



La « diversité » à l'hôpital : identités sociales et discriminations

*Une étude du Centre Migrations et Citoyennetés de l'Ifri
Conduite par Christophe Bertossi¹ et Dorothée Prud'homme²*

Réalisée avec le soutien de la HALDE, du Conseil Régional d'Ile-de-France, de la Fédération Hospitalière de France (FHF) et de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

Synthèse

La « diversité » est aujourd'hui une réalité importante des établissements hospitaliers en France. L'hôpital public et privé emploie un personnel très diversifié socialement et culturellement et lui offre des opportunités de mobilité sociale ascendante. Cette diversité constitue une ressource qui permet à l'institution de recevoir une population elle-même très diversifiée, issue de l'immigration ou originaire des DOM-TOM. Les perceptions et représentations sociales qui encadrent cette diversité s'inscrivent dans une logique institutionnelle propre aux établissements hospitaliers et ne ressemblent pas aux

¹ Christophe Bertossi est docteur en science politique et directeur du Centre Migrations et Citoyennetés de l'Institut français des relations internationales (Ifri) à Paris. Il a notamment publié: *Les frontières de la citoyenneté en Europe: nationalité, résidence, appartenance*, Paris, L'Harmattan, 2001; *European Anti-Discrimination and the Politics of Citizenship: France and Britain*, Basingstoke/New York, Palgrave, 2007 [dir.]; *Les couleurs du drapeau: les militaires français issus de l'immigration*, Paris, Robert Laffont, 2007 [avec Catherine Wihtol de Wenden].

² Dorothée Prud'homme est doctorante en science politique et chercheuse au sein du Centre Migrations et Citoyennetés de l'Institut français des relations internationales (Ifri) à Paris. Elle est chargée des projets de recherche relatifs à la diversité au sein des institutions publiques françaises.

cadres dominants du débat public sur ces sujets. Ainsi, alors que le débat public se focalise sur la question de la laïcité à l'hôpital (refus de soin, port de signes religieux par le personnel), cette question n'est pas perçue comme prioritaire par les professionnels sur le terrain. En revanche, la discrimination raciale qui prend plusieurs formes à l'hôpital (entre personnels, entre personnels et usagers) n'apparaît que rarement comme une priorité dans la réflexion et l'action des gestionnaires des établissements (direction, RH).

Cette étude sur la construction des identités sociales et des discriminations dans le contexte hospitalier s'appuie sur une enquête de terrain conduite dans 4 établissements publics et privé de la région Ile-de-France entre mars 2009 et décembre 2010. Au total, 116 entretiens ont été réalisés avec des professionnels hospitaliers (médicaux, paramédicaux et administratifs) des patients et des représentants du secteur associatif investis à l'hôpital.

Une institution d'intégration et de mobilité sociale

Les professionnels enquêtés conçoivent l'hôpital (public comme privé) comme une institution d'intégration. Celle-ci leur offre un emploi, des perspectives de rattrapage de qualifications, une mobilité sociale ascendante, un statut valorisant, une dignité et un prestige sociaux. Devenir professionnel du soin va également de pair avec une participation très valorisée à une institution « au service » de la société française. Cela revêt une importance particulière pour les personnels issus de l'immigration postcoloniale qui, de « publics à intégrer », se transforment en « agents d'intégration » : par le soin, ils travaillent aussi à l'intégration de la société.

Lorsqu'ils définissent leur professionnalisme, les soignants expriment leur attachement aux valeurs institutionnelles qui reflètent l'universalisme du soin (citoyenneté, égalité de traitement, neutralité du soignant). Ils valorisent également ce que leur appartenance ou leur expérience culturelle apporte à leurs compétences professionnelles. Cette complémentarité entre « universalisme » et « particularisme culturel » leur apparaît comme un moyen d'être un meilleur professionnel en produisant un soin adapté et réussi à destination d'usagers eux-mêmes issus de l'immigration ou originaires des DOM-TOM.

