



HAL
open science

Avant-propos. MIGRATIONS ET SANTÉ : FAIRE FACE AU SOIN ENTRAVÉ. CONTRAINTES, EXPÉRIENCES, ADAPTATIONS

Estelle D'halluin, Chloé Tisserand, Simeng Wang

► To cite this version:

Estelle D'halluin, Chloé Tisserand, Simeng Wang. Avant-propos. MIGRATIONS ET SANTÉ : FAIRE FACE AU SOIN ENTRAVÉ. CONTRAINTES, EXPÉRIENCES, ADAPTATIONS. *Revue française des affaires sociales*, 2024, N° 243 (3), pp.7-24. 10.3917/rfas.243.0007 . hal-04827657

HAL Id: hal-04827657

<https://hal.science/hal-04827657v1>

Submitted on 23 Dec 2024

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.

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

AVANT-PROPOS

Estelle d'Halluin, Chloé Tisserand et Simeng Wang

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

Ce numéro ne revient pas sur les multiples facteurs migratoires et la dynamique des flux à l'échelle macrosociale. Il resserre la focale sur un contexte national et vient plutôt en écho aux deux autres numéros de la *Revue française des affaires sociales* qui, en 1992 et 1997, se consacraient aux politiques d'accueil et aux conditions de vie des immigré-es en France. Car, si le fait migratoire est un trait de

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

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

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

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

Avant-propos

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

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

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

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

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

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

4. Voir par exemple, le numéro coordonné par Maud Gelly, Joseph Hivert et Alexis Spire « Hôpital : réformes, crises et résistances », 11° 4, octobre-décembre, 2021 ou celui coordonné par Jean-Charles Basson, Nadine Haschar-Noé et Marina Honata, « La fabrique des inégalités sociales de santé », n° 3, juillet-septembre, 2021.

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

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

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

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

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

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

médiateur·rices en santé, etc.) les investissent. Certaines contributions soulignent le rôle de professionnel·les, parfois issu·es eux-mêmes de l'immigration, et l'importance de la pair-aidance.

Partie 1 - Expériences subjectives et pratiques face au soin entravé: contournement, renoncement et résistance

S'appuyant sur l'expérience émanant d'une diversité de profils parmi les publics précaires, les contributions de cette partie portent sur la façon dont les patient·es migrant·es précarisé·es et les membres de leur réseau de soutien se représentent et perçoivent la prise en charge médico-sociale, comment ils se l'approprient, mais également comment ils composent avec les difficultés d'accès aux soins.

Si les mécanismes de production de discrimination (Carde, 2011 ; Cognet, 2017; Prud'homme 2016) sont peu traités ici, les contributions mettent en exergue la persistance des obstacles bien connus dans l'accès aux soins et le ressenti de discrimination qui peut en découler chez les patients ou les aidants proches quand ils en font l'expérience dans leur parcours de soins. L'originalité des articles réside dans leur capacité à nous faire part de façon très concrète, à travers les récits et ressentis, de l'expérience vécue . Ces points de vue subjectifs sont multiples et peuvent être rapportés par des patients, premiers concernés d'une relation thérapeutique, ou par leur entourage, les aidants proches et les acteurs médico-sociaux.

L'expérience de l'irrégularité et de l'instabilité du droit au séjour et ses effets sur la santé

Ce premier axe aborde un objet de recherche déjà très documenté que sont les répercussions des conditions sociales d'existence précarisées ou des politiques migratoires restrictives sur l'état de santé psychique (Loumonvi, 2020) et physique (Guénif-Souilamas, 2010) des personnes en situation de migration. Ainsi, dans l'article « Épuiser la biolégitimité. La fragilisation du droit au séjour pour soins en France hexagonal », l'auteur, Léo Manac'h, revient sur les conditions dans lesquelles est aujourd'hui mis en œuvre le droit au séjour pour soins. Le titre de séjour pour soins peut être délivré à une personne quand son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont l'absence pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, et dont elle ne peut bénéficier dans son pays d'origine (en raison d'un traitement inaccessible). L'article vient documenter l'érosion progressive de cette biolégitimité (Fassin, 2001) - celle du corps souffrant - analysée par d'autres auteurs ces dernières années (Wang, 2016a). L'auteur retrace l'évolution de la mise en œuvre de ce droit, la manière dont le soupçon entache désormais la figure du patient à soigner pour lequel il s'agit de permettre un séjour stable, et la manière dont les personnes - déjà éprouvées par

la maladie - font face aux obstacles à la mise en œuvre de ce droit. Par-delà la surexposition nécessaire et la mise en jeu de leur corps physique ou psychique, il leur faut aussi bien souvent mobiliser des ressources langagières et un capital social afin de répondre aux exigences affirmées d'agents bureaucratiques de première ligne dont les travaux sociologiques ont montré par ailleurs le pouvoir, les risques de dérives arbitraires et parfois les pratiques déviantes dans l'application du droit des étrangers (Spire, 2008 ; Gabarro, 2017 ; Geeraert, 2016). Pour l'auteur, il s'agit pour les personnes - et les intermédiaires du droit desquels ils deviennent plus dépendants - de surmonter une « politique du découragement ». L'article de Léo Manac'h met également en évidence la détérioration de l'état de santé physique et psychique qui découle de l'application plus restrictive ces dernières années du droit au séjour pour soins, notamment en ce qui concerne les maladies (telles que le psychotraumatisme) dont l'identification ou l'exceptionnelle gravité semblent moins consensuelles dans le corps médical, et pour lesquelles l'amélioration du patient entraîne la perte d'un statut ayant permis une insertion professionnelle, résidentielle, relationnelle.

