



**Habilitation à diriger des recherches
DE L'UNIVERSITÉ JEAN MONNET SAINT-ÉTIENNE**
Membre de **L'Université de LYON**

Ecole Doctorale 483 Sciences Sociales

Géographie physique, humaine et économique

Soutenue publiquement le 30/11/2023, par :
Clélia Gasquet-Blanchard

**Volume 2 -
PARCOURS, PRODUCTION SCIENTIFIQUE ET
ACADEMIQUE.**

Devant le jury composé de :

Baby-Collin Virginie, Professeure de géographie, TELEMMe, INSPÉ, Aix Marseille Université,

Banos, Arnaud, Directeur de recherche CNRS, IDEES, Université du Havre,

Guinard, Pauline, Maîtresse de conférences HDR, LAVUE, ENS,

Rozée, Virginie, Directrice de recherche, INED,

Batifoulier Philippe, Professeur des Universités, CEPN, Université Paris 13,

Chasles Virginie, Professeure des Universités, EVS-ISTHME, Université Jean Monnet,

Rapporteure

Rapporteur

Rapporteure

Examinatrice

Examineur

Garante

SOMMAIRE.

PREAMBULE	5
A-CURRICULUM VITAE DETAILLE.....	9
PARTIE 1 : PARCOURS ACADEMIQUE, PROFESSIONNEL, RESPONSABILITES ADMINISTRATIVES.....	9
1-PARCOURS UNIVERSITAIRE	9
2- EXPERIENCES PROFESSIONNELLES.....	10
3-RESPONSABILITES ADMINISTRATIVES ET PEDAGOGIQUES	14
4- ACTIVITES D'EXPERTISE ET DE VALORISATION DE LA RECHERCHE DANS LA DECISION EN SANTE PUBLIQUE	18
PARTIE 2 : RESPONSABILITES SCIENTIFIQUES ET PARTICIPATION A LA RECHERCHE COLLECTIVE.....	19
1- ANIMATION SCIENTIFIQUE, INSERTION DANS LES RESEAUX ACADEMIQUES, ACTIVITE COLLECTIVE ET D'ENCADREMENT DANS LA RECHERCHE.	19
2- ANIMATION SCIENTIFIQUE, INSERTION DANS LES RESEAUX ACADEMIQUES, ACTIVITE COLLECTIVE ET D'ENCADREMENT DANS LA RECHERCHE.	27
3- ACTIVITES D'ENCADREMENT DE LA RECHERCHE ET ARTICULATION AVEC L'ENSEIGNEMENT.....	31
PARTIE 3 : PARCOURS D'ENSEIGNEMENT.	33
1-SYNTHESE DE L'ACTIVITE D'ENSEIGNEMENT.	33
2- STATUTS ET CONTEXTE DE L'EXERCICE DANS L'ENSEIGNEMENT.	35
3- CONTENU DES ENSEIGNEMENTS.	41
4- FORMATION A LA RECHERCHE PAR L'ENCADREMENT.....	51
5- PUBLICATIONS.	56
B – SELECTION ET RECUEIL DE PUBLICATIONS.....	69
PREAMBULE.....	69
1- LIEUX ET TEMPORALITES : UNE APPROCHE CRITIQUE DES DERIVES DE LA « GLOBAL HEALTH », AUJOURD'HUI « ONE HEALTH ».....	71
2- LE LIEU COMME PORTE D'ENTREE DES TRAJECTOIRES, DES PRATIQUES ET DES EPROUVES.....	79
3- TRAJECTOIRES ET LIEUX : REVELATEURS DE LA DIMENSION PROGRAMMEE DES INEGALITES DE SANTE ET RESISTANCES ASSOCIEES.....	87
4- PENSER UNE PRATIQUE SCIENTIFIQUE DE TERRAIN : POUR ET AVEC LES SUJETS DE SA RECHERCHE.....	92
CONCLUSION GENERALE DU VOLUME PARCOURS.....	97
BIBLIOGRAPHIE ACCOMPAGNANT LA SELECTION DE PUBLICATIONS.....	99
ANNEXES : LISTE DES PUBLICATIONS.....	101
TABLE DES MATIERES.....	357

PREAMBULE.

