

## DU « SOIN GLOBAL » AU TRAITEMENT DISCRIMINATOIRE

La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynécologie-obstétrique parisien

[Dorothee Prud'homme](#)

ENS Paris-Saclay | « Terrains & travaux »

2016/2 N° 29 | pages 85 à 104

ISSN 1627-9506

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2016-2-page-85.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour ENS Paris-Saclay.

© ENS Paris-Saclay. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Dorothee Prud'homme

# Du « soin global » au traitement discriminatoire

## La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien

### ■■■ Résumé

Tout en revendiquant une pratique professionnelle fondée sur le principe d'égalité de traitement, les soignants procèdent quotidiennement à la catégorisation raciale des patients qu'ils reçoivent. Or, afin d'« humaniser les soins », les professionnels hospitaliers sont, depuis quelques années, également incités à adapter leur pratique professionnelle aux spécificités – notamment « culturelles » – de chaque patient. Cet article propose d'analyser l'impact des représentations racialisantes que les professionnelles rencontrées dans un service de gynéco-obstétrique d'un hôpital public parisien nourrissent au sujet des patientes qu'elles identifient comme roms, en termes de qualité de la prise en charge, d'offre de soin et de types de traitements proposés. Nous étudions dans quelles conditions le traitement différentiel proposé aux patientes en fonction de leur appartenance culturelle présumée est susceptible de fabriquer des discriminations. *Mots-clés* : Racialisation, traitement différentiel, adaptation, professionnels de santé, Roms

### ■■■ Abstract

#### **From 'global care' to discrimination in treatment. The care of patients identified as Roma in a Parisian obstetrics/gynaecology department**

Even though healthcare professionals declare that their practice is based on equal treatment principles, they use racial criteria to categorize their patients on a daily basis. For some time now, they have been encouraged to accommodate their professional practice to each patient's specificity – including cultural characteristics –, in order to humanize care. This article analyses the impact of the racial representations healthcare professionals working in a Parisian public hospital's gynaecologic and obstetric service have about patients they identify as Roma, in terms of quality of care and types of treatments. It explores under which circumstances the differential treatment proposed to the patients according to their presumed cultural belonging is likely to produce discrimination.

*Keywords*: Racialization, unequal treatment, accommodation, healthcare professional, Roma.

**L'**ÉGALITÉ DE TRAITEMENT et d'accès aux soins est un principe fondamental de la pratique hospitalière<sup>1</sup>. Les personnels des institutions de soin affirment quotidiennement le respecter, c'est-à-dire soigner tout le monde de la même façon, accorder les mêmes soins aux mêmes souffrances. Or, dans le cadre de leur pratique professionnelle, les agents hospitaliers sont soumis à une deuxième injonction, *a priori* contradictoire, qui est celle d'adapter le soin à chaque individu – ce que les soignants appellent l'« humanisation des soins » ou encore l'« approche globale » (Karasoglu, 2002 ; Psiuk, 2008 ; Kessar, 2000). Les références à l'« inter-culturalité », à l'« ethnique », à la « culture » ou aux « coutumes » présumées des patients sont, dans cette optique, considérées comme légitimes et professionnellement signifiantes par les professionnels hospitaliers.

Suite aux travaux consacrés au lien entre inégalités sociales de santé et « origine » réelle ou présumée des usagers (Fassin, 1999 ; 2000 ; 2001a ; 2001b ; Cardes, 2006 ; 2007 ; Cagnet, Gabarro et Adam-Vezinat, 2009), quelques auteurs ont mis en évidence les représentations racialisantes que les professionnels hospitaliers français ont au sujet de patients qu'ils identifient comme africains ou roms, et les traitements différentiels qui découlent de cette catégorisation raciale routinière (Kotobi, 2000 ; Sargent et Larchanché, 2007 ; Sauvegrain, 2010, 2012 ; Nacu, 2011). Nous avons choisi d'approfondir cette question en proposant une analyse de ce processus de racialisation à l'égard d'usagers identifiés comme roms et de ses conséquences en termes de prise en charge hospitalière (Prud'homme, 2015).

Dans leur ouvrage, Michael Omi et Howard Winant définissent le processus de racialisation comme « *l'extension d'une signification raciale à un groupe, une pratique sociale ou une relation sociale qui n'avaient pas été catégorisés comme raciaux auparavant* » (Omi et Winant, 1994). Nous repreneons à notre compte cette définition, que nous affinons en y intégrant les précisions proposées par Pierre-André Taguieff pour qui la racialisation est un « *processus psycho-social consistant à "altérer" un groupe (et, partant, tout individu censé être membre de ce groupe), et, éventuellement (...) à l'inférioriser globalement* » (Taguieff, 2013 : 1491). Nous posons, à sa suite, que ce processus de racialisation est à l'origine de propos, d'attitudes et/ou de comportements différentiels essentialisants et infériorisants<sup>2</sup> – dans le

1. Art. L. 1110-3. - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Voir : <https://www.legifrance.gouv.fr/affich/Texte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id> (consulté le 11/07/2016)

2. « L'autre ainsi construit est exclu de l'humanité normale, et, à ce titre, traité comme une chose ou un objet, un animal nuisible, un cas pathologique, un ennemi menaçant. L'acte de racialiser implique celui d'essentialiser » (Taguieff, 2013 : 1491).

cas qui nous intéresse ici, de la part de professionnels hospitaliers envers des patients qu'ils identifient comme roms. Notons que l'immense majorité des professionnels interrogés lors de notre enquête dit n'avoir jamais pris en charge d'usagers « roms »<sup>3</sup>, tout en étant en mesure de décrire le comportement de ces patients dans l'institution et la façon de les prendre en charge en conséquence. À la fois méconnus, difficilement désignables, rarement rencontrés, ils sont perçus *a priori* comme différents, étrangers, marginaux et fréquemment décrits, par les professionnels interrogés, comme des patients parmi les plus difficiles.

