

De fact 

Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France

25 | Mars 2021

Francesca Sirna
Priscille Sauvegrain
Elie Azria
Mathieu Ichou
Laura Odasso
Emeline Zougbede

Responsables scientifiques :
Solène Brun et Anne Gosselin

De fact ○

Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France

Francesca Sirna
Priscille Sauvegrain
Elie Azria
Mathieu Ichou
Laura Odasso
Emeline Zougbede

Responsables scientifiques :
Solène Brun et Anne Gosselin

25 | Mars 2021

GÉNÉRIQUE

L'Institut Convergences Migrations publie la revue *De facto* pour offrir nouveaux points de vues sur les migrations grâce à des articles signés par des spécialistes ainsi qu'une interview en vidéo.

Créée en novembre 2018 dans le cadre de la mission "Insertion dans le débat public" de l'Institut, la revue *De facto* explore chaque mois, pour le grand public, un thème particulier sur les questions de migration.

Écrits dans un style adapté aux formats et au lectorat d'un média généraliste, les articles, illustrations, graphiques et vidéos peuvent être republiés ou rediffusés librement sous la Licence Creative Commons Attribution-No derivative 4.0 International (CC BY-ND 4.0).

Institut des Migrations
Campus Condorcet, Hôtel à projets
8, cours des Humanités
93322 Aubervilliers Cedex
France
<http://icmigrations.fr/defacto/>
Twitter : @DefactoMig
Contact : defacto@icmigrations.fr
ISSN2534-532X

Directeur de publication
François Héran

Comité éditorial
Solène Brun
Sara Casella-Colombeau
Catherine Daurèle
Annabel Desgrées du Loû
Antonin Durand
Nelly El-Mallakh
Anne Gosselin
Camille Schmoll

Comité de la rubrique
En images
Elsa Gomis
Francesco Zucconi
Perin Emel Yavuz

Coordinatrice éditoriale
Perin Emel Yavuz

Conception graphique, communication
Perin Emel Yavuz

Assistante
Laura Pioch

Édition des graphiques de la rubrique *En chiffres*
Jean-Michel Roynard

SOMMAIRE

	Introduction	7
	Sur le terrain	
Francesca Sirna	Les médecins à diplôme étranger en France : tous médecins et tous égaux ?	10
Priscille Sauvegrain	Quelle prise en charge pour les femmes perçues comme Africaines dans nos maternités ?	20
	Paroles de chercheur	
Elie Azria	Recherche sur les discriminations dans le cadre du soin, quelles perceptions des professionnels soignants ?	24
	En chiffres	
Mathieu Ichou	Discriminations et renoncement aux soins dans le système de santé français	32
	Lectures	
Laura Odasso	Les survivantes. À propos de : Camille Schmall, <i>Les Damnées de la mer</i> , La Découverte, 2020.	38
Emeline Zougbede	Intégration, une histoire française. Marie-José Bernardot. <i>Étrangers, immigrés : (re)penser l'intégration</i> . Savoirs, politiques et acteurs, Presses de l'Ehesp, Paris, 2019.	46

Bien qu'en meilleure santé à leur arrivée en France, les immigré.es déclarent en moyenne un moins bon état de santé que la population générale. En raison d'un cumul de facteurs (inégalités sociales, conditions de vie, moins bon accès à des soins de qualité, etc.), leur état de santé se détériore à mesure du temps passé dans l'Hexagone. La crise sanitaire a mis brutalement en lumière les inégalités sociales de santé, qui touchent notamment les immigré.es et leurs descendant.es (voir le numéro 19 sur les inégalités ethno-raciales face à la Covid-19), et le manque de données sur le sujet pour mieux saisir l'ampleur et le contour des discriminations dans le système de santé. Ce numéro de *De facto* présente des enquêtes récentes ou en cours qui permettent d'éclairer, à différents niveaux, la question des inégalités et des discriminations à l'encontre des immigré.es et de leurs descendant.es dans le système de santé, à la fois en tant que patient.es mais aussi en tant que soignant.es. Mathieu Ichou montre ainsi, à partir des données de l'enquête TeO, que les discriminations perçues dans le système de santé sont plus fréquentes

parmi les personnes originaires d'un DOM, d'Afrique du Nord, d'Afrique subsaharienne et de Turquie, et corrélées au renoncement aux soins. Dans ses enquêtes sur la périnatalité, Priscille Sauvegrain met en évidence et explique les différences de prise en charge selon l'origine des patientes en raison de biais implicites, dont les soignant.es n'ont pas nécessairement conscience. Une question sensible au sein du corps médical qui fait l'objet d'une enquête présentée par Elie Azria, chercheur et médecin. Enfin, Francesca Sirna déplace la question des discriminations dans le système de santé en abordant le cas peu étudié des soignant.es étrangèr.es qui se retrouvent cantonné.es à des rôles et des statuts subalternes.

Les contributions rassemblées dans ce numéro témoignent de la vitalité et du dynamisme d'un champ de recherche dont l'actualité nous rappelle qu'il est essentiel dans notre compréhension des inégalités sociales qui structurent la société française.

Solène Brun et Anne Gosselin,
coordinatrices scientifiques du numéro

SUR LE TERRAIN

**LES MÉDECINS À DIPLÔME ÉTRANGER
EN FRANCE : TOUS MÉDECINS
ET TOUS ÉGAUX ?
POUR PALLIER AU MANQUE DE PERSONNEL
MÉDICAL, LA FRANCE FAIT APPEL
À DES MÉDECINS ÉTRANGERS.
MALGRÉ SON HAUT NIVEAU
DE QUALIFICATION, CE PERSONNEL
PEINE À BÉNÉFICIER D'UN TRAITEMENT
ÉQUIVALENT À CELUI DES MÉDECINS
DIPLÔMÉS EN FRANCE.
FRANCESCA SIRNA, SOCIOLOGUE**

Francesca Sirna, « Les médecins à diplôme étranger en France : tous médecins et tous égaux ? », in : Solène Brun et Anne Gosselin (dir.), Dossier « Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France », *De facto* [En ligne], 25 | Mars 2021, mis en ligne le 19 mars 2021. URL : <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2021/02/18/defacto-025-01/>



La crise sanitaire liée à la pandémie qui a touché la France en janvier 2020 a révélé l'état des hôpitaux français (manque de matériel, de médicaments, de lits dans les services de réanimation) et a particulièrement mis en lumière la pénurie de personnel médical et soignant. Elle a aussi été l'occasion de rappeler une réalité méconnue, au sujet de la présence de professionnels de santé à diplôme étranger dans les hôpitaux de l'Hexagone. Un engouement pour ces derniers s'est emparé de la presse quotidienne, une pétition a été mise en ligne afin de demander la reconnaissance de leurs diplômes et leur inscription à l'ordre des médecins. Les Français.es ont « soudainement » découvert une réalité pourtant ancienne : l'hôpital français tourne grâce à ces professionnels, dont le nombre a fortement augmenté au cours de la dernière décennie.

Cette actualité est l'occasion de revenir sur la présence de ces soignantes étrangères en France, sur les dynamiques de cette migration fortement qualifiée

Crédit : dmchannelsng.
Sources : www.pixabay.com

¹ Les analyses présentées dans cette contribution s'appuient sur les entretiens biographiques réalisés avec 30 médecins, infirmières, sages-femmes à diplôme européen et extra-européen en région Sud (Provence-Alpes-Côte d'Azur), dans le cadre d'une enquête sur les reconfigurations des mobilités géographiques et professionnelles dans le secteur médical à l'échelle euro-méditerranéenne.

² Conseil national de l'ordre des médecins, *Les flux migratoires et trajectoires des médecins. Situation en 2014, 2015*, p. 79. En ligne. URL : https://www.conseil-national-medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1akb8r6/flux_migratoires_trajec-toires_des_medecins_2014.pdf

et sur la manière dont la crise du coronavirus opère comme un révélateur des stratégies d'insertion professionnelle et des éventuelles revendications portées par ces professionnel.les¹.

Les médecins étrangers en recours à la pénurie des professionnels de santé

La pénurie de professionnel.les de santé est un phénomène global. En France, on peut en identifier trois causes principales : premièrement, sous les effets combinés d'une fécondité positive et de l'allongement de la vie, la population française continue de s'accroître, ce qui oblige à repenser les formes de prise en charge et d'organisation des soins. Dans le même temps, les réformes successives visant une « rationalisation » budgétaire et une baisse des dépenses de santé conduisent à une dégradation des conditions de travail à l'hôpital et des difficultés de recrutement. Enfin, le poids historique de la profession médicale, réticente aux changements et fermée à la présence étrangère, a déterminé, dès les années 1980 et jusqu'à la moitié des années 2000, l'application d'un sévère *numerus clausus* dans l'admission aux études médicales. Ceci a fortement ralenti la démographie d'une population médicale vieillissante.

Pour faire face à cette situation, la France fait appel à des médecins à diplôme étranger. Certain.es sont embauché.es comme médecins avec des statuts particuliers, quand d'autres, lorsque leurs diplômes ont été obtenus en dehors de l'Union européenne (UE), sont embauché.es comme infirmiers et infirmières et exercent en réalité comme médecins à titre dérogatoire.

À ce jour, l'ordre des médecins compte ainsi 22 568 médecins à diplôme étranger en activité régulière². Un peu moins de la moitié de ces effectifs sont constitués de praticiens à diplôme européen (45,5 %). Le reste est constitué de médecins immigré.es originaires de pays

extra-européens. Ces dernière.s sont majoritairement titulaires d'un diplôme obtenu au Maghreb et en Afrique sub-saharienne. On compte en moyenne 834 médecins à diplôme étranger par région en France. L'Île-de-France est la région qui en concentre le plus (29 % de ces médecins y exercent), suivie de la région Rhône-Alpes et de la région Sud (anciennement PACA)³. Notons cependant que ces médecins à diplôme étranger représentent moins de 10 % des médecins en activité en France, ce qui est bien inférieur à la situation d'autres pays de l'OCDE (par exemple 35,3 % en Irlande et 35 % au Canada). Il est en outre nécessaire de distinguer la situation des médecins à diplôme étranger, selon que le diplôme a été obtenu en UE ou en dehors de l'UE.