Dans le volume 2, présentant le parcours d'enseignante-chercheuse et la production scientifique et académique, je prends le parti de l'exhaustivité dans la liste des projets de recherche auxquels j'ai participé et de celle des enseignements dispensés, tout en les développant selon les aspects ayant plus particulièrement participé à expliciter le positionnement du volume inédit. Ceci explique le choix d'une présentation rédigée plus amplement, selon l'investissement et le sens qu'ont pris certaines expériences (projets, enseignements, engagements institutionnels ou collectifs, etc.) durant le parcours conduisant à cette HDR. Par ailleurs, je souhaite, dès cette introduction, illustrer de deux exemples la démarche qui conduit cette HDR, ancrée dans une réalité concrète du terrain quand elle émerge pour l'enseignante-chercheuse.

D'abord, l'expérience d'une expertise, durant mon doctorat, pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) du Gabon. En juin 2007, une épidémie de dengue et de chikungunya se déclare à Libreville, celle-ci s'étend sur l'ensemble du territoire. On y recense des cas jusqu'en 2009. En raison de ma casquette de géographe accueillie au CIRMF (Centre International de Recherche Médicale de Franceville) et rattachée à l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement), j'ai été sollicitée, avec l'ensemble de l'équipe d'Eric Leroy, pour faire partie de la cellule de crise épidémique conjointe du MSPP et de l'OMS qui avaient mandaté le CIRMF pour intervenir au sein de cette cellule, de juin à novembre 2007. Dans ce cadre, j'ai participé à cette intervention sous différentes formes :

- Elaboration et réalisation d'une enquête domiciliaire d'exposition au risque en milieu urbain, formation de cinq enquêteurs de terrain, coordination de l'enquête ethnographique, en complémentarité d'une enquête entomologique conduite par l'Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC).
- Suivi et appui du fonctionnement de la DIS (Division de l'Information Statistique) du MSPP, saisie des enquêtes domiciliaires (d'exposition au risque) et sentinelles réalisées dans une trentaine de structures sanitaires de la ville, réalisation des dossiers cartographiques et rapports sur l'évolution de l'épidémie destinés à la cellule de crise du ministère, participation aux réunions de la cellule de crise.

Cette expérience a été un moment fondateur de la pensée que je développe aujourd'hui, sur la nécessité des chercheur-es à pouvoir se situer dans l'action, ici et maintenant, et donc à être en capacité de réaliser une recherche en acte, possible, utile, concrète et réflexive au sein des institutions, sans pour autant tomber dans le biais des impensés de l'intervention d'urgence. Si, en 2007, cette expérience ne me porte qu'aux prémices de mon raisonnement actuel, c'est notamment parce que mon cursus géographique s'inscrit, à l'époque, dans les « géographie tropicale » et « géographie de la santé » finalement assez peu critiques de certains pans de leurs fondements et éloignées des approches de géographie sociale critique, dont je me revendique aujourd'hui, et que j'ai pu découvrir de retour du terrain, dans la littérature scientifique puis lors de rencontres avec notamment les chercheur-es de mon UMR actuelle : ESO. Ces dernières ont participé à donner un sens et guider les intuitions de terrain qui animaient les thématiques de recherche que j'allais m'approprier.