À l'instar d'Alexis Spire, nous constatons que le processus de racialisation mis en œuvre de façon routinière par les professionnels hospitaliers n'est que rarement le résultat de leurs préférences politiques, idéologiques ou morales (Spire, 2010 : 30). L'appartenance raciale présumée des patients est considérée comme un critère parmi d'autres pour réaliser la tâche usuelle de catégorisation des usagers visant à anticiper et organiser la charge de travail (Freidson, 1984 : 131 ; Arborio, 1996 ; Peneff, 2000) – même si son usage est rarement assumé. Ainsi, les patients identifiés comme roms sont systématiquement présentés comme de « mauvais patients » par tous les professionnels hospitaliers interrogés, dans le sens où ils nécessitent un plus grand investissement professionnel. Ce jugement négatif prend des formes différentes selon le type de tâches que les différents personnels hospitaliers rencontrés sont amenés à réaliser : ils sont tour à tour désignés comme des imposteurs par les agents d'accueil, comme indisciplinés par les infirmiers d'accueil et d'orientation, agressifs par les médecins et, finalement, comme « non civilisés » par tous<sup>4</sup>. Notre analyse met au jour le fait que le processus de racialisation n'a pas pour seul intérêt de fournir une explication aux comportements jugés déviants de ces usagers. Il a également de nombreux usages secondaires non-intentionnels (Giddens, 1987 : 57). Il permet ainsi aux agents d'accueil de lutter contre le déclassement professionnel en leur offrant de se positionner en défenseurs de l'institution. Il est, pour les infirmiers, l'expression du refus de se voir confier des tâches qui entravent leur autonomisation professionnelle. Il offre aux

---

3. Nous avons choisi, dans le cadre de cette recherche, de ne jamais désigner nous-même qui, parmi les usagers, pouvait ou non être identifié comme « Rom ». Ce terme était posé comme une désignation disponible, sans aucune explication ou précision, aux enquêtés. Lors de la rédaction, nous avons utilisé le terme « Rom » entre guillemets ou bien des expressions telles que « présumé rom » ou « identifié comme rom » afin de marquer le sens du processus de racialisation à l'œuvre et de souligner le fait que la personne ainsi désignée ne se perçoit pas nécessairement comme « rom ».

4. De nombreux témoignages font état du manque de respect des « Roms » aussi bien envers les autres patients et le personnel, que pour les règles de fonctionnement de l'institution ou ses ressources matérielles. Ils sont ainsi accusés de vols, de violence, de dégradations.

médecins le moyen de conserver leur position dominante dans la relation de soin. Enfin, il révèle la délégation en cascade dont le « sale boulot » (Hughes, 1997 : 64) fait l'objet parmi les différentes catégories de professionnels hospitaliers (Prud'homme, 2015 : 70-30). Finalement, l'usage du processus de racialisation qui sous-tend ces représentations révèle les difficultés que les personnels hospitaliers rencontrent dans l'accomplissement de leurs missions quotidiennes respectives, difficultés notamment en lien avec l'environnement institutionnel exigeant et contraignant, soumis aux réformes du *New Public Management*, dans lequel ils exercent (Bezes, 2012 ; Belorgey, 2010). Il leur permet de justifier les dysfonctionnements quotidiens en en faisant porter la faute sur les patients plutôt que sur eux-mêmes ou l'institution au sein de laquelle ils exercent.

Or, si le processus de racialisation permet aux professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés de justifier leurs pratiques quotidiennes, il est également susceptible d'avoir un impact sur la qualité de la prise en charge de ces usagers, ne serait-ce qu'en termes d'« empathie amoindrie » (Eberhard, 2001). Dans ces conditions, on peut se demander si l'injonction institutionnelle à mettre en œuvre une « approche globale » prenant en considération certaines spécificités de chaque usager constitue un risque de traitement différentiel discriminatoire pour les patients ainsi racialisés. Afin de répondre à cette question, cet article présente la façon dont certaines professionnelles<sup>5</sup>, travaillant dans le service d'urgences gynéco-obstétriques d'un hôpital public parisien, adaptent la prise en charge et les soins prodigués aux patientes qu'elles identifient comme roms en fonction de leurs différences culturelles présumées (Dubet *et al.*, 2013). Dans un contexte institutionnel qui voit le processus de catégorisation raciale<sup>6</sup> utilisé quotidiennement, nous observerons trois situations de « soin global » mises en œuvre à l'égard de patientes présumées roms dans ce service. Nous constaterons en quoi consistent les traitements « adaptés » mis en œuvre par les professionnelles du service – en termes de vigilance et de protection des usagers, d'égalité d'accès aux soins, et de respect du consentement des patients – et évaluerons en quoi l'adaptation des soins à la différence culturelle présumée de certains usagers est susceptible de « fabriquer des discriminations ».

5. Tous les entretiens réalisés dans ce service l'ont été avec des professionnelles de sexe féminin. En règle générale, nous avons constaté une forte présence féminine parmi les équipes des services de gynéco-obstétrique enquêtés.

6. Suivant Colette Guillaumin, nous considérons que l'emploi des termes « ethnique » ou « culturel » par les enquêtés n'est qu'une « vaine tentative » pour évincer le terme « race » jugé trop négativement connoté (Guillaumin, 2002 : 87). « *C'est que race et culture sont en un sens synonymes, ou plus exactement que ce sont deux entrées dans un syncrétisme où le symbolique et le corporel, le social ou le somatique, la "culture" et les traits physiques ne sont qu'une même et unique réalité, une essence* » (Guillaumin, 1994 : 5-8).

