



# État des discriminations et des inégalités sociales

à l'encontre  
des personnes  
concernées  
par le VIH et  
les hépatites





L'épidémie de VIH a agi, depuis son apparition, comme un révélateur des discriminations, des inégalités et des difficultés d'accès aux droits et à la santé. Les progrès thérapeutiques ont permis l'amélioration de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Cependant, les discriminations demeurent nombreuses pour les populations séropositives et celles qui sont les plus exposées au risque de contamination.

Ces discriminations peuvent être multiformes : refus d'un service, refus d'un droit, évitement, mise à l'écart, attitudes humiliantes, jugements moraux, etc. Elles entraînent alors des phénomènes de désocialisation et ont un impact majeur sur la santé, la vie quotidienne, professionnelle et affective des PVVIH.

Plusieurs rapports publics (*Plan national de lutte contre le VIH/sida 2010–2014, Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH* de 2013) soulignent l'importance de lutter contre ces phénomènes qui entravent le succès thérapeutique et les actions de prévention.

Les quelques données disponibles mettent en évidence une situation défavorable pour la santé. Afin de disposer d'éléments supplémentaires, AIDES a mené une enquête « VIH, hépatites et vous » (VHV) en mars 2016. Elle permet d'évaluer les conditions de vie et les besoins des personnes qui fréquentent les actions de AIDES, qu'elles soient séropositives ou non au VIH ou aux hépatites virales. Un volet sur les expériences de discriminations ressenties a été intégré à travers une large série de questions dans plusieurs domaines de la vie quotidienne. Les personnes désignent de façon subjective les raisons qui auraient motivé les discriminations dont elles ont pu être victimes (séropositivité, origine, orientation sexuelle, identité de genre, etc.).

Ce chapitre présente les résultats de cette enquête. La mise en perspective avec d'autres données apporte un éclairage sur la nature de ces discriminations et leur impact sur la vie des personnes concernées.

# Enquête «VIH, hépatites et vous» en quelques chiffres

Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête VHV fréquentent les actions de AIDES. Elles sont touchées par le VIH ou une hépatite, ou appartiennent à une communauté particulièrement exposée au risque de contamination.

**1 080**

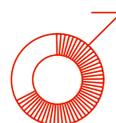
personnes

**37,5**

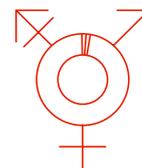
âge moyen



317



743



15

VIH	82	180	3
Hépatite B (VHB)	7	19	0
Hépatite C (VHC)	22	51	0

**29,6 %** sont séropositifs-ves au VIH et/ou aux hépatites.



**84,5%**

de nationalité française



**41,5%**

exercent une activité rémunérée



**26,9%**

vivent dans un logement précaire



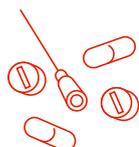
**57,3%**

ne sont pas en couple



**96%**

bénéficient d'une couverture santé



**48,9%**

consomment des produits psychoactifs (hors alcool et tabac), dont **36,3 %** par injection



**80%**

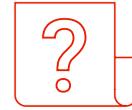
ont un diplôme de niveau bac ou plus



**29,3%**

déclarent une situation financière difficile

# 1. Principaux motifs observés de discrimination et de stigmatisation



Les textes officiels définissent précisément ce qu'est la discrimination en France et dénombrent désormais 21 critères de discrimination : « Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée. » (Article 225-1 du Code pénal)

Dans l'enquête VHV, 28,1 % des personnes interrogées déclarent avoir subi des discriminations au cours des 12 derniers mois, quel que soit le motif ou la cause (n=295). En population générale, selon les résultats de l'Eurobaromètre 2012 sur la perception des discriminations dans l'Union européenne<sup>1</sup>, 16 % des personnes en France disent avoir été discriminées dans les 12 derniers mois. Dans l'enquête **Trajectoires et origines (TeO)**<sup>2</sup>, ce sont 13 % des enquêtés-es qui rapportent des situations de discriminations. Ainsi la fréquence des discriminations observées chez les personnes qui côtoient les actions de AIDES est plus élevée qu'en population générale.

Les quelques études concernant les discriminations en raison d'un statut sérologique positif au VIH ou aux hépatites suggèrent que de tels comportements favorisent l'isolement des personnes, compromettent le soutien social, défavorisent l'estime de soi, nuisent à la sécurité de l'emploi et créent des obstacles dans l'accès aux droits et à la santé.

La séropositivité est souvent le premier facteur de discrimination mais les attitudes discriminatoires s'appuient également sur des préjugés associés à la pathologie VIH, comme l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la précarité sociale, l'origine ethnique et la consommation de produits psychoactifs. La stigmatisation des comportements associés limite considérablement l'efficacité des interventions visant à réduire les risques de transmission.

## 1.1 Discriminations en raison de l'état de santé

Dans l'enquête VHV, lorsque l'on interroge les personnes séropositives au VIH (n=266) ou aux hépatites (n=85) sur la question des discriminations subies au cours des 12 derniers mois, ce sont respectivement 30 % et 32,1 % d'entre elles qui répondent positivement. Dans l'enquête **Vespa2**<sup>3</sup>, 26 % des répondants-es rapportent des traitements discriminatoires au cours des deux années précédant l'enquête.

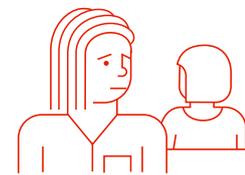
Parmi les PVVIH interrogées dans VHV, 80 % (n=56) font le lien direct avec leur infection. Ce chiffre est supérieur à celui publié dans l'enquête sur les discriminations à l'encontre des PVVIH, menée par l'Observatoire SIS Association (Sida Info Service) en 2012, où près de la moitié des participants-es déclaraient avoir vécu une expérience de discrimination due au VIH. Dans **Vespa2**, la séropositivité constitue le principal motif de discrimination déclaré en étant rapporté par 13 % des personnes séropositives. Cette proportion est plus faible chez les personnes ayant une hépatite : 57,9 %, soit 11 personnes dans l'enquête VHV.