Les enquêtés partagent une conception « universaliste » de l'identité sociale de soignants tout en étant attentifs au respect des pratiques sociales liées aux identités culturelles ou religieuses des patients. L'hôpital public et privé est perçu par ses membres – y compris le personnel issus de l'immigration ou

originaire des DOM-TOM – comme un espace nécessairement neutre culturellement, lié à une éthique professionnelle orientée autour de la cure des patients. Dans la construction de ces identités professionnelles, les entretiens soulignent l'incommensurabilité entre l'objectif de leur pratique professionnelle et le racisme, la xénophobie, l'islamophobie et l'antisémitisme.

Toutefois, l'hôpital est une institution fortement hiérarchisée et différenciée (médical vs. paramédical, services plus ou moins prestigieux, etc.). Les populations minoritaires sont surreprésentées dans les fonctions les moins qualifiées. Cela génère parfois des lectures culturalisées des relations entre les différents membres du personnel en fonction de la position qu'ils occupent. Une frontière culturalisée passe également entre le personnel français et le personnel étranger qui, à diplôme équivalent, n'accède pas aux mêmes positions mais assume néanmoins souvent les mêmes responsabilités (personnel « faisant fonction »).

La « diversité » : une composante de l'interaction entre soignants et soignés

La diversité perçue des soignants et des patients influence le déroulement de la relation de soin. La proximité culturelle ressentie entre agents et usagers hospitaliers permet souvent de réduire la distance et l'asymétrie institutionnelles entre professionnels soignants et patients. Cela permet de mieux négocier la réalisation du soin. L'adaptation des pratiques professionnelles aux pratiques culturelles ou religieuses du patient est considérée par les soignants comme un aspect important de leur métier, dont l'objectif est de réaliser le soin dans les meilleures conditions possibles.

En l'absence de règles institutionnelles claires et adéquates en la matière et de formation à la gestion de la diversité dans les établissements de soins, le personnel médical et paramédical est souvent contraint à des « bricolages » : prise en charge de patients ne parlant pas français, respect des préférences ou interdictions alimentaires des patients, accueil des familles de patients, etc. Dans ces « bricolages », le personnel issu de l'immigration ou originaire des DOM-TOM occupe une place centrale car il sait utiliser des compétences culturelles adaptées aux patients qui sont nécessaires au bon fonctionnement du service. Ces bricolages conduisent également à contourner parfois les règles formelles à partir d'appréciations de la situation par les responsables des services – par exemple, accepter la nourriture extérieure à l'établissement.

Ces « bricolages » ont parfois pour conséquence de réduire, aux yeux du patient, la distance qui sépare l'identité professionnelle du soignant de son identité personnelle. Le soignant devient parfois familier, redevable d'un surplus d'attention envers le patient « qui lui ressemble ». L'utilisateur s'installe dans l'institution et s'en approprie les espaces et les règles de fonctionnement. Cela crée une négociation permanente en vue de maintenir la « bonne distance » qui permet l'équilibre que les professionnels peuvent trouver entre la relation de soin et la relation personnelle, entre distance institutionnelle et proximité culturelle.

Les enjeux de l'institution ne ressemblent pas aux enjeux du débat public

Les membres de l'institution ne sont pas insensibles aux grands débats qui ont lieu dans l'espace public (sur l'intégration, la diversité, la laïcité ou l'islam) mais les professionnels hospitaliers tracent généralement une frontière entre leurs convictions idéologiques et les cadres qui organisent leur pratique en tant que soignants. L'hôpital demeure pour eux un espace séparé où l'ordre de grandeur pour évaluer les questions liées à la diversité culturelle et religieuse n'est pas donné par une définition abstraite ou normative de la philosophie publique républicaine mais par une appréciation concrète des enjeux du soin à réaliser dans le contexte du fonctionnement des services.