Cet article s'appuie sur des données recueillies au cours de l'observation réalisée entre mai et juillet 2012 dans le service d'urgences gynéco-obstétriques d'un établissement de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris du nord de la capitale. Menés avec des personnels médicaux, paramédicaux et administratifs, les entretiens semi-directifs mobilisés dans le cadre de cet article reflètent les propos recueillis dans de nombreux autres services. Pour cette raison, des situations comparables observées dans d'autres services sont également citées. L'analyse proposée ici repose plus largement sur les résultats d'une enquête empirique conduite entre 2009 et 2012 dans cinq établissements pluridisciplinaires (privés et publics) de la région parisienne. Des périodes d'observation de un à trois mois ont été menées dans quinze services différents (de diverses spécialités : urgences, gynéco-obstétrique, orthopédie, soins de suite et rééducation, réanimation, oncologie, etc.) et 74 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec plusieurs catégories de personnels hospitaliers<sup>7</sup>.

## ■ La souplesse procédurale comme adaptation à la différence culturelle

Aux dires des professionnels interrogés dans divers établissements<sup>8</sup>, les services gynéco-obstétriques de la région parisienne recevraient fréquemment des patientes identifiées comme roms, les accouchements faisant partie des principaux motifs de recours à l'hôpital de ces populations.

*« On sait que, quand on voit les caravanes, toutes les femmes enceintes vont venir en même temps. »* (Anne Fournier, ~45 ans, cadre médico-social)

Dans tous les établissements enquêtés, la première question que soulève la prise en charge des patientes présumées roms est alors celle de leur âge : elles sont décrites comme particulièrement jeunes, souvent mineures.

---

7. Les « professionnels hospitaliers » désignent ici une réalité extrêmement hétérogène, puisque nous avons fait le choix d'intégrer tous types de professionnels (médicaux, paramédicaux et administratifs) en contact avec les usagers lors de leur venue dans l'institution, quels que soient leur métier ou la mission qu'ils réalisent lors de cette interaction.

8. Afin de respecter l'anonymat des enquêtés, des pseudonymes leur ont été attribués. De même, nous avons anonymisé le nom des établissements enquêtés afin de prévenir toute possibilité trop évidente d'identification (notamment dans le cas des responsables de services ou des membres de direction).

« En général, les femmes [roms], elles font des enfants à quatorze ans. » (Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.)

« Il y a un truc particulier à leur culture, enfin qui est différent de la nôtre du moins, très différent, c'est que tu peux te retrouver à accoucher des patientes de seize ans qui ont déjà un enfant. » (Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

Les résultats de plusieurs recherches menées sur cette question confirment la jeunesse globale des primipares identifiées comme roms. En 2000, une étude relative à la santé des populations « roms » en Europe, menée dans le cadre du projet Romeurope, indiquait que plus de 50 % des primipares roms auraient moins de dix-sept ans. Huit ans plus tard, un rapport de Médecins du Monde arrive à la même conclusion : « l'âge moyen de la première grossesse [des femmes roms] est de 17 ans ». En 2013, un travail de recherche note que « les données concernant la santé reproductive sont éloquentes : l'âge moyen de la première grossesse est de 17 ans, 1/10 femme bénéficie d'un moyen contraceptif et d'un suivi de grossesse, 2 grossesses sur 4 aboutissent à une naissance vivante, le nombre moyen de grossesses à 22 ans est de 4, le taux d'IVG à 22 ans est de 2 » (Imbert, 2013 : 211).

Alors que toutes les soignantes du service gynéco-obstétrique de l'Hôpital L interrogées affirment que l'âge de la patiente enceinte n'a aucune influence sur sa prise en charge d'un point de vue technique ou légal, ces grossesses précoces sont malgré tout fréquemment commentées parmi les enquêtées. Elles sont souvent présentées par les soignantes comme l'illustration d'une différence culturelle entre « eux » et « nous ». Pauline qui est interne en gynécologie-obstétrique compare ces patientes avec « des enfants élevés en France » et constate que les jeunes parturientes présumées roms ont la maturité d'« une jeune femme de vingt ans en France ». Pour elle, la jeunesse des primipares qu'elle identifie comme roms est « un truc particulier à leur culture ».

« Physiquement on peut [accoucher à treize ans], à partir du moment où la fille est pubère. Après, du coup, elles sont souvent un petit peu effrayées mais elles sont quand même pas effrayées comme (...) des Françaises de treize ans, parce qu'elles n'ont pas du tout la même maturité. C'est pas du tout les mêmes conditions de vie, elles n'ont pas vécu la même chose. (...) Techniquement, ça ne change rien et légalement non plus, une fois qu'elles sont mères, elles sont émancipées donc tu les considères comme des

*majeures.* » (Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

Émilie, infirmière dans le même service de l'hôpital L, a fait toute sa jeune carrière dans des services de maternité ou d'urgences gynéco-obstétriques et se dit « choquée » par ces grossesses révélatrices d'une différence culturelle heurtant la « mentalité occidentale ».

*« Après, je pense que c'est plus dans notre conscience en disant "elle a treize ans !" (...) Ben ça nous choque par rapport à nous, occidentaux où, voilà quoi, ce n'est pas notre mentalité. »* (Émilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

D'un point de vue administratif, la cadre supérieure du service explique que toutes les grossesses de mineures doivent faire l'objet d'un signalement auprès du service d'aide à l'enfance (ASE) du Conseil Général afin de prévenir les risques de maltraitance<sup>9</sup>. Anne-Marie a fait ses vingt premières années de carrière en tant que sage-femme dans divers établissements de la région parisienne. Puis, après quelques années en tant que conseillère conjugale ou familiale au planning familial, elle est devenue cadre et enfin cadre supérieure de service. Tout en hésitant à se définir ouvertement comme féministe, elle dit avoir tiré de son expérience professionnelle une connaissance de « l'évolution de la femme à la française » des membres présumés de différents groupes minorisés.

