-vous à la suite de la présentation d'une carte de CSS.

²⁸⁶ Voir notamment : TJ Strasbourg, 18 nov. 2024, n° 23/08614

²⁸⁷ Code de procédure pénale (CPP), art. 427

²⁸⁸ Plus d'informations sont disponibles dans la décision-cadre n° 2022-139 du 31 août 2022 relative aux conditions d'accès à la preuve de la discrimination en matière civile. En droit administratif, voir : CE Ass., 30 oct. 2009, n°298348, Madame Perreux

²⁸⁹ Cass., Ass. plén., 22 déc. 2023, n° 20-20.648 et n° 21-11.330.

²⁹⁰ CJCE, 10 juill. 2008, n° C-54/07, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding v Firma Feryn NV

²⁹¹ Défenseur des droits, déc. n° 2018-239, 26 sept. 2018

²⁹² Sur la méthodologie à respecter, voir la fiche pratique du Défenseur des droits : Fiche pratique à destination des victimes de discrimination : le test de discrimination, une méthodologie à respecter, 2020

- ²⁹³ C. pén., art. 225-3-1
- ²⁹⁴ L. n° 2008-496, 27 mai 2008, art.4
- ²⁹⁵ L. org. n° 2011-333, 29 mars 2011, relative au Défenseur des droits, art. 37
- ²⁹⁶ Voir Défenseur des droits, décision-cadre n° 2022-139, 31 août 2022.
- ²⁹⁷ Cass. soc., 29 juin 2011, n° 10-15.792 ; Cass. soc., 6 mai 2014, n° 13-13.911 ; Cass. soc., 6 oct. 2015, n° 14-18.406 ; Cass. soc., 16 septembre 2020, n° 18-19.889.
- ²⁹⁸ L. n°2009-879, 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; décret n°2020-1215, 2 octobre 2020, relatif à la procédure applicable aux refus de soins discriminatoires et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux.
- ²⁹⁹ CSP, art. L. 1110-3 et R. 1110-9
- ³⁰⁰ Moins d'une dizaine de décisions ont pu être identifiées.
- ³⁰¹ Mendras, Roy, Sultan Parraud, Toulemon, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, 2023.
- ³⁰² CSP, art. L.1110-3
- ³⁰³ CSP, art. R. 1110-8 et suivants
- ³⁰⁴ La Cour des comptes a porté cette recommandation en matière de suspension d'exercice des médecins pour insuffisance professionnelle : Cour des comptes, *L'ordre des médecins*, 2019, page 86.
- ³⁰⁵ CSP, art. D. 4122-4-2
- ³⁰⁶ Défenseur des droits, décision-cadre n° 2018-269, 22 nov. 2018
- ³⁰⁷ 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, 2021
- ³⁰⁸ Par exemple sur le modèle des centres de soins gratuits et inconditionnels, à l'exemple des centres d'accès aux soins et d'orientation de Médecins du Monde qui ont accueilli 17 000 personnes en 2023 (dont 68% déclarent être dans un logement temporaire ou instable) ; ou sur le modèle du dispositif d'écoute et de soutien psychologique par téléphone de la Croix rouge française
- ³⁰⁹ À l'image du centre médicale de santé développé par la ville de Paris.
- ³¹⁰ Voir les recommandations et bonnes pratiques de la Haute autorité de santé.
- ³¹¹ Défenseur des droits, Les mineurs non accompagnés au regard du droit, rapport, 2022
- ³¹² Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024, 2021, page 15
- ³¹³ CNOCD, note, « Soins dentaires et éléments gênant l'accès tête et cou », sur <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/> publié le 4 mai 2023
- ³¹⁴ ONCD, « Port du voile et soins : le Défenseur des droits ouvre le débat », La Lettre, n°213/24, avril-mai 2024, p. 16.
- ³¹⁵ Des initiatives telles que le « Bus du cœur » en Aquitaine, qui cible les femmes des quartiers prioritaires avec des actions de prévention sexuelle, gynécologique et nutritionnelle, en sont un exemple concret.
- ³¹⁶ Défenseur des droits, Les mineurs non accompagnés au regard du droit, rapport, 2022

Défenseur des droits - TSA 90716 - 75334 Paris Cedex 07 - 09 69 39 00 00

defenseurdesdroits.fr

