Femmes migrantes dans le secteur hospitalier en région Sud pendant la pandémie de la Covid-19

Francesca Sirna

▶ **To cite this version:**

Francesca Sirna. Femmes migrantes dans le secteur hospitalier en région Sud pendant la pandémie de la Covid-19. Hommes & migrations, 2020, Femmes engagées, 1331, pp.38-47. 10.4000/hommesmigrations.11781 . hal-03001566

HAL Id: hal-03001566
https://hal.science/hal-03001566

Submitted on 2 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Hommes & migrations
Revue française de référence sur les dynamiques migratoires

1331 | 2020
Femmes engagées

Femmes migrantes dans le secteur hospitalier dans la région Sud en période de pandémie de Covid-19

Francesca Sirna

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/hommesmigrations/11781
DOI : 10.4000/hommesmigrations.11781
ISSN : 2262-3353

Éditeur
Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée
Date de publication : 17 novembre 2020
Pagination : 39-47
ISBN : 978-2-919040-52-0
ISSN : 1142-852X

Référence électronique
Francesca Sirna, « Femmes migrantes dans le secteur hospitalier dans la région Sud en période de pandémie de Covid-19 », *Hommes & migrations* [En ligne], 1331 | 2020, mis en ligne le 04 janvier 2023, consulté le 06 janvier 2023. URL : http://journals.openedition.org/hommesmigrations/11781 ; DOI : https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.11781

Tous droits réservés

Femmes migrantes dans le secteur hospitalier en région Sud pendant la pandémie de la Covid-19

Francesca Sirna,
sociologue, chargée de recherche, CNRS, Centre Norbert Elias, EHESS-AMU.

La crise sanitaire actuelle a mis en lumière les conditions de travail précaires et discriminatoires des professionnels de santé à diplôme étranger, en première ligne dans la lutte contre le virus de la Covid-19. Dans un secteur hospitalier caractérisé par une pénurie de main-d'œuvre à l'échelle mondiale, l'origine du diplôme demeure la clé des carrières. Une enquête qualitative en cours, dont les résultats présentés ici sont centrés sur les personnels féminins, permet d'approfondir la connaissance des liens entre parcours migratoires et professionnels au sein de l'hôpital.

Le secteur sanitaire français doit faire face à plusieurs défis convergents : la croissance de la population française sous les effets combinés d'une fécondité positive et de l'allongement de la vie, oblige à repenser les formes de prise en charge et d'organisation des soins[1]. Dans le même temps, les réformes se succèdent avec pour objectif une « rationalisation » budgétaire et une baisse des dépenses de santé[2].

En France, plusieurs secteurs du service public connaissent un processus de privatisation[3]. Dans le domaine de la santé plus particulièrement, des

1. Olivier Véran, « Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public », in *Les tribunes de la santé*, n° 39, 2013, pp. 77-85.

2. Jean de Kervasdoué, « Idéologie des réformes du système de santé depuis 1990 : un système stable », in *Santé, société et solidarité*, n° 2, 2008, pp. 17-30.

3. Céline Gabarro, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », in *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012, pp. 35-56 ; Brice Le Gall, « La résistible ascension de la gestion universitaire et la transformation de la culture académique », in *Savoir/Agir*, n° 29, 2014, pp. 51-58 ; Georges Lefebvre, « Le groupe La Poste à la recherche d'une performance globale », in *Annales des Mines - Réalités industrielles*, n° 2, 2011, pp. 93-98.

logiques du marché sont décrites dans plusieurs études récentes[4]. Ce processus est aussi une conséquence de la crise économique mondiale et du rôle accru de l'Union européenne (UE) dans la détermination des politiques budgétaires et sanitaires[5]. Le secteur hospitalier français connaît ainsi une importante pénurie de personnel et une diminution des moyens financiers qui ont déterminé le mouvement social de début 2019 et donné lieu à la constitution du Collectif inter-hôpitaux (CIH) en septembre 2019, dont le but est la défense de l'hôpital public[6]. Cette crise du système hospitalier français s'inscrit dans une situation mondiale : la pénurie de personnel soignant. Les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) font face à cette crise de personnel soignant, qui touche tous les systèmes de santé depuis les années 1980, en ayant recours à des soignants à diplômes étrangers. Ces derniers restructurent ainsi le secteur hospitalier et deviennent les acteurs de nouveaux équilibres Sud-Sud et Nord-Sud. Mais quelles sont les conditions d'embauche de ces professionnelles étrangères en France ?

Des diplômés européens : reconnaissance des diplômes et parcours professionnels

D'après les directives européennes[7] instaurant la reconnaissance des diplômes au sein de l'UE ainsi que de l'Espace économique européen (EEE), les personnels médicaux et soignants à diplôme européen obtiennent la reconnaissance de leurs diplômes et l'inscription aux ordres professionnels sans aucun examen spécifique. Les professionnelles rencontrées[8] sont d'abord embauchées avec des contrats de six mois renouvelables et, une fois la procédure administrative de validation des diplômes terminée, elles peuvent choisir entre le secteur hospitalier ou libéral. Elles sont souvent présentes dans des établissements des villes moyennes (CH). Malgré une procédure de reconnaissance aisée, les diplômées européennes ont des carrières freinées, bien que leur situation professionnelle soit plus confortable que celle des collègues à diplôme hors UE.