Afin de pourvoir les postes d'internes, les hôpitaux embauchent ainsi des praticien.nes à diplôme étranger hors UE (PAHDUE), en tant que « Faisant fonction d'interne » (FFI), « attachés associés » ou « assistants associés⁴ ». Ces statuts sont caractérisés par la précarité, une moindre rémunération et un emploi du temps surchargé. La présence de ces médecins reste encore aujourd'hui très mal renseignée. On a connaissance de nombreuses situations d'illégalité, comme le phénomène des médecin.e.s embauché.e.s comme infirmier.e.s qui demeure très difficile à quantifier.

Les ressortissant.e.s européen.nes sont dans une situation un peu différente : la directive européenne de 1989, modifiée en 1999, en 2001 et 2005, prévoit en effet la reconnaissance mutuelle des diplômes et la

³ *Ibid.*, p. 97

⁴ Les statuts d'attaché associé et de praticien adjoint contractuel, respectivement créés en 1987 et 1995, sont réservés aux médecins à diplôme étranger hors UE. La personne « faisant fonction d'interne » (FFI) est un médecin ou un étudiant en médecine recruté à titre provisoire dans le cas où un poste

“ DANS TOUS LES RÉCITS RECUEILLIS, ON REMARQUE QUE LES MÉDECINS NE S'IDENTIFIENT PAS À LA FIGURE DU MIGRANT ÉCONOMIQUE ET AUX REPRÉSENTATIONS NÉGATIVES QUI Y SONT ASSOCIÉES (PAUVRETÉ, EXCLUSION). ”

Francesca Sirna

d'interne n'a pu être pourvu. Les hôpitaux recrutent souvent avec ces statuts des médecins à diplôme étranger (PAHDUE ou non). Si les assistants associés ont une rémunération

identique aux homologues à diplôme français, les FFI et les attachés associés ont un statut économique nettement inférieur. De plus, les FFI ont des contrats de 6 mois renouvelables et les attachés associés sont payés à la vacation.

liberté de s'installer et exercer la profession dans les pays membres. Mais l'enquête menée met en évidence que cette « liberté » n'est pas toujours synonyme de carrière à succès.

Des professionnels en mobilité plutôt que des travailleurs immigrés

Pour les médecins étrangè.res (EU et non-EU) interrogé.es, les raisons avancées quant à leur départ vers la France sont souvent liées au mauvais fonctionnement du système sanitaire de leur pays d'origine : clientélisme dans l'attribution des postes d'internes ; absence de pratique professionnelle pour les jeunes docteur.es ; coupes budgétaires à cause de la crise économique, licenciements et précarisation des carrières hospitalières (surtout pour les médecins européens) ; situation politique instable. Tous sont passés par le statut de PADHUE (pour les non européen.nes) ou de FFI (pour les européen.nes).

Bien que ces contrats soient précaires et moins bien rémunérés que ce que permettent les diplômes français, les médecins immigré.es les considèrent comme une opportunité de réalisation du désir de métier . C'est le cas de Saïd, un médecin d'origine algérienne, qui ne parvient pas à trouver un poste en Algérie après avoir fait sa spécialisation en France. « *Impossible de travailler sans piston. Donc j'ai décidé de partir* », résume-t-il. De retour dans l'Hexagone, il doit alors candidater auprès d'une université française qui l'accepte, c'est le seul moyen pour lui d'accéder au métier auquel il est déjà formé. « [...] *il faut passer par là. C'est normal, il faut montrer qu'on est compétent...* », assume-t-il. « *Mais j'ai pu avoir ma reconnaissance (inscription à l'Ordre des Médecins). Maintenant, j'ai été aussi naturalisé. Tout va bien.* »

Ces médecins étrangers investissent surtout les spécialités hospitalières désertées par les médecins à diplôme français qui préfèrent exercer en libéral :

l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie, la radiologie, la chirurgie cardio-vasculaire, la néphrologie ou encore les urgences. L'aboutissement du parcours de ces médecins reste néanmoins l'inscription à l'Ordre des médecins, qui incarne l'acceptation symbolique par le groupe des pairs, mais aussi l'autonomie et la liberté de la pratique.

Cette reconnaissance peut être longue, au terme d'un processus parfois décourageant, compte tenu des procédures d'autorisation d'exercer. Mais les médecins à diplôme étranger rencontrés ne s'y opposent pas et ne revendiquent généralement pas une amélioration de leur statut ou une simplification des procédures de reconnaissance. « *Les règles, ce sont les règles* », affirme ainsi Samir, un médecin syrien. « *Moi, je trouve normal qu'on nous demande des examens de vérification de connaissances. Pourquoi les Français ne devraient-ils pas faire comme ça ?* » Une procédure normale pour Alberto, médecin originaire d'Italie : « *Au début, j'étais "en observation". On me laissait faire ce qui était plus simple. Rien d'étonnant, on a des vies entre nos mains, il fallait que je montre que j'avais les compétences. J'aurais fait pareil en Italie avec un médecin roumain.* »

Chez tous les médecins à diplôme étranger interrogés, on retrouve ainsi la même conformation à l'éthos de la profession médicale. C'est ce qui leur permet de se considérer et/ou d'être considérés comme faisant partie du groupe des confrères et consœurs, même lorsque l'Ordre des médecins ne les a pas encore

**“ IL EST RARE DE TROUVER
DES MÉDECINS À DIPLÔME
ÉTRANGER À DES POSTES
D'ENCADREMENT,
D'ENSEIGNEMENT
OU DE DIRECTION AU SEIN
DE L'ADMINISTRATION
HOSPITALIÈRE. ”**

Francesca Sirna

⁵ Voir Déplaudé M.-O., « Une xénophobie d'État ? Les « médecins étrangers » en France (1945-2006) », *Politix*, vol. 95, n°3, 2011, p. 207-231. DOI : [10.3917/pox.095.0207](https://doi.org/10.3917/pox.095.0207)

reconnues et en dépit des oppositions de la profession à leur régularisation⁵.

Dans tous les récits recueillis, on remarque que les médecins ne s'identifient pas à la figure du migrant économique et aux représentations négatives qui y sont associées (pauvreté, exclusion). Dans plusieurs entretiens, le terme même « d'immigré » est récusé. Ce personnel hautement qualifié se désigne comme des professionnels mobiles suivant des meilleures conditions de travail. Dans une logique de distinction de classe, ils se positionnent ainsi explicitement à distance des autres migrant.es.

Une insatisfaction accentuée par la crise sanitaire

Malgré une relative résignation notée dans les discours, on ressent une forme d'insatisfaction chez ces professionnels due d'abord à la discrimination institutionnelle qui bloque freine, voire bloque les carrières. Si les praticiens à diplôme européen rencontrent moins de difficultés que leurs confrères à diplôme non-européen, dans la reconnaissance des qualifications, ils n'ont que rarement des « carrières à succès ». Il est ainsi rare de trouver des médecins à diplôme étranger à des postes d'encadrement, d'enseignement ou de direction au sein de l'administration hospitalière. Alberto, un médecin italien arrivé en France en 2008, porte ainsi un regard désenchanté sur son parcours de chirurgien viscéral. S'il reconnaît bien gagner sa vie, mieux que ses collègues restés en Italie, il se rend à l'évidence : « *je n'aurai pas la carrière d'un Français. Je ne serai jamais PU. Je n'ai pas le pedigree. On a besoin de nous, mais pas dans des postes à responsabilité.* »

La crise sanitaire a renforcé cette amertume. Certaines enquêtés.recontactés pendant le premier confinement font état, comme leurs collègues français, de leur colère et de leur dépit face à la

situation dramatique dans laquelle ils se retrouvent et la gestion de la crise. Cependant, pour ces médecins étrangers, cette colère s'assortit d'un sentiment de non-reconnaissance de leur rôle clef dans l'hôpital et de l'espoir d'un changement de situation.

⁶ COSP : collaborateurs et collaboratrices occasionnelles du service public ; aides-soignantes ou infirmières.

Chez les infirmières, la crise est vécue d'autant plus difficilement que le statut est inférieur à celui des médecins, plus précaire et bénéficiant de moins bonnes conditions. Pour Sonia, une infirmière marocaine, le sentiment de non-reconnaissance s'articule en outre à une conscience de la logique globalisée de la migration du personnel soignant infirmier. Cela vaut particulièrement pour les ressortissant.es des pays anciennement colonisés par la France qui sont maintenu.es dans des positions subalternes. Alors qu'elle rappelle le climat de lutte sociale au sein de l'hôpital, et notamment les longs mois de grève en 2019-2020, en raison de conditions de travail très dégradées (manque de personnel, heures supplémentaires à rallonge, suppression de lits, départs en retraite non remplacés), Sonia fulmine contre la politique menée par les gouvernements successifs : « *À nous étrangers, ils nous obligent à repasser nos diplômes, alors que c'est eux qui les ont créés dans les pays qu'ils ont colonisés... La pénurie c'est eux qu'ils l'ont créé ! Je suis tellement en colère...* »

Et après ?

