

R F A S

Revue française des affaires sociales

Dossier thématique

Migrations et santé : faire face au soin entravé Contraintes, expériences, adaptations

Coordonné par Estelle d'Halluin, Chloé Tisserand et Simeng Wang

2024
N° 3
JUILLET-SEPTEMBRE

DOSSIER THÉMATIQUE

MIGRATIONS ET SANTÉ : FAIRE FACE AU SOIN ENTRAVÉ CONTRAINTES, EXPÉRIENCES, ADAPTATIONS

Coordonné par Estelle d'Halluin,
Chloé Tisserand et Simeng Wang

R F A S

Revue française des affaires sociales

La **documentation** Française

MIGRATIONS ET SANTÉ : FAIRE FACE AU SOIN ENTRAVÉ CONTRAINTES, EXPÉRIENCES, ADAPTATIONS

7 Avant-propos

Estelle d'Halluin, Chloé Tisserand et Simeng Wang

RÉSISTANCES SUBJECTIVES ET PRATIQUES FACE AU SOIN ENTRAVÉ : CONTOURNEMENT, RENONCEMENT ET EXPÉRIENCE

27 Épuiser la biolégitimité. La fragilisation du droit au séjour pour soins en France hexagonale

Léo Manac'h

49 Une santé à la marge : l'imbrication des entraves à la santé dans les trajectoires des exilé-es vivant en squat

Grégory Beltran, Alfonsina Faya Robles et Sarah Nicaise

71 Effets de la précarité administrative sur la santé des migrants âgés

Emmanuel Niyonsaba et Thibault Moulaert

91 Prendre soin des personnes âgées immigrées souffrant de troubles psychiques : trajectoires d'aide des familles

Jehanne Liogier d'Ardhuy

ENJEUX ORGANISATIONNELS, INSTITUTIONNELS ET PROFESSIONNELS DU SOIN POUR OU PAR LES PERSONNES MIGRANTES

115 Les limites du « tapis rouge ». Le cas de l'accès aux soins des exilés issus d'Ukraine en France en 2022

Ludovic Joxe

133 Mobiliser des savoirs communautaires dans la médiation en santé : le cas de la PrEP parmi les femmes trans, migrantes, travailleuses du sexe, séronégatives

Clark Pignedoli, Kim Isip, Vanessa Vega, Alondra Peralta, Inès et Giovanna Rincón

- 155 De l'inégalité d'usage des dispositifs de prévention ciblés du VIH entre exilés homosexuels**
Cyriac Bouchet-Mayer
- 171 La prise en charge des mineurs comoriens « évasanés » de Mayotte vers La Réunion et leurs proches : le secteur associatif aux avant-postes ?**
Adèle Bahuaud, Victoire Cottureau et Dolorès Pourette
- 193 Soigner le trauma des migrants dans les centres régionaux de psychotraumatisme : entre enjeu de santé publique et épreuves pratiques**
Gwen Le Goff
- 215 [EXPÉRIENCE] Soutenir la santé mentale des personnes migrantes ou désanitariser le soin ?**
Coline Auvigne, Nicolas Chambon et Valentine Remy
- 235 [POINT DE VUE] La santé des immigrés au piège du totem de l'aide médicale d'État**
Caroline Izambert

NOTES DE LECTURE CRITIQUES

- 247 *Dans la salle d'attente du système de santé. Enquête dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)*, Jérémy Geeraert,**
Presses universitaires de Rennes, collection « le sens social », 2021
Chloé Tisserand
- 255 *Chinese in France amid the Covid-19 Pandemic: Daily Lives, Racial Struggles and Transnational Citizenship of Migrants and Descendants*, Simeng Wang (dir.),** Leiden (Pays-Bas), Brill, 2023
Lona Defrasne
- 259 [ANNEXE] Appel à contribution**

AUTRES THÈMES

- 277 Parcours de sans-abrisme de femmes en migration : pour une définition de l'abri et du sans-abrisme attentive aux enjeux de genre**
Clothilde Arnaud
- 296 Présentation des autrices et auteurs**