Des diplômés hors Union européenne recherchés mais « malmenés »

En France, dans les années 1980 et 1990, afin de pallier le manque de professionnels de santé, des accords entre les universités des pays d'origine et les Centres hospitaliers universitaires français (CHU) sont conclus, prévoyant pour les jeunes diplômés des séjours (temporaires) de formation en France. Des statuts professionnels *ad hoc* pour les médecins diplômés hors Union européenne sont aussi créés[9]. Ces statuts sont caractérisés par la précarité, une moindre rémunération et un emploi du temps surchargé[10].

Pour les infirmières à diplôme extra-européen, la seule possibilité d'être recrutées est de reprendre

4. Christelle Fifaten Hounsou, « En quête du métier de médecin : immigrations de professionnels de santé ouest-africains en France », in *Hommes & Migrations*, n° 1307, 2014, pp. 105-114 ; Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent, *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir, 2019 ; Jean-Michel Belorgey, « Focus. L'influence de la France sur la protection sociale en Europe », in *Informations sociales*, n° 175, 2013, pp. 22-25 ; Odile Henry, Frédéric Pierru, « Les consultants et la réforme des services publics », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 193, 2012, pp. 4-15.

5. Philippe Askenazy, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard, Valérie Paris, « Pour un système de santé plus efficace », in *Notes du conseil d'analyse économique*, n° 8, 2013, pp. 1-12 ; Rita Beaten, « La réforme des systèmes nationaux de santé sous la gouvernance économique de l'Union européenne », in *Revue humanitaire*, n° 37, 2014, pp. 46-51 ; Laurence Boone, « Coordination des politiques économiques en Europe », in *Revue d'économie financière*, n° 103, 2011, pp. 257-276.

6. https://www.collectif-inter-hopitaux.org

7. Directive européenne 89/48/CEE, modifiées en 1999, en 2001 et 2005 (2005/39/CEE).

8. Le présent article est fondé sur une enquête portant sur 30 récits biographiques avec des femmes et des hommes médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants étrangers et à diplôme étranger travaillant dans les hôpitaux publics de la région Sud. Le terrain a commencé bien avant la pandémie de Coronavirus et s'est poursuivi avec des appels téléphoniques hebdomadaires avec une dizaine de personnes déjà rencontrées avant la crise sanitaire.

9. Les statuts d'attaché associé et de praticien adjoint contractuel, respectivement créés en 1987 et en 1995, sont réservés aux médecins à diplôme étranger hors UE. Le faisant fonction d'interne (FFI) est un médecin ou un étudiant en médecine recruté à titre provisoire dans le cas où un poste d'interne n'a pu être pourvu. Les hôpitaux recrutent souvent avec ces statuts des médecins à diplôme étranger (praticiens diplômés hors Union européenne, Padhue ou non). Si les assistants associés ont une rémunération identique à leurs 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.

10. Jean-Christophe Dumont, Pascal Zurn, « Partie III. Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés », in *Perspectives des migrations internationales*, Paris, Sopemi/OCDE, 2007, pp. 171-244.

les études et d'obtenir le diplôme d'État (DE)[11]. Cependant, l'analyse des entretiens met en évidence que les infirmières étrangères rencontrées sont souvent des médecins à diplôme hors UE qui subissent un processus de déqualification[12] : elles sont embauchées en tant qu'infirmières mais exercent comme médecins. Au sein de ce système dérogatoire, le genre détermine un traitement différentiel : les femmes subissent ces processus de manière plus saisissante. Elles sont souvent embauchées en tant qu'aides-soignantes (toute en exerçant soit comme infirmières soit comme médecins) et leurs revenus sont inférieurs à ceux des collègues hommes occupant la même position professionnelle. Elles souffrent également d'emplois du temps surchargés et de gardes répétées. Elles ont aussi un parcours professionnel plus instable et plus long avant d'obtenir la reconnaissance de leurs diplômes étrangers, devant aussi jongler entre travail productif et reproductif[13].

Des parcours à obstacles : à l'intersection des rapports de domination ?

Les raisons des départs évoquées lors des entretiens avec les femmes (UE et non UE) sont souvent liées au mauvais fonctionnement du système sanitaire du pays d'origine : clientélisme dans l'attribution des postes d'interne qui affecterait davantage les jeunes diplômées ; absence de pratique professionnelle pour les jeunes docteures ; coupes budgétaires à cause de la crise économique, licenciements et précarisation des carrières hospitalières (surtout pour les professionnels européens) ; situation politique instable dans le pays d'origine ; volonté de s'affranchir des obligations familiales ; volonté d'acquérir une expérience professionnelle afin d'obtenir des meilleures conditions de travail soit dans le pays d'origine (dans le cas d'un projet de retour), soit dans un pays tiers (dans le cadre d'un projet migratoire à plus long terme).