Les conditions d'exercice des médecins ayant obtenu leur diplôme dans un pays extra-communautaire ont été assouplies en avril 2020 afin qu'ils et elles puissent accéder à des positions professionnelles plus favorables. Cependant, ces professionnel.les craignent que cet assouplissement sans certitude de régularisation des situations laisse envisager leur utilisation ultérieure en tant que réserves ou personnel d'appui⁶, dans une logique d'exploitation de leurs compétences médicales à moindre coût. Ils et

elles craignent alors qu'un personnel hospitalier « à la carte », flexible et éjectable selon le contexte, soit l'avenir de l'hôpital français, les soignant.es étranger.es servant, dans cette logique, de variable d'ajustement.

L'auteure

Francesca Sirna est chargée de recherche au CNRS. Elle est rattachée au Centre Norbert Elias (EHESS-AMU-CNRS). Francesca Sirna est *fellow* de l'Institut Convergences Migrations.

Pour aller plus loin

Cash R. et Ulmann P., « Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le cas de la France », *Oecd Health Working Papers*, n°36, DOI : [10.1787/236145847751](https://doi.org/10.1787/236145847751)

Conseil national de l'ordre des médecins, *Les flux migratoires et trajectoires des médecins. Situation en 2014*, 2015. En ligne. URL : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/lakb8r6/flux_migratoires_trajectoires_des_medecins_2014.pdf

Crenshaw Kimberlé Williams, « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du Genre*, vol. 39, n°2, , p. 51–82. DOI : [10.3917/cdge.039.0051](https://doi.org/10.3917/cdge.039.0051).

Déplade M.-O., « Une xénophobie d'État ? Les "médecins étrangers" en France (1945–2006) », *Politix*, vol. 95, n°3, 2011, p. 207–231. DOI : [10.3917/pox.095.0207](https://doi.org/10.3917/pox.095.0207).

Hatzfeld C., Boidé M. et Baumelou A., « Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire », *Hommes & Migrations* [En ligne], n°1282, 2009. DOI : [10.4000/hommesmigrations.452](https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.452)

**QUELLE PRISE EN CHARGE
POUR LES FEMMES PERÇUES COMME
AFRICAINES DANS NOS MATERNITÉS ?
SI NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ SE DIT
UNIVERSEL, LA RÉALITÉ DU TERRAIN
RÉVÈLE DES PRISES EN CHARGE
DIFFÉRENCIÉES DES PATIENT.ES SELON
LEUR PAYS DE NAISSANCE.
DANS LE DOMAINE DE LA PÉRINATALITÉ,
PRISCILLE SAUVEGRAIN, MET EN ÉVIDENCE
CES DIFFÉRENCES EN S'INTÉRESSANT
AUX FEMMES PERÇUES COMME AFRICAINES.
LE PROJET MIGRATION ET SOINS
DIFFÉRENCIÉS EN PÉRINATALITÉ : EFFETS
DES BIAIS IMPLICITES (BIP), DONT ELLE
DIRIGE L'AXE SOCIOLOGIQUE, CHERCHE
À DOCUMENTER LE RÔLE DE BIAIS
IMPLICITES, CHEZ LES SOIGNANT.ES,
DANS CERTAINS DES MÉCANISMES
QUI SOUS-TENDENT LES INÉGALITÉS
SOCIALES DE SANTÉ.
ENTRETIEN AVEC PRISCILLE SAUVEGRAIN,
SOCIOLOGUE EN SANTÉ PUBLIQUE ET SAGE
FEMME CLINICIENNE**

Priscille Sauvegrain, « Quelle prise en charge pour les femmes perçues comme africaines dans nos maternités ? », in : Solène Brun et Anne Gosselin (dir.), Dossier « Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France », *De facto* [En ligne], 25 | Mars 2021, mis en ligne le 19 Mars 2021. Réalisation : Perin Emel Yavuz.

URL : <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2021/01/06/defacto-024-02/>

De fact



Priscille Sauvegrain, sociologue en santé publique
Epopé (Inserm / Université de Paris), Hôpital de la Salpêtrière

REGARDER L'ENTRETIEN VIDÉO :
<https://youtu.be/jcQ02tpjzq0>

L'auteure

Priscille Sauvegrain est sociologue en santé publique et sage femme. Elle est chercheuse associée à l'équipe Epopé (Inserm / Université de Paris) et clinicienne sage femme à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière. Elle est *fellow* à l'Institut Convergences Migrations.

Pour aller plus loin

Sauvegrain P., Gosselin A., Kotobi L., Berruzzi L. et Melchior M., pour le département santé de l'Institut Convergences Migrations. La santé des femmes immigrées en France, *Actualités et*

dossiers en santé publique, Sept. 2020. URL : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/personne?clef=7367>

Sauvegrain P., Stewart Z., Gonthier C., Saurel-Cubizolles M.J., Saucedo M., Deneux-Tharoux C. et Azria E., « Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes migrantes en France », *Bull Epidémiol Hebd*, n° 19-20, 2017, p. 389-395. URL : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_3.html

Sauvegrain P., Azria E., Chiesa-Dubruille C. et Deneux-Tharoux



Tous les entretiens vidéos de *De facto* sont accessibles sur la chaîne Youtube de l'Institut Convergences Migrations : <https://www.youtube.com/channel/UCZPV5GIVMTDE8Hb6-7702lq>

C, "Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy : a qualitative study", *British Journal of Obstetric and Gynecology*, vol. 124, n°12, 2017, p. 1858–1865. DOI : <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14658>

Sauvegrain P., « La santé maternelle des "Africaines" en Ile de France : Racistisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 28, n°2, 2012, p. 81–100.
URL : <https://journals.openedition.org/remi/5902>

PAROLES DE CHERCHEUR

**RECHERCHE SUR LES DISCRIMINATIONS
DANS LE CADRE DU SOIN,
QUELLES PERCEPTIONS
DES PROFESSIONNELS SOIGNANTS ?
ALORS QUE L'ENGAGEMENT
DES SOIGNANTS À PRODIGUER
DES SOINS SANS PARTIALITÉ EST
ANCRÉ AU PLUS PROFOND DE LEURS
ASPIRATIONS, FAIRE ACCEPTER
UN PROGRAMME DE RECHERCHE VISANT
À DOCUMENTER LE RÔLE DES BIAIS
IMPLICITES DES PROFESSIONNELS
DANS LA GENÈSE D'INÉGALITÉS
DE SANTÉ ENTRE MIGRANTS
ET NON MIGRANTS ÉTAIT UN DES
PARIS DU PROJET MIGRATION ET SOINS
DIFFÉRENCIÉS EN PÉRINATALITÉ :
EFFETS DES BIAIS IMPLICITES (BIP).
ELIE AZRIA, GYNÉCOLOGUE
OBSTÉTRICIEN, CHERCHEUR
EN ÉPIDÉMIOLOGIE**

Elie Azria, « Recherche sur les discriminations dans le cadre du soin, quelles perceptions des professionnels soignants ? », in : Solène Brun et Anne Gosselin (dir.), Dossier « Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France », *De facto* [En ligne], 25 | Mars 2021, mis en ligne le 19 Mars 2021. URL : <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2021/02/18/defacto-025-03/>



Des inégalités de santé périnatales entre migrants et non migrants

Dans les pays les plus riches comme la France, des inégalités entre migrants et non migrants dans les domaines de la santé maternelle¹ et périnatale² ont été documentées dans différents contextes. Ces inégalités dépendent à la fois des caractéristiques du pays d'accueil, de ses politiques d'intégration, de son système de santé, mais également des caractéristiques des sous-groupes considérés. Il existe notamment de grandes différences en fonction des zones géographiques d'origine, du statut administratif sur le territoire du pays d'accueil, ou encore du temps écoulé depuis l'arrivée. On a pu montrer qu'en France, comme dans d'autres pays européens, les femmes nées en Afrique subsaharienne présentait un risque accru de morbidité maternelle sévère, de mortalité maternelle et de morbidité périnatale. Ce sur-risque est encore accru en cas de situation administrative irrégulière ou de situation économique précaire³.

Crédits : George Jr. Kamau. Source : www.pexels.com

1 Voir Azria E., Stewart Z., Gonthier C., Estellat C., Deneux-Tharaux C., « Inégalités sociales de santé maternelle », *Gynecol Obstet Fertil* [accès limité], vol. 43, n°10, Oct. 2015, p. 676–82. DOI : [10.1016/j.gyobfe.2015.09.004](https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.09.004), et Sauvegrain P., Stewart Z., Gonthier C., Saurel-Cubizolles M.-J., Saucedo M., Deneux-Tharaux C., Azria E., « Accès aux soins prénatals et santé maternelle des

Des mécanismes incertains, multiples et complexes

Un certain nombre de facteurs sont en cause dans la production de ces inégalités. Ainsi, certaines pathologies sont plus fréquentes dans certains groupes de migrants (drépanocytose, cardiopathies, pathologies psychiatriques, obésité, hypertension artérielle, infections, etc.). Les vulnérabilités socioéconomiques, dont on sait qu'elles touchent davantage les immigrés,

“ AU-DELÀ DES DISCRIMINATIONS CONSCIEMENT EXERCÉES À L'ENCONTRE DE CERTAINES POPULATIONS, IL EXISTE DES FORMES INCONSCIENTES DE DISCRIMINATION, SUSCEPTIBLES D'INDUIRE DES TRAITEMENTS DIFFÉRENTS ET DONC DE PARTICIPER À LA PRODUCTION DE CES INÉGALITÉS DE SANTÉ. ”

Elie Azria

fr/en/grandes-enquetes

jouent également un rôle important. Le niveau de ce que l'on appelle la « littératie en santé », c'est-à-dire la capacité à trouver, comprendre et utiliser de l'information sur la santé, ainsi que la capacité à développer son autonomie dans le système de santé, peut aussi entrer en jeu.