Les articles de ce premier axe témoignent de la continuité dans le temps de ce que Léo Manac'h qualifie de « politiques de découragement » à l'endroit notamment des personnes en situation irrégulière ou des détenteurs de titres de séjour provisoires pour différents motifs (droit au séjour pour soins, autorisation provisoire au titre de l'asile...). Celles-ci se caractérisent le plus souvent par la limitation des droits associés à certains statuts (Laacher, 2007), les épreuves bureaucratiques répétées marquées par une technicité et une complexité des procédures, une opacité des atteintes, et sont jalonnées de pratiques arbitraires/illégales au guichet (Gabarro, 2012). Elles ont d'ailleurs un impact sur les déterminants de santé tels que l'hébergement, les conditions matérielles d'existence se détériorant lors des ruptures de droit. De fait, elles accroissent les facteurs de vulnérabilité des patients et davantage encore lorsque ceux-ci ont une fragilité biologique liée par exemple au vieillissement (Attias-Donfut et Tessier, 2005). Ainsi, l'article « Effets de la précarité administrative sur la santé des migrants âgés » d'Emmanuel Niyonsaba et Thibault Moulaert s'intéresse aux effets de l'irrégularité et de l'instabilité du droit au séjour sur les conditions de vie des immigré-es en France dans un contexte où, pour les populations des pays dits « du Sud », les conditions de renouvellement de titre provisoire de séjour se sont complexifiées. À travers une enquête auprès de personnes étrangères d'origine subsaharienne âgées, les auteurs mettent en évidence les parcours administratifs complexes ainsi que l'incompréhension et la défiance envers les institutions bureaucratiques suscitées par le traitement de leur requête. Ils montrent l'intense travail de légitimation effectué par les enquêtés pour régulariser leur situation administrative à travers le travail ou l'engagement bénévole d'une part, l'activation d'un droit au séjour pour soins d'autre part, et les effets psychiques produits par le basculement ou le maintien dans l'irrégularité au regard du droit au séjour. Pour la plupart, vivre dans l'irrégularité produit ou renforce des symptômes psychiques, un isolement social et, pour certains, la distance aux institutions sanitaires.

la place incontournable des aidant-es proches et du milieu associatif dans l'accompagnement du soin

Dans ce contexte, la place des associations ou des proches semble plus que jamais incontournable dans le soin. Elle interroge les manières de composer avec la désinstitutionnalisation (Pette, 2014 ; Hirlet et Pierre, 2017) avec pour enjeu central la question de l'épuisement (Oppeheim *et al.*, 2010 ; Cottin-Marx, 2023). Les acteur-rices du soin informel « payent de leur personne » (Crochet, 2008) comme Jehanne Liogier d'Ardhuy le dépeint dans sa contribution « **Prendre soin des personnes âgées immigrées souffrant de troubles psychiques : trajectoires d'aide des familles** ». L'article se focalise sur le rôle incontournable des aidants proches pour les personnes immigrées atteintes de troubles psychiques. Dans la lignée des travaux d'Ogg, Clément et Bonvalet (2011) sur les solidarités intergénérationnelles en Europe, l'autrice montre ici les formes et le niveau d'engagement différenciés selon le degré de parenté, les assignations associées au genre, l'éloignement géographique, les relations filiales et les tensions familiales antérieures. Elle souligne également l'importance de tenir compte de la durée de la maladie chronique psychique et de l'épuisement des aidant-es, propres à produire davantage d'isolement social pour les sujets affectés comme pour les proches mobilisés. L'article présente la « charge » pratique et mentale des familles, de la recherche diagnostique des troubles psychiques de leur proche (Béliard et Eideliman, 2019 ; Trabut et Weber, 2009 ; Wang, 2013) à l'accompagnement dans les dispositifs de soins (Bungener, 1995). Celle-ci apparaît ici, pour les aidants des immigrés âgés, plus difficile à déléguer dans un contexte où le patient ne maîtrise pas la langue et que leurs aidants se voient assigner, bien que profanes, un rôle de médiateur interprète. En filigrane, les parcours individuels retracés donnent à voir la tension entre une politique publique de désinstitutionnalisation des hospices comme des établissements psychiatriques, une politique émergente de soutien aux aidant-es proches (qui semble moins accessibles aux enquêtés) et des politiques de réduction des dépenses qui affectent les conditions du suivi sanitaire (tel l'interprétariat qui fait souvent défaut dans les organisations d'aide à domicile ou les services de psychiatrie).