Je souhaite évoquer une seconde expérience, plus récente et surtout actuelle, celle d'une recherche auprès des acteur·ices de la périnatalité en Ile-de-France. A partir de 2013, et jusqu'à aujourd'hui, j'ai développé au long court des relations avec différent·es professionnel·les de terrain en Ile-de-France autour des questions de périnatalité et précarité. Celles-ci se concrétisent en 2015 avec la signature d'une convention entre le réseau Solipam et l'EHESP pour un partenariat de recherche et de formation. Mon investissement auprès de ce réseau s'institutionnalise à travers ma participation i) aux formations proposées par le réseau à destination des professionnel·les de santé et du social, ii) aux groupes de travail qu'il organise, iii) et la possibilité de pouvoir encadrer des étudiant·es en stage au sein du réseau, selon des thématiques qui visent à éclairer sa pratique concrète. Soutenue par mon institution de rattachement, l'EHESP, cette collaboration a participé à ma mise en lien avec d'autres réseaux périnataux (le RSPP, le Réseau NEF, etc.) et différents chef·fes de services de maternités franciliennes, publiques comme privées. Ces rencontres ont permis d'initier durablement, entre monde universitaire et mondes médicaux, sociaux et médico-sociaux, des allers-retours, qui ont pris la forme d'échanges scientifiques, professionnels, de pratiques, institutionnalisés ou non, de partage et de confrontation de connaissances, d'acteurs, de financements qui montrent la possible et nécessaire porosité de ces espaces institutionnels très différents et qui peinent parfois à s'entendre, s'écouter et dialoguer. Ce travail au long cours, réalisé depuis une dizaine d'années, participe à fonder l'expérience originale de la recherche que je souhaite développer dans le cadre de l'HDR. Cette émergence a certainement été facilitée par la structure singulière que représente l'EHESP, de par sa double tutelle (Ministère de la Santé et Ministère de l'Enseignement supérieure et de la recherche), impliquant l'existence de cultures professionnelles et de publics variés (tant dans son versant « formation état » que celui de « formation universitaire »). De l'extérieur, comme de l'intérieur, l'EHESP, comme récente (depuis 2008) grande école à double tutelle, ne laisse pas indifférent·e et attire autant qu'elle répugne parfois, selon les milieux. Les mondes médicaux et médico-sociaux connaissent cette institution responsable de la délivrance des sésames, que sont notamment les diplômes d'état de directeur·ices d'hôpitaux, d'établissements sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux. L'appartenance à cette institution connue et reconnue des terrains investigués dans le cadre de mes recherches, que sont les maternités et les réseaux de périnatalité, participe à une entrée sur ces terrains « par le haut ». Et, si cette appartenance a souvent facilité mon entrée dans ces institutions, j'ai toujours, par ailleurs, essayé de la déconstruire, tout en usant des facilités qu'elle pouvait permettre pour la conduite d'une recherche. Cette appartenance a par ailleurs participé, avec ma détermination à l'entretien de ces liens, au développement d'un cadre partenarial fort, permettant de régulières sollicitations par les acteur·ices de terrain, que je sollicite en retour, pour échanger sur certains projets mis en place au sein de leurs structures, mais aussi rendre possible l'encadrement d'étudiant·es en stage de recherche au sein de leurs institutions.

Il semble également important de souligner qu'outre mon temps de travail, cette approche au long cours n'est pas financée. Cette recherche et cette approche longitudinale du terrain hospitalier, initiées par et avec les acteur·ices de terrain, participent au décroisement entre la recherche universitaire et les besoins et attentes des professionnel·les sur le terrain, cela dans une indépendance vis à vis des acteur·ices concerné·es. Ces liens ont notamment permis, entre autre :

- i) de participer aux discussions au sein des ateliers de préfiguration des Etats généraux de la PMI de Paris en 2015,

- ii) d'organiser avec la Commission « Santé » du Comité National Français de Géographie (CNFG) une visite au sein de deux maternités parisiennes afin de structurer les chercheur-es de l'axe santé du CNFG par une approche autour des paysages thérapeutiques en périnatalité qui a donné lieu à un article publié dans deux revues.
- iii) d'ancrer ma pratique professionnelle d'enseignante et de chercheuse au plus près du terrain, aboutissant notamment à une disponibilité de trois ans au sein du réseau SOLIPAM, pour proposer un nouveau projet pour le réseau quand celui-ci a été en difficulté puis une mise à disposition à temps partiel, dans le cadre de mon retour de disponibilité, dans le but de faire perdurer ces liens et de faire exister ce réseau.