MIGRATIONS ET SANTÉ : FAIRE FACE AU SOIN ENTRAVÉ
CONTRAINTES, EXPÉRIENCES, ADAPTATIONS

MIGRATIONS ET SANTÉ : FAIRE FACE AU SOIN ENTRAVÉ CONTRAINTES, EXPÉRIENCES, ADAPTATIONS

AVANT-PROPOS

Estelle d'Halluin, Chloé Tisserand et Simeng Wang

Dans un contexte français marqué ces dernières décennies par de multiples réformes du droit des étrangers et des évolutions profondes du système de santé, la *Revue française des affaires sociales* a souhaité consacrer un dossier croisant les questions de migrations et de santé. Dans cette revue, le dernier dossier portant sur la migration (intitulé « Circulations migratoires : nouvelles dynamiques des migrations ») datait d'il y a vingt ans. Il entendait déplacer le regard sur les migrations en mettant en évidence les logiques diasporiques et les circulations migratoires qu'occulte trop souvent une approche au prisme de l'État d'accueil (du Cheyron et Leclerc, 2004). Les contributions mettaient en évidence, à l'échelle européenne, l'accroissement et la diversification des mobilités intra et extra-européennes, notamment de travailleurs immigrés, le phénomène croissant des migrations répétées et la diversité des expériences migratoires en fonction de l'origine nationale, de la qualification, de la profession, de l'âge et du genre. L'analyse des logiques diasporiques mettait en évidence des liens d'interdépendance entre pays d'origine et pays d'accueil, le poids des réseaux sur les circulations des personnes, l'entretien de flux financiers et économiques. Ces dynamiques de la migration en Europe, aujourd'hui bien documentées, demeurent. À l'échelle internationale, la part de la population migrante a encore cru en vingt ans, passant de 2,8 % en 2000 à 3,6 % en 2020 au sein de la population mondiale (données de l'Organisation internationale pour la migration). Les inégalités territoriales de développement, les conflits géopolitiques, les facteurs environnementaux – dont les effets du changement climatique planétaire ne constituent qu'une facette – entretiennent des mobilités humaines que facilitent les innovations dans les domaines des transports et de la technologie, et que modèle l'histoire des liens coloniaux et postcoloniaux (Wihtol de Wenden, 1997 ; Héran, 2023). Le phénomène migratoire se confirme ainsi comme une caractéristique de ce xxi^e siècle.

Ce numéro ne revient pas sur les multiples facteurs migratoires et la dynamique des flux à l'échelle macrosociale. Il resserre la focale sur un contexte national et vient plutôt en écho aux deux autres numéros de la *Revue française des affaires sociales* qui, en 1992 et 1997¹, se consacraient aux politiques d'accueil et aux conditions de vie des immigré·es en France. Car, si le fait migratoire est un trait de

1. Voir le numéro « L'immigration en France : données et perspectives », *Revue française des affaires sociales*, numéro hors-série, décembre 1992, 254 p. ; et le numéro « Insertion, intégration : concepts et pratiques », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin 1997, 291 p.