Pour soigner les personnes vivant dans les lieux en marge, des dispositifs médico-sociaux adaptés ont émergé. Ainsi, ceux-ci proposent un « aller-vers » ces patient-es - qui privilégie « la permanence du lien plus que celle du lieu » (Chambon, 2018) - en intervenant directement dans leur espace résidentiel et intime. Pour autant, nous constatons dans « Une santé à la marge : l'imbrication des entraves à la santé dans les trajectoires des exilé-es vivant en squat » que l'intention primaire de ces dispositifs peut évoluer en fonction des usages qu'en font les patient-es. De même, ces dispositifs peuvent apparaître comme des espaces de régulation et des solutions à la marge pour se soigner au regard d'un accès au soin institutionnel rendu difficile et complexe (Siffert, 2024). En effet, Alfonsina Faya Robles, Grégory Beltran et Sarah Nicaise ont mené une enquête qualitative de terrain dans des squats situés dans une agglomération du nord de la France. L'article retrace d'abord les entraves aux soins vécues par les résident-es des squats et

qui sont directement liées au parcours d'exil participant à la dégradation de leur santé. La variété des extraits d'entretien permet de saisir la façon dont sont vécues les conséquences de la restriction des politiques d'asile. En cela, on comprend que la complexité des parcours est telle que les problématiques de santé deviennent secondaires. Les démarches administratives épuisantes et dissuasives construisent des obstacles au soin et à l'accès au droit en santé. Le manque d'informations concernant le fonctionnement du système de santé produit aussi du renoncement au soin. Les squats constituent une vulnérabilité résidentielle : les conditions de vie y sont précaires, insalubres et génèrent de l'anxiété. Ainsi, la déclaration de pathologies physiques et psychiques témoigne de l'aggravation de l'état de santé.

Les articles de ce premier axe abordent également la façon dont les individus tentent de se départir des affects négatifs et de s'émanciper des politiques subies.

Ils donnent à voir la mise en place de résistances et de stratégies de contournement des contraintes. Ainsi, à travers leurs expériences subjectives, nous pouvons interroger les limites des dispositifs de prise en charge ciblés ou adaptés aux patients migrants, thème exploré dans la seconde partie de ce numéro.

Partie II - Enjeux organisationnels, institutionnels et professionnels du soin pour ou par les personnes migrantes

Dans cette seconde partie, les contributions s'intéressent, à un niveau méso-sociologique, aux organisations du soin pour - et parfois par - les personnes migrantes. Des travaux antérieurs, inscrits dans une approche monographique des institutions médicales, éclairent la façon dont se développent et s'ajustent les pratiques professionnelles autour de la prise en charge d'un public migrant. Citons entre autres : le recours (ou non) au service de l'interprétariat et les réflexions épistémologiques qui en découlent ; les attentes de la médiation dite « interculturelle » et, en réalité, l'intrinsèque dimension sociologique de la médiation en santé ; ou encore les demandes en augmentation de formation exprimées par les équipes soignantes visant à mieux connaître les spécificités du public migrant accueilli (Wang, 2016b ; Pian, 2020).

Les contributions ici présentées participent de la réflexion sur la santé sociale. Comme l'ont bien montré Nicolas Duvoux et Nadège Vézinat (2022), cette « nouvelle norme d'action publique » appréhende d'une part l'état de santé avec sa part de déterminants sociaux (dans la tradition des recherches des premiers hygiénistes du xxe siècle), d'autre part le soin en rapport avec son environnement, attentif aux conditions matérielles d'existence des patients, à leurs ancrages sociaux, aux spécificités « populationnelles », dans une approche incluant la prévention et articulant au médical l'intervention sociale (ouverture des droits, aller-vers, suivi social). Cette logique de singularisation dans le soin n'est pas sans produire une « segmentation de l'offre de soins » et un « gouvernement spécifique des publics visés » (p. 23 -24) dont les effets méritent d'être observés.

Dans la continuité de la thèse récente d'Isabelle Siffert (2024) sur l'accueil et les pratiques d'accès aux soins des exilés, les articles de cette seconde partie montrent à la fois des processus de réaffiliation à travers des dispositifs plus ouverts sur les savoirs communautaires et sur l'interdisciplinarité, mais aussi des logiques de contrôle, d'exclusion et de ségrégation des publics dans ces filières de soins. Sont notamment pointées « l'humanitarisation » des interventions (privilégier l'intervention autour de l'urgence médicale au détriment de la continuité du soin) et l'altérisation produite précisément en retour par le ciblage sur des personnes étrangères. Les traitements différenciés visant à « mieux prendre en charge » les migrant-es, bien qu'ils partent parfois d'une bonne volonté, peuvent en effet conduire à une racialisation du public, voire produire des discriminations selon les critères de l'origine et de la religion (Sauvegrain *et al.*, 2022).

Deux sous-axes, intrinsèquement reliés l'un à l'autre, sont repérés: d'abord les études sur les dispositifs universalistes centrés sur un problème de santé et leurs limites, et ensuite les analyses des dispositifs de prévention ciblés sur un public migrant et leurs écueils. L'ensemble des articles nous invite à réfléchir sur les enjeux éthiques, moraux et opérationnels de la singularisation ou de la désingularisation (Fassin, 2019) du soin pour migrant-es.

les dispositifs universalistes et leurs limites : le sentiment d'être « désarmé » de professionnels face à un public migrant vivant en précarité

Face aux patient-es d'origine immigrée vivant dans des conditions de précarité - dont certain-es ne maîtrisant pas le français -, les professionnel-les de divers corps éprouvent un sentiment partagé d'impuissance et d'être en manque de compétences sociolinguistiques, de clefs de repères culturels, et de connaissances fines sur l'histoire migratoire et les sociétés d'origine leur permettant de proposer des soins adaptés. De ce constat émergent les besoins et demandes en matière d'interprétariat, de médiation et de formation articulant « migration » et « santé ». Les associations, services spécialisés dans l'accompagnement de migrant-es et professionnel-les issu-es eux-mêmes de l'immigration peuvent dans ces cas-là devenir des ressources à mobiliser dans une relation thérapeutique (Pian *et al.*, 2018 ; Wang *et al.*, 2022).