Enfin, les discriminations vécues dans les différentes sphères de sa vie sociale peuvent jouer sur la santé des individus, tant par le stress qu'elles génèrent, que par les obstacles qu'elles placent dans l'accès à des soins

optimaux. C'est possiblement le cas pendant la grossesse et l'accouchement.

Le programme de recherche Migration et Soins différenciés en périnatalité : effets des biais implicites (BiP)⁴

Au-delà des discriminations consciemment exercées à l'encontre de certaines populations, il existe des formes inconscientes de discrimination, susceptibles d'induire des traitements différents et donc de participer à la production de ces inégalités de santé. Explorer l'hypothèse d'existence de préjugés ou biais implicites, parmi les professionnels de santé, qui auraient pour conséquence de produire des soins différenciés est au centre d'un programme de recherche mené au sein de l'Inserm par l'Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique (EPOPé) et dont le premier volet a été soutenu par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR). Ce projet intitulé BiP articule trois approches pour documenter cette hypothèse. Un volet épidémiologique vise à mesurer l'existence de soins différenciés par l'analyse de bases de données existantes (Cohorte PreCARE, EPIMOMS et Enquête Nationale Périnatale⁵), un deuxième volet socio-anthropologique consiste en une observation des interactions entre professionnels de la périnatalité et femmes enceintes, et un dernier mobilise des outils empruntés à la psychologie sociale pour rechercher l'existence de biais implicites chez les professionnels de santé et mesurer leur corrélation à des décisions de soin.

Une recherche mobilisant les soignants

Si l'analyse statistique d'une base de données peut se faire à bonne distance du monde soignant, les deux dernières approches nécessitent un contact entre le chercheur et les professionnels de santé et donc une communication en amont sur le propos de la recherche.

femmes immigrées », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°19-20, 5 sept. 2017, p. 389-95. URL : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_3.html

² Saurel-Cubizolles M.-J., Saucedo M., Drewniak N., Blondel B., Bouvier-Colle M.-H., « Santé périnatale des femmes étrangères en France », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°2-3-4, 2012, p. 30-4. URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/sante-perinatale-des-femmes-etrangeres-en-france>

³ Eslier M., Deneux-Tharaux C., Sauvegrain P., Schmitz T., Luton D., Mandelbrot L., Estellat C., Azria E., "Association between Migrant Women's Legal Status and Prenatal Care Utilization in the PreCARE Cohort", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol.17, n°19, sept. 2020, p. 7174. DOI : [10.3390/ijerph17197174](https://doi.org/10.3390/ijerph17197174)

⁴ Site du projet : <https://anr.fr/Projet-ANR-17-CE36-0001>

⁵ Ces bases de données sont accessibles sur la page suivante : <http://www.xn-epop-inserm-ebb>.

La façon dont peut être reçue par les soignants l'hypothèse de recherche détermine sa faisabilité même. Notre hypothèse sur l'existence de biais implicites pouvait ainsi être perçue comme une mise en accusation individuelle, voire comme la mise en accusation d'un groupe professionnel. Le fait que j'assure la coordination scientifique de ce programme de recherche,

en étant moi-même un professionnel de la médecine périnatale a très probablement facilité l'implémentation du projet. De même, l'enquête socio-anthropologique est coordonnée et conduite par une sociologue également sage-femme, Priscille Sauvegrain (voir notre entretien vidéo), et des cliniciens ont été impliqués dès le début dans la mise en œuvre du projet, ce qui nous a garanti un accès plus aisé aux terrains.

**Une adhésion
mais des réactions
contrastées
des cliniciens
enquêtés**

Si notre démarche de recherche a été accueillie avec beaucoup d'intérêt par les sociétés savantes du champ et les réseaux de périnatalité contactés et que leur soutien logistique a été déterminant⁵, les réactions des professionnels à l'enquête en ligne menée en collaboration avec Ju-

**“ LES DISCRIMINATIONS
À L'ENCONTRE DES MI-
GRANTS DANS LE CADRE
DU SOIN COMPORTENT
UNE COMPOSANTE SYSTÉ-
MIQUE DONT LA PRISE
EN COMPTE PERMET
DE DÉPASSER LA FAUTE
INDIVIDUELLE ET OFFRIR
UN CADRE D'ANALYSE
À LA FOIS PLUS FACILE
À IMPLÉMENTER ET POS-
SIBLEMENT PLUS INTÉRES-
SANT DANS UNE PERSPECTIVE
COGNITIVE ET DE LUTTE
CONTRE LES INÉGALITÉS
DE SANTÉ. ”**

Elie Azria

liette Richetin, chercheuse en psychologie sociale à l'Université de Milan, sont en revanche plus difficiles à percevoir. N'ayant pas échantillonné au préalable la population à laquelle nous avons envoyé le questionnaire, nous ne sommes pas en mesure de mesurer de taux de réponse.

Toutefois, le questionnaire ayant recueilli plus de 900 réponses, l'étude ne semble pas avoir suscité un rejet massif. Un champ « commentaires » laissé dans le questionnaire nous a également permis de saisir un peu plus de 150 réactions, dont la teneur est contrastée. Un grand nombre de celles-ci portent sur les tests d'association implicite et la concentration qu'ils nécessitent, leur caractère « ludique » ou encore leur originalité. La thématique suscite elle aussi beaucoup d'intérêt avec des demandes multiples de répondants qui souhaitent recevoir les résultats des analyses ou qui soulignent l'importance de ce type de recherche. Il faut aussi noter des réactions plus négatives, notamment face aux questionnaires d'associations explicites qui ont très souvent mis mal à l'aise les répondants, ou suscité des commentaires plus critiques mettant en cause les fondements même de la démarche de recherche en raison des catégories racialisées qui y sont mobilisées.

À l'inverse, d'autres commentaires portent sur la nécessité d'étendre cette étude à d'autres catégories, en particulier à celle des femmes d'Afrique du Nord.

Conclusion

De fait, nos positions de cliniciens ont aidé à ouvrir les portes des services, des salles de consultation et favorisé la diffusion par les sociétés savantes de nos questionnaires, soulignant l'importance de l'implication des soignants eux-mêmes dans ce type de projets. Il est par ailleurs fort probable que la progression de la culture de la « qualité » en médecine qui a permis d'opérer une translation de l'idée de « faute individuelle » vers celle

⁵ Collège National des Sages-Femmes, la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) et son Club d'Anesthésie Réanimation en Obstétrique (CARO) et le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), les réseaux de périnatalité MYPA, RSPP, RP2S et RSPA.

de « mécanisme systémique » ait clairement favorisé l'implantation d'un tel projet en médecine périnatale. Les discriminations à l'encontre des migrants dans le cadre du soin comportent une composante systémique dont la prise en compte permet de dépasser la faute individuelle et offrir un cadre d'analyse à la fois plus facile à implémenter et possiblement plus intéressant dans une perspective cognitive et de lutte contre les inégalités de santé.

L'auteur

Professeur de gynécologie obstétrique à l'Université de Paris Descartes et chef de service de la maternité Notre Dame de Bon Secours du Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph où il exerce une activité clinique, Elie Azria est également chercheur en épidémiologie au sein de l'équipe de recherche en Epidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé - UMR 1153) où il travaille à la compréhension des mécanismes des inégalités sociales de santé maternelle et périnatale, ainsi qu'à l'identification de moyens pour réduire ces inégalités et favoriser l'accès aux soins des femmes qui sont dans les situations sociales les

plus précaires. Dans ce cadre, il assure la direction scientifique de plusieurs programmes de recherche sur les inégalités sociales de santé dans le contexte de la périnatalité et collabore aux travaux du groupe de recherche international ROAM (Reproductive Outcomes and Migration, an international collaboration). Elie Azria est *fellow* de l'Institut Convergence Migration.

Pour aller plus loin

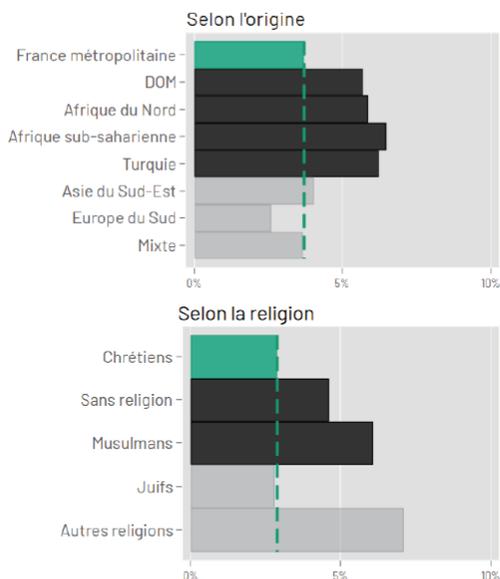
Azria E., « Inégalités sociales en santé périnatale [Social inequalities in perinatal health] », *Archives de pédiatrie*, vol. 22, n°10, Oct. 2015, p. 1078-1085. DOI : [10.1016/j.arcped.2015.07.006](https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.07.006)