### Enquête Trajectoires et origines (TeO)

Enquête sur la diversité des populations de France, menée par l'Ined et l'Insee et conduite auprès de 22 000 personnes. C'est une enquête représentative de la population immigrée et issue de l'immigration en France. « TeO » a pour objectif d'appréhender dans quelle mesure l'origine est en soi un facteur d'inégalité ou de spécificité dans l'accès aux différentes ressources de la vie sociale.

### Enquête ANRS-Vespa2

Enquête nationale représentative menée auprès de 3 022 personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en 2011. Elle fait suite à une première enquête réalisée en 2003 selon un protocole similaire. Elle vise à étudier les conditions de vie des personnes infectées par le VIH et doit permettre d'évaluer l'impact des stratégies de santé publique, de suivre les indicateurs de santé et les indicateurs sociaux sur l'emploi, le logement, le revenu.



# 80%

des PVVIH victimes de discriminations le sont en raison de leur séropositivité au VIH

<sup>1</sup> EUROPEAN COMMISSION, *Discrimination in the EU in 2012*, novembre 2012.

[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_393\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_393_en.pdf)

<sup>2</sup> Pour plus d'informations sur l'enquête : <http://teo.site.ined.fr>

<sup>3</sup> MARSICANO Élise, DRAY-SPIRA Rosemary, LERT France, *et al.*, « Les personnes vivant avec le VIH face aux discriminations en France métropolitaine », *Population et sociétés*, n° 516, novembre 2014, <http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/discriminations-personnes-vivant-vih-france/>

Différents domaines de discriminations ont été investigués : refus d'un service ou d'un droit, évitement, attitudes humiliantes, propos insultants, jugements moraux, etc. Ils traduisent parfois de la méconnaissance des modes de transmission, parfois de la stigmatisation due à des préjugés qui altèrent profondément la qualité de vie des personnes qui en sont victimes.

Figure 1  
Domaines de discriminations liés à la séropositivité au VIH, enquête VHV, AIDES, 2016 (n=55)

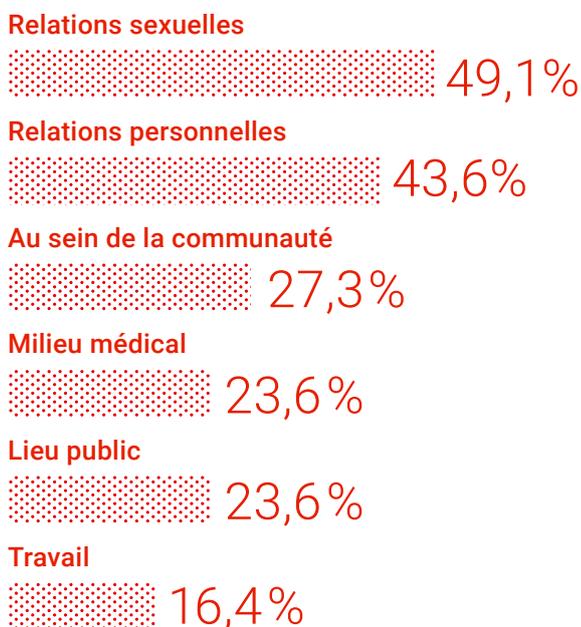
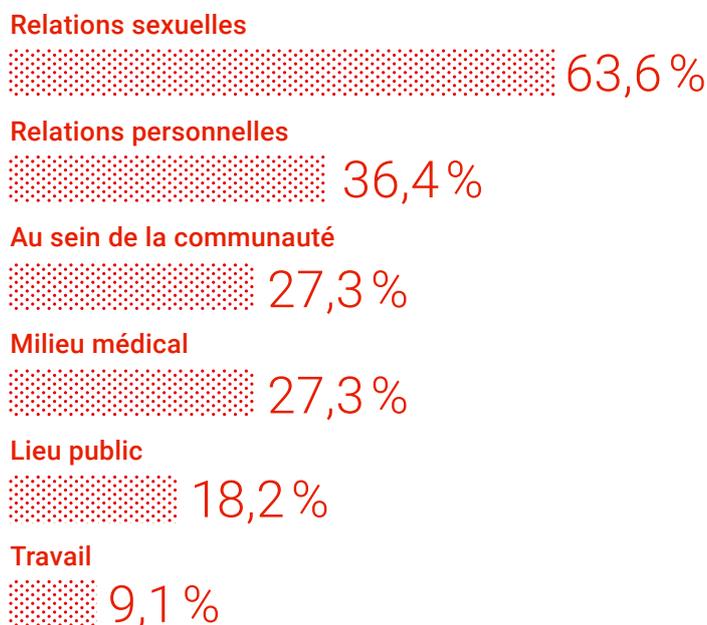


Figure 2  
Domaines de discriminations liés à la séropositivité à une ou plusieurs hépatites, enquête VHV, AIDES, 2016 (n=11)



Ces chiffres révèlent l'étendue et la fréquence des discriminations en raison de l'état de santé.

L'enquête sur les « Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida de la population générale adulte vivant en Île-de-France » (KABP) menée en 2010 a démontré que « plus les circonstances impliquent un degré d'intimité élevé avec une personne séropositive, moins les répondants ont une attitude favorable ». Dans VHV, les domaines de discriminations suivent la même tendance. En effet, 16,4% des PVVIH rapportent des discriminations sur leur lieu de travail alors qu'elles sont 43,6% à subir

des discriminations dans leur cercle familial ou amical et près de la moitié (49,1 %) dans leur vie sexuelle (figure 1). Les constats sont identiques pour les personnes vivant avec au moins une hépatite (9,1 % dans le cadre du travail et 63,6 % dans l'entourage) (figure 2).