Adèle Bahaud, Victoire Cottureau et Dolorès Pourette portent leur regard sur la prise en charge sanitaire de mineur-es « évasané-es » de Mayotte vers La Réunion ou l'Hexagone. Cet article nous rappelle combien la situation sanitaire à Mayotte est défectueuse, obligeant les habitant-es à recourir à des soins et traitements en dehors de l'île dans le cadre du dispositif Evasan. La moitié de la population de Mayotte est étrangère dont 12 % en situation irrégulière, 40 % de la population vit dans la précarité résidentielle et les mineurs représentent environ 30 % des patient-es évacués vers La Réunion. À travers une approche qualitative et en optant pour une entrée d'analyse par le *care*, les auteures relatent les situations complexes auxquelles sont exposés les bénévoles. En effet, l'accompagnement par

les deux parents du mineur évasané n'est pas toujours possible en raison du pays d'origine et de l'absence de couverture sociale. Ces disparités d'accès aux soins engendrent un isolement du patient mineur qui doit aussi faire face à la barrière de la langue et aux différences culturelles. C'est pourquoi les associations endossent un rôle d'intermédiaire. La question de l'hébergement est centrale dans le parcours thérapeutique des enfants et de leur accompagnant. L'article souligne notamment les moyens limités des associations amenées à mobiliser un ensemble diffus de savoirs profanes et de réseaux de connaissances personnelles pour apporter soutien affectif, éducatif ou matériel, aide à l'hébergement ou simplement pour communiquer avec les enfants et leur famille.

L'article de Gwen Le Goff met la focale sur les centres régionaux de psycho-traumatisme (CRP) créés suite à l'instruction du 19 juin 2018. L'approche « universaliste » de ces dispositifs, s'adressant à tout type de victimes d'événements traumatiques, produit un accueil à la marge des personnes migrantes. L'auteure analyse les épreuves pratiques que rencontrent les professionnels des services. Ces difficultés résident à la fois dans le contexte général de saturation de la psychiatrie, la complexité des spécificités cliniques et sociales du public migrant et l'offre thérapeutique peu adaptée à ce dernier en situation de précarité sociale. Face aux caractéristiques sociales et culturelles des personnes migrantes, les professionnel·les des CRP éprouvent eux-mêmes un sentiment d'embarras dans l'accueil.

les dispositifs de prévention ciblés sur un public migrant

La singularisation du soin a donné lieu à des dispositifs de soins moins conventionnels afin d'être au plus près des attentes et besoins des patient·es migrant·es. On songe aux travaux qui ont porté sur « l'aller-vers », la pair-aidance, la santé communautaire (Motamed, 2015), les formes d'administration de soins différenciés. Or, ces adaptations logistiques aux spécificités d'une population sont susceptibles elles-mêmes d'engendrer des traitements différenciés, voire discriminatoires, même si l'intention des acteur·rices est louable (Cognet, 2017).

Par contraste avec l'article de Gwen Le Goff, le « retour d'expérience » de Coline Auvigne, Nicolas Chambon et Valentine Remy se penche sur un service spécialisé dans le soutien à la santé mentale de personnes migrantes, en région lyonnaise. Il décrit les pratiques quotidiennes au sein du dispositif : un espace psychosocial visant à soutenir la santé mentale de personnes concernées par la migration en dehors de l'institution hospitalière. Les auteur·rices reviennent sur la genèse et la mise en place de ce projet, considéré comme une action efficace de prévention qui a pour vertu la déstigmatisation de la santé mentale. Les auteur·rices soulignent la dimension sociale et collective des souffrances psychiques de migrant·es, la lutte contre la dimension iatrogène des prises en charge sociales et sanitaires de ce public, et l'articulation nécessaire d'une politique de santé à une politique d'hospitalité et d'accueil dans la société française.

Nourri par les réflexions sur la pair-aidance et sur la médiation en santé, l'article de Clark Pignedoli et son équipe mobilise l'approche de « santé communautaire »,

montre l'importance de savoirs expérientiels dans la construction d'une posture d'« aller-vers » pour faciliter l'accès à la PrEP - un traitement préventif du VIH - de femmes trans migrantes travailleuses du sexe (TDS) et séronégatives. Cette contribution est issue d'une recherche-action menée au cours du troisième confinement national pendant la pandémie de Covid-19 auprès de huit femmes trans migrantes TDS sous PrEP et neuf représentant-es d'association. Après une description des obstacles rencontrés par les femmes trans migrantes travailleuses du sexe dans l'accès à la PrEP et aux soins, les auteurs argumentent sur la façon dont la médiation en santé permet le développement de stratégies d'aller-vers et de rétention dans les soins adaptés.

Ces deux articles nous rappellent dans quelle mesure est précieux le rôle de professionnel·les issu·es de la migration : ils apportent des connaissances sur les vécus réels de patients (sur leur parcours migratoire, leurs réseaux de soutien en France et dans les pays d'origine...), mais surtout, leur présence, dans une relation thérapeutique ou dans un lieu de soins, peut faciliter l'instauration d'un lien de confiance, socle d'une prise en charge. Ces deux contributions, tirées des collaborations entre chercheur·euses et acteur·rices non académiques, nous incitent également à réfléchir sur l'apport de la recherche-action dans la promotion de santé face au public migrant, inscrite dans une démarche d'humanisation du soin (Entrelacs, 2022).