*« Alors, l'intégration pour moi c'est l'évolution de la femme à la française. Soyons claires, j'ai pas vu d'évolution de la femme à la française chez les Roms (...). »* (Anne-Marie, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

Pour elle, la précocité des grossesses étant de l'ordre de la tradition culturelle chez les « Roms », il y aurait moins de risques qu'elles ne soient le résultat de maltraitances (inceste ou viol par exemple) – contrairement aux « familles autochtones » dans le même cas. Elle se dit donc « moins inquiète » pour ces jeunes parturientes du fait de ce qu'elle décrit comme leur « appartenance ethnique ».

---

9. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.



« On a eu une [patiente rom] tout récemment qui avait quinze ans a priori (...), on les voyait en couple et lui avait dix-sept ans. (...) Ils étaient mariés coutumier. On n'a pas eu d'inquiétude. On l'a signalée parce que, dans les normes françaises, toute grossesse mineure doit être signalée. Maintenant, il y a une famille aussi autour, ils ne sont pas isolés. Voilà, on est moyennement inquiets quant à la maltraitance, ce qui ne serait pas forcément le cas d'une famille autochtone on va dire, où on serait probablement plus inquiets. » (Anne-Marie, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

Cette discordance entre les pratiques supposées des « Roms » et les normes françaises est également soulignée par l'assistante sociale du service qui décrit les difficultés qu'elle a rencontrées lors du suivi de grossesse d'une patiente présumée rom de quatorze ans. Après un cursus universitaire en langues et quelques années de petits boulots en Angleterre, Ingrid décide de reprendre des études pour devenir assistante sociale. En poste aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital public L depuis trois ans au moment de l'entretien, elle estime que ses compétences linguistiques sont un atout dans l'exercice de son nouveau métier et affirme son goût pour la « notion d'interculturalité, [qui lui] paraît essentielle de nos jours ». Sa tâche principale en tant qu'assistante sociale consiste, selon elle, à « rendre ces femmes [étrangères] autonomes », à leur « expliquer comment ça fonctionne » et à les aider à « comprendre quelques règles de la société en France ». Dans le cas qui nous intéresse ici, Ingrid estime que la jeune femme « rom » de quatorze ans dont elle assure le suivi social ne fait l'objet d'aucune maltraitance et bénéficie d'un environnement familial stable. Sa grossesse serait tout simplement le résultat d'une tradition culturelle dans laquelle « on se marie très jeune » et au sein de laquelle « le statut de la femme passe par la maternité ».

« C'est une communauté rom qui se marie très jeune, c'est comme ça. De toute façon c'était un enfant qu'elle désirait. Elle venait à toutes ses consultations médicales, elle faisait en sorte d'adhérer à ce que je lui proposais en termes de social. Avec son compagnon, âgé de dix-neuf ans, c'était un mariage arrangé entre familles. Alors, ce qui s'est passé c'est que ce petit couple s'était rencontré en Roumanie (...), ils se sont plu. Elle s'appelait [Teodora]. À l'époque, elle avait douze ans, elle se sentait pas bien dans sa famille (...) du coup, les deux familles se sont mis d'accord pour qu'ils se mettent en couple. » (Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

Pourtant, la jeunesse de cette primipare suscite la méfiance des institutions telles le Samusocial qui la soupçonne de se prostituer. Ingrid ne peut alors se contenter de laisser la procédure suivre son cours. Elle se fait l'avocate de la jeune femme auprès du juge des enfants afin de faire reconnaître sa situation familiale inhabituelle comme une conséquence de sa différence culturelle et non comme l'indice d'une éventuelle maltraitance.

*« Ce qu'on avait mis en place, c'était que les grands-parents de Monsieur puissent vivre avec eux, donc je trouvais que c'était pas mal quoi. Donc le 115 a refusé, ce qui fait qu'ils étaient toujours dans leur camp de caravanes à [A] et qu'élever un enfant dans ces conditions, c'était quand même moins bien. Et ils [le 115] ont fait un signalement sans me prévenir parce que la maraude (...) pensait qu'ils avaient vu [Teodora, la patiente] au Bois de Boulogne – parce qu'il y a un gros camp rom pas loin du Bois de Boulogne –, donc suspicion de prostitution et tout le bazar. (...) Donc ce signalement a précipité tout ça et j'ai dû faire un écrit en urgence au juge en lui expliquant que non, cette jeune femme n'était pas en danger, qu'elle n'était pas maltraitée. "Oui elle a quatorze ans, je sais, elle est enceinte [à] quatorze ans, c'est compliqué". Et finalement, ils ont fini par rencontrer le juge qui a évalué exactement la même chose que moi et qui a permis à [Teodora] de vivre avec les grands-parents, ses beaux-parents. (...) Elle faisait vraiment gamine avec une tête de bébé, dès qu'elle passait quelque part ça interpellait tout le monde... et puis parce qu'elle faisait rom quoi, il faut le dire aussi. » (Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)*

Les témoignages de ces deux professionnelles illustrent la façon dont une « prise en charge globale » peut les conduire à opter pour une interprétation souple de certaines obligations administratives et légales, ce qui est également le cas dans d'autres services, lors de la gestion du décès de patients identifiés comme roms par exemple (Prud'homme, 2015 : 387-402). Des solutions pragmatiques, mais dérogeant parfois aux procédures institutionnelles, sont alors recherchées afin d'accueillir les nombreux proches du défunt.