Actuellement, les traitements permettent de réduire considérablement la charge virale dans le sang au point qu'elle devient indétectable. Dans ces conditions, les personnes sont non contaminantes. En France, on estime que 86 % des PVVIH sous traitement ont une charge virale contrôlée<sup>4</sup>. Dans VHV, malgré un échantillon réduit – qui ne permet pas de conclure par manque de puissance statistique – il est important de noter que, à l'exception d'une seule personne, toutes les victimes de discriminations dans le cadre de leurs relations sexuelles en raison de leur statut séropositif au VIH sont en charge virale indétectable. Dans l'enquête Vespa2, les personnes victimes de ce type de discriminations sont pour les trois quarts d'entre elles en charge virale indétectable. La peur d'être rejeté-e par un-e partenaire sexuel-le ou de le-la contaminer est rapportée par 75 % des PVVIH en charge virale indétectable<sup>5</sup>.

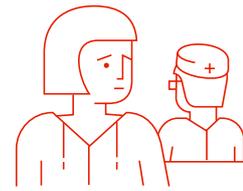
Ces chiffres reflètent la méconnaissance de « l'avis suisse » (également connu sous le nom de « l'avis Hirschel<sup>6</sup> ») qui affirme qu'une charge virale indétectable réduit considérablement le risque de transmission jusqu'à parler de risque quasi nul. L'appropriation de cette avancée n'est malheureusement pas suffisamment répandue pour permettre aux PVVIH de rassurer leur(s) partenaire(s).

Environ un quart des personnes victimes de discriminations en lien avec leur état de santé y sont confrontées au sein de leur communauté ou dans le milieu médical. Le milieu médical est, une fois encore, mis en avant dans le domaine des discriminations en raison de l'état de santé. Dans l'enquête Vespa2, les participants-es sont 7 % à rapporter des expériences de discriminations dans les services de santé du fait de leur séropositivité au VIH<sup>7</sup>.

## 1.2 Discriminations fondées sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre

En France, les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT) subissent des discriminations en lien avec leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. Elles affrontent de nombreuses difficultés quotidiennes : précarité, agressions, difficultés d'accès aux soins, vulnérabilité à l'épidémie de VIH, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) qui représentent 42 % des découvertes de séropositivité en 2014<sup>8</sup>. Ces discriminations trouvent souvent leur origine dans les normes sociales, les préjugés et stéréotypes de genre. Elles s'exercent dans de nombreux contextes, de la sphère privée à la vie professionnelle, avec un fort impact sur leur état de santé.

En Europe, il existe peu de données officielles sur les discriminations motivées par l'orientation sexuelle. En 2008, un rapport de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne a présenté une première analyse juridique comparative des droits des personnes LGBT dans l'Union européenne. Il ressort notamment qu'il est indispensable, pour mieux lutter contre ces phénomènes, d'améliorer la collecte et la gestion de ces informations dans tous les domaines de la vie. Dans l'Eurobaromètre de 2015, 72 % des Français-ses interrogés-es estiment que les discriminations à l'encontre des personnes LGBT sont répandues en France<sup>9</sup>.



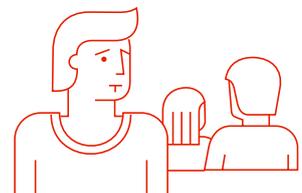
23,6%

des PVVIH victimes de discriminations le sont dans le milieu médical



43,6%

des PVVIH victimes de discriminations le sont dans le cercle familial et amical



47%

des enquêtés-es victimes de discriminations le sont en raison de leur orientation sexuelle

<sup>4</sup> MORLAT Philippe (dir.), *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, CNS-ANRS, 2013.

<sup>5</sup> Vespa2, communication personnelle (équipe Inserm U912).

<sup>6</sup> VERNAZZA Pietro, HIRSCHTEL Bernard, *et al.*, « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », *Bulletin des médecins suisses*, 89(5), p. 165-169, 2008.

<sup>7</sup> MARSICANO Elise *et al.*, « Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study », *AIDS Care*, 2014.

<sup>8</sup> INVS, Données de déclarations obligatoires, 2014.

<sup>9</sup> EUROPEAN COMMISSION, *Discrimination in the EU in 2012*, novembre 2012.

En France, seul le rapport annuel de l'association SOS homophobie quantifie les violences et les discriminations à raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. Ce recueil est partiel car il ne repose que sur les contacts reçus par l'association. En 2015, SOS homophobie a recueilli 1 318 témoignages d'actes LGBTphobes.

Dans l'enquête VHV, parmi les personnes déclarant avoir subi des discriminations au cours des 12 derniers mois (n=295), 47 % l'ont été en raison de leur orientation sexuelle et plus d'une personne sur trois en raison de son identité de genre (34,7 %). Les HSH sont environ 80 % (n=99) à rapporter des discriminations en raison de leur orientation sexuelle. Ce type de discriminations est rapporté par 8 femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes sur les 14 interrogées et 4 personnes trans sur les 6 interrogées.

Les personnes LGBT peuvent être rejetées par les proches ou par le milieu professionnel. Ainsi dans VHV, plus de la moitié des personnes rapportent que ces discriminations ont été vécues dans les lieux publics, 41,5 % des enquêtés-es au sein de la famille et un tiers d'entre eux-elles dans le cadre du travail.