En écho à cette stratégie de l'aller-vers, un autre intérêt de l'article d'Alfonsina Faya Robles, Grégory Beltran et Sarah Nicaise sur les exilé·es en squat est de s'intéresser aussi à ce type d'intervention dans les marges. Cette forme d'action médico-sociale *via* une équipe mobile en bus se révèle souple et adaptée à certains freins à l'accès aux soins évoqués dans la première partie. Toutefois, elle reproduit des entraves au soin. Les auteur·rices rappellent que cette intervention, parce qu'elle s'effectue à la marge, renforce l'altérisation des résident·es. Les auteur·rices montrent que des acteur·rices socio-sanitaires du dispositif entretiennent des logiques d'humanitarisation, d'illégalisation et de racia lisa tion. À cet égard, ils constatent que ceux-ci effectuent un tri des patient·es sur la base de leur ouverture de droits mais aussi à partir de représentations disqualifiantes entre « vrais » et « faux » réfugiés. Cette catégorisation entre ceux qui seraient légitimes et illégitimes se réfère à la sélectivité des politiques d'accueil de l'Union européenne. Cette imprégnation des préjugés (tourisme médical, suspicion de fraude...) a été constatée par Jérémy Geeraert (2021). L'auteur note également que ces représentations influencent la prise de décision des acteur·rices de santé qui disposent d'un pouvoir discrétionnaire dans l'attribution de ce droit. L'article montre aussi que ces intervenant·es peuvent essentialiser leurs patient·es en les réduisant à leur culture ou à des traits culturels grossiers.

Inscrit également dans le champ d'action de prévention du VIH, l'article de Cyriac Bouchet-Mayer s'intéresse, quant à **lui**, aux usages des migrants homosexuels d'un dispositif de santé étiqueté « LGBT+ migrants ». Ce partenariat en Île-de-France entre l'hôpital et une association, propose des dépistages et traitements aux patients. Ces derniers - originaires de l'Afrique de l'Ouest dans l'enquête multisituée - sont amenés à faire des aller s-retours - « dans » et « hors » les murs

de l'hôpital. Cette spécificité et ces adaptations du dispositif tendent à répondre au mieux aux besoins des patients. Or, l'auteur nous montre qu'il existe tout de même des entraves au soin. D'abord, l'usage de ce dispositif est pluriel, « détourné » de sa mission initiale au point que des mises en garde hiérarchiques sont formulées à l'égard des salarié-es pris en étau entre les exigences des financeurs et les besoins de santé des patients. En effet, il existe des décalages entre l'offre et la demande: les questions administratives, qui nécessitent un accompagnement, s'immiscent dans les consultations médicales, occultant alors les actes de dépistage. La fréquentation de l'espace peut se justifier pour amener des preuves à l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra) comme un patient le mentionne en recourant souvent au dépistage. L'auteur souligne que l'étiquetage « LGBT+ migrant » peut aussi agir comme un repoussoir auprès de certains patients qui ont le sentiment d'être soupçonnés sur la véracité de leur orientation sexuelle et se sentent contraints d'apporter la preuve de leur homosexualité. Or, le rapport entretenu avec leur diaspora pèse fortement, notamment à travers la peur de « l'infiltration » et peut freiner les capacités à investir un espace LGBT+. Ce que montre aussi l'auteur, c'est que les trajectoires sociales avant l'émigration influencent véritablement le recours au dispositif dans le pays d'immigration : les patients qui ont révélé leur homosexualité dans leur pays d'origine bénéficient d'un réseau de sociabilité au pays - variable selon les contextes politiques - qui facilite matériellement le parcours migratoire, contrairement aux personnes qui cachent leur orientation sexuelle. Dès lors, les premiers sont plus visibles dans les dispositifs en France que les seconds.

L'article « Les limites du "tapis rouge" » de Ludovic Joxe s'intéresse à la manière dont une politique d'accueil hospitalière spécifique - celle faite aux réfugié-es ukrainien·nes en 2022 - peut se déployer et faciliter l'accès au système de soins de droit commun quand toute une partie d'un peuple s'exile dans l'urgence au sein des pays voisins. Le bénéfice de la protection temporaire - activé pour la première fois au sein de l'Union européenne en dépit d'une directive de 2001 - a permis un accès rapide à la protection maladie pour les réfugié-es ukrainien·nes et a donné lieu à une mobilisation importante des professionnel·les de santé dans le cadre d'un mouvement de solidarité de la société civile plus large suite à l'invasion de l'Ukraine par la Russie. Toutefois, des entraves résiduelles aux soins subsistent dans certaines situations. Elles tiennent notamment au ciblage des publics (accès restreint à la protection temporaire) et aux caractéristiques du système de soins en France (difficulté d'accès à un médecin traitant sur certains territoires, délai avant d'accéder à une consultation dans certaines spécialités médicales, développement limité de l'interprétariat en santé...). L'auteur termine par un retour d'expérience sur les points de vue croisés de patient·es ukrainien·nes et de soignant·es. Interroger le fonctionnement et le rapport au système de soins dans le pays d'origine, ainsi que les pratiques d'automédication, permet d'éclairer certaines tensions survenues entre patient·e et soignant·e dans les parcours de soins. Toutefois, ce recueil d'expériences laisse également entrevoir la construction rapide de stéréotypes culturalistes relatifs à certaines pratiques des patient·es qui pourraient pourtant être relativisés au regard de travaux existants sur les mêmes modalités d'usages en

France, qu'on pense au recours aux antibiotiques ou à une interpellation rapide du médecin en cas de fièvre du nourrisson.