Ce volume vise à donner quelques clés des choix effectués et des raisons qui m'ont poussées à « sauter la barrière de », « passer la frontière de » et affronter l'HDR. J'espère que pourront s'y lire, i) la fidélité à l'enseignement, même à distance de mon poste d'enseignante, et aux étudiantes et étudiants, à la recherche, à l'institution publique, ii) la nécessité impérieuse à « tenir le point » d'une réflexivité constante dans ma pratique scientifique de chercheuse, d'enseignante et de professionnelle de terrain, iii) le désir de « faire bouger » collectivement les lignes de l'encadrement institutionnel de l'enseignement et de la recherche et d'enrichir, en les décloisonnant, les connaissances et savoirs scientifiques, iv) la nécessité impérieuse à jouer, voir tenter d'abolir, les échelles entre individu et collectif, entre les institutions et les hiérarchies entre celles-ci et en leur sein, pour appréhender une pensée scientifique ouverte et en lien avec une éthique des pratiques qui rejoignent le courant d'une géographie sociale positionnée dans une critique aujourd'hui absolument nécessaire, à mon sens.

Dans cette optique, je propose dans le Curriculum Vitae détaillé un déroulé de mon parcours académique et scientifique qui a pour objectif d'introduire le processus de développement d'une pensée critique en géographie introduisant certains positionnements, se nourrissant d'une interdisciplinarité à l'œuvre très tôt dans mon parcours, développés dans le Volume Inédit de cette HDR, qui participent à l'explicitation de sa construction. Cette interdisciplinarité s'est développée dès mon insertion en thèse dans une équipe de virologue et d'épidémiologiste, mais aussi dans le développement de mon intérêt pour l'anthropologie durant cette période. Celle-ci s'est poursuivie, quand à mon entrée à l'EHESP, j'ai pu développer des liens forts avec la santé publique, et avec d'autres sciences humaines, dont la sociologie, notamment en raison de mon rattachement à ESO, UMR accueillant, géographes comme sociologues (entre autres). Ce positionnement participe à ma sollicitation dans des jurys et comités de thèses, autres que ceux de ma discipline d'origine.

Dans la section B consacrée aux publications, après leur énoncé, je développe comment à la relecture de mes travaux de recherche, de mes premiers pas au sein de la recherche en géographie à mes travaux plus récents, j'ai redécouvert et remis à jour des intuitions de recherche et des positionnements anciennement présents. Ces intuitions, ici articulées, visent à donner une lecture de l'émergence et de la construction de ma pensée scientifique. Ce développement n'a pas toujours été fluide ou linéaire, il s'articule autour de fractures, de limites, qui n'en font pas moins cheminement. Le choix, ici fait sciemment, du déroulement de cette trajectoire de recherche permet de montrer les influences entre différentes sphères disciplinaires, professionnelles, institutionnelles, mais aussi personnelles.

Enfin, certains mémoires d'étudiant·es n'ont pas toujours abouti, il faut le souligner. Ils ont pour autant constitué des enseignements dans ma pratique professionnelle, ma manière d'encadrer, d'accompagner ou au contraire de ne pas être en capacité de le faire illustrant aussi les échecs et limites dans l'enseignement, la recherche, mais aussi la formation à la recherche.

A-CURRICUMUM VITAE DETAILLE.

Le curriculum vitae détaillé est introduit par une première partie déroulant le parcours universitaire, suivi du parcours professionnel et des responsabilités administratives et pédagogiques que j'ai été amenée à prendre dans une visée de répartition des tâches collectives qui participent à animer la vie institutionnelle collective dans l'enseignement et la recherche. La seconde partie est consacrée à mon activité de recherche que j'articule aux thématiques investiguées en les traitant à travers les projets auxquels j'ai pu participer. Dans une troisième partie, je présente mon parcours d'enseignement qui s'entrelace dès mes premiers pas dans la recherche et se poursuit même en disponibilité.

Cette présentation vise à montrer la transversalité tant entre enseignement et recherche qu'entre les thématiques de recherche elles-mêmes. Enseignement et recherche se répondent et illustrent dans ma pratique professionnelle la nécessité à enseigner les thématiques de recherches étudiées et à associer à la recherche et aux milieux professionnels côtoyés les élèves et étudiant·es encadré·es et accompagné·es.

PARTIE 1 : PARCOURS ACADEMIQUE, PROFESSIONNEL, RESPONSABILITES ADMINISTRATIVES.