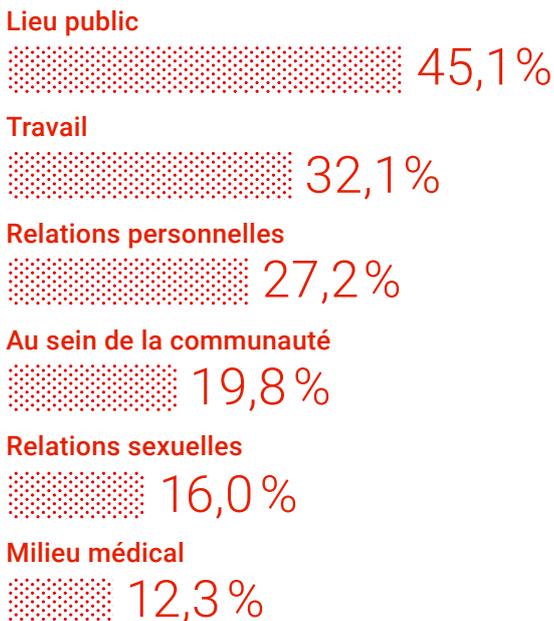
des enquêtés-es victimes de discriminations le sont en raison de leur origine

### 1.3 Discriminations liées à l'origine

En 2014, en France, les personnes nées à l'étranger représentent 48 % des découvertes de séropositivité au VIH. Rapporté au nombre de migrants-es vivant en France, le taux de découverte de séropositivité par le VIH est de 55 pour 100 000. Comparativement, ce taux est de 6 pour 100 000 chez les personnes nées en France<sup>10</sup>. Ces chiffres indiquent clairement le risque accru d'exposition et d'infection par le VIH pour la population migrante vivant en France, en particulier pour les personnes nées en Afrique subsaharienne. Près de la moitié des personnes se sont infectées après leur arrivée en France (voir enquête ANRS-Parcours page 46).

Comme précisé dans le *Plan national de lutte contre le VIH/sida 2010-2014*, « Lutter contre cette maladie implique de mobiliser de multiples leviers : [...] lutter contre la stigmatisation des malades et les discriminations à l'égard des communautés les plus exposées au VIH. » Or les personnes d'origine étrangère ou perçues comme telle sont fréquemment victimes de pratiques discriminatoires et de stigmatisations en raison de leur origine, couleur de peau ou nationalité.

Figure 3  
Domaines de discriminations liés à l'origine, enquête VHV, AIDES, 2016 (n=91)



Remarque : en raison d'un effectif trop restreint, il n'a pas été possible d'étudier le lien entre les discriminations liées à l'origine subies dans le milieu médical et la couverture médicale.

Dans VHV, 36,5 % des personnes victimes de discriminations le sont sur la base de leur origine réelle ou supposée (n=91).

Les lieux publics apparaissent comme le premier lieu d'exposition aux discriminations raciales, viennent ensuite le domaine du travail et le cadre des relations personnelles (figure 3).

#### 1.4 Stigmatisations liées à la consommation de drogues

Les usagers-es de drogues constituent une population particulièrement exposée au risque d'infections et tout particulièrement du VIH et du VHC, dont les prévalences en France sont estimées à respectivement 10 % et 44 % selon l'enquête ANRS-Coquelicot de 2011<sup>11</sup>.

D'après l'Onusida, « ces épidémies sont alimentées par l'homophobie, la stigmatisation et la discrimination, et aggravées par des lois punitives ». Discriminer les personnes qui consomment des drogues mène donc à l'exclusion sociale avec des impacts directs sur l'accès aux soins et aux dispositifs de réduction des risques.

Dans l'enquête VHV, 31,3 % des personnes déclarant avoir subi des discriminations dans les 12 derniers mois (n=77) font le lien direct avec leur consommation de produits. Parmi elles, la moitié l'ont été dans les lieux publics ou au sein de leur entourage. Elles sont 41,1 % à déclarer avoir affronté des situations de discriminations dans le cadre des soins de santé. Cette proportion est d'autant plus inquiétante que l'accès aux soins pour cette population constitue un enjeu de santé publique.

## 2. Entraves dans l'accès aux soins : une aberration de santé publique

L'article L.1110-3 du Code de santé publique prévoit qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ». Pour autant, des discriminations existent et se traduisent notamment par des difficultés d'accès aux soins, voire des refus de soins.

Dans l'enquête VHV, 25 % des personnes interrogées déclarent avoir rencontré des obstacles dans leur accès aux soins au cours de l'année écoulée (n=256). L'absence de couverture maladie est clairement corrélée aux difficultés d'accès aux soins : 54,1 % des personnes non couvertes par une couverture maladie sont concernées (vs 23,8 % des personnes bénéficiant d'une prise en charge). Les principaux obstacles évoqués sont les difficultés financières (57,3 %) et les difficultés administratives (49,6 %).

Concernant les refus de soins à l'encontre des PVVIH, le testing mené par AIDES en 2015 auprès des dentistes et des gynécologues<sup>12</sup> a permis d'objectiver leur existence et leur nature. Dans VHV, des questions spécifiques étaient posées afin de mieux documenter ce type de situations. Ainsi, 10,2 % des personnes interrogées ont été confrontées à des refus de soins au cours des deux dernières années (n=99).

Ces refus émanent de médecins généralistes dans 43,3 % des situations et de spécialistes dans 63,3 % des cas. Les dentistes sont les plus fréquemment cités, et dans une moindre mesure, les chirurgiens-nes et les services hospitaliers des urgences.

# 25%

des enquêtés-es ont rencontré des obstacles dans leur accès aux soins, dont plus de la moitié en raison de difficultés financières.

# 10,2%

des enquêtés-es ont été confrontés-es à des refus de soins.

<sup>10</sup> SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, « Les découvertes de séropositivité VIH chez les migrants en France », juillet 2016.

<sup>11</sup> JAUFFRET-ROUSTIDE Marie *et al.* « Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France – Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2013, n°39-40, p. 504–509.

<sup>12</sup> AIDES, *VIH/hépatites, la face cachée des discriminations*, 2015, pages 27-35.