L'observation sur le terrain et l'analyse des entretiens conduits montrent également que la réalité du travail quotidien à l'hôpital ne reflète aucun des « problèmes de l'islam à l'hôpital » perçus comme préoccupants dans le débat public. L'institution ne fait l'objet ni de revendications « identitaires » ni de pratiques « communautaristes » qui l'empêchent de fonctionner. En revanche, la politisation dont ces questions ont fait l'objet au cours des récents mois crée parfois des situations difficiles à gérer : des règles qui ne concernent pas l'hôpital (comme la loi du 15 mars 2004) sont invoquées pour interdire le port de signes religieux par le personnel ; des accords entre membres d'un service à propos du port de la charlotte comme substitut au voile ou à la kippa font l'objet de débat dans la presse ; des soignants doivent se justifier à propos du respect accordé aux pratiques religieuses qui ont lieu dans l'espace privatif des chambres, etc. Cela contribue à figer des négociations qui sont nécessaires au fonctionnement normal des services.

La discrimination raciale invisible à l'hôpital

Trois formes de discrimination raciale, réelle ou ressentie, ont été observées à l'hôpital : celle des patients à l'égard des soignants en raison de l'origine réelle ou supposée de ces derniers ; celles des soignants à l'égard des patients ; celles des collègues ou des supérieurs hiérarchiques. La forme la plus souvent citée par les enquêtés est la première. Les professionnels de santé disent la subir quotidiennement, sous la forme d'une remise en cause de leur compétence ou de refus de soin, par exemple. C'est ce qu'ils appellent le « racisme ordinaire ». Le plus souvent, le personnel médical et paramédical banalise ces attitudes et propos racistes en les justifiant par l'asymétrie de la relation de soin : le patient est âgé, malade, fragile et il est donc excusé. Les soignants font le plus souvent abstraction de ce racisme pour pouvoir faire leur métier et soigner tous les patients.

Certains patients ressentent également de la discrimination raciale de la part de membres des équipes soignantes. Les professionnels interviewés en sont conscients et l'analysent comme le résultat de la situation d'infériorité des patients dans la relation de soin : ignorant les règles de fonctionnement des services de soin, les usagers interprètent les différences perçues dans leur prise en charge comme le résultat d'un racisme à leur encontre quand cela n'est pas nécessairement le cas (ainsi d'un patient aux urgences qui voit les patients arrivés après lui être pris en charge avant lui : les soignants établissent des priorités relatives à l'urgence mais les patients peuvent utiliser d'autres catégories pour interpréter ces priorités, y compris des catégories racistes). Toutefois, des enquêtés professionnels estiment que le racisme et la discrimination raciale de personnels hospitaliers envers des usagers de l'institution existent. Ils rapportent les expériences dont ils ont été témoins : propos xénophobes, prises en charge inégales.

L'appartenance des professionnels hospitaliers à une institution fondée sur des principes universalistes ne les protègent pas des manifestations de racisme et de discrimination raciale entre collègues ou de la part de supérieurs hiérarchiques. Le personnel médical et paramédical appartenant aux groupes minoritaires est susceptible d'y être confronté tout au long de sa carrière : de la formation au recrutement, au sein de leur équipe de soin comme au moment de leur avancement professionnel. En la matière, les personnels bénéficiant de congés bonifiés forment un cas à part : cette discrimination dont ils font l'objet est ouvertement assumée par les responsables hiérarchiques.

L'analyse des solutions apportées à la discrimination raciale ressentie par les enquêtés montre une grande similitude dans

les modalités de règlement des conflits racistes, quelle que soit la relation étudiée. Dans les trois cas de figure, les conflits sont prioritairement réglés « sur place », par les membres de l'équipe de soin, au sein du service. Les situations de racisme ou de discrimination raciale ne sont qu'exceptionnellement portées en dehors du service, vers les membres de la direction des établissements, et encore moins fréquemment vers des instances extérieures aux établissements comme le Défenseur des Droits. Le règlement « local » des expériences de discrimination raciale laissent les directions dans l'ignorance de l'ampleur du phénomène.

De plus, dans les trois types de relations racistes décrites, l'individu qui dit ressentir une discrimination raciale a tendance à taire cette expérience - les patients parce qu'ils craignent que leur plainte ait des répercussions sur leur prise en charge médicale ; les soignants parce qu'ils ne voient pas de solution institutionnelle à leur disposition pour combattre la distance raciale qui leur est imposée par les usagers ou leurs collègues. Le racisme est vécu comme un motif de honte. Le silence des victimes et l'absence de preuves empêchent dès lors la mise en place de solutions institutionnelles efficaces pour gérer les conflits racistes qui se déroulent dans les institutions de santé.