*« Il est arrivé pendant une de mes gardes à [l'Hôpital L] de faire appel à la sécurité de l'hôpital d'abord, puis à la police ensuite, pour faire évacuer la famille lors du décès d'un patient [rom] dans le service de réanimation. (...) Il y avait une menace de sécurité. Il y avait deux cents*

*personnes dans l'hôpital, de la communauté et tous voulaient rentrer dans le service (...). Avec la cadre de nuit nous avons dit que l'on allait faire évacuer, et qu'on acceptait deux personnes de la famille proche auprès du corps. On a accepté de le garder, de ne pas le mettre en amphithéâtre<sup>10</sup>, ce qui n'est pas évident dans un service de réa[nimation] mais il faut bien comprendre aussi jusqu'où on peut aller. » (Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.)*

Dans le cas du service de gynéco-obstétrique, notons toutefois que si les professionnelles justifient ces interprétations souples des obligations administratives par la différence culturelle présumée de ces patientes qu'elles identifient comme roms, il s'agit d'un argument de pure forme puisque ce sont en réalité les informations spécifiques qu'elles ont recueillies sur l'histoire et la situation familiale de ces patientes qui fondent et légitiment leurs décisions. Le jeune âge de ces patientes n'est plus considéré comme un risque ou un problème dès lors que les professionnelles ont vérifié que leur situation socio-économique et familiale est stable et que leur grossesse est voulue. Les récits qu'elles en font donnent à voir l'attention, l'investissement, voire l'engagement personnel que leur a demandé l'adaptation de la partie relationnelle de la prise en charge de ces jeunes parturientes identifiées comme roms. Toutefois, les contraintes professionnelles et institutionnelles qui pèsent sur le personnel hospitalier ne permettent pas toujours un investissement aussi important.

## ■ De la différence culturelle à la discrimination dans la relation de soin

Nous avons constaté, lors de nos observations dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L, qu'aborder la question de la contraception lors de consultations gynécologiques avec des patientes présumées roms est considéré comme impossible par la majorité des médecins rencontrés, qui expliquent que ce sujet serait complètement extérieur à leur « culture ». Élève brillante issue d'une « famille où il y a beaucoup de sociologues », Julia est une interne de médecine générale avec une solide expérience associative. Elle déclare avoir eu un « coup de cœur » pour les « Roms » lors d'un stage chez un généraliste de la région Île-de-France

10. Chambre mortuaire.

et considère que ces patients doivent être pris en charge comme tous les autres, avec le même respect et selon les mêmes règles. Pourtant, il n'est, selon elle, pas possible d'aborder la question de la contraception avec les « femmes roms » si ces dernières n'en font pas mention les premières.

*« La contraception chez les Roms, c'est un truc, juste, déjà t'y connais rien, c'est-à-dire que c'est pas du tout leur culture, enfin tu vois c'est un truc, aller parler de contraception à des Roms... Il faut que ça naisse d'une envie de leur côté, ça c'est évident. »* (Julia, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.)

Pour sa collègue Pauline, interne de gynéco-obstétrique, parler de contraception avec les patientes identifiées comme roms est également « très compliqué ». D'après elle, non seulement la « barrière de la langue », les ressources financières et le mode de vie supposé nomade des « Roms » entraveraient, d'un point de vue matériel, le recours des « femmes roms » à la contraception, mais ce dernier ne ferait, de toute façon, pas partie de leur « culture ».

*« C'est pas possible [d'avoir des conversations à propos de contraception avec des patientes roms] parce que la barrière de la langue est vachement... (...) La contraception ça implique un coût financier qui est beaucoup trop compliqué. Alors, après, oui tu as les implants, tu sais les implants qu'on met dans le bras, mais ça implique quand même un certain suivi gynécologique qui est difficilement gérable vu qu'ils voyagent tout le temps. Donc, la contraception c'est un peu compliqué et puis, de toute façon, ça ne fait pas partie de leur culture. »* (Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

En déclarant que la contraception ne fait pas partie de la « culture rom », ces professionnelles déduisent de l'appartenance présumée de certaines patientes à cette « communauté » leur volonté « d'avoir des enfants ».

*« C'est plutôt [des femmes] qui vont avoir beaucoup d'enfants et qui ont commencé très tôt et qui vont avoir cinq, six enfants. »* (Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

Elles refusent par conséquent de s'opposer à ce qu'elles perçoivent comme leur désir de maternité en abordant la question de la contraception lors de

consultations gynécologiques. Il s'agit, d'après elles, de respecter les décisions et la liberté de choix de ces patientes présumées roms.

*« Il ne faut pas empêcher les gens d'avoir des enfants s'ils veulent avoir des enfants, chacun sa vision des choses, enfin moi ça me gêne pas. »*  
(Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

Or, Médecins du Monde s'est penché sur les raisons pour lesquelles seules 10 % des femmes « Rroms » utilisent un moyen de contraception<sup>11</sup>. Un rapport daté de 2008 apporte les précisions suivantes : *« les femmes [Rroms] sont souvent demandeuses d'une contraception mais elles n'osent pas faire la démarche et ne savent pas à qui en faire la demande. Quand elles osent nous en parler c'est souvent à la fin de la consultation, à demi-mot et très gênées. Elles font cette démarche le plus souvent après la seconde ou la troisième grossesse. »* L'attitude des professionnelles que nous avons rencontrées, s'abstenant au nom de la différence culturelle de proposer des moyens contraceptifs aux femmes qu'elles identifient comme roms, ne fait alors qu'entraver l'accès déjà difficile de ces femmes à la contraception.

En revanche, les « femmes roms » sont perçues, par un grand nombre de soignantes du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L, comme ayant couramment recours aux processus d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Ce sujet est présenté comme bien moins tabou que celui de la contraception.