Il était demandé aux personnes ayant déclaré des refus de soins d'émettre des hypothèses sur la motivation de ceux-ci. Pour 31,5% des personnes, la consommation de produits psychoactifs est le motif du refus. Les refus de soins en raison de la séropositivité au VIH concernent 19,1% des répondants-es. Viennent ensuite les refus de soins liés à la couverture maladie (18%), à l'apparence vestimentaire (18%) puis aux ressources financières (16,9%). Les personnes sans emploi rapportent plus de difficultés d'accès aux soins que les personnes en activité (26,8% vs 22,4%), elles sont également 2 fois plus souvent confrontées à des refus de soins (12,5% vs 6,6% des personnes en activité).

Dans l'enquête Vespa2, les refus de soins dans les 24 derniers mois sont rapportés par 11,4% des répondants-es, qui citent comme principale motivation le statut sérologique positif au VIH (85%), puis l'orientation sexuelle (7,3%), la couleur de peau (6,8%) et la couverture maladie (5,3%)<sup>13</sup>.

*Remarque : les discriminations fondées sur l'apparence, physique ou vestimentaire, sont surtout documentées dans l'accès à l'emploi. Les résultats de l'enquête VHV montrent que la sanction sociale de l'apparence vestimentaire pèse également dans l'accès aux soins.*

Tableau 1  
**Perception de la raison  
du refus de soins, enquête  
VHV, AIDES, 2016 (n=99)**

	Effectif	Pourcentage
Consommation de produits psychoactifs	28	31,5
Séropositivité au VIH	17	19,1
Couverture maladie	16	18,0
Apparence vestimentaire	16	18,0
Ressources financières	15	16,9
Lieu de vie	6	6,7
Orientation sexuelle/identité de genre	6	6,7
Séropositivité aux hépatites	5	5,6
Origine (réelle ou supposée)	5	5,6

En 2015, le testing de AIDES a mis en évidence que les PVVIH étaient confrontées à des refus de soins. En 2016, l'enquête VHV confirme ce phénomène, qui crée inexorablement des obstacles dans la continuité des soins pour des personnes souvent vulnérables. À l'instar de nombreuses études traitant de la question du renoncement aux soins<sup>14</sup>, dans VHV, les contraintes budgétaires apparaissent comme le frein majeur à l'accès aux soins, obligeant les personnes à procéder à des arbitrages financiers au détriment de leur santé. À travers des indicateurs sociaux, comme la couverture maladie ou les ressources financières, on constate que la précarité est un facteur d'exposition aux traitements discriminatoires aboutissant à des refus de soins.

**Principales raisons  
des refus de soins**



<sup>13</sup> Vespa2, communication personnelle (équipe Inserm U912).

<sup>14</sup> DREES, *Renoncement aux soins. Actes du colloque*, 2011.

[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes\\_renoncement\\_soins\\_2012.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf)

DESPRES Caroline, DOURGNON Paul et al., « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, n° 169, octobre 2011, <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>

<sup>15</sup> Réalisée en partenariat avec le Fonds CMU.

<sup>16</sup> La loi de modernisation de notre système de santé a été promulguée le 26 janvier 2016.

<sup>17</sup> Les autres instances compétentes : le Défenseur des droits, le conciliateur de l'Assurance maladie, les Conseils départementaux des ordres de médecins et la DGCCRF.

<sup>18</sup> Question issue de la grille d'évaluation de la qualité de vie de l'OMS « WHOQOL.»



## Le point de vue du Défenseur des droits

Depuis la publication du rapport sur *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME* de 2014, le Défenseur des droits poursuit son action sur le sujet. Les résultats d'une étude, qui seront publiés fin 2016, sur « Des pratiques médicales et dentaires : entre différenciation et discrimination » permettent de caractériser des traitements différents délivrés par des médecins ou dentistes à leurs patients-es selon leurs profils sociaux et en comprendre les logiques<sup>15</sup>. Dans le cadre de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé<sup>16</sup>, le Défenseur des droits a suivi avec attention les modifications apportées à l'article 85 relatif aux refus de soins. L'Institution avait attiré l'attention des parlementaires sur les moyens dédiés à cette nouvelle mission et la nécessité de prendre en compte les recommandations issues du rapport

de l'Institution destinées à renforcer les droits des victimes.

La création de commissions placées auprès des conseils des ordres de professionnels-les de santé chargées d'évaluer le principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3, par les membres de l'ordre pose question. Les commissions ont pour mission de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins. Pour ce faire, elles peuvent notamment recourir à des études, des tests de situation et des enquêtes. L'Institution relève avec intérêt la création de telles commissions qui démontrent la nécessité de poursuivre la lutte contre les refus de soins. Toutefois, le rattachement des commissions auprès des ordres compétents pour le traitement des réclamations en matière de refus de soins comporte le risque que ces derniers-es ne soient

juge et partie<sup>17</sup>. La qualité des travaux des commissions dépendra fortement des moyens attribués et des objectifs fixés par les présidents des ordres. C'est pourquoi, l'Institution suivra avec attention les travaux réalisés par les commissions. Précisons que le nombre de saisines en matière de refus de soins tend à augmenter depuis 2015. À titre d'exemple, la décision du Défenseur des droits MLD-2016-083 rend compte d'un refus de soins opposé par un dentiste à une personne bénéficiaire de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Dans ce cadre, l'Institution a notamment recommandé à la ministre de la Santé d'organiser, en partenariat avec l'Assurance maladie, les conseils nationaux de l'ordre des médecins et des chirurgiens-dentistes, le Fonds CMU et les associations concernées, une campagne d'information et de sensibilisation sur les refus de soins.

## 3. Impact des discriminations sur la qualité de vie des PVVIH

La répétition d'événements discriminatoires peut amener les personnes victimes, par crainte de subir à nouveau ce type de situations, à des attitudes d'auto-exclusion dans les domaines de la vie sociale et affective, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur qualité de vie.