Les récits des femmes rencontrées, qu'elles soient à diplôme européen ou non européen, font tous état de la difficulté de s'insérer dans un milieu professionnel où les logiques de genre sont très présentes[14] :

« *Quand je suis arrivée pour suivre le stage, il y avait un collègue du Bénin, lui aussi infirmier. Il a été embauché, comme moi, comme AS, mais il a pu passer le diplôme d'État après trois ans financé par l'hôpital… Maintenant, il est infirmier, il a une bonne situation. Moi, j'ai les mêmes compétences, mais ça fait 7 ans que je suis là. J'ai déjà demandé pour que l'hôpital me finance les études pour le DE… Mais rien. J'ai demandé s'il y avait un problème dans mon dossier, mais non, rien. Alors, c'est juste que je suis une femme noire et qu'en pratique je fais déjà le job des infirmières, mais je suis moins payée… C'est pas normal !* » (Awa, infirmière béninoise embauchée en tant qu'aide-soignante, AS).

« *Dans mon pays, je dirigeais une maison de santé, je gérais le personnel, je m'occupais de l'embauche des médecins et je faisais aussi des gestes médicaux qu'ici, en France, seuls font les médecins. C'est un poste que j'avais entre les médecins et les infirmiers. Quand je suis arrivée ici, après un contrat de six mois comme infirmière, on m'a proposé un CDI d'AS. Je pensais que c'était parce que j'avais fait quelque chose de mal… Que je m'étais trompée, que j'avais fait une erreur… En fait non. C'est juste que, dans le service, il y avait trop d'infirmières femmes et qu'il fallait titulariser des collègues hommes… J'en ai parlé à mon chef de service qui a sollicité la direction… Il y a eu une enquête et puis les deux personnes des ressources humaines (RH) ont dit que c'est parce que j'étais une femme et étrangère et qu'il y avait un collègue, père de famille, qu'il fallait titulariser… Mais, moi aussi, j'ai une famille à charge… Bref, on m'a dit que j'avais subi de la discrimination. Les deux*

11. Les articles 27 et suivants de l'arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier précisent la conduite à tenir pour les titulaires d'un diplôme d'État (DE) infirmier étranger : trois épreuves (une épreuve écrite d'admissibilité et deux épreuves orales et pratiques d'admission) permettent à un jury de déterminer les dispenses de scolarité dont ils peuvent bénéficier. Le directeur de l'Institut de formation en soins infirmiers, après avis du conseil pédagogique, détermine les unités d'enseignements ou les stages acquis. Dans l'attente, l'infirmier à diplôme hors UE peut solliciter une autorisation auprès d'une Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé (ARS) du département où ils souhaitent exercer leur profession : https://www.emploisoignant.com/actu-soignant/diplome-infirmier-etranger-quelle-reconnaissance.

12. Alain Berset, Serge-Alexandre Weygold, Olivier Crevoisier, François Hainard, « Qualification-déqualification professionnelles des immigrants. Approche théorique », in *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 15, n° 3, 1999, pp. 87-100.

13. Danièle Kergoat, « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », *in* Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, PUF, 2000, pp. 35-44.

14. John Armstrong, « A system of exclusion : New Zeland women medical specialists in international medical networks, 1945-1975 », *in* Laurence Monnais, David Wright (dir.), *Doctors Beyond Borders : The Transnational Migration of Physicians in the Twentieth Century*, Toronto, University of Toronto Press, 2016, pp. 118-141.

► Nadia Belara, kinésithérapeute dans le service de maladies infectieuses et tropicales à l'Hôpital Bichat-Claude-Bernard, AP-HP. Nadia intervient auprès des patients Covid après leur séjour en réanimation. « *Nous, les kinésithérapeutes, nous prenons en charge les patients Covid afin améliorer leur condition physique et leur autonomie. Nous nous sommes adaptés en leur trouvant des exercices respiratoires spécifiques. Pour accompagner ces patients dans leur quotidien, nous avons rédigé un livret de rééducation.* » Photo Bruno Fert, image issue de la série « Les professionnels de l'AP-HP face au Covid ». © Bruno Fert, 2020.

personnes des RH ont été mutées et j'ai eu le poste d'infirmière. » (Paula, infirmière serbe).