Recommandations

Sur la base de notre analyse, nous pouvons formuler certaines propositions pour renforcer la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité dans le contexte hospitalier public et privé.

Sensibiliser, informer, clarifier

L'un des résultats de cette étude est de souligner le faible niveau d'information dont disposent les acteurs extérieurs aux services de soin sur ce qu'il s'y passe réellement. La direction des établissements ignore les pratiques racistes et discriminatoires qui ont lieu sur le terrain. Or, pour renforcer la circulation interne de l'information sur les situations de racisme ou de discrimination raciale dans les établissements, il faut sensibiliser les membres de l'institution à cette question qui, sans cela, n'entre pas dans les priorités du fonctionnement des établissements. Nous avons vu également que la gestion de la « diversité » donne lieu à de nombreux bricolages. Ces bricolages présentent des avantages (une certaine souplesse permettant une meilleure adaptation des soins à chaque usager). Toutefois, ces bricolages sont également sources de difficultés qui parfois empêchent le travail du soin. Afin de prévenir ces difficultés, la lutte contre la discrimination raciale doit faire l'objet d'une formalisation et d'une appropriation par l'institution et devenir une mission explicitement réalisée par les établissements. Pour ce faire, nous pouvons proposer les actions suivantes :

- Systématiser et renforcer l'offre de formation professionnelle sur les thématiques de la diversité socioculturelle et religieuse
- Formation initiale : renforcer l'enseignement des sciences sociales et humaines qui offrent une meilleure connaissance des aspects liés à la différence culturelle et religieuse
- Proposer une formation sur les discriminations et les outils de lutte contre les discriminations
- Afficher l'engagement des établissements dans la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité
- Afficher les informations concernant les institutions de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité sur les murs des établissements

- Inscrire la discrimination raciale dans l'agenda de la lutte contre la maltraitance dans les institutions de santé
- Clarifier le droit sur la laïcité et la liberté religieuse à l'hôpital

Mieux lutter contre les discriminations, promouvoir l'égalité, valoriser la « diversité »

La méconnaissance par les responsables d'établissements de l'ampleur du phénomène discriminatoire dans les services empêche la mise en place de procédures internes efficaces. Les professionnels de santé comme les usagers expriment leurs doutes concernant l'efficacité des recours qui leur sont proposés lorsqu'ils s'estiment victimes de discrimination à l'hôpital. Il faut donc non seulement convaincre et sensibiliser l'institution et son public de la priorité de la lutte contre les discriminations mais également mieux organiser les outils opérationnels disponibles dans les hôpitaux. Il convient en même temps de montrer que la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité ne sont pas un « poids » pour l'institution mais qu'elle et ses membres ont beaucoup à y gagner. Cela permet notamment de renforcer la légitimité sociale de l'institution hospitalière, publique et privée, dans le respect constant du principe de l'égalité républicaine. Pour ce faire, nous recommandons de :

- Mobiliser les médiateurs existants (Maisons des usagers, Services « clientèle » ou « qualité », etc.)
- Impliquer les directions de RH dans la lutte contre les discriminations
- Utiliser des outils existants pour signaler les situations de discrimination
- Une relation opérationnelle entre le Défenseur des Droits et l'HAS
- Collaboration avec les Agences Régionales de Santé
- Rappeler le droit – le cas des discriminations à l'embauche contre les Français originaires des DOM-TOM bénéficiaires des congés bonifiés
- Valoriser professionnellement les compétences linguistiques du personnel
- Généraliser la mise à disposition de lieux pour les cultes dans les établissements
- Respecter les interdits alimentaires des patients

Méthodologie

Présentation de l'étude de terrain

L'étude de terrain a été conduite entre mars 2009 et décembre 2010 dans 4 établissements hospitaliers de la Région Ile-de-France (3 établissements publics, dont 2 AP-HP, et 1 établissement privé).