Les facteurs associés à la qualité de vie des personnes sont multiples. Il existe de nombreuses échelles d'évaluation. Dans l'enquête VHV, c'est la mesure globale de la perception des personnes qui a été privilégiée. À la question « Comment trouvez-vous votre qualité de vie ? »<sup>18</sup>, les PVVIH ont un ressenti globalement inférieur à celui des autres enquêtés-es (figure 4).

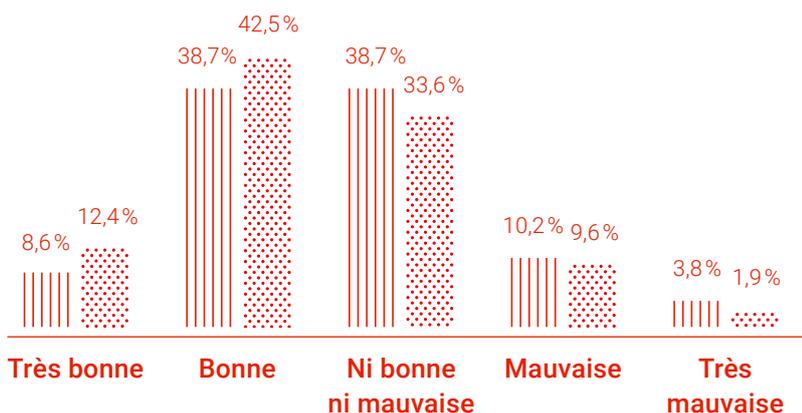


Figure 4  
Qualité de vie perçue selon la séropositivité au VIH, enquête VHV, AIDES, 2016 (n=1064)



Les PVVIH ont également un sentiment d'isolement plus fréquent que les personnes non séropositives au VIH. En effet, près de 39 % d'entre elles disent se sentir plutôt seules contre 24 % des autres enquêtés-es. Le sentiment de grand isolement est 2 fois plus fréquent chez les PVVIH, 8,4 % des PVVIH estimant se sentir « très seules » (contre 4,1 % des non PVVIH) (figure 5).

Figure 5  
**Sentiment d'être isolé-e ou entouré-e selon la séropositivité au VIH, enquête VHV, AIDES, 2016 (n=1 028)**



Pour approfondir la question du soutien social, les personnes ont été interrogées sur le sentiment de pouvoir compter sur leur entourage dans différents domaines de la vie (pour un coup de main dans la vie quotidienne, financièrement ou matériellement, pour un soutien moral ou affectif).

Les PVVIH bénéficient moins souvent que les autres répondants-es d'un soutien quotidien ou d'une aide financière ou matérielle de la part de leur entourage. En effet, comparées aux personnes non séropositives au VIH, elles rapportent moins souvent de « coups de main » (79 % vs 71,5 %) ou de soutien financier (67,4 % vs contre 57,7 %) (tableau 2). Dans le domaine moral ou affectif, le sentiment de soutien est partagé dans des proportions similaires quel que soit le statut sérologique au VIH.

Tableau 2  
**Sentiment de pouvoir compter sur son entourage selon la séropositivité au VIH, enquête VHV, AIDES, 2016 (n=1028)**

	PVVIH	Autres enquêtés-es
Soutien quotidien	71,5 %*	79,0 %
Soutien financier ou matériel	57,7 %*	67,4 %
Soutien moral ou affectif	79,3 %	81,4 %

\*p significatif

*Remarque : indépendamment du statut sérologique au VIH, les HSH ayant participé à l'enquête VHV déclarent un sentiment d'isolement moins fréquent que les hommes hétérosexuels. On peut supposer que la solidarité communautaire et associative a des répercussions positives sur la qualité de vie des personnes.*

## 4. Des situations sociales inégalement discriminatoires

Multidimensionnelles, les discriminations n'ont pas la même incidence selon les caractéristiques sociodémographiques et les situations sociales des personnes. Dans VHV, sans grande surprise, on constate que le risque d'être discriminé-e, d'être confronté-e à des difficultés d'accès aux soins, d'être victime de refus de soins et d'être isolé-e est associé à une situation sociale précaire. Les personnes cumulent difficultés sociales, problèmes de santé et d'accès aux soins.

Pour mieux comprendre la diversité des déterminants, des analyses statistiques plus poussées ont été réalisées afin d'identifier les principaux facteurs associés aux discriminations et aux difficultés d'accès aux soins. Dans les différents modèles, les variables testées sont : âge, sexe, orientation sexuelle, nationalité, lieu de vie, situation conjugale, diplôme, emploi, consommation de drogues, séropositif-ve VIH, séropositif-ve hépatite, couverture maladie, situation financière, prestations sociales. Parmi les facteurs associés à des difficultés d'accès aux soins, l'absence de couverture médicale et l'existence de difficultés financières apparaissent comme des facteurs importants. Le sentiment de discrimination est plus fréquent chez les personnes qui perçoivent des prestations sociales. On constate que les personnes socialement désavantagées, et a fortiori celles qui cumulent des vulnérabilités, sont plus enclines à vivre des situations préjudiciables à leur santé.

Les inégalités de traitement en raison de la précarité sociale, définies notamment dans le rapport de ATD Quart Monde *Discrimination et pauvreté : le livre blanc*<sup>19</sup>, ont des conséquences sur l'effectivité des droits des personnes, sur l'accès à l'emploi et aux soins. L'introduction en juin 2016 d'un 21<sup>e</sup> critère de discrimination fondé sur « la particulière vulnérabilité résultant de la situation économique » peut apparaître comme une première mesure de lutte contre l'exclusion. À condition, comme l'a précisé le Défenseur des droits, de ne pas considérer qu'il s'agit d'une spécificité inhérente aux personnes mais d'une situation temporaire ou chronique. Pour avoir une réelle portée, l'instauration de ce nouveau critère doit s'inscrire dans des politiques efficaces de lutte contre l'exclusion, avec le renforcement de l'accès aux droits des personnes et l'évolution des représentations négatives et des préjugés du grand public.