la globalisation, il est aussi en tension constante avec l'affirmation concomitante des États-nations dans l'ordre mondial. Arrivé-es sur un territoire, les migrant-es² sont aux prises avec le phénomène de nationalisation des sociétés, cette « tyrannie du national » dont Gérard Noiriel (1991) a retracé l'histoire. Les « identités de papier » (Noiriel, 1991) sont devenues un élément incontournable, tant pour circuler que pour faire valoir des droits. Dès la fin du xix^e, la République, pour se consolider, a cherché à intégrer la classe ouvrière au moyen de mesures sociales privilégiant le national et les étrangers ont ainsi été exclus des premières lois d'assistance sociale. Au xx^e siècle, le « monopole des moyens légitimes de circulation » (Torpey, 1998) constitue un autre aspect essentiel de l'institutionnalisation de l'État-nation moderne avec l'imposition du passeport qui, en France, devient incontournable pour passer les frontières après la Première Guerre mondiale. Aujourd'hui encore, les politiques nationales encouragent ou dissuadent certains types de mobilité internationale, définissent des conditions d'installation privilégiées et déterminent la jouissance de droits politiques et sociaux différenciés selon l'origine nationale (citoyens français, européens ou extracommunautaires), la durée d'installation ou encore la régularité du séjour pour les étrangers. Égaliser ou, au contraire, restreindre ces droits à travers des réformes législatives et réglementaires est au cœur d'une politisation et d'une médiatisation toujours plus intense en contexte de récession économique et d'accroissement des inégalités de revenus, en témoignent la période des années 1930 ou celle qui voit paraître ce numéro. À l'heure où nous écrivons cet éditorial, les partisans d'une limitation drastique de l'immigration et de la préférence nationale ont imposé ces thématiques dans les récents débats de la campagne pour les élections des députés du Parlement européen de juin 2024 et des élections législatives nationales de juin 2024 ; le parti nationaliste d'extrême droite a connu des succès électoraux sans précédent, non sans contre-mobilisation. Autour des problématiques de santé, la question de l'immigration cristallise de nombreux stéréotypes qui touchent plus particulièrement les immigrés des fractions populaires qui sont accusées de « tourisme médical » ou de recours abusif au système de santé. En dépit des recherches empiriques qui les déconstruisent (Geeraert, 2016 ; Isidro et Izambert, 2024), ils ont encore émaillé ces derniers mois les débats dans l'espace public et légitimé des réformes restrictives en matière de protection sanitaire et sociale des étrangers. Aussi, dans ce contexte, et dans le sillage de travaux antérieurs croisant les questions de migration et de santé, nous espérons que ce numéro contribuera à interroger des idées reçues, à mieux faire connaître les orientations – souvent en tension – de l'action publique, à rendre compte de la pluralité des acteurs mobilisés et des dispositifs, à donner de la visibilité aux expériences des principaux intéressés, migrants en situation de précarité.

Ce numéro s'intéresse à la manière de faire face aux soins entravés. Cette orientation est née d'un triple constat (le lecteur pourra se reporter à l'appel à

2. Le terme « migrant » est entendu au sens de l'Organisation internationale des migrations (OIM), dont la définition est large : elle inclut à la fois des personnes immigrées (nées étrangères à l'étranger et résidant en France) et des personnes en transit sur le territoire. Bien qu'il ait fait l'objet de nombreuses critiques en sciences sociales, nous préférons le retenir ici, par l'inclusion à la fois du prisme de l'émigration et de celui de l'immigration, dans la perspective critique d'A. Sayad (1977).

contribution pour une recension plus complète et précise de la littérature scientifique). En premier lieu, les inégalités de santé liées à la classe sociale, au genre ou à l'origine ethnoraciale sont aujourd'hui relativement bien documentées, en France comme à l'échelle internationale (Aïach, 2010 ; Azria *et al.*, 2020 ; Bajos *et al.*, 2020 ; Carde, 2007, 2011 ; Fassin, 2000 ; Menvielle *et al.*, 2021). L'abondante littérature sur la santé des migrant-es a mis en évidence la détérioration progressive de leur état de santé, déterminée par leurs conditions de vie d'une part, leurs difficultés spécifiques d'accès aux soins d'autre part. Pourtant, au-delà d'un constat relatif aux inégalités de santé ou d'accès aux soins, encore peu de travaux empiriques mettent en relief les logiques d'action et les pratiques des migrant-es et de leur entourage pour remédier à une santé dégradée, en mobilisant les ressources dont ils disposent. Comment font-ils et font-elles face ? Comme la crise pandémique de Covid-19 l'a récemment montré, la capacité d'agir des migrant-es paraît d'autant plus flagrante quand le système de santé français dysfonctionne. C'est ainsi que les migrant-es chinois-es non francophones du département de Seine-Saint-Denis (93), poussés par le sentiment d'être « délaissés-es » par les pouvoirs publics français, se sont appuyés-es, entre autres, sur leurs précédentes expériences de refus de prise en charge médicale pour auto-organiser une initiative de santé communautaire limitée à l'échelle d'un quartier de résidence. Durant la pandémie, ils ont ainsi mobilisé les ressources médicales et paramédicales au sein des réseaux ethniques, répandus aux échelles nationale française, européenne, mais également internationale (Li et Wang, 2023).