EN CHIFFRES

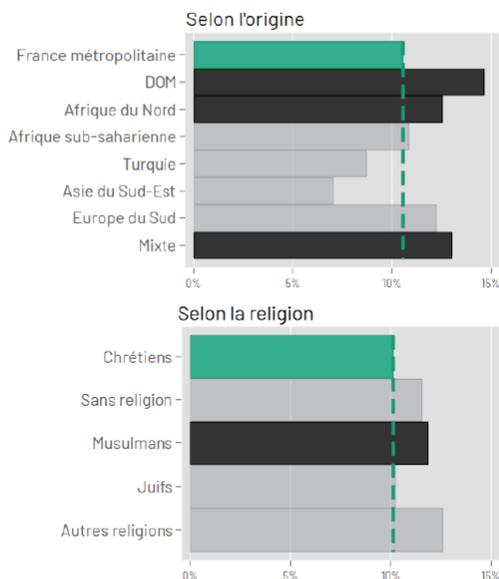
**DISCRIMINATIONS ET RENONCEMENT
AUX SOINS DANS LE SYSTÈME
DE SANTÉ FRANÇAIS
CERTAINS GROUPES D'IMMIGRÉ.ES
ET D'ENFANTS D'IMMIGRÉ.ES SONT
PARTICULIÈREMENT EXPOSÉS
À DES EXPÉRIENCES
DE DISCRIMINATIONS DANS LE SYSTÈME
DE SANTÉ. CELA CONSTITUE
UN OBSTACLE À LEUR ACCÈS
AUX SOINS, CONTRIBUANT AINSI
AUX INÉGALITÉS ETHNO-RACIALES
DE SANTÉ.
MATHIEU ICHOU, SOCIOLOGUE**

Mathieu Ichou, « Discriminations et renoncement aux soins dans le système de santé français », in : Solène Brun et Anne Gosselin (dir.), Dossier « Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France », *De facto* [En ligne], 25 | Mars 2021, mis en ligne le 19 Mars 2021. URL : <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2021/02/18/defacto-025-04/>

Discriminations perçues dans le système de santé



Renoncement aux soins



L'échantillon utilisé est composé d'immigrés, d'enfants d'immigré(e)s et personnes nées en France de parents eux-mêmes nés en France. Les résultats représentés sont issus de modèles statistiques qui contrôlent l'effet de l'âge, du genre et du revenu.

Exemple de lecture du graphique en haut à droite : les personnes nées en France métropolitaine de parents eux-mêmes nés en France métropolitaine sont 10,6 % à déclarer avoir renoncé à des soins de santé dans l'année précédente, ce qui est significativement moins que les immigrés ou descendantes d'immigrés originaires d'un DOM (14,7 %), d'Afrique du Nord (12,6 %), ou qui ont des origines mixtes (13,1%), à âge, genre et revenu contrôlés.

Institut **CONVERGENCES**
MIGRATIONS

Auteur : Mathieu Ichou



Lire ce graphique

Les barres horizontales présentent, pour chaque origine (en haut) et religion (en bas), la probabilité de déclarer avoir été moins bien traité.e que les autres patient.es par un.e médecin ou professionnel.le de santé (discriminations perçues dans le système de santé, à gauche) et d'avoir renoncé à des soins de santé dans les 12 derniers mois¹ (renoncement aux soins, à droite).

1 Les questions étaient respectivement « Vous est-il déjà arrivé qu'un médecin ou du personnel médical vous traite moins bien ou vous reçoive plus mal que les autres patients ? » et « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à des soins de santé

pour vous-même ?
(Consigne enquêteur :
si l'enquêté demande le
sens de renoncer : « vous
aviez besoin d'aller chez
le médecin, mais vous
avez dû abandonner l'idée
d'y aller »). Le question-
naire est disponible ici
: [https://teo1.site.ined.fr/
fichier/s_rubrique/20242/
questionnaire.teo.fr.pdf](https://teo1.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20242/questionnaire.teo.fr.pdf)

² Page de l'enquête :
<https://teo1.site.ined.fr/>

Les barres en noir indiquent que le groupe en question a une probabilité qui, d'un point de vue statistique, est significativement plus élevée que celle du groupe de référence (en bleu). Dans le cas de l'origine, le groupe de référence correspond aux personnes nées en France métropolitaine avec deux parents eux-mêmes nés en France métropolitaine (dite « population majoritaire »). Dans le cas de la religion, il s'agit des personnes se déclarant chrétiennes.

La droite verticale verte en pointillés, qui indique la probabilité des groupes de référence de déclarer des discriminations et de renoncer aux soins, est représentée afin de faciliter la comparaison avec les autres groupes.

Les résultats présentés sont issus de modèles statistiques multivariés qui contrôlent l'effet de l'âge, du genre et du revenu, autres facteurs explicatifs importants des expériences de discrimination et du renoncement aux soins.

Le graphique présenté a été construit à partir des données de l'enquête Trajectoires et Origines (TeO)². Produite par l'Ined et l'Insee en 2008-2009, cette enquête multithématique de grande ampleur est une ressource unique pour étudier la diversité des populations en France et, en particulier, les trajectoires des immigrés et de leurs descendants.

Ce graphique montre que certains groupes minoritaires déclarent subir significativement plus de discriminations dans le système de santé que la population majoritaire : c'est le cas des personnes originaires d'un DOM, d'Afrique du Nord, d'Afrique subsaharienne et de Turquie. C'est également le cas des personnes musulmanes (et dans une moins mesure « sans religion ») par rapport aux chrétiens. Or, souvent, ce sont ces mêmes groupes discriminés qui renoncent davantage à des soins dont ils ont pourtant

besoin : c'est le cas des personnes originaires d'un DOM, d'Afrique du Nord et des musulman.es. Les recherches sur le sujet³ ont montré que ces renoncements peuvent avoir des explications diverses : raisons financières (notamment en cas de couverture sociale insuffisante), manque de temps, méconnaissance des droits et non-recours, etc.

Des analyses récentes⁴ démontrent en outre une association statistique forte entre expériences de discrimination dans le système de santé français et renoncement aux soins. Au niveau individuel, les personnes qui déclarent une telle expérience de discrimination ont une probabilité de 14 % supérieure de renoncer aux soins. Au niveau des groupes, les taux de discrimination dans le système de santé expliquent une part importante du non-recours aux soins des minorités originaires d'Afrique et des musulman.es.

En résumé, les discriminations au sein du système de santé peuvent constituer un obstacle aux soins pour les minorités ethno-raciales en France. Collectée en 2019-2020, la deuxième édition de l'enquête TeO (TeO2)⁵, permettra d'approfondir l'analyse des inégalités d'accès aux soins et de santé.

³ Voir <https://www.irdes.fr/Publications/2011/0es169.pdf>

⁴ Joshua G. Rivenbark & Mathieu Ichou. "Discrimination in healthcare as a barrier to care : experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey", *BMC Public Health*, vol. 20, n°31, 2020, p. 1-10. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>

⁵ Page de l'enquête : <https://teo.site.ined.fr/>

L'auteur

Mathieu Ichou est chargé de recherche à l'Ined où il est co-responsable de l'unité Migrations Internationales et Minorités (MIM) et membre de l'unité Démographie économique. Il est *fellow* de l'Institut Convergences Migrations.

Pour aller plus loin

Cris Beauchemin, Christelle Hamel & Patrick Simon (dir.), *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France*, Paris : Éditions de l'Ined, 2015.

URL : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/grandes-enquetes/trajectoires-et-origines>

Joshua G. Rivenbark & Mathieu Ichou. "Discrimination in healthcare as a barrier to care : experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey", *BMC Public Health*, vol. 20, n°31, 2020, p. 1–10. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>

Solène Brun & Patrick Simon (dir.), Dossier « Inégalités ethno-raciales et pandémie de coronavirus », *De facto* [En ligne], n°19, Mai 2020. URL : <https://www.icmigrations.cnrs.fr/defacto/defacto-019/>

LECTURES

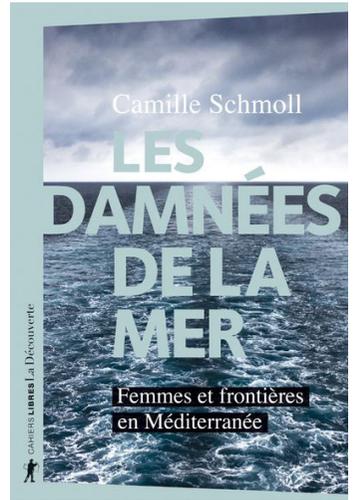
**LES SURVIVANTES
C. SCHMOLL INVITE
À FÉMINISER LE REGARD PORTÉ
SUR LA MIGRATION VERS
L'EUROPE. LES POLITIQUES
PUBLIQUES MIGRATOIRES
SÉLECTIONNENT LES FEMMES
SELON DES PRINCIPES
PAS TOUJOURS COMPATIBLES
DE MORALITÉ, DE VULNÉRABILITÉ
ET D'UTILITÉ, ET DÉTERMINENT
LEUR POSITION À VENIR
DANS NOS SOCIÉTÉS.
LAURA ODASSO, SOCIOLOGUE**

Laura Odasso, « Les survivantes. À propos de : Camille Schmall, *Les damnées de la mer*, La Découverte, 2020. », in : Solène Brun et Anne Gosselin (dir.), Dossier « Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France », *De facto* [En ligne], 25 | Mars 2021, mis en ligne le 19 Mars 2021. URL : <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2021/03/11/defacto-025-05/>.

Avec notre partenaire



À propos de : Camille Schmall, *Les Damnées de la mer*,
La Découverte, 2020. 248 p.



La nuit de Noël 1996, 283 des 500 migrants ayant quitté les côtes égyptiennes pour rejoindre l'Europe perdaient la vie dans le silence général au large des côtes de Syracuse, en Sicile. Ce n'est qu'en janvier 1997 que des fragments de cette tragédie ont émergé grâce à la parole des survivant.e.s. Ce naufrage marquait le début d'une série de traversées, réussies ou jamais abouties dans la Méditerranée centrale. Aux visages des survivant.e.s de l'époque se sont ajoutés ceux de milliers d'autres personnes qui se sont approchées des frontières de l'Europe, sont parvenues à y trouver leur place ou sont encore en errance dans la détresse¹.