1- PARCOURS UNIVERSITAIRE.

Depuis sept 2011 : Maîtresse de Conférences des Universités, Classe normale, Département EPI-BIOSTAT puis Département SHSC, EHESP, rattachée au Laboratoire Espaces et Sociétés ESO-Rennes, UMR CNRS 6590 ESO, Université Rennes 2

2011 : Qualifiée par le CNU en section 23, auditionnée et classée (3^{ème}) à l'Université de Caen (Laboratoire IDEES) et à l'EHESP (Département Biostatistiques)

2010 : Doctorat en Géographie

Dans le cadre de mon doctorat, j'ai été **allocataire de recherche, entre 2005 et 2008**, de l'Université Paris 10 Nanterre au sein du Laboratoire Espace, santé, territoires, dirigé par Gérard Salem. J'ai par ailleurs bénéficié d'un soutien de l'IRD dans le cadre de mon rattachement à l'UMR 190 Unité des Virus Emergents, dirigée par Jean-Paul Gonzales puis Xavier de Lamballerie. J'étais accueillie au Gabon au Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), dans l'équipe d'Eric Leroy. J'y ai réalisé une thèse en géographie de la santé « *Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : Représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo* » soutenue le 3 décembre 2010, sous la codirection de Gérard Salem et Eric Leroy à Paris Ouest-Nanterre-La Défense, en géographie. Cette thèse a donné lieu à plusieurs publications et notamment sa parution en ouvrage en 2016 aux PUR, préfacé par Anne-Cécile Hoyez et Emmanuel Eliot, et travail invisible mais énorme, relu et amendé par Raymonde Séchet.

2005 : D.E.A. de Géographie de la santé

Géographie d'une maladie émergente : la fièvre hémorragique à virus Ebola : L'interrelation société/maladie. Les nouvelles configurations socio-spatiales et sanitaires de l'espace gabonais,

(co-direction : Gérard Salem, Eric Leroy) Paris X-Nanterre. Ce D.E.A a été réalisé avec l'appui d'une bourse du mérite de l'Université Paris X-Nanterre.

2004 : Préparation à l'Agrégation de Géographie

Paris X-Nanterre.

2003 : Maîtrise de Géographie sociale

« *Une caste d'éleveurs semi-nomades et transhumants du Nord des Monts Nallamalai : Les Golla de Chitlamkunta* », (dir : Frédéric Landy, Jérôme Marie, Luc de Golbery) Paris X-Nanterre.

2- EXPERIENCES PROFESSIONNELLES.

2003-2005 : Aide bibliothécaire à la cartothèque et bibliothèque de géographie, à l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense.

En parallèle de mon cursus universitaire, je finançais en partie mes études en étant aide-bibliothécaire à la cartothèque-bibliothèque de mon université.

2006-2007 : Chargée de cours à l'Université Omar Bongo, Département de Géographie, Gabon.

A l'issue de mon DEA, au cours duquel j'avais eu l'occasion de présenter mon projet de thèse à des étudiant-es de licence, de retour au Gabon j'ai été sollicitée par les enseignants chercheurs de l'Université Omar Bongo (Libreville), pour enseigner la géographie de la santé.

2009-2011 : Vacataire (enseignement) à l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense, Département de Géographie.

De retour de mon terrain de thèse, j'ai réalisé durant deux années universitaires différents enseignements en vacance du niveau L1 au Master 2, tant autour des outils de la géographie que dans des approches thématiques de géographie sociale et de la santé. Le volume de ces enseignements était environ de 170 heures ETD par an (CM+TD).

Juillet à décembre 2010 : Chargée de mission pour le Laboratoire Espace, Santé et Territoires

A l'issue de mon financement de thèse, j'ai réalisé, comme chargée de mission au sein du Laboratoire, une base de données bibliographiques des publications et thèses du laboratoire et des mémoires du Master GEOSANTE. J'étais également en charge de l'accueil et de l'orientation des étudiant-es.