*« Alors, en revanche l'IVG, j'en ai déjà discuté, mais en fait, ça, elles connaissent. Bah oui, quand tu te trouves dans une situation délicate et que tu as envie de l'arranger, tu sais trouver les informations là où il faut. Et puis, oui je pense qu'il y a une communauté de femmes très soudées et elles se passent les infos sans problème. »* (Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

Le rapport de Médecins du Monde note à ce sujet que *« 43,3 % des femmes [rroms] avaient déjà avorté à seulement vingt-deux ans d'âge moyen. Le nombre moyen d'IVG par femme est de 1,3 et de 3,3 pour celles ayant déjà subi au moins une IVG. »* Pour Anne-Marie, la sage-femme cadre supérieure du

11. Données recueillies par les équipes de Médecins du Monde au cours d'une centaine d'entretiens de suivi de grossesse réalisés auprès de « femmes Rroms » de la région Ile-de-France en 2007.

service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L, la procédure d'interruption volontaire de grossesse serait utilisée comme un moyen de contraception de substitution par les femmes qu'elle identifie comme roms.

*« L'IVG à la tradition roumaine et yougoslave, c'est-à-dire que c'est un moyen de contraception qui était utilisé. Je me souviens [du] médecin responsable des PMI IVG dans le 93, (...) elle a été très surprise de faire une IVG chez une patiente, c'était sa dix-huitième IVG ! C'était quelque chose d'inimaginable en France à cette époque-là. L'IVG était considérée comme de la contraception. Donc, un rapport à l'IVG qui est complètement différent. »* (Anne-Marie, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

Pour cette professionnelle, la tradition roumaine ou yougoslave expliquerait que les « femmes roms » utiliseraient les procédures d'IVG comme un moyen de contraception. Un rapport publié par Médecins du Monde sur ces questions souligne, quant à lui, le défaut d'information concernant les moyens de contraception pour expliquer le recours à l'IVG par ces femmes : *« la situation d'extrême dénuement économique et socio-éducatif dans laquelle se trouvent ces femmes renforce leur méconnaissance des moyens contraceptifs. Un manque d'information qui les conduit souvent à recourir à l'IVG. »* Faute d'informations sur les moyens de contraception auxquels elles pourraient avoir accès, ces patientes auraient recours aux procédures d'interruption volontaire de grossesse comme moyen de contrôle des naissances.

En refusant, au nom du respect de la différence culturelle, de parler de contraception avec les patientes présumées roms qu'elles reçoivent en consultation, ces professionnelles ne font dès lors que renforcer et perpétuer indirectement les rapports de domination dont elles estiment ces femmes victimes dans leur « communauté ». L'adaptation de la pratique professionnelle à la « différence culturelle rom » aboutit finalement ici à la perpétuation du stéréotype de la « femme rom » confinée à un rôle maternel. La non-proposition (Warin, 2010 : 6) de contraceptifs, fondée sur une perception racialisante des « femmes roms » de la part des professionnelles, produit alors un traitement différentiel discriminatoire.

Ces pratiques trouvent des traductions dans d'autres services hospitaliers (Prud'homme, 2015 : 378-387). Par exemple aux urgences, la désignation du « chef rom » comme interlocuteur principal de l'équipe de soin est présentée comme une forme de respect envers l'organisation communautaire de la population rom et ses traditions culturelles présumées.

« Il y a une règle complètement débile, mais fondamentale : il faut trouver le négociateur du groupe, celui qui a l'autorité, et comment on fait ? Et bien il faut juste demander "avec qui est-ce que je peux discuter ?". Ça suffit à faire passer l'idée d'une acceptation des règles du groupe. »  
(Pierre-Alain, ~60 ans, directeur d'hôpital).

Or, si cette désignation permet aux professionnels hospitaliers de déléguer une partie de leurs tâches de communication et de maintien de l'ordre à cet intermédiaire *ad hoc*, elle est néanmoins susceptible d'entraîner des dérives en matière de respect des droits du patient en termes de confidentialité des échanges et de consentement éclairé – source potentielle de discrimination. Voyons maintenant de quelle façon la différence culturelle des patientes présumées roms peut être avancée comme un argument en faveur d'une modification, non pas de la partie relationnelle, mais de la partie technique du soin.

## ■ L'« adaptation » du traitement médical à la différence culturelle

Lorsqu'ils abordent la question de l'adaptation des soins à la « différence culturelle » des patients, les professionnels hospitaliers rencontrés parlent en général implicitement d'une adaptation de la partie relationnelle du soin : comment s'adresser au patient, ce que peut signifier telle ou telle attitude ou façon de s'exprimer dans sa « culture », etc. Pour les médecins en particulier, il est *a priori* inconcevable de modifier « le geste technique » en fonction de la culture présumée des patients. L'adaptation de la partie technique du soin constituerait à leurs yeux une forme de discrimination raciale.

« Je pense qu'il est essentiel de s'adapter à une différence culturelle dans le rapport que tu as avec un autre humain, mais (...) jamais dans le geste [technique], j'ai toujours les mêmes réflexes de geste. » (Elsa, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.)

En réalité, la dichotomie est moins nette qu'ils ne la présentent et quelques médecins interrogés étendent leur conception de l'adaptation à la différence culturelle présumée des patients à certains gestes techniques et certaines décisions médicales. Dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L, Pauline, interne de gynéco-obstétrique, revendique ainsi la nécessité, dans

certains cas, d'un traitement différentiel en fonction de l'origine (réelle ou supposée) de ses patientes<sup>12</sup>. Elle cite le cas de « femmes roms » présentant une grossesse extra-utérine, c'est-à-dire en cas d'implantation et de développement de l'œuf en dehors de l'utérus. Cette situation grave et urgente, qui peut mettre en danger la vie de la femme, est traitée soit par injections lorsque la grossesse extra-utérine est dépistée précocement, soit par intervention chirurgicale en cas de grossesse plus avancée ou d'hémorragie interne. Pauline explique choisir systématiquement l'opération chirurgicale pour les patientes qu'elle identifie comme roms et ce, quels que soient le terme ou la condition médicale de la patiente. En effet, selon elle, les conditions de vie précaires des patientes qu'elle identifie comme roms et surtout leurs faibles compétences linguistiques ne leur permettent pas de se conformer au suivi médical minutieux nécessaire en cas de traitement par injections. Elle admet ainsi volontiers leur appliquer un traitement différentiel au motif de leur appartenance présumée au groupe rom en optant à chaque fois pour la solution chirurgicale.