## Le point de vue du Défenseur des droits

Le Défenseur des droits a suivi avec attention les débats relatifs à la proposition de loi n° 2885 qui entend interdire la discrimination fondée sur « la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur » en ajoutant ce critère à la liste des critères interdits<sup>20</sup>. Dans le cadre de son avis du 31 mai 2016, l'Institution rappelait sa position quant à la création de ce nouveau critère qui comporte des risques. Aujourd'hui, le droit français en matière de discrimination vise déjà 21 critères prohibés, auxquels se sont ajoutés « l'identité sexuelle » en 2012, le « lieu de résidence » en 2014 et la « perte d'autonomie » en 2015. De nombreux textes internationaux et conventions permettent déjà d'appréhender les droits des personnes en situation de précarité sociale, ils posent les bases d'un cadre juridique distinct de lutte contre la pauvreté fondé, notamment, sur les garanties contre les atteintes à la dignité<sup>21</sup>. Le droit des discriminations vise en

principe des critères qui relèvent de caractéristiques inhérentes à la personne. S'agissant de « la particulière vulnérabilité résultant de la situation économique », la condition sociale ou la pauvreté, de même que le lieu de résidence ne constituent pas un invariant mais une situation susceptible d'évoluer. La particulière vulnérabilité résultant de la situation économique est une situation, temporaire ou chronique, qui peut justifier une action de l'État mais qui n'est pas une caractéristique pérenne de la personnalité. Ainsi pour le Défenseur des droits, les réponses à la lutte pour les droits des personnes les plus pauvres relèvent moins de la lutte contre les discriminations (action de nature juridique) que de la lutte contre les exclusions (action de nature politique et sociale). Pour l'Institution, il s'agit aussi d'éviter une situation analogue avec l'adoption du critère de « lieu de résidence » qui pose des difficultés de mise en œuvre pour le traitement des réclamations

relatives aux discriminations à l'embauche ou le refus de service privé aux résidents-es de certains quartiers. Le critère est mobilisé à des fins tout à fait distinctes puisqu'il n'est invoqué que pour justifier un refus fondé sur la distance entre le lieu de résidence et le lieu d'emploi (voir la décision du Défenseur des droits n° MLD 2015-114). En matière d'accès au service public, le critère de « lieu de résidence » est invoqué pour contester la tarification des services offerts par les communes ou la répartition des services publics sur le territoire. Dans de telles conditions, il ne semble pas pouvoir répondre aux attentes des réclamants-es. Malgré les observations du Défenseur des droits, la loi promulguée en juin 2016 a introduit définitivement parmi la liste des critères prohibés celui de « la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur ». L'Institution s'attachera à suivre avec attention l'impact réel de ce nouveau critère.

<sup>19</sup> ATD Quart Monde, *Discrimination et pauvreté : le livre blanc*, octobre 2013

<sup>20</sup> La loi visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale a été promulguée le 24 juin 2016.

<sup>21</sup> À titre d'exemple : l'article 2 par. 2 du Pacte international relatif aux droits sociaux, économiques et culturels (PIDESC) de l'ONU du 16 décembre 1966 ; l'article 26 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) de l'ONU du 16 décembre 1966 ; l'article 27 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant ; l'article 30 de la Charte sociale européenne révisée, l'article 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne...



## Le point de vue du Défenseur des droits

### Cumuls et croisements de discriminations : des insuffisances juridiques

L'approche intersectionnelle, concept élaboré par la juriste Kimberlé Crenshaw, fait actuellement l'objet de nombreuses discussions dans les milieux de la recherche et de l'intervention sociale, particulièrement parmi celles et ceux qui se préoccupent des questions de discriminations. Les discriminations intersectionnelles ne résultent pas d'un simple cumul de discriminations mais d'une situation discriminatoire particulière. Ainsi, envisager la discrimination dans le cadre d'une approche intersectionnelle, c'est reconnaître que les discriminations en se cumulant, ne font pas que simplement s'additionner mais créent une situation particulière. Toutefois, le droit français peine à se saisir du concept d'intersectionnalité. Il ne reconnaît pas spécifiquement les discriminations multiples en dépit des directives européennes qui préconisent une approche

intersectionnelle dans la lutte contre les discriminations<sup>22</sup>. Ce cumul de discriminations est pourtant invocable en justice, mais le Défenseur des droits constate que les recours pour discriminations liés à plusieurs critères restent extrêmement rares.

L'approche intersectionnelle comporte des limites d'un point de vue juridique. La stratégie de la preuve qui est primordiale en matière de discriminations peut devenir, dans ce cadre, compliquée. Il est difficile d'identifier un élément de comparaison pertinent. En effet, la discrimination étant caractérisée quand existe une différence de traitement, fondée sur des critères fixés par la loi, face à des situations équivalentes, le cumul de critères, en créant une situation unique, rend cette comparaison de situations problématique, voire quasiment impossible.

C'est pourquoi, le Défenseur des droits ne recourt pas à une telle approche dans le traitement des réclamations.

Néanmoins la contextualisation de la discrimination permet parfois d'apporter un éclairage intersectionnel aux discriminations caractérisées. Ainsi, dans une décision de l'Institution portant sur des faits de harcèlement sexuel à l'encontre d'un prestataire de nettoyage de la Société nationale des chemins de fer français (SNCF), le Défenseur des droits a sollicité une expertise sur les rapports de domination des femmes immigrées dans les métiers du nettoyage pour contextualiser les situations individuelles. Les conclusions de cette expertise ont été présentées au juge saisi par les victimes dans le cadre des observations du Défenseur des droits. Enfin, l'Institution vient de publier un rapport sur l'emploi et les femmes en situation de handicap pour faire reconnaître l'existence d'une discrimination cumulée et absente des études systématiquement asexuées sur l'emploi des personnes en situation de handicap.