Janvier à juillet 2011 : Ingénieure de recherche à l'association Elus, Santé Publique & Territoires (ESPT)

Dans le cadre du partenariat établi entre l'association nationale ESPT et le Laboratoire Espace, santé, territoires et au sein du Projet Ville et Santé – j'ai été recrutée comme ingénieure de recherche au sein du projet : « *Enjeux territoriaux de la santé, enjeux sanitaires des territoires – Les constructions socio-territoriales de la santé en milieux urbains en Ile-de-France* ». Mes missions étaient les suivantes:

- Participation à la coproduction des connaissances entre les acteurs régionaux de santé publique et de développement local (Agence Régionale de Santé -ARS, Observatoire régional de santé) ORS, Observatoires locaux de santé - OLS, Ateliers santé ville - ASV,

etc.) et l'Université. Réalisation d'une veille « recherche » et d'une analyse bibliographique sur les actions, projets, programmes développés en Île de France par les collectivités territoriales sur la thématique santé et territoire.

- Réalisation d'une étude de synthèse visant à appréhender de manière transversale le rendu des diagnostics territoriaux de santé produits et leur valorisation. Création d'outils, notamment une base de données, pour faciliter la mise en lien entre universitaires et élu.es.

Depuis 2011 : Enseignante-chercheuse à l'EHESP, attachée au Laboratoire Espaces et Société ESO-Rennes, UMR CNRS 6590 ESO, Université Rennes 2

De novembre 2019 à novembre 2022 : Directrice et Chercheuse au Réseau Régional de Santé Solipam (Solidarité Paris Maman) Ile-de-France, dans le cadre d'une disponibilité de 3 ans de la fonction publique. Il s'agit d'une association financée par l'ARS IDF.

Depuis novembre 2022 : Enseignante-chercheuse à l'EHESP, attachée au Laboratoire Espaces et Société ESO-Rennes, UMR CNRS 6590 ESO, Université Rennes 2, Directrice et Chercheuse au Réseau Régional de Santé Solipam

Dans le cadre de la fin de la disponibilité, je suis mise à disposition par l'EHESP à hauteur de 30% au sein du réseau SOLIPAM pour en garder la direction. Je garde une activité enseignement et de recherche de 70% dans le cadre de ma fonction de Maîtresse de Conférences.

Mes relations avec le réseau SOLIPAM ont débuté en 2014, alors que Paule Herschkorn-Barnu, la directrice de l'époque m'avait proposé de rejoindre les GT 2 (groupe de travail « formation des professionnels ») et GT 3 (groupe de travail « recherche et valorisation des données du réseau ») du réseau Solipam. Solipam est un réseau de santé de coordination médico-sociale qui vise à la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité, en vue de sécuriser leur parcours de soin durant leur grossesse puis jusqu'au trois mois du nouveau-né et de faciliter leur accès aux droits à l'hébergement et à la santé. Cette association parisienne a vu le jour en 2006, suite au constat de plusieurs acteurs médico-sociaux (GIP –Groupement d'Intérêt Public- du Samu Social de Paris, APHP – Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, le CASP – Centre d'Action Social Protestant, la Fondation Œuvre Croix Saint Simon) et se régionalise en 2012 en raison de la grande mobilité liée à un hébergement incertain et fluctuant des femmes suivies par l'équipe de coordination, cela à l'échelle francilienne. Les femmes prises en charge au sein du réseau sont dans une très large majorité des femmes en situation de migrations et pour plus des trois-quarts récemment exilées (arrivées sur le territoire francilien depuis moins de deux ans).

Je suis intervenue depuis plusieurs années au sein des Journées annuelles du réseau et des séminaires (bi-annuelles) que celui-ci dispense auprès des professionnel·les de santé et du social. En 2019, le réseau a connu une crise de fonctionnement, en raison, notamment d'un contexte de crise de l'accueil des « publics migrants », particulièrement en Ile-de-France, ainsi que de politiques publiques à destination des exilé.es primo-arrivant.es de plus en plus contraintes. Cela m'a amenée en novembre 2019 en accord avec la direction de l'EHESP et de mon département, à une disponibilité de ma fonction de Maitresse de Conférences pour une durée de 3 ans, pour reprendre la direction de ce réseau régional de santé et proposer un projet validé par l'ARS et le bureau de l'association, pour la période 2020-2022, puis 2022-2024.