*« On va les traiter différemment [les patientes roms]. Alors tu sais, c'est le genre de patiente que tu vas préférer opérer pour ne prendre aucun risque. Le traitement médical de la grossesse extra-utérine est complètement contre-indiqué chez une patiente qui ne comprend pas, qui vit dans des conditions précaires et qui risque sa vie à ne pas être traitée dès que tu l'as vue. Donc c'est des patientes qu'on va opérer en fait (...). Si tu suspectes une grossesse extra-utérine, tu fais revenir la patiente toutes les 48h. En revanche une fois que tu as fait le diagnostic, tu as le choix entre un traitement médical par une injection d'un médicament qui s'appelle le méthotrexate, ou par une intervention chirurgicale. Le choix se fait en fonction de la gravité de la grossesse extra-utérine à savoir le terme, le taux de l'hormone de grossesse, la taille de la masse de la grossesse extra-utérine si tu la vois, mais aussi sur des critères... sociaux comme la précarité, la capacité à comprendre la langue dans laquelle tu parles et la capacité à comprendre le diagnostic et les risques encourus, donc voilà. » (Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)*

12. Des professionnels rencontrés dans d'autres services revendiquent également l'adaptation du traitement médical ou chirurgical de certains patients en fonction de leur différence culturelle perçue (Prud'homme; 2015 : 306-402).



Or, alors que Pauline justifie notamment sa décision par l'absence de « capacité à comprendre » des patientes présumées roms, l'adaptation de leur prise en charge ne consiste pas à chercher des moyens d'interprétariat ou à investir davantage la partie relationnelle du soin. Pourtant, Pauline appartient à cette jeune génération de médecins qui affirme clairement son attachement au relationnel, au rôle du patient dans la relation de soin et au principe de consentement éclairé.

*« On n'est plus du tout au temps où les médecins étaient des dieux et où on fait tout ce qu'ils disent et tout ça, jamais. Toutes les patientes posent des questions et toutes, heureusement, ont un choix dans la prise en charge et décident clairement. (...) [La patiente] a un rôle parce qu'elle a des décisions à prendre. C'est toujours elle qui décide. Elle a un rôle décisionnel. »*  
(Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.)

En réalité, pour respecter des contraintes de temps, de moyens matériels et humains, de cadences et de résultats (Belorgey, 2010 ; Couty, 2013 ; Palier, 2010), l'immense majorité des soignants que nous avons interrogés déclarent ne pas recourir aux moyens d'interprétariat (internes ou externes) à leur disposition lors de la prise en charge de patients ou patientes ne parlant pas ou peu français. Ils disent utiliser un mode de communication mimé qui, selon leurs propres termes, les conduit à exercer une « médecine vétérinaire » (Prud'homme ; 2015 : 311-347). Pauline ne fait pas exception en considérant la « barrière de la langue » comme *a priori* indépassable. Elle déduit de l'appartenance présumée de ces femmes au groupe « rom » leurs conditions de vie et leur incapacité à comprendre les modalités de suivi du traitement de la grossesse extra-utérine par injection – ce qu'elle ne peut vérifier en l'absence d'interprète<sup>13</sup>. Tout en revendiquant le principe de consentement éclairé comme une valeur centrale de sa pratique professionnelle, l'interne le contourne en s'appuyant sur la catégorisation raciale de ces patientes. Le recours systématique, pour certaines populations racialisées, à un traitement chirurgical au lieu d'une décision médicale adaptée à l'état de santé de chaque patiente est alors constitutif d'une discrimination.

13. Nombre de professionnels interrogés associent spontanément l'identité rom au nomadisme. Ils expliquent que la vie de ces populations « dans des campements » serait un choix culturel et non le résultat de contraintes socio-économiques (Prud'homme, 2015 : 76-126, 402-466).

## ■ Conclusion

Théoriquement, la mise en œuvre d'un « soin global » adapté aux spécificités de chaque patient vise à garantir l'équité des soins. Nous constatons que cette équité ne peut être atteinte par la seule prise en considération de la culture d'appartenance des patients qui se présentent à l'hôpital. Dans les cas que nous avons étudiés ici, la « différence culturelle » des femmes identifiées comme roms est bien souvent utilisée comme un prétexte, quand la bonne connaissance d'un dossier ou le temps dédié à la recherche d'un interprète est principalement en cause. Sans un investissement accru de la part des professionnels hospitaliers dans la relation de soin, et donc davantage de temps, de moyens humains et matériels, l'« adaptation » est susceptible de conduire à une discrimination des usagers perçus comme culturellement différents. Ainsi, lorsque le soin global tente de respecter des « tabous culturels » présumés, il conduit parfois à une non-proposition, comme lorsque les professionnelles du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L n'osent pas aborder la question de la contraception avec les femmes qu'elles identifient comme roms.

Finalement, l'imprécision qui entoure la notion d'« adaptation » autorise la mise en œuvre de pratiques professionnelles différentielles, fondées sur les représentations racialisées que les agents institutionnels ont au sujet des patients qu'ils prennent en charge. Ces représentations racialisantes, alliées aux contraintes institutionnelles croissantes qu'imposent les réformes hospitalières inspirées du *New Public Management*, provoquent parfois une discrimination des usagers présumés roms. En effet, ces réformes dont les objectifs primordiaux sont la maîtrise des dépenses de santé, l'augmentation de la productivité et la rentabilité des établissements de santé (Belorgey, 2010 ; Couty, 2013 ; Dormont et Milcent, 2012 ; Palier, 2010) désignent indirectement certains patients comme autant d'obstacles sur la voie de la rentabilité financière (Prud'homme, 2015 : 466-534). Elles contribuent à éclipser progressivement les principes d'égalité et de solidarité qui gouvernent l'hôpital, et altèrent la qualité des soins qui y sont dispensés (Belorgey, 2010 : 273). Derrière le cas particulier des usagers identifiés comme roms, ce sont plus largement toutes les populations précaires et vulnérables qui sont susceptibles de connaître ces traitements différentiels « adaptés ».