Conclusions et perspectives futures

Les contributions proposées par les autrices et les auteurs se caractérisent par une diversité de populations enquêtées (personnes âgées, femmes, personnes homosexuelles, trans, exilé-es, mineur-es, etc.), de territoires analysés (Outre-mer, Île-de-France, autres localités dans l'Hexagone notamment métropole de Lyon) et la variété des problèmes de santé traités (VIH, vieillissement, santé mentale, accouchement, etc.). Les articles donnent à voir les multiples expériences vécues par les patients, leur entourage, ainsi que les enjeux organisationnels de dispositifs de soins innovants et parfois adaptés aux spécificités des publics migrants précaires. Certains articles sont coécrits par des chercheur-euses et des acteur-rices associatifs, et témoignent d'une volonté de mettre en place la recherche-action et de favoriser la pluridisciplinarité.

Après avoir colligé ces contributions, il semble que trois éléments faisant partie de notre appel à contribution initial ont trouvé moins d'échos. Premièrement, si les contributions font allusion aux ressentis subjectifs de discrimination, rapportés par des enquêté-es, les mécanismes de production de discrimination selon l'origine ethnique ou la religion sont moins explorés en eux-mêmes. De la même façon, les réactions des victimes de discrimination dans le soin ne sont guère analysées : évitement et renoncement au soin, résistance et opposition, recours en justice, stratégies anticipatrices (Rapport ReactAsie, 2023), etc. Nous ne pouvons qu'appeler à approfondir les travaux sur ces questions.

Deuxièmement, les capacités d'agir des patient-es, de leurs proches et des professionnel-les d'action médico-sociales qui peuvent les accompagner, sont abordées seulement en filigrane par certaines contributions. Certaines pratiques situées à la marge du système biomédical de soins français sont évoquées, sans que le pluralisme thérapeutique (Sicot et Touhami, 2018 ; Womersley et Kloetzer, 2018) soit véritablement exploré. Il serait pertinent, dans les futures recherches, d'explorer la manière dont les patients s'orientent vers l'automédication (Rodriguez et Wachsberger, 2016), des circuits informels de médicaments et des consultations à distance (Tarrius, 2010), ainsi que l'usage des médecines dites « alternatives » (Wang, 2022) ou d'autres formes de l'organisation non conventionnelle du soin puisant ses sources dans les réseaux ethniques, communautaires et diasporiques.

Troisièmement, face aux soins entravés, l'appel à rendre compte des formes d'action collectives mises en place par les personnes concernées, leurs proches et certain-es professionnel-les gagnerait à être davantage exploré. Une partie des acteurs engagés dans le champ de la promotion d'un accès aux soins universel échappe ici, qu'il s'agisse des bénévoles de collectifs informels ou de hauts fonctionnaires. Si le profil des « militant-es de solidarité » mobilisé-es dans l'espace

associatif de la cause des migrant-es est aujourd'hui bien documenté (Pette et Eloire, 2016), tout comme celui des médecins sociaux (Mariette et Pitti, 2021) ou celui plus spécifique de médecins engagés pour la cause des exilé-es (d'Halluin-Mabillot, 2012), reste à enquêter davantage celui des agents de l'État ou des collectivités territoriales. Sans doute aurait-il pu y avoir d'autres éclairages montrant la diversité des trajectoires, des socialisations professionnelles et militantes, des répertoires d'action - plus ou moins « feutrés », plus ou moins contestataires - des acteur·rices engagé·es dans ce champ. De plus, il importe de mieux appréhender les jeux d'échelle, de l'ancrage local des acteur·rices à leur mobilité internationale. Leurs affiliations multiples et leur multipositionnement éclairent par exemple la circulation des normes et la mise en place d'expériences alternatives (d'Halluin et Hoyez, 2012), telles que les centres de santé en France et les centres communautaires au Québec, comme l'ont montré Audrey Mariette et Laure Pitti (2021). Ceux-ci relèvent d'une médecine sociale qui visait à subvertir un modèle fondé sur la médecine libérale et l'hospitalo-centrisme depuis les années 1960. C'est à une meilleure caractérisation des mobilités d'acteur·rices engagé·es dans ces mouvements sociaux et actions revendicatrices que nous appelons pour la suite.

Enfin, de manière transversale, dans le cas des recherche-actions ici présentées, nous pourrions aisément pousser les réflexions méthodologiques et épistémologiques plus loin, en nous interrogeant sur les (im)possibles conditions sociales de la fabrique de recherches engagées en santé. Plusieurs thèmes de recherche méritent d'être investis : les positionnalités⁶ de chercheur·euses engagé·es sur le terrain, les difficultés dans la mise en place d'une approche collaborative pluridisciplinaire face à la santé de migrant-es précaires, le processus de production de savoirs engagés et leurs réceptions par de multiples acteur·rices présent·es sur le champ allant des décideur·euses politiques aux patients migrants.