Des situations dérogatoires marquent aussi ces parcours: emplois du temps surchargés et rémunérations inférieures sont des caractéristiques souvent évoquées au cours des entretiens. Cela s'expliquerait par l'origine de ces professionnelles, mais aussi par la division sexuelle du travail[15] qui les reléguerait dans des emplois moins valorisés et moins rémunérés:

« *J'ai toujours travaillé plus que mes collègues hommes, mais sans la reconnaissance. En tant que médecin à diplôme hors UE, pour avoir un salaire acceptable, j'enchaînais les gardes, même en dépit de la loi… Si on m'appelait pour remplacer quelqu'un, j'y allais… Sinon, le salaire n'était pas suffisant… Des fois, j'étais tellement fatiguée que je me disais: "Pourvu qu'il n'y ait pas de pépins", parce que je n'étais pas fraîche… J'aurais pu faire n'importe quoi.* » (Farida, gynécologue marocaine).

« *En fait, on travaille beaucoup et parfois les collègues (hommes) pensent qu'on ne connaît pas notre fiche de poste et veulent nous faire faire des tâches des AS… C'est parce qu'on est étrangères, mais aussi ils nous disent: "En Espagne c'est la femme qui s'occupe de ça, non?" Ils ont une vision macho de l'Espagne, alors que je trouve qu'ici, en France, à l'hôpital, c'est très macho, et puis on ne respecte pas le nombre d'heures qu'on doit faire… Mais sur la fiche de paye, ça n'apparaît pas… C'est de l'exploitation…* » (Silvia, infirmière espagnole).

Certaines études, prenant en compte le sexe, l'âge, la classe, l'ethnicité, la citoyenneté et

15. Kergoat, *op. cit.*

l'orientation sexuelle, ont déjà montré l'impact des identités incorporées ou assignées sur les comportements ayant des implications sur la relation entre soignants (mais aussi avec les soignés), ainsi que sur le rapport au système de soin[16]. Dans le cas de ces professionnelles, étrangères, pour certaines d'entre elles, minoritaires, ces logiques sont à l'œuvre, même si c'est de manière moins manifeste que pour les femmes migrantes peu ou pas spécialisées[17]. Un contexte particulier est venu mettre au grand jour ces différences, ces conditions de travail précaires et discriminatoires : la pandémie de Sars-Cov-2 ou Covid-19.

La parole des professionnelles de santé étrangères durant la pandémie de coronavirus

La crise sanitaire[18] liée à la pandémie qui a touché la France en janvier 2020 a révélé l'état des hôpitaux français (manque de matériel, manque de médicaments, manque de lits dans les services de réanimation), la pénurie de personnel médical et soignant et la présence de professionnels de santé à diplôme étranger. Un vrai 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 l'inscription à l'ordre des médecins. Les conditions d'exercice des médecins à diplôme hors UE ont été assouplies en avril 2020 afin qu'ils puissent accéder à de meilleures positions professionnelles. Les Français ont « soudainement » découvert une réalité pourtant « visible » depuis longtemps : l'hôpital français tourne grâce à ces professionnels. Comment cette visibilité inattendue a été perçue par ce personnel à diplôme étranger ?

Il faut d'abord souligner que l'enquête de terrain a dû également s'adapter à ces conditions critiques : les entretiens à l'hôpital n'étaient plus réalisables. Cet article pose une série de réflexions sur la validité et la légitimité des analyses à chaud et au moment où les faits se produisent et ne sont pas encore terminés. Si la crise semble être un sujet rarement abordé à chaud d'un point de vue sociologique et reste principalement objet d'analyses économiques et historiques, Michel Wieviorka[19], mais aussi Edgar Morin[20] rappellent la difficulté d'esquisser une sociologie de la contemporanéité, voire de l'extemporanéité en gardant « *toute objectivité* ». La difficulté est aussi celle de la délimitation de la crise : où et quand est-ce qu'elle s'arrête ? Peut-on se fier à une analyse pendant la crise sans connaître son issue ? Comment « prévoir » les effets réels de la crise si elle ne s'est pas terminée ? Doit-on faire une analyse locale, nationale, régionale (Europe, Asie, etc.), globale ? Quelle serait donc l'échelle d'analyse la plus pertinente ? J'ai essayé de restituer de la manière la plus fidèle possible ces échanges, ces moments de défoulement que ces appels sont devenus. Il n'est jamais aisé d'analyser objectivement des situations très émotionnelles. Mon choix a été de laisser la parole se libérer et d'éclairer les divers sentiments traversant ces professionnels face à l'indicible.

Pour cet article, les entretiens ont été remplacés par des appels téléphoniques hebdomadaires avec un groupe de personnes rencontrées avant la pandémie et avec qui les rapports étaient assez proches. Voici quelques extraits des appels enregistrés de mars à mai 2020 :

« *C'est horrible, je veux dire… Tout va bien pour moi et mes enfants, mais je suis dévastée par ce que*

16. Kimberley Crenshaw, « Demarginalizing the intersection of race and sex : A black feminist critique of antidiscrimination doctrine », in *The University of Chicago Legal Forum*, n° 1, 1989, pp. 139-167 ; Véronique de Rudder, Simona Tersigni, François Vourc'h, « Les syndicats et le racisme dans le secteur de la grande distribution », Rapport européen RITU, 2005, p. 80. URL : www.unice.fr/urmis/spip.php?article112 ; Marguerite Cognet, « Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité politique des États », in *L'Homme et la société*, n° 176-177, 2010, pp. 101-129 ; Yves Lochard, Christèle Meilland, Mouna Viprey « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle », in *Revue de l'Ires*, n° 53, 2007, pp. 83-110.