### ■■■ références

- Arborio A.-M.**, 1996. Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière, *Genèses*, 22 (1), 87-106.
- Belorgey N.**, 2010. *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.
- Bezès P.**, 2012. État, experts et savoirs néo-managériaux. Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 3, n° 193, 16-37.
- Bonilla-Silva E.**, 2001. *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, Boulder, Colo., L. Rienner.
- Camus A., Dodier N.**, 1997. L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital, *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 52 (4), 733-763.
- Carde E.**, 2006. « On ne laisse mourir personne. » Les discriminations dans l'accès aux soins, *Travailler*, 6 (2), 57-80.
- Carde E.**, 2007. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins, *Santé Publique*, 19 (2), 99-109.
- Cognet M., Gabarro G., Adam-Vezina E.**, 2009. Entre droit aux soins et qualité des soins, *Hommes & Migrations*, 1282.
- Couty E.**, 2013. Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient?, *Les Tribunes de la santé*, 40 (3), 23-35.
- Dormont B. et Milcent C.**, 2012. Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés? Les enjeux de la convergence tarifaire, *Économie et statistique*, 455-456, 43-173.
- Dubet F., Cousin O., Macé E., Rui S.**, 2013. *Pourquoi moi? L'expérience des discriminations*, Seuil.
- Eberhard M.**, 2001. Catégorisations ethno-raciales au guichet, *Les cahiers du CERIEM*, 8, 35-51.
- Elias E., Scotson J. L.**, 1994. *The established and the outsiders: a sociological enquiry into community problems*, London, Sage.
- Fassin D.**, 1999. L'indicible et l'impensé. La question « immigrée » dans les politiques du sida, *Sciences sociales et santé*, 17 (4) 5-36.
- Fassin D.**, 2000. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration, *Hommes & Migrations*, 1225 (5-12).
- Fassin D.**, 2001. Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers, *Sciences sociales et santé*, 19 (4), 5-34.
- Fassin D.**, 2001. The Biopolitics of Otherness: Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate, *Anthropology Today*, 17 (1), 3-7.

- Freidson E.**, 1984, *La Profession médicale*, Paris, Payot.
- Giddens A.**, 1987. *La Constitution de la société: éléments de la théorie de la structuration*, Paris, Presses universitaires de France.
- Guillaumin C.**, 1994. Un bien vieux néo-racisme, *Pluriel-recherches, vocabulaire historique et critique des relations inter-ethniques*, 2, 5-8.
- Guillaumin C.**, 2002. *L'idéologie raciste: genèse et langage actuel*, Paris, Gallimard.
- Hughes E. C.**, 1997. *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Imbert C., Bidault E., Goujon N., Goudet B.**, 2013. Éducation à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom, *Santé Publique*, 2 (2), 209-215.
- Karasoglu M.**, 2002. *La prise en charge globale, notion fédératrice du projet de soins: quelle stratégie pour le directeur de soins?* Mémoire, École Nationale de la Santé Publique, Rennes.
- Kessar Z.**, 2000. La formation en anthropologie à l'hôpital, *Hommes & Migrations*, 1225, 112.
- Kotobi L.**, 2000. Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital, *Hommes & Migrations*, 1225, 62-72.
- Nacu A.**, 2011. À quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes, *Sociologie du travail*, 53 (1), 109-130.
- Omi M. et Winant H.**, 1994. *Racial Formation in the United States: from the 1960s to the 1990s*, New York, Routledge.
- Palier B.**, 2010. *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Peneff J.**, 2000. *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié.
- Prud'homme D.**, 2015. *Racialisation en urgence. Représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012)*, Thèse de science politique, Science Po Bordeaux, Bordeaux.
- Psiuk T.**, 2008. L'espace intime du soin, *Recherche en soins infirmiers*, 93 (2), 14.
- Équipe Romeurope**, 1999. *Projet Romeurope*, *Études Tsiganes*, 14 (2).
- Médecins du Monde** auprès des femmes Roms, 2008.
- Roth J. A.**, 1972. Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service, *American Journal of Sociology*, 77 (5), 839-856.
- Sargent C. et Larchanché S.**, 2007. The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women, *Body & Society*, 13 (3), 79-102.

**Sauvegrain P.**, 2010. *Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*, Thèse de sociologie, Université Paris Diderot (Paris VII), Paris.

**Sauvegrain P.**, 2012. La santé maternelle des « Africaines » en Ile-de-France: racisation des patientes et trajectoires de soins, *Revue européenne des migrations internationales*, 28 (2), 81-100.

**Spire A.**, 2010. La discrimination des étrangers au guichet, *Regards Sociologiques*, 39.

**Taguieff P.-A.**, 2013. Racialisation et Racisation, in Taguieff P.-A. (dir.), *Dictionnaire historique et critique du racisme*, Paris, Presses universitaires de France, 1490-1495.

**Warin P.**, 2010. *Le non-recours: définitions et typologies*, Grenoble, Observatoire des non-recours aux droits et services.

■■■

**Dorothee Prud'homme** est docteure en science politique, chercheuse associée au Centre Émile Durkheim de Sciences Po Bordeaux. Sa thèse s'intitule « La Racialisation en urgence. Représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012) ».

■ do.prudhomme@gmail.com

■■■