6. La positionnalité (*positionality* en anglais) fait référence à l'endroit où l'on se situe sur le terrain d'enquête par rapport à ses diverses **affiliations institutionnelles** et appartenances sociales (genre, race, classe, âge, croyance religieuse, validité/invalidité, orientation politique, etc.) ; la combinaison de ces affiliations et de ces appartenances et leurs intersections façonnent la manière dont nous comprenons et interagissons avec le monde, et également la production de nos connaissances, nos discours et nos pratiques non seulement durant l'enquête de terrain mais également les étapes post-enquête (analyses des données, écrits scientifiques, etc.). Pour les chercheurs ethnographes, la positionnalité constitue une dimension inhérente de leurs réflexions méthodologiques et épistémologiques.

Références bibliographiques

- Aïach P. (2010)**, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Economica, collection« Sociologiques ».
- Attias-Donfut C. et Tessier P. (2005)**, « Santé et vieillissement des immigrés », *Retraite et société*, n° 46, p. 89-129.
- Azria E., Sauvegrain P., Blanc J. et al. (2020)**, « Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie Covi d-19 », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, vol. 48, n° 12, p. 847-849 .
- Bajos N., Warszawski J., Pailhé A. et al. (2020)**, « Les inégalités sociales au temps du Covid-19 », *Questions de santé publique*, n° 40, p. 1-12.
- Basilien-Gainche M.-L. (2019)**, « Les droits des migrants en Europe: la normalisation de l'exception », in Carpano É. (dir.), *L'exceptio n en droit de l'Union européenne*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Belorgey N. (2010)**, *L'hôpital sous pression, Enquête sur le« nouveau management public»*, Paris, La Découverte.
- Carde E. (2007)**, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique* , n° 19, p. 99-109.
- Carde E. (2011)**, « De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 27, n° 3, p. 31-55.
- Chauvenet A. (1978)**, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, Presses universitaires de France.
- Cognet M. (2017)**, « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques », *Les cahiers de la LCD*, n° 5, p. 25-42.
- Cognet M., Gabarro C. et Adam-Vezina E. (2009)**, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, n° 1282, p. 54-65.
- Clot Y. (2013)**, « L'aspiration au travail bien fait », *Le journal de l'école de Paris du management*, n° 99, p. 23-28 .
- Crochet S. (2008)**, « 24. Le sacrifice impossible : contradictions de l'action humanitaire », in Chaniel P., *La société vue du don*, Paris, La Découverte, collection« TAP/Bibliothèque du MAUSS ».
- du Cheyron P. et Leclerc F. (2004)**, « Présentation du dossier », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril -juin , p. 5-9.
- Desprès C. et Lombrail P. (2020)**, « Pourquoi refuser de délivrer des soins ? Les logiques du refus à l'encontre des bénéficiaires d' une complémentaire santé publique », *Émulations. Revue de sciences sociales*, n° 35 -36, p. 21-35.
- d'Halluin-Mabillot E. (2012)**, *Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*, Paris, EHESS, collection« En temps et lieux».
- d'Halluin E. et Hoyez A. C. (2012)**, « L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants », *Humanitaire. enjeux, pratiques, débats*, n° 33, p. 38-47.

- Duvoux N. et Vezinat N. (dir.) (2022)**, *La santé sociale*, Paris, Presses universitaires de France, collection « La Vie des Idées ».
- Fassin D. (2001)**, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, n° 19, p. 5-34.
- Fassin D. (2005)**, « Between Compassion and Repression. The Moral Economy of Immigration Policies in France », *Cultural Anthropology*, p. 362-387.
- Fassin D., Grandjean H., Kaminski M. et al. (2000)**, « Les inégalités sociales de santé », Paris, La Découverte, collection « Recherches ».
- Gabarre C. (2017)**, « L'Attribution de l'aide médicale d'État (AMÉ) par les agents de l'Assurance maladie. Entre soupçon de fraude, figures de l'étranger et injonctions gestionnaires », Doctorat en sociologie, sous la direction de Alain Morice, université Paris-Diderot.
- Geeraert J. (2016)**, « Le touriste et le réfugié : logiques de catégorisation des patients migrants et précaires à l'hôpital public », *Cliniques méditerranéennes*, vol. 94, p. 69-82.
- Geeraert J. (2021)**, *Dans la salle d'attente du système de santé. Enquête dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)*, Rennes, Presses universitaires de Reims, collection « le sens social ».
- Guénif N. (2010)**, « 16. Le corps-frontière, traces et trajets postcoloniaux », in Mbembe A. (dir.), *Ruptures postcoloniales : Les nouveaux visages de la société française*, Paris, La Découverte.
- Isidro L. et Izambert C. (2024)**, « L'aide médicale d'État en sursis », *La Revue des droits de l'homme* [en ligne] journals.openedition.org (consulté le 20 août 2024).
- Li Y. et Wang S. (2023)**, « A Community Response to the Covid-19 Pandemic : Collective Actions by Chinese Residents of a Multiethnic Neighborhood in the Northern Suburbs of Paris », in Wang S. (dir.), *Chinese in France amid the Covid-19 Pandemic. Daily Lives, Racial Struggles and Transnational Citizenship of Migrants and Descendants*, Leiden (ND), Brill.
- Lochak D. (2024)**, « À propos de la loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration, entretien avec Danièle Lochak, professeure émérite de l'université Paris Nanterre (CTAD-Credof), membre et ancienne présidente du Gisti », *La Revue des droits de l'homme* [en ligne] journals.openedition.org (consulté le 20 août 2024).
- Loumonvi K. (2020)**, « L'impact des parcours migratoires sur la santé mentale des demandeurs d'asile », e-Migrinter, 21 [en ligne] journals.openedition.org (consulté le 5 octobre 2024).
- Mariette A. et Pitti L. (2020)**, « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : Quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé », *Métropolitiques* [en ligne] metropolitique.eu (consulté le 20 août 2024).
- Mariette A. et Pitti L. (2021)**, « Subvertir la médecine, politiser la santé en quartiers populaires : Dynamiques locales et circulations transnationales de la critique sociale durant les années 1970 (France/Québec) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 239, p. 30-49.
- Memmi D. (2018)**, « Le retour de la 3e classe ? Comment déclasser sans larmes dans le service public », *La Vie des idées* [en ligne] laviedesidees.fr (consulté le 20 août 2024).
- Menvielle G. et Lang T. (2021)**, « Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution », *ADSP*, vol. 113, n° 1, p. 2-2.
- Noiriel G. (2012)**, *Réfugiés et sans papiers, La République face au droit d'asile, XIXe-XXe siècles*, Paris, Fayard, collection « Pluriel ».
- Paperman P. et Laugier S. (dir.) (2005)**, *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Pian A. (2020)**, « L'interpétariat à la Cour nationale du droit d'asile. Lorsque le récit est transporté par le parole d'un tiers », *Terrains & travaux*, n° 36-37, p. 137-158.