17. Parvati Raghuram, « The difference that skills make : Gender, family migration strategies and regulated labour markets », in *Journal of Ethnic and Migrations Studies*, vol. 30, n° 2, 2004, pp. 303-321.

18. Le terme de « crise », dans son acception grecque, désigne un moment de prise de décision, de choix. Son utilisation recouvre des domaines et des significations variées : elle peut marquer une rupture, un changement brutal d'un état (de santé), de souffrance (mentale), de situation (politique), de modèle (épistémologique) ou de système (économique). La notion de crise est ainsi appliquée à la plupart des domaines de la vie (humain, animal, social, sanitaire, politique, économique, moral et cognitif), jusqu'à pousser Paul Ricœur à définir la crise comme un « *pseudo-concept* » ou, pour reprendre les mots de Marcel Mauss, un « *phénomène social total* », c'est dans cette acception que le terme sera ici utilisé. Voir Paul Ricœur, « La crise : un phénomène spécifiquement moderne ? », in *Revue de théologie et de philosophie*, vol. 120, n° 1, 1988, pp. 1-19 ; Marcel Mauss, *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1985, p. 482.

19. Michel Wieviorka, « La sociologie et la crise. Quelle crise, et quelle sociologie ? », in *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 127, 2009, pp. 181-198.

20. Edgar Morin, « Mai 1968 : complexités et ambiguïtés », in *Pouvoirs*, n° 39, 1986, pp. 71-79.

je vis au travail… C'est horrible. Vous ne pouvez pas imaginer, nous travaillons 12 heures par jour, et parfois plus, nous n'avons pas assez de masques pour nous protéger et protéger nos patients de nous, parce que je suis sûre qu'il y a des positifs parmi nous [positifs au Covid-19 chez les professionnels de santé].»

«*Moi : Est-ce que vous et vos collègues êtes testés une fois par semaine ?*

«*S : Non, bien sûr que non… Nous n'avons pas assez de tests pour les patients… Et même si aujourd'hui je ne suis pas positive, je pourrais l'être dans quelques jours… C'est inutile… Nous ne sommes testés que si nous sommes malades… Et cela signifie, bien sûr, que nous pouvons avoir infecté quelqu'un de notre famille ou des personnes à l'hôpital ou les deux… Pouvez-vous comprendre à quel point je suis stressé par tout cela ? Mes deux enfants sont avec mes beaux-parents, mais je vais les voir une fois par semaine… J'ai besoin de les voir et pour ma fille de 2 ans, c'est tellement difficile de rester loin de moi… Mais je me sens coupable chaque fois que j'y vais, et je me sens coupable aussi si je ne le fais pas… Je suis tellement fatiguée* [elle pleure].» (Sonia, 39 ans, infirmière algérienne).

Ces professionnelles font face à la menace de l'infection, aux manques d'équipement, aux emplois du temps surchargés par la crise sanitaire, à la mortalité élevée et aux conditions d'accompagnement des patients les plus graves. Pourtant, malgré des statuts précaires, leur engagement reste intact. En effet, malgré les situations de domination subies, elles témoignent d'un « ethos professionnel »[21] singulier, mais également d'une plus grande difficulté à mettre à distance[22] la sphère professionnelle :

«*Les gens meurent seuls, tu ne peux pas les toucher, les approcher, la famille n'est pas admise… C'est quoi ce délire ? Je n'ai pas choisi de faire AS pour laisser les gens crever comme ça…* [elle pleure]. *D'habitude, on les accompagne, on a des petites attentions, on essaie de rendre ce moment moins… Enfin, tu vois. Ces images reviennent après, tu vois des corps en fin de vie toute la journée. Puis la nuit, j'essaie de dormir et je revois tout ça et je pleure… C'est l'horreur. Je sais pas comment on va s'en sortir, je veux dire psychologiquement… À mon avis, ça va faire des dégâts. On n'en sort pas comme ça d'une chose pareille…*» (Rachida, 45 ans, AS infirmière algérienne dans un service de maladies infectieuses).