Le projet proposé a visé i) au recrutement d'une nouvelle équipe de coordination médicosociale et d'une chargée de projet, ii) à la réponse à différents appels à projets diffusés par les tutelles sanitaires, sociales et différentes fondations en vue de développer l'activité de l'association (ARS-Ile-de-France, DRIHL¹, Fondation de France, Fondation Seligman, Fondation Sanofi Espoir, Institut Convergence Migrations, Fondation Caritas). Mes missions s'articulent entre l'accompagnement de l'équipe, le développement de partenariats stratégiques en vue du respect du droit commun (négociations avec la région, les départements, les villes, etc.) et d'une structuration régionale de la prise en charge de ces femmes la plus adaptée possible, relativement à i) leurs besoins sociaux primaires (liens avec les Espaces Solidarité Insertion familles, les accueils de jour, les restaurants solidaires, etc.) ii) leur accès aux droits (Comède, CAFDA², CPAM³, CAF⁴), iii) leur hébergement (différents SIAO⁵ franciliens, CASP, liens directs avec certains CHRS⁶, CHU⁷, etc.) iv) et leur prise en charge sanitaire (PMI⁸, maternités, réseaux périnataux, monde de la médecine et de la maïeutique libérale, etc.).

Par ailleurs, nous développons en parallèle avec l'équipe :

- i) une action d'information à destination des professionnels de santé, du social et du secteur médico-social, par la tenue de journées thématiques annuelles (Rencontres Solipam en décembre) et de séminaires biannuels (une session au printemps et une à l'automne, réunissant 2 à 4 départements par sessions, avec pour chacun d'eux une zoaine de participant.es, soit 40 à 80 participants par session) en partenariat avec l'ensemble des réseaux périnataux départementaux de l'Ile-de-France;
- ii) la tenue d'ateliers autour de la grossesse et de son déroulement, des questions de santé sexuelle et reproductive et de l'accès aux droits administratifs et de santé, dans différentes villes franciliennes à destination des femmes en situation de grande précarité (projet développé de manière expérimentale depuis 2021 (3 sessions d'ateliers à Paris, Ivry et Montreuil réunissant entre 4 à 8 femmes par ateliers). 4 sessions d'ateliers ont été conduites en 2022.
- iii) une mission de plaidoyer en lien avec l'ODSE⁹ (<https://www.odse.eu.org/>) et également la troupe de théâtre Mi-Fugue Mi-Raison (composée de Caroline Sahuquet, Delphine Biard, Flore Grimaud et Mia Demaë), en vue de témoigner et de rendre visibles les trajectoires d'existence de ces femmes, en montrant que, les violences vécues par ces femmes sont loin d'être l'apanage de leur trajectoires migratoires mais aussi des conditions d'existences indécentes qu'elles éprouvent au quotidien en France, parfois pendant de très longues périodes, doivent être prises en considération par les pouvoirs publics. Un travail, entamé en 2020, a donné lieu à une performance théâtrale « Riveraines » jouée notamment durant les séminaires et rencontres SOLIPAM

¹ Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement

² Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile (Paris)

³ Caisse Primaire d'Assurance Maladie

⁴ Caisse des Allocations Familiales

⁵ Système d'Information, d'Accueil et d'Orientation

⁶ Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

⁷ Centre d'Hébergement d'Urgence

⁸ Protection Maternelle et Infantile

⁹ Observatoire du Droits à la Santé des Etrangers

mais aussi dans le cadre de festival: (<https://wetoofestival.fr/le-deuxieme-speculum-riveraines/>).

Dans ce cadre, j'ai poursuivi une activité de recherche me permettant de poursuivre mon engagement dans la conduite du projet de recherche en cours au moment de ma décision de partir en disponibilité. J'ai donc continué à investiguer une recherche dans le cadre du programme TRASOPER et j'ai également pu développer une action de valorisation de la base de données et d'observation des femmes de la file active du Réseau SOLIPAM (encadrement de mémoires de Master, de mémoires sage-femme et publication de plusieurs articles).