Les médias nous ont proposé une lecture de ce phénomène qui mêle urgence, spectacularisation et compassion, et les politiciens ont exploité la visibilité croissante des exilés pour accroître l'anxiété de l'invasion et du « grand remplacement », en faisant rarement – sauf exception notable – le pari d'une politique accueillante sur la longue durée. Et depuis les années 1990, au fil des discutables politiques européennes et nationales, les violences sur la route migratoire ont empiré et l'approche répressive et sécuritaire a rétréci les possibilités dérivées de la mobilité. Les travaux de recherche se sont multipliés pour démêler avec finesse ces dynamiques.

¹ Auxquels, il faut ajouter les plus de 30000 migrant.e.s mort.e.s en mer depuis la fin des années 1980. Cf. la carte des personnes mortes en migration au voisinage de l'Europe, *Les Damn.ées de la mer 1993-2018* – <https://nlambert.gitpages.huma-num.fr/observable/missingmigrants.html>

Tout en s'inscrivant dans cette foisonnante production académique et s'enrichissant de ses apports, l'ouvrage de Camille Schmoll s'en distingue en nous livrant, à travers l'analyse de huit ans d'ethnographie conduite à Malte et en Italie², une histoire des survivantes. Elle invite à « *féminaliser le regard* » (p. 197) sur la migration vers l'Europe et sa gestion. De fait, le livre éclaire la complexité des motivations et des expériences qui caractérisent les départs et les trajectoires migratoires – souvent en conflit avec les catégories prévues par le droit international – des femmes qui « *transgressent l'immobilité à laquelle elles ont été assignées* » (p. 189) et « *traversent la Méditerranée* » (p. 187-188).

“ CONCRÈTEMENT, IL S'AGIT DE FAIRE LA PLACE AUX FEMMES EFFACÉES DANS LES MIGRATIONS ET, À LA LUMIÈRE DE CES PARCOURS FÉMININS CONTRE-INTUITIFS, INTERROGER LES POLITIQUES PUBLIQUES MIGRATOIRES QUI SÉLECTIONNENT LES FEMMES SELON DES PRINCIPES SOUVENT CONTRADICTOIRES DE MORALITÉ, VULNÉRABILITÉ ET UTILITÉ, LES HIÉRARCHISENT ET, AINSI, DÉTERMINENT LEUR POSITION À VENIR DANS NOS SOCIÉTÉS. ”

Laura Odasso

À l'encontre des imaginaires des femmes qui rejoignent leur mari ou qui restent au pays dans des villages vidés d'hommes, les femmes, dont la géographe nous dévoile le point de vue³, décident de partir. Elles sont de nationalités différentes (Érythréennes, Nigériennes, etc.) et ont des situations administratives et légales diverses. Mais elles ont toutes en commun d'avoir franchi « *l'épreuve de la Méditerranée* » (p. 210) avec d'innombrables épreuves annexes qui font la « singularité commune » (*ibidem*) de leurs parcours.

Marges et frontières

Une approche politique de la marge permet de comprendre à la fois la pluralité et l'universalité de l'expérience des femmes. Le concept de marge « désigne [ici] tout à la fois, et pas toujours de façon simultanée, des phénomènes de périphérie spatiale, de marginalité sociale et politique, de marquage et de transgression de la frontière » (p. 23). De fait, c'est la fermeture des frontières européennes aux migrant.e.s provenant du Sud du monde – par une politique de visa jamais remise en question – qui alimente des zones marginales. Elles ne sont ni véritablement en Europe ni au-dehors (par exemple les *hotspots*⁴) ou, au contraire, se situent en plein cœur de celle-ci (ainsi les centres d'accueil, les campements). Mais pour les femmes migrantes que l'œil de la géographe suit dans la durée – d'abord, physiquement et, ensuite, via les réseaux sociaux –, la marge devient, aussi, une marque existentielle. Elle se traduit par des micro-violences quotidiennes qui s'ajoutent au continuum de violences qui les a frappées sur la route et, souvent, déjà dans le pays d'origine (cf. *La vie de Julienne*, p. 33–56). La marginalité, qui pour ces femmes s'étire dans le temps suspendu de l'attente d'un statut juridique et d'un chez-soi, découle de l'extension des effets de la frontière sur le continent. De fait, les frontières sont en amont et en aval du voyage.

L'écriture accompagne le lecteur à travers trois moments-espaces clés de ces parcours féminins dans lesquels ces frontières se matérialisent diversement : les traversées terrestre et maritime, l'arrivée en Europe et les lieux de « l'accueil ». Ces moments sont la métonymie d'autres moments-espaces (le pays et la famille d'origine, le désert, la Libye, etc.) marqués par des temporalités profondes et fragmentées, et par des émotions et des souvenirs qui accompagnent et, parfois, poursuivent les femmes tout au long de leurs efforts d'installation. Car, de fait, le franchissement des

² L'enquête s'est déroulée entre 2010 et 2018 par l'observation des centres d'accueil familiaux et pour femmes isolées, centres de rétention pour femmes et d'autres centres mineurs, par le recueil d'environ 80 récits des femmes, dont certaines ont été suivies dans la durée grâce aux réseaux, et par la collecte d'entretiens avec des responsables de centres d'accueil, des militantes, etc. (cf. annexe méthodologique, p. 205–206).

³ En adhérant à l'approche féministe de la *standpoint theory* (cf. par exemple les travaux pionniers de Sandra Harding, Dorothy Smith et Patricia Hill Collins).

⁴ Il s'agit de centres de triage et d'enregistrement des migrants institués en Grèce et en Italie par le Conseil extraordinaire des ministres de l'Intérieur de l'Union européenne du 14 septembre 2015 afin d'effectuer un triage entre les migrants qui relèvent du statut de réfugiés et peuvent aspirer à une forme de protection internationale et donc pourront poursuivre leur chemin, et ceux qui seront potentiellement renvoyés dans leur pays d'origine. Ces centres, où se concentrent plusieurs

agences européennes (par ex. Frontex ; Europol, etc.), serviront à améliorer le contrôle des frontières extérieures de l'Union.

⁵ À l'instar de Schmoll, j'emprunte cette expression à Michel Agier.

frontières européennes n'est qu'un aspect du parcours migratoire. La logique de filtrage des mobilités désirées est tentaculaire : elle est externalisée aux pays d'origine, présente dans les pays de transit, et érigée comme emblème d'une politique commune européenne aux frontières externes de l'Union.

Mais cette logique accompagne, aussi, en sourdine le quotidien des migrantes bien après leur arrivée en Europe. Triage à l'arrivée, procédures d'identification, dépôt d'une demande d'asile, attente(s), hébergement(s) divers, attribution d'une protection ou risque d'un refus, irrégularité, et procédure d'éloignement, ou, encore, mouvements secondaires vers un pays qui n'est pas celui d'entrée sur le sol européen, renvoi dans le pays d'entrée, etc. Ces mécanismes bureaucratICO-administratifs rappellent aux exilées qu'elles ne sont pas encore tout à fait arrivées. Et, encore, l'accès aux soins gynécologiques, les relations avec les acteurs de l'accueil ou, une fois le statut administratif obtenu, le désir de réunir la famille, de trouver un travail et un logement adéquats font apparaître à nouveau la frontière et précarisent, voire marginalisent, constamment ces femmes. Cependant Schmoll émet l'hypothèse que bien qu'elles aient -ou du fait qu'elles aient- « *vécu l'épreuve de la frontière à de nombreuses reprises* » (p. 220), ces survivantes développent une certaine intentionnalité pour infiltrer les rapports sociaux asymétriques qui les disqualifient. Or c'est de leurs « *subjectivités qui émergent dans la marge* » (p. 25) dont il est question dans le livre.

Politique de la vie qui résiste⁵

Les « *entreprises de découragement et d'immobilisation* » (p. 82) des organisations internationales, des États et de médias n'arrivent pas à contenir les départs. Bien que les épouvantables difficultés du voyage soient désormais connues, l'Europe reste encore un îlot de sécurité. Ainsi, les femmes choisissent

leur sorte dans une « tension entre "mortification", "traitement inhumain" [...] et "chance", "aventure" ou "destin" » (p. 82). La route avec ses embûches laisse des traces profondes dans les corps et dans l'âme des femmes. Pour elles, « désargentées, violentées, violées, surtout – infamie suprême – quand elles attendent des enfants de ces viols » (p. 82), le retour est inenvisageable.

Des motivations, désirs, relations, et (op)pressions encadrent l'intentionnalité de l'entreprise migratoire. Pour donner raison de l'« *imbrication des motifs et des temporalités* » (p. 89) et montrer comment les subjectivités de ces femmes « *se construisent dans et par la frontière* » (p. 165), Schmoll opte pour une lecture diachronique de leurs parcours au prisme de l'« *autonomie en tension* » (p. 163). Cette notion permet d'identifier les contradictions dues à la coexistence de la vulnérabilisation intrinsèque au processus migratoire et de l'espoir d'une vie meilleure. La tension entre ces deux dimensions est présentée grâce à la description des entrelacs entre la volonté d'agir subjective et les effets des conditions structurelles découlant du dispositif d'immigration dans le quotidien des femmes. Plus précisément, les tactiques et stratégies qui attestent de cette autonomie en tension sont identifiées sur trois échelles, celle du corps, de l'espace domestique et de l'espace numérique. Ainsi par la maîtrise du biologique et du reproductif, par des formes de résistance corporelles (ainsi la grève de la faim) moins médiatisées que celles de compagnons hommes, par des micro-résistances de l'intime, par la réappropriation des niches de « chez soi » ou, encore, par la constitution d'un espace de beauté, de performance positive et de tissage des relations en ligne, les exilées affirment au jour le jour une politique de la vie qui résiste. Ainsi, la marge n'est pas uniquement un lieu d'oppression, mais aussi de transformation pour les exilées.