Et en même temps, elles restent lucides sur cet effet de projecteur que représente la crise et attestent d'une conscience accrue des discriminations subies :

«*Ce qui m'énerve, c'est qu'on a toujours bossé dans ces conditions de m… Et maintenant, les Français découvrent qu'on est là, que sans nous* [le personnel à diplôme étranger] *leurs hôpitaux tourneraient pas, qu'on a des salaires de misère, des situations précaires, qu'on est exploités ! Tant mieux s'ils s'en rendent compte et tant mieux si ça peut s'améliorer pour nous ! Avions-nous besoin d'une pandémie pour réaliser qu'on était là ? Oui, ça me fait plaisir qu'à 20 heures tout le monde applaudisse, mais, moi je veux que ça change ! Après la crise qu'est-ce qu'il va se passer ? Rien, on nous oubliera et voilà et les Tatiana comme moi continueront à bosser dans le boulot que les Joséphine ne veulent pas et pour un salaire de misère et, après Tatiana, il y aura Xin-Lee ou je ne sais pas qui de je ne sais pas où… Enfin, toujours une autre qui vient d'arriver d'un pays encore plus pauvre…*» (Tatiana, 35 ans, infirmière bulgare).

Dans ce contexte de crise, ces femmes rendent compte des conditions de travail rudes et des répercussions sur leurs vies personnelles et familiales. Leurs récits témoignent d'un point de vue différent sur leur condition. En effet, avant la pandémie de Coronavirus, le passage par la précarité et/ou par une rémunération inférieure, par rapport aux collègues à diplôme français, est considéré comme une opportunité de réalisation du «*désir de métier*[23]». Les processus d'invisibilisation juridique et sociale[24] de ce personnel à diplôme étranger, à l'œuvre au sein de l'hôpital, n'étaient pas évoqués de manière explicite lors des entretiens. La crise sanitaire a d'avantage exacerbé les conditions d'exercice à l'hôpital, dévoilant à l'opinion publique et au pouvoir exécutif le rôle de ces femmes, mais questionnant également ces femmes sur les processus de déclassement et sur l'invisibilité subie[25]. En analysant leurs récits, des différences dans les revendications exprimées sont observables.

21. Bernard Zarca, « L'ethos professionnel des mathématiciens », in *Revue française de sociologie*, vol. 50, n° 2, 2009, pp. 351-384.

22. Bernard Fusulier, David Laloy, Émilie Sanchez, « Être au service et articuler travail/famille. De la double disponibilité pratique et subjective chez les professionnels de la relation », in *Informations sociales*, n° 154, 2009, pp. 22-30.

23. Florence Osty, *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2003.

24. *Ibid.*

25. Speranta Dumitru, « Féminisation de la migration qualifiée : les raisons d'une invisibilité », in *Hommes & Migrations*, n° 1317-1318, 2017, pp. 146-153 ; Mirjana Morokvasic, « La visibilité des femmes migrantes dans l'espace public », in *Hommes & Migrations*, n° 1311, 2015, pp. 7-13.

► Berthe Tsibuabua, agent de l'Unité stérilisation de l'hôpital Cochin, AP-HP. « *Nous travaillons à la sécurité des patients : nous stérilisons et vérifions les instruments indispensables aux opérations chirurgicales. Durant l'épidémie, les blocs opératoires étaient à l'arrêt. Nous avons alors produit 5 000 flacons de gel hydro alcoolique et fabriqué plus de 7 000 masques chirurgicaux pour protéger les soignants.* » Photo Bruno Fert, image issue de la série « Les professionnels de l'AP-HP face au Covid ». © Bruno Fert, 2020.

Face à la crise sanitaire : des attentes distinctes et l'espoir du changement

Si les craintes d'infection, à des degrés variables[26], la colère et les répercussions sur la santé mentale semblent être des traits communs aux récits de ces femmes, il est néanmoins possible d'appréhender des attentes distinctes selon que leur diplôme soit d'origine européenne ou non européenne.

Les femmes diplômées hors UE manifestent davantage d'inquiétude face au futur, à leur statut : elles craignent, d'une part, que la prise de conscience du manque de personnel conduise à l'embauche massive de personnel à diplôme européen dont la reconnaissance de qualifications est plus aisée et, par conséquent, au non-renouvellement de leurs contrats. D'autre part, elles ont aussi espoir que leur rôle joué durant la pandémie détermine une accélération des procédures de reconnaissance des diplômes hors UE. Elles espèrent également que cet éveil des consciences des collègues, des patients et des autorités quant à leur implication dans la crise sanitaire pourra conduire à une diminution des discriminations et du racisme :

« *Oui, en ce moment, tout le monde me regarde avec gentillesse. Je ne suis plus la black qui fait les toilettes et que parfois les patients ne voulaient pas que je les lave… À chaque fois que je rentre dans une chambre, c'est : "Merci pour être là, merci pour ceci,*

26. Clément Tarantini, Patrick Peretti-Watel, « Distribution et variation du sentiment de peur en contexte de "risque infectieux élevé". Des expériences socialement différenciées du stigmate et de la peur chez des professionnels de santé d'un service de "maladies infectieuses et tropicales" », in *Sociétés contemporaines*, n° 105, 2017, pp. 31-51.

merci pour cela!" Je n'ai pas changé, non! Ce sont les autres… C'est cette saloperie de maladie qui fait peur et que nous sommes toujours là malgré tout! Alors, si cette peur peut changer les mentalités, c'est bien! Au moins, on aura ça!» (Fatou, 36 ans, AS sénégalaise diplômée infirmière).