Deux méthodes d'enquête ont été utilisées : l'observation dans plusieurs services médicaux des établissements enquêtés (présence d'une semaine à un mois en fonction des opportunités) et la conduite de 116 entretiens qualitatifs semi-directifs (20 entretiens exploratoires et 96 sur le terrain). Les entretiens ont tous été réalisés sur la base du volontariat, de l'anonymat, de la confidentialité. Ils ont tous été intégralement retranscrits.

L'échantillon

L'échantillon d'enquête compte 20 patients et 76 professionnels hospitaliers (13 médicaux, 50 paramédicaux, 7 administratifs, 6 aumôniers ou associatifs). Les enquêtés se répartissent en quatre catégories : les Français originaires des DOM-TOM (12 enquêtés) ; les Français nés en France de parents nés étrangers à l'étranger (23 enquêtés de la « seconde génération ») ; les personnes nées étrangères à l'étranger et ayant ou non obtenu la nationalité française (37 enquêtés « immigrés ») ; les Français nés de parents français nés en France métropolitaine (24 enquêtés).

Les femmes sont majoritaires parmi les enquêtés (69 sur 96 personnes), ce qui reflète la forte féminisation des métiers de la santé (en particulier les métiers paramédicaux). Parmi les 37 hommes enquêtés (7 patients et 30 professionnels), les professionnels occupent majoritairement des postes à responsabilité.

Le terrain

Le terrain d'enquête s'est déroulé dans 4 établissements MCO de la région Ile-de-France : trois hôpitaux publics (dont deux établissements AP-HP) et une clinique privée.

Trois établissements sont situés dans des départements dont les difficultés économiques et sociales s'allient à une très forte mixité ethnique, culturelle et religieuse. Ces départements sont souvent cités dans les médias pour illustrer les « problèmes des cités ». Le quatrième établissement est, quant à lui,

radicalement différent des précédents. Hôpital parisien moderne et prestigieux, implanté dans une zone plus favorable en termes socio-économiques, il est fréquenté par des populations moins mixtes et plus âgées.

- L'hôpital de Croult-la-Ville³ est un centre hospitalier public situé dans un département qui, après avoir été longtemps rural, est aujourd'hui gagné par l'urbanisation et l'accueil de populations modestes, parfois étrangères. Il compte parmi les 10 hôpitaux les plus importants de la région avec une capacité d'environ 1.000 lits d'hospitalisation et places d'ambulatoire. Il emploie à peu près 2.000 personnels dont 300 médecins.
- La Clinique du Grand Chemin est une clinique privée indépendante, inscrite dans une tradition familiale. Implantée dans une zone de forte mixité sociale et culturelle, elle compte aujourd'hui 320 lits d'hospitalisation et places d'ambulatoire. Le personnel de la Clinique du Grand Chemin se compose de 450 salariés et de 80 médecins et chirurgiens.
- L'hôpital d'Ermine-lès-Paris existe depuis les années 1930. Il est rattaché à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et devient un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) dans les années 1960. Cet établissement a toujours été solidement intégré à son environnement local caractérisé par une très forte densité de population étrangère ou d'origine étrangère. Cet établissement compte 570 lits d'hospitalisation et places d'ambulatoire, et emploie un peu plus de 2.000 personnes dont environ 450 médecins.
- L'Hôpital Parisien a ouvert il y a une dizaine d'année. Installé dans des bâtiments modernes et confortables, cet établissement rassemble les meilleures compétences professionnelles de l'AP-HP. L'Hôpital Parisien assure une mission de proximité en réponse aux besoins de santé d'une population parisienne aisée et âgée et d'un public, plus jeune et plus modeste, venant de proches « banlieues-dortoirs ». Cet établissement attire 3% de patients (très aisés et parfois illustres) venus de

³ Le nom des établissements enquêtés a été modifié pour respecter les exigences de confidentialité.

l'étranger spécifiquement pour s'y faire opérer. Il compte 900 lits d'hospitalisation et places d'ambulatoire et emploie 3.200 personnels dont 450 médecins.