“

Le VIH ne se transmet pas juste par le sexe. Il se transmet par le sexisme, le racisme, la pauvreté et l'homophobie.

”

**Charlize Theron**

Conférence internationale de lutte contre le sida, Durban, juillet 2016

## 5. Le recours collectif : une arme contre les discriminations

« Le VIH ne se transmet pas juste par le sexe. Il se transmet par le sexisme, le racisme, la pauvreté et l'homophobie », c'est en ces termes que l'actrice sud-africaine Charlize Theron débute la Conférence internationale de lutte contre le sida de Durban en juillet 2016. Au Nord comme au Sud, les épidémies de sida et hépatites se nourrissent des discriminations. Pour faire reculer ces épidémies, il faut faire évoluer les mentalités, faire reculer les stigmatisations et les discriminations. Différents moyens de lutte existent : des campagnes publiques, à l'image de celles de AIDES contre l'homophobie ou la sérophobie ; des rapports scientifiques et institutionnels et également des outils juridiques, existants ou à construire, pour allier le droit à la lutte contre les discriminations.

Les discriminations sont un phénomène social. À ce titre, la lutte contre ces traitements inégaux doit être collective. Jusqu'à présent, seules les démarches juridiques individuelles permettaient de les dénoncer. Ces dernières années sont apparus les recours collectifs dans divers domaines. AIDES a activement milité pour que ce type de recours existe aussi dans le champ des discriminations.

Une telle évolution vient d'être consacrée dans la loi portant sur la justice du XXI<sup>e</sup> siècle, dite Justice 21 adoptée en octobre 2016. « Par ce projet de loi, la justice investit des

champs peu explorés jusqu'à présent lui permettant d'être pleinement considérée comme un outil de régulation sociale au service de la lutte contre les discriminations et les inégalités » explique ainsi l'exposé des motifs.

La version initiale du texte fondait ces recours collectifs en matière de discriminations sur une loi de transposition d'une directive européenne sur la lutte contre les discriminations. Cette loi étant une retranscription presque directe du droit européen, elle ne reprenait pas l'ensemble des critères de lutte contre les discriminations reconnus en droit français. Les discriminations en raison de l'état de santé, réel ou supposé, étaient par exemple omises, empêchant l'usage du recours collectif contre les discriminations sérophobes à l'image des refus de soins. AIDES s'est mobilisée pour intégrer la santé et l'ensemble des critères de discriminations reconnus en droit français dans la loi de retranscription de la directive européenne. La lutte contre le sida et les hépatites fait évoluer la société dans son ensemble, c'est une occasion de le démontrer à nouveau.

Un amendement a été voté à l'Assemblée nationale fin septembre 2016 afin d'intégrer l'ensemble des critères de discriminations aux recours collectifs, y compris la santé. Ces recours collectifs constituent de nouveaux outils que AIDES a participé à façonner. Il convient maintenant de voir comment les utiliser au mieux pour faire reculer les discriminations.

## Le point de vue du Défenseur des droits



Le projet de loi Justice 21 propose d'ouvrir la possibilité de mener une action de groupe dans l'ensemble des domaines couverts par la législation sur les discriminations, y compris dans l'emploi public<sup>23</sup>. Dans son avis du 7 avril 2016<sup>24</sup>, le Défenseur des droits s'est prononcé en faveur de la création d'un dispositif de recours collectif en matière de discriminations qui pourra par la suite être décliné dans d'autres champs. Néanmoins, il a appelé à la vigilance des parlementaires sur la nécessité de modifier certaines mesures prévues par la loi afin de garantir l'accessibilité et l'efficacité de cette nouvelle voie de recours. Pour l'Institution, le champ d'applica-

tion de cette action doit être élargi afin de couvrir l'ensemble des critères de discriminations prévus par la loi et des domaines dans lesquels s'exercent les discriminations. L'accès à la procédure doit être ouvert à toutes les victimes, même si elles ne sont pas représentées par un syndicat ou une association. La question du financement des recours est une préoccupation majeure pour le Défenseur des droits. Il a proposé la création d'un « fonds d'aide au recours collectif » tel qu'il en existe dans la Province de Québec. Enfin, l'efficacité de l'action de groupe en matière de discriminations à l'emploi dépend aussi du champ d'application accordé à la

réparation issue de la procédure. Le droit à réparation prononcé par le-la juge doit s'appliquer à l'égard de tous-tes les salariés-es victimes de la même discrimination que celle examinée dans le cadre d'une action de groupe. Réduire cette possibilité aux seules victimes qui ont engagé une procédure ne rendra pas la mesure efficace. L'objectif de l'action collective est de réparer les préjudices subis par un ensemble de salariés-es victimes des mêmes discriminations. Si tel n'est pas le cas, la mesure perdrait de son efficacité.

## Conclusion

Les discriminations à l'encontre des personnes qui fréquentent les actions de AIDES sont essentiellement fondées sur des préjugés portant sur la précarité, le comportement sexuel et la consommation de drogues. La méconnaissance du VIH, des hépatites et des modes de transmission de ces infections aboutissent également à la mise en place de traitements différenciés. Une approche moins stigmatisante dans les lieux d'accueil des populations concernées, comme les lieux de soins, permettrait de réduire le risque d'infection et de promouvoir des comportements axés sur la santé.

<sup>22</sup> La Commission européenne rappelle l'importance du concept d'intersectionnalité dans un rapport de 2007. COMMISSION EUROPÉENNE, *Lutte contre la discrimination multiple : pratiques, politiques et lois*, septembre 2007 ou encore l'Institut européen pour l'égalité des genres (EIGE) à travers de nombreuses études.

<sup>23</sup> Projet de loi de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle.

<sup>24</sup> L'avis porte exclusivement sur le titre V du projet de loi relatif à l'action de groupe.