Les femmes avec un diplôme européen ont une vision plus optimiste du système hospitalier français. En effet, la connaissance des systèmes de santé des pays d'origine (parfois moins performants) permet à ces professionnelles de mettre en perspective l'état des hôpitaux français et de porter un regard plus positif sur la situation malgré la crise actuelle. Elles ont souvent pu organiser le transfert des malades vers des hôpitaux des pays limitrophes, mais aussi échanger avec les collègues dans leur pays d'origine sur les protocoles à suivre. La prise de conscience collective de leur rôle à l'intérieur de l'hôpital public français leur fait espérer des carrières ascendantes et des postes à responsabilités qu'elles n'occupent pas actuellement: «*C'est peut-être le moment d'ouvrir les carrières aux médecins étrangers, je sens que le vent est favorable, qu'après toutes ces semaines de travail, d'investissement, on a démontré qu'on a la capacité d'être chef de service… Qu'on a des réseaux internationaux, qu'on apprécie d'être là et on travaille dur. J'espère que ça servira au moins à changer les mentalités des collègues plus âgés!*» (Ulrike, 42 ans, pédiatre allemande).

Ces professionnelles de la santé qui payent un lourd tribut à la pandémie[27] n'ont cependant aucune certitude au sujet de l'évolution de leurs statuts, de leurs carrières et de l'hôpital public français. Les précédentes réformes du système hospitalier n'ont fait qu'accroître les difficultés pour obtenir la reconnaissance des diplômes (dans le cas des médecins) ou la validation d'unités d'enseignements (dans le cas du diplôme d'infirmier)[28]. Les parcours professionnels et migratoires de ces femmes s'inscrivent ainsi dans le contexte global des migrations choisies et des mobilités différenciées[29] antérieur à la crise sanitaire, mais que celle-ci a rendu particulièrement visibles. Ce contexte est cependant propice à une conscience factuelle de leur engagement professionnel et de ses implications à la sortie de la crise. Mais la crise sanitaire a également exacerbé les différences entre les diplômées européennes et celles à diplôme non européen. Ces dernières sont davantage fragilisées et précarisées à cause des difficultés liées à la reconnaissance de leurs diplômes. Elles craignent un surcroît de la gestion managériale du personnel à diplôme non européen une fois la crise sanitaire achevée.

… et après ?

Au cours des échanges téléphoniques et après une première phase de défoulement, les récits de ces femmes ont pris un tournant, et les plaintes et les larmes ont laissé place aux questionnements autour du futur proche et des mesures annoncées par le pouvoir exécutif après le Ségur de la santé[30]:

«*J'espère que les engagements seront maintenus, que les moyens seront augmentés… Qu'il ne s'agit pas des promesses habituelles qui mènent à rien… Si même une pandémie ne peut pas faire avancer les choses, alors c'est fichu!*» (Sofia, 35 ans, infirmière).

D'autres professionnelles ont aussi fait part de leurs craintes quant à une possible accélération du processus de démantèlement du service public et de privatisation du secteur de la santé car les cliniques privées ont aussi démontré leur capacité à gérer la crise:

«*Peut-être que tout ça servira de prétexte pour privatiser l'hôpital et pour dire: "Vous voyez? Ils n'ont pas bien géré, alors que les cliniques oui, elles ont été plus réactives, elles ont assuré!" Comme ça, plus d'hôpital public, plus de trou de la Sécu et tout le monde est content et on sera comme aux États-Unis… Moi, c'est ça ma crainte!*» (Paula, 42 ans, infirmière serbe).

D'autres ont également exprimé des craintes liées à leur statut de personnel médical et de soignant

27. En juin 2020, Santé publique France signalait la contamination de plus de 31 000 professionnels (dont 24 % parmi les infirmiers et 24 % des AS). URL : https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante. En juillet 2020, l'Insee soulignait que la mortalité était plus importante pour les personnes nées à l'étranger, dont 14 % des décès auprès du personnel de santé originaire du Maghreb et 15 % pour ceux originaires d'Afrique. URL : https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049.

28. Marc-Olivier Déplaude, « Une xénophobie d'État ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », in *Politix*, n° 95, 2011, pp. 207-231 ; Fifaten Hounsou, *op. cit*.

29. Fifaten Hounsou, *op. cit.* ; Hélène Pellerin, « De la migration à la mobilité : changement de paradigme dans la gestion migratoire. Le cas du Canada », in *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 27, n° 2, 2011, pp. 57-75.

30. Il s'agit d'un néologisme pour indiquer la concertation lancée par le gouvernement en mai 2020 afin d'améliorer le secteur sanitaire et hospitalier. URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/.