- Pian A., Hoyez A. et Tersigni S. (2018)**, « L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants », *Revue européenne des migrations internationales*, n° 34, p. 55-78.
- Prud'homme D. (2016)**, « Du "soin global" au traitement discriminatoire: La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynécologie-obstétrique parisien », *Terrains & travaux*, n° 29, p. 85-104.
- Rapport REACTAsie (2023)**, « L'expérience du racisme et des discriminations des personnes originaires d'Asie de l'Est et du Sud-Est en France (REACTAsie) », Défenseur des droits [en ligne] www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-07/ddd-eclairages-reactasie-20230315.pdf (consulté le 20 août 2024).
- Rodriguez J. et Wachsberger J.-M. (2016)**, « L'automédication en République Démocratique du Congo : choix ou contrainte? », *African Population Studies*, vol. 30, n° 1, p. 2242-2254.
- Sauvegrain P., El Kotni M. et Racioppi A. (2022)**, « Comment étudier les discriminations en santé périnatale d'un point de vue socio-anthropologique ? », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 24.
- Sicot F. et Touhami S. (2018)**, « Le pluralisme thérapeutique des migrants et héritiers de l'exil maghrébin en France. Nouvelles données et perspectives », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n° 2 et 3, p. 101-130.
- Siffert I. (2024)**, « Accueillir et soigner les exilés face aux politiques de dispersion. Reconfigurations sociales et territoriales des pratiques de soin et enjeux de coordination médico-sociale », Doctorat en géographie, sous la direction d'Anne-Cécile Hoyez et Estelle d'Halluin, Université de Rennes 2.
- Spire A. (2008)**, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir.
- Tarrius A. (2010)**, « Médecins circulants et consultations à distance : nouvelles pratiques de soin des transmigrants », *Réseaux*, n° 159, p. 111-126.
- Thomas H. (2010)**, *Les vulnérables, La démocratie contre les pauvres*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.
- Wang S. (2013)**, « "Handicapé ? C'est insulter ma descendance et aussi mes ancêtres !" : Négociations autour de l'inscription de l'enfant d'origine chinoise à la MDPH », *Terrains & travaux*, n° 23, p. 77-92.
- Wang S. (2016a)**, « Entre stratégie et moralité. Des migrants chinois en situation irrégulière face à la "clause de maladie" », *Politix*, n° 114, p. 205-227.
- Wang S. (2016b)**, « "Aidez-nous à comprendre vos Chinois !" : Conditions de possibilités de la légitimation du sociologue en milieu psychiatrique », *Genèses*, n° 105, p. 141-156.
- Wang S. (2022a)**, « S'émanciper au nom d'un pluralisme médical : à propos de pratiques de santé périnatale chez des femmes d'origine chinoise à Paris », *Anthropologie & Santé*, n° 24 [en ligne] [journals.openedition.org](https://journals.openedition.org/anthro) (consulté le 20 août 2024).
- Wang S., Schwartz B. et Lui T. (2022)**, « Liens sociaux au temps de la Covid-19 : les personnes âgées chinoises à Paris », *Gérontologie et Société*, vol. 44, n° 168(2), p. 143-160.
- Wihl de Wenden C. W. (2017)**, « Actual Patterns of Migration Flows : The Challenge of Migration and Asylum in Contemporary Europe », in Grimm A. et Giang S. (dir.), *Solidarity in the European Union*, Springer, Cham.
- Womersley G. et Kloetzer L. (2018)**, « "En Afrique, aller voir le psychologue, je n'ai jamais entendu ça" : interprétations croisées du psycho-traumatisme entre médiateurs culturels, professionnels de santé et réfugiés victimes de torture à Athènes », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n° 2 et 3, p. 29-54.