Deuxièmement, la connaissance des inégalités de santé n'est pas sans mobiliser, tout autant que les sujets concernés, les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social, et les décideurs politiques. En France, cette préoccupation a donné lieu, ces dernières décennies, à des politiques visant à lutter contre ces inégalités et à promouvoir, dans une orientation universaliste, « la santé pour tous », pour reprendre l'emblématique mot d'ordre d'Alma Ata en 1978. La couverture maladie universelle et la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire), les permanences d'accès aux soins de santé (Pass), la redécouverte de dispositifs « d'aller-vers », telles les équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP), furent quelques-unes des réformes emblématiques de ce volet de la politique vouée à réintégrer les patients en marge du soin dans le droit commun³. Pour autant, nombre de travaux de sciences sociales (Chauvenet, 1978 ; Memmi, 2018), montrent les multiples contraintes qui mettent à l'épreuve cette finalité : l'inégale répartition de l'offre de soins selon les territoires (et l'emblématique notion de « désert médical ») ; la politique de réduction des dépenses publiques, avec l'instauration d'un référentiel de marché à travers le « New Public Management » (NPM) pour rationaliser les coûts (Belorgey, 2010) ; la différenciation des publics liée à une intervention sociale ciblée sur des publics dits « vulnérables » (Thomas, 2010) ; les refus de soins associés autant au stigmate des bénéficiaires

3. Les Pass sont inscrites dans la loi de lutte contre l'exclusion de 1998. La loi du 27 juillet 1999 a créé une couverture maladie universelle afin d'assurer la prise en charge des soins aux assurés en situation de précarité, à la fois pour la part prise en charge par la Sécurité sociale (CMU de base) mais également pour la part complémentaire (CMU-complémentaire).

de la CMU-C qu'au rapport des praticiens à l'État et à l'assurance maladie, à leur degré d'intériorisation des logiques d'évaluation économique (Desprès et Lombrail, 2020). Ces entraves aux soins ont par ailleurs été abordées dans d'autres numéros récents de la revue⁴. Dans ce contexte, et concernant plus précisément les migrant-es, le recours des professionnels au service de l'interprétariat professionnel demeure limité (Pian *et al.*, 2018) et les logiques de contrôle liées à la politique d'immigration entretiennent souvent une défiance dans l'accueil des publics dans les procédures visant à activer leurs droits.

Un dernier constat – celui d'une succession, en France, de réformes du droit des étrangers depuis plusieurs décennies – éclaire le choix de centrer cet appel à contribution sur la condition des migrant-es en situation de précarité ou de marginalisation. En effet, sur fond de montée des populismes d'extrême-droite en Europe (Le Bras, 2023), les politiques migratoires sont davantage restrictives, notamment pour les ressortissants des pays tiers de l'Union européenne. En France, mais plus largement à l'échelle des politiques communautaires européennes, la balance entre compassion et répression (Fassin, 2001), protection et dissuasion, penche nettement du côté des mesures sécuritaires (Basilien-Gainche, 2019). En termes de droit en santé, plusieurs réformes illustrent cette logique, notamment l'instauration d'un délai de trois mois de résidence pour les demandeurs d'asile avant d'accéder à la protection universelle maladie (Puma), ou encore les débats récurrents autour de la suppression de l'aide médicale d'État spécifique aux étrangers en situation irrégulière au regard du droit au séjour (voir la contribution de Caroline Izambert dans ce numéro). C'était encore le cas dans la loi du 26 janvier 2024 « pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration » dont trente-cinq articles de loi ont été censurés totalement ou partiellement par le Conseil constitutionnel. Les dispositions de cette loi s'inscrivent dans une forme de continuité avec les réformes adoptées depuis les années 1980. D'une part, elles contribuent à faciliter les migrations qualifiées ou à régulariser au cas par cas dans des secteurs en tension selon une logique utilitariste. D'autre part, elles produisent pour les autres résidents extracommunautaires une « précarisation du séjour », alimentent « une insécurité permanente » (Lochak, 2024), impactent l'exercice effectif de leurs droits (droit au travail, droit aux soins, droit de vivre en famille, droit d'asile...) et confortent pour certaines catégories administratives leurs privations de liberté. Ces évolutions nationales ne sont d'ailleurs pas sans entrer en tension avec la reconnaissance de ces droits et libertés à l'échelle européenne et internationale dont les gouvernements nationaux, dans un climat de xénophobie croissante, semblent chercher davantage à s'émanciper.