à diplôme hors UE à la suite des mesures d'assouplissement des conditions d'exercice, sans certitude de régularisation des situations. Nombreuses sont les femmes qui considèrent que ces décisions laissent envisager un usage ultérieur de ces professionnelles en tant que réserves ou personnel d'appui[31] dont les compétences médicales seront utilisées à moindre coût:

« *Qui c'est qui va être embauché comme collaborateurs occasionnels de service public (Cosp) en cas de crise ? Eh ben, ce sont les Noirs, les immigrés, les étrangers qui ne peuvent pas trouver autre chose, parce que nos études ne sont pas reconnues ici.! Mais, moi, j'ai fait des stages en France et la formation était faite par des Français au Sénégal ! Alors, pour moi, c'est toujours le même système. C'est l'exploitation des Noirs par des Blancs: "Je viens, je te forme, je te demande de venir te spécialiser dans mon pays, et puis je t'exploite. Je ne reconnais pas ton diplôme qu'au passage j'ai aidé à mettre en place, et comme ça, je te paie moins et mon hôpital tourne bien et coûte moins cher." Voilà comment ça se passe ! Alors, que les hôpitaux puissent embaucher et virer des Cosp comme ça leur chante, ça m'arrange pas ! Ça sera pire !* » (Fatou, 36 ans, AS sénégalaise diplômée infirmière).

Ces processus ont déjà fait l'objet d'analyses[32], ce qui change est le rapport de ces professionnelles face aux rapports de domination et aux dangers d'une gestion néo-managériale du personnel soignant par l'administration hospitalière[33].

Conclusion

Dans un contexte de restrictions budgétaires et de dégradation des conditions de travail, l'origine du diplôme instaure ainsi un mécanisme de sélection entre professionnelles, aux dépens des professionnelles à diplôme étranger qui voient ainsi leurs carrières contrariées. On se retrouve ainsi face à une division du travail qui semble propre à l'économie du savoir à laquelle participeraient ces circulations internationales de professionnelles hautement qualifiées[34], mais qui alimentent largement le débat autour du « *brain drain* » et du « *brain waste*[35] ». Les professionnelles rencontrées sont au cœur de ce processus de déqualification, voire de discrimination liée à l'origine du diplôme. La santé apparaît ainsi au croisement des rapports sociaux de domination, qu'elle contribue à révéler à différentes échelles allant du local au global.

L'enquête en période de pandémie révèle aussi les difficultés qu'Edgar Morin, dans son article à vif sur Mai 68, avait déjà pointées[36]. Il faut expliciter les obstacles que le sociologue rencontre lorsqu'il s'intéresse à un événement en cours, durant lequel on n'a pas le recul nécessaire pour avoir une compréhension en profondeur. Mais il est important d'en rendre compte. La crise est ici mobilisée en tant que contexte dans lequel et par lequel des changements majeurs pourraient se produire, tant au niveau de l'individu, de la société, de la santé que des politiques publiques.

La crise sanitaire représente ainsi une entrée pour porter un regard nouveau sur les divers processus à l'œuvre dans la circulation des femmes migrantes qualifiées. Les femmes rencontrées témoignent des rapports de domination, mais aussi d'un désir de changement: reconnaissance des diplômes, respect des horaires de travail, égalités des salaires, carrières ascendantes, reconnaissance de leur rôle et visibilité au sein du service hospitalier.

Ce qui est clair pour toutes ces professionnelles est que la crise sanitaire est un phénomène international, voire global, qu'elle recouvre différents domaines de la vie (santé, économie, politique, culture), qu'elle est aussi le résultat d'un enchaînement d'événements dont l'issue n'est pas aisée à appréhender. Mais cette crise est aussi révélatrice de la prise de conscience par ce personnel des rapports de domination subis ainsi que, de manière plus générale, des inégalités dans le secteur hospitalier qui demeurent à explorer. ■

31. Cosp : collaborateurs occasionnels du service public ; aides-soignants ou infirmiers recrutés (et licenciés) à la demande.

32. Caroline B. Brettel, *Gender and Migration*, Cambridge, Polity Press, 2016, p. 219 ; Yann Moulier Boutang, *Le capitalisme cognitif, la nouvelle grande transformation*, Paris, éd. Amsterdam, 2007 ; Raghuram, *op. cit.*

33. Juven, Pierru, Vincent, *op. cit*.

34. Moulier Boutang, *op. cit*.

35. Ivy-Lynn Bourgeault, « Health Professional Migration », *in* Lee E. Monaghan, Jonathan Gabe (dir.), *Key Concepts in Medical Sociology*, Londres, Sage Publications, 2013 pp. 169-174 ; Niamh Humphries, Ella Tyrrell, Sara McAleese, Posy Bidwell, Steve Thomas, Charles Normand, Ruairi Brugha, « A cycle of brain gain, waste and drain : A qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland », in *Human Resources for Health*, vol. 11, n° 63, 2013, pp. 1-10 ; Russel King (dir.), *The New Geography of European Migrations*, Londres, Belhaven Press, 1993.

36. Morin, *op. cit*.