Écrit dans un langage pour spécialistes de l'immigration, assez bien expliqué au lecteur lambda, le livre permet de situer ces parcours féminins, si particuliers et peut-être, encore minoritaires, dans le tableau des migrations internationales vers l'Europe et éclairer le jeu d'acteurs (décideurs politiques, passeurs, agents de frontières d'un côté et de l'autre de la Méditerranée, organisations internationales, coopératives en charge de l'accueil, etc.) qui les caractérise. Certes, Schmoll précise qu'elle nous offre sa version située des trajectoires des damnées de la mer, car féminiser le regard c'est, d'abord, savoir admettre que la relation d'enquête n'est jamais « *innocente* » (p. 31) et libre des rapports de pouvoir. Consciente de sa position de chercheuse, blanche, européenne, dont le parcours de vie diffère profondément de celui de ses interlocutrices, elle essaie de ne pas parler à leur place, mais de faire entendre leur voix. Ce faisant, elle plaide pour une repolitisation de la question du genre dans le tournant critique actuel des études migratoires (p. 190). Concrètement, il s'agit de faire la place aux femmes effacées dans les migrations et, à la lumière de ces parcours féminins contre-intuitifs, interroger les politiques publiques migratoires qui sélectionnent les femmes selon des principes souvent contradictoires de moralité, vulnérabilité et utilité, les hiérarchisent et, ainsi, déterminent leur position à venir dans nos sociétés. Il n'échappera pas au lecteur que le titre du livre renvoie à l'ouvrage de Frantz Fanon *Les damnés de la terre*, et suggère le besoin d'une perspective intersectionnelle à l'égard des migrations féminines dans la Méditerranée et de leur traitement.

L'auteure

Laura Odasso est sociologue et chercheuse assistante à la chaire « Migrations et Sociétés » du Collège de France. Elle est *fellow* de l'Institut Convergences Migrations.

Pour aller plus loin

Agier Michel, *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Paris, Flammarion, 2008.

Akoka Karen, *L'Asile et l'Exil. Une histoire de la distinction réfugiés/migrants*, Paris, La Découverte, 2020.

Di Cesare Donatella, *Crimini contro l'ospitalità. Vita e violenza nei centri per gli stranieri*, Genova, Il Melograno, 2014.

Fogel Frédérique, *Parenté sans papiers*, Paris, Éditions Dépayage, 2019.

Heaven Crawley, « Gender, "Refugee Women" and the Politics of Protection », in Claudia Mora et Nicola Piper (dirs.), *The Palgrave Handbook of Gender and Migration*, Cham, Palgrave MacMillan, 2021, p. 359-372.

Laacher Smain, *De la violence à la persécution, femmes sur la route de l'exil*, Paris, La Dispute, 2010.

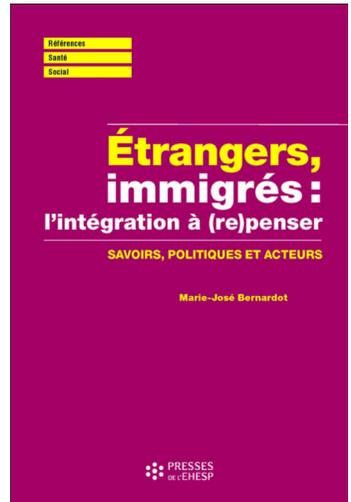
**INTÉGRATION,
UNE HISTOIRE FRANÇAISE
L'INTÉGRATION EST PLUS
SOUVENT INVOQUÉE PAR
SON ÉCHEC QU'ELLE NE FAIT
L'OBJET DE DÉFINITION
PRÉCISE. UN OUVRAGE
DRESSE UN TABLEAU DU FAIT
MIGRATOIRE ET DES POLITIQUES
D'INTÉGRATION, DE LA DEUXIÈME
MOITIÉ DU XIX^E SIÈCLE
À NOS JOURS.
EMELINE ZOUGBÉDÉ, SOCIOLOGUE**

Emeline Zougbedé, « Intégration, une histoire française. À propos de : Marie-José Bernardot. Étrangers, immigrés : (re)penser l'intégration. Savoirs, politiques et acteurs, Presses de l'Ehesp, Paris, 2019. », in : Solène Brun et Anne Gosselin (dir.), Dossier « Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France », *De facto* [En ligne], 25 | Mars 2021, mis en ligne le 19 Mars 2021. URL : <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2021/03/10/defacto-025-06/>.

Avec notre partenaire



À propos de : Marie-José Bernardot. *Étrangers, immigrés : (re)penser l'intégration. Savoirs, politiques et acteurs*, Presses de l'Ehesp, Paris, 2019.



Le 19 février 2018, le député LRM Aurélien Taché remettait un rapport consacré à l'intégration au Premier ministre et au ministre de l'Intérieur. Dénonçant d'entrée le manque de cohérence de la politique migratoire française et la faiblesse des dispositifs d'insertion linguistique, économique et sociale, le rapport développe soixante-douze propositions, devant permettre à terme la mise en place d'une politique d'intégration effective et efficiente. Mais de quoi parle-t-on précisément quand on parle d'intégration ? Le terme est ambigu et recouvre aussi bien un objet de politiques que des formes de participation à la vie en société. De manière plus saisissante, c'est bien souvent par les échecs d'une politique d'intégration ou le manque d'efforts dénoncés des populations pour s'intégrer que le débat public s'empare de la question de l'intégration. Dans *Étrangers, immigrés : (re)penser l'intégration. Savoirs, politiques et acteurs*, Marie-José Bernardot, en intime des politiques publiques d'intégration¹, propose d'éclairer le débat et « [...] de contribuer, modestement, à la diffusion des savoirs dans le domaine des migrations et de l'intégration des immigrés et à la connaissance des politiques publiques en la matière » (p. 7). Recourant à des approches

¹ Marie-José Bernardot a été chargée de mission au Secrétariat général à l'intégration et responsable du bureau de l'intégration sociale, culturelle et territoriale du ministère des affaires sociales puis de l'immigration/intérieur, de 2007 à 2014.

² Source Insee : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

³ Voir sur ce sujet Solange de Fréminville, « L'émergence de la figure de "l'immigré" dans la presse au XIX^e siècle », billet publié sur le blog Telemme-Migrations, 25 oct. 2012. URL : <https://telemmig.hypotheses.org/105>

⁴ Voir le dossier « L'Invention de l'immigration », *Agone* [en ligne], n^o40, 2008. URL : https://admin.agone.org/media/documents/ebook_1314.pdf

⁵ Marie-José Bernardot consacre le chapitre 7 à la question de la naturalisation, qui est autant perçue depuis 2008 comme l'aboutissement du processus d'intégration dans la doctrine du ministère de l'Intérieur, que comme un outil de « sélectivité accrue (de tri) des étrangers » (p. 177).

historique, démographique, sociologique, politique et à la statistique publique, l'auteure dresse un portrait du fait migratoire en France et des politiques d'intégration, qu'elle veut nécessaire et objectif. Si c'est par des entrées thématiques que l'auteure nous y convie, nous faisons le choix d'une présentation chronologique pour scruter les ruptures et les permanences des politiques françaises d'intégration.

Aux origines des politiques d'intégration

Pour point de départ, l'auteure aborde la question des flux migratoires de la France. Elle rappelle que ceux-ci se situent dans la fourchette basse des flux migratoires en direction des pays de l'OCDE, en proportion de la population totale. Vieux pays d'immigration, la France compte 6,5 millions d'immigrés, représentant 10 % de la population française et 7,5 millions de descendants d'immigrés². Cette situation rend complexe la compréhension du phénomène migratoire en France, tant du fait de son ancienneté que de la diversité des profils et des origines migratoires. À notre sens, elle complique aussi le débat sur l'intégration, tant on ne sait sur quelles populations fixer les politiques d'intégration. Sur les soixante-douze propositions du rapport Taché, plus des deux tiers concernent les primo-arrivantes et les réfugiés statutaires. C'est dire que le cœur de cible des politiques d'intégration ne recouvre plus celui des débats politico-médiatiques.

Mais pour saisir l'enjeu des politiques d'intégration et leurs débats, il faut remonter à la deuxième moitié du XIX^e siècle, comme le propose l'auteure, où l'idée d'immigration en France devient omniprésente³. Si les mouvements de population ne sont pas choses nouvelles, c'est à la faveur de la III^e République et du contexte xénophobe de l'époque qu'émerge une politique balbutiante, cherchant à la fois à différencier l'étranger du national, qu'à faire de l'étranger un national. Il n'existe pas à cette époque de politique

migratoire à proprement parler, mais la mobilisation d'étrangers pour faire la guerre et venir travailler dans les industries françaises oblige les pouvoirs publics à clarifier les conditions du séjour en France. Soulignons que l'irruption du mot « immigration » dans le vocabulaire politique des années 1880 signe la volonté de penser les moyens et les termes de la reproduction de la société française par l'immigration dans un contexte de crise, en même temps que l'examen des conditions de la reproduction de cette immigration⁴.

Ce n'est qu'au sortir de la Seconde Guerre mondiale que l'immigration en France fait l'objet d'une véritable politique migratoire avec les ordonnances du 2 octobre 1945 qui redéfinit les conditions d'obtention de la nationalité française⁵, et du 2 novembre 1945 qui crée trois catégories administratives d'étrangers selon les titres de séjour obtenus (la carte temporaire d'un an, la carte de « résident ordinaire » d'un à trois ans et la carte de « résident privilégié » de dix ans). Si l'immigration est utilisée pour repeupler la France – témoignage d'une « *pensée républicaine vis-à-vis des étrangers dans une époque d'ouverture* » (p. 49) –, son statut reste ambigu. Répondant principalement aux besoins ponctuels de l'économie, elle ne fait pas l'objet d'une politique claire d'intégration.