Les dimensions sélective et sécuritaire des politiques migratoires pèsent sur les marges de manœuvre des acteurs des champs sanitaires et sociaux, aussi nous semblait-il important qu'un numéro de la *Revue française des affaires sociales* puisse explorer les contraintes qui, dans ce contexte, entravent le soin et puisse appréhender les expériences des patients, de leurs proches et des personnes qui

4. Voir par exemple, le numéro coordonné par Maud Gelly, Joseph Hivert et Alexis Spire « Hôpital : réformes, crises et résistances », n° 4, octobre-décembre, 2021 ou celui coordonné par Jean-Charles Basson, Nadine Haschar-Noé et Marina Honta, « La fabrique des inégalités sociales de santé », n° 3, juillet-septembre, 2021.

les accompagnent (professionnel·les, bénévoles, militant·es mais également des aidant·es familiaux·ales), ainsi que les mobilisations qu'elles peuvent engager pour transformer le cadre légal, ou du moins les pratiques à l'échelle de leurs institutions. En résumé, ce numéro propose d'analyser comment patients, professionnels et pouvoirs publics font face aux situations dans lesquelles le soin est entravé.

La notion de « soin entravé » nous a ainsi paru pertinente à mobiliser partant de ces constats. Le soin est ici entendu comme le travail (professionnel et non professionnel) consistant à se soucier de et à prendre en charge la maladie et les souffrances. Il articule le « cure » et le « care », qui est, au-delà de ses dimensions curative et préventive, entendu comme valeur éthique (Paperman et Laugier, 2005) et instrument de justice sociale face aux inégalités sociales de santé accrues (Bajos *et al.*, 2020 ; Mariette et Pitti, 2020a ; Azria *et al.*, 2020). Étymologiquement, l'entrave constitue ce lien qui freine la marche. Elle renvoie ici, d'une part, à tous les obstacles aux soins du côté des patients et leur entourage, d'autre part aux contraintes, notamment socio-économiques, organisationnelles et administratives auxquelles les acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux font face dans la réalisation des soins.

Dans l'appel à contribution, nous avons dégagé trois axes de réflexion. Le premier, « Expériences subjectives des patients migrants précarisés : soin formel, soin à la marge et stratégies », portait sur la façon dont les patients migrants précarisés se représentent et perçoivent la prise en charge sanitaire et l'offre de soins qui leur sont proposées, comment ils se les approprient, mais également comment ils composent avec les difficultés d'accès aux soins. Le deuxième axe, « Enjeux organisationnels, institutionnels et professionnels du soin pour ou par les personnes migrantes », s'intéressait, à un niveau méso, aux organisations du soin pour les personnes migrantes. Et enfin, le troisième, « La santé pour tous à l'épreuve du contrôle des dépenses et du contrôle migratoire », était centré sur les mobilisations en faveur de la santé des migrants. Suite à l'appel à contribution lancé en automne 2023, un grand nombre de propositions ont été reçues portant majoritairement sur les deux premiers axes⁵.

Les articles inclus dans ce numéro peuvent être regroupés en deux parties, dont la première porte sur les expériences vécues des patients, de leurs proches et des acteurs du soin. Leur point de vue interroge finalement les limites des modalités de prise en charge du public migrant. Cette partie donne également à voir des stratégies d'évitement, de résistance et les usages différenciés des structures sociomédicales par les patients, ainsi que leurs pratiques de santé qui dépassent l'approche biomédicale de soin, et qui vont parfois au-delà des frontières nationales françaises.

La deuxième partie se penche sur une dimension mésosociologique et porte le regard sur les dispositifs de prise en charge mis en place à l'échelle nationale ou parfois de manière expérimentale dans le cadre d'appels à projets, et sur les manières dont les professionnel·les de différents corps (médecins, psychologues,

5. Sur les 28 propositions d'article reçues, à peu près la moitié ont été refusées pour les motifs suivants : tonalité militante et insuffisance de la qualité scientifique ; nature trop descriptive et manque d'ancrage théorique ; manque d'appui empirique ; périmètre au-delà du contexte national français ; manque d'originalité de l'enquête.