La perception de l'immigration par le pouvoir politique et public en France apparaît tenaillée entre les raisons

**“ MAIS, À OBSERVER
LES ÉCARTS ENTRE
LA PLACE OMNIPRÉSENTE
DES QUESTIONS D'INTÉGRATION
DANS LE DÉBAT PUBLIC
ET LA FAIBLESSE DE L'ÉTAT
À CONCEVOIR ET METTRE
EN ŒUVRE UNE VÉRITABLE
POLITIQUE D'INTÉGRATION,
NE MANQUE-T-ON PAS
UNE QUESTION DE FOND ?
POURQUOI FAUT-IL À TOUT PRIX
INTÉGRER LES IMMIGRÉS
ET LEURS DESCENDANTS**

?”

Emeline Zougbede

⁶ Voir Alain Morice, « "Choisis, contrôlés, placés". Renouveau de l'utilitarisme migratoire », *Vacarme* [en ligne], n°14, 2 janv. 2001. URL : <https://vacarme.org/article68.html>

⁷ Flux d'immigration par motif d'admission 2010-2018, Ined, URL : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/flux-immigration/motif-admission/>

⁸ Voir Dominique Sch-napper, « L'intégration : enjeux de connaissance et de politique », *Vie publique* [en ligne], 26 juin 2019. URL : <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/23843-lintegration-enjeux-de-connaissance-et-de-politique>

de sa mobilisation économique et démographique et celles de son rejet lors des crises économiques : deux dimensions qui renferment une vision utilitariste du fait migratoire⁶. Au moment de la fermeture des frontières et de la suspension de l'immigration de travail en 1974, la décennie des années 1980 s'ouvre sur une réflexion plus profonde concernant l'intégration des étrangers, avec toutes les problématiques et ambiguïtés que cette question charrie : les immigrés et l'emploi, les immigrés et le chômage, les immigrés et le logement, etc.

Les années 1980–2000 : l'intégration culturelle avant tout

Les mesures restrictives prises contre l'immigration de travail ont pour conséquence le développement de l'immigration familiale, qui représente aujourd'hui encore la principale porte d'entrée légale en France⁷. À partir des années 1980, l'intégration des immigrés est au cœur de nombreux travaux en sciences sociales et des politiques d'intégration. Cette articulation de la recherche à l'actualité politique et au débat public aboutit à l'élaboration de quatre conceptions successives de l'intégration dans les études sociales, plus ou moins ouvertes à la reconnaissance du fait migratoire comme porteur et marqueur de l'histoire française, et des immigrés comme acteurs et sujets à part entière. L'assimilationnisme défend un modèle d'intégration « républicain » considérant « *que la reconnaissance de particularismes culturels ferait courir à la France un risque de fracturation sociale* » (p. 73–74). L'intégrationnisme estime que l'intégration relève de l'ordre social : les immigrés s'intégreraient à travers des formes de participation professionnelles, linguistiques, civiques, etc.⁸ Quant au multiculturalisme, il prône un modèle d'intégration qui reconnaît les immigrés comme acteurs et sujets, « *porteurs d'une histoire et d'une culture singulières* » (p. 75), ayant contribué à l'histoire de la France depuis la Révolution.

L'interculturalisme enfin, porté par des associations d'éducation populaire et des centres sociaux, insiste sur « *la reconnaissance des différences culturelles, religieuses, ethniques, d'un respect de ces différences* » (p. 76). Parmi ces quatre conceptions, qui font toujours débat à l'heure actuelle, Marie-José Bernardot rappelle que c'est sur la conception intégrationniste que se développe un « modèle français d'intégration » des années 1990 jusqu'aux années 2000.

⁷ Jérôme Valluy, « Quelles sont les origines du ministère de l'Identité nationale et de l'Immigration ? », *Cultures & Conflits* [En ligne], 69 | printemps 2008, 2021. DOI : <https://doi.org/10.4000/conflits.10293>

À cheval entre une conception qui reconnaît à la société française des capacités spontanées d'intégration et l'exigence de dispositifs spécifiques pour la mener à bien, les politiques d'intégration ont principalement été articulées autour de l'apprentissage et de la maîtrise de la langue française, de l'accès à l'école ou encore du service militaire, leviers structurant d'un modèle d'intégration français depuis la IIIe République. Elles ont de fait contribué à éluder la question des difficultés d'intégration liées à des discriminations d'ordre structurel, mettant surtout l'accent sur l'intégration culturelle des immigré.es et de leurs descendantes. Parallèlement, dès les années 1990, le contrôle plus strict des flux migratoires est affiché comme priorité des gouvernements successifs. Cet accent mis sur le contrôle et la gestion des flux migratoires conduit à une séparation moins nette entre politique d'intégration et politique migratoire, jusqu'à créer un ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire en 2007⁷.

Depuis les années 2010 : l'intégration comme variable d'ajustement des politiques migratoires

Sur le terrain, d'après l'auteure, cet affichage se traduit par des discontinuités dans la politique d'intégration. Malgré la création d'un organe de réflexion tel que le Haut Conseil à l'Intégration (HCI) et le remaniement d'instruments de politique publique comme le Fonds

⁸ Devenu l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances en 2006, le Commissariat général à l'égalité des territoires en 2014, remplacé en 2020 par l'Agence nationale de la cohésion des territoires.

⁹ Devenue l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) depuis 2009.

¹⁰ Présentation de dispositif : <https://eduscol.education.fr/2187/ouvrir-l-ecole-aux-parents-pour-la-reussite-des-enfants>

d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (Fasild)⁸ ou encore l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (Anaem)⁹, la mise en œuvre d'une politique d'intégration nationale est peu efficace. De même que le changement de nomination et de refonte de ces établissements publics informent des difficultés et ambivalences dans la mise en œuvre d'une politique d'intégration nationale. De son côté, l'État, à partir de 2008, mène une politique d'intégration nationale des plus injonctives, qui se « focalise sur les efforts que doivent faire "les migrants" » (p. 141). En témoigne le Contrat d'accueil et d'intégration (CAI), rendu obligatoire dès 2007, remplacé depuis 2016 par le Contrat d'intégration républicaine (CIR). De leur côté, si les politiques de la ville viennent comme des substituts à une politique d'intégration nationale (p. 134), dans les faits, elles évacuent, elles aussi, la question de l'intégration des immigré.es, notamment parce qu'elles ne ciblent que des territoires définis comme « prioritaires ». Marie-José Bernardot rappelle ainsi que « Si les 300 à 500 quartiers bénéficiaires de la politique de la ville (selon les périodes) comptaient et comptent encore un pourcentage important d'immigrés, au niveau national seulement 25 % des immigrés vivent dans les Zus [Zones urbaines sensibles] [...]. Les trois quarts ne sont donc pas bénéficiaires des actions de la politique de la ville » (p. 139). En dépit de la mise en place de dispositifs innovants comme « Ouvrir l'école aux parents pour la réussite des enfants » (OEPRE)¹⁰ en 2008 ou encore de la relance des Programmes régionaux d'intégration des populations immigrés (PRIPI) en 2010, la politique d'intégration arc-boutée sur le contrôle des flux migratoires peine à être refondée. À partir des années 2010, « L'intégration devient très clairement une variable d'ajustement de la politique migratoire » (p. 149) au profit d'« une opinion publique de plus en plus hostile aux étrangers et aux musulmans » (p. 157).

La fin des années 2010 s'est peut-être achevée sur un « retour en grâce de l'intégration » (p. 151). Toutefois,

souligne l'auteure, la création d'une Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés (Dair) en janvier 2018 ne dénote pas du pilotage d'une politique d'intégration nationale qui viserait différents publics. L'accent est mis sur les réfugié.es statutaires, qui forment avec les primo-arrivant.es ressortissant.es de pays tiers, le nouveau public cible des politiques d'intégration. Ignorant de fait l'histoire migratoire française, la « nouvelle » politique d'intégration affiche une volonté d'accueillir et d'intégrer, dans le même temps que le gouvernement restreint l'entrée et l'accès au séjour au territoire et à ses marchés du travail (p. 305). Du reste, s'il se trouve encore des politiques et des actions en faveur d'une intégration des immigré.es, elles sont le plus souvent indirectes et le fait des collectivités territoriales et des villes (p. 202).

Cet ouvrage est riche d'une réflexion qui cherche à saisir les ruptures et permanences dans les politiques françaises d'intégration. Au terme, l'auteure recommande la mise en place « *d'un modèle social plus 'inclusif' et intégré* » (p. 347). Mais, à observer les écarts entre la place omniprésente des questions d'intégration dans le débat public et la faiblesse de l'État à concevoir et mettre en œuvre une véritable politique d'intégration, ne manque-t-on pas une question de fond ? Pourquoi faut-il à tout prix intégrer les immigré.es et leurs descendant.es ? Au-delà des récentes mesures qui ont pour cible les nouveaux et nouvelles arrivant.es, cette question constitue une des limites, esquissée par l'auteure, pour repenser les politiques d'intégration dans leur ensemble et sur le fond. Car ce travail demande à penser la diversité culturelle de la population française comme un fait déjà présent plutôt que comme un phénomène à conquérir et dompter. Cela exige aussi de lutter contre les discriminations dont elle fait l'objet, « *dans une France dont le 'logiciel' républicain affirme l'égalité de tous les citoyens devant la loi, et prétend assurer un égal accès aux droits pour tous* » (p. 179).

L'auteure

Emeline Zougbedé, post-doctorante CNRS/Institut Convergences Migrations, rattachée au laboratoire Triangle (UMR 5206, ENS-Lyon), associée au laboratoire Cerlis (UMR 8070, Université de Paris) et Fellow de l'Institut Convergences Migrations