Je suis par ailleurs amenée à participer à l'activité de recherche/évaluation développée dans certaines maternités, par exemple celle de Montreuil (au Centre hospitalier Intercommunal André Grégoire), pour l'évaluation de programmes mis en œuvre au sein de la maternité, notamment celui de sage-femme référente parcours, visant à coordonner le lien en postpartum immédiat entre la sortie de la maternité et la prise en charge en ville par les sages-femmes libérales.

Mon activité d'enseignement, même si très diminuée a persisté, via l'encadrement régulier d'étudiants, tant en Master 1 ou 2 que d'élèves sages-femmes et quelques interventions ponctuelles auprès soit de Master 2 soit de publics professionnels. J'anime par ailleurs les discussions dans le cadre des séminaires et rencontres SOLIPAM.

Ce pas de côté temporaire, aujourd'hui à temps partiel dans le cadre de mon retour à l'EHESP et à un exercice professionnel dans l'enseignement supérieur et la recherche, m'apparaît plus utile et nécessaire que jamais, car il me semble que j'y reviens avec la possibilité d'une pratique scientifique et pédagogique articulant une expérience concrète d'actrice de terrain en contact direct et quotidien avec les acteurs institutionnels, militants, politiques, comme associatifs sanitaires et sociaux s'intéressant aux thématiques croisées :santé périnatale, précarité et migration. Ce positionnement participe à une prise de distance régulière avec l'approche scientifique tout en l'enrichissant et la rendant d'autant plus concrète, tangible et singulière. Ce positionnement offre aussi une ouverture et un lieu privilégié pour penser, observer, interroger quotidiennement tant le positionnement des acteurs de terrain que les types d'engagements des chercheurs, autour de questions politiques et citoyennes. Cette expérience par sa richesse et la perméabilité des allers-retours que j'effectue au sein de deux mondes, qui dialoguent parfois trop peu, éprouve et questionne dans un sens comme dans l'autre, leurs cadres respectifs tout en enrichissant d'une réflexion sur le décloisonnement tant des champs scientifiques, pédagogiques que professionnels.

3- RESPONSABILITES ADMINISTRATIVES ET PEDAGOGIQUES.

En parallèle d'un exercice professionnel mixte au sein du monde académique mais aussi du milieu associatif et du monde de la santé, j'exerce depuis 2005, des tâches administratives et pédagogiques plus classiques et attendues dans la carrière d'une enseignante-chercheuse.

3-1- RESPONSABILITES D'UNITES D'ENSEIGNEMENT, DE STAGES ET PARCOURS.

Si je n'assume pas de responsabilité de Master, je coordonne depuis 2005, différents enseignements, parcours, stages ou modules ainsi que des Unités d'Enseignements (UE). Ces coordinations ne sont pas toujours pérennes. Cela s'explique en partie par le fait, que les premières coordinations ont été réalisées avant ma prise de poste et donc dans des conditions d'exercice temporaire d'enseignement (chargée de cours et vacataire), mais aussi par le fait que, dans mon institution de rattachement, l'EHESP, la structuration de l'enseignement, relève tant des départements d'enseignements auxquels les enseignant.es chercheur.es sont rattachés que de la direction des études refondant régulièrement les formations et mandatant les enseignant.es chercheur.es au fil de l'année pour des interventions ponctuelles ou plus étoffées, et dont les « commandes de cours » peuvent varier d'une année sur l'autre. Si le fonctionnement de l'EHESP tend à s'harmoniser avec celui de l'Université, cette harmonisation est encore en cours et relève néanmoins du calendrier des « formations état ».

Pilotage et enseignement dans des UE à destination des Licences :

- La première responsabilité d'enseignement que j'ai pu réaliser, durant le début de mon terrain de thèse, a été celle de « *Géographie de la santé* » à destination des L3 de l'Université Omar Bongo entre 2005 et 2007 ((2hTD + 2hCM / semaine sur un semestre).
- A mon retour en France, au Laboratoire Espace Santé et Territoire, j'ai été en charge des enseignements de l'UE d'« *Analyse spatiale* » à destination des L 2 de l'Université Paris X Nanterre la Défense entre 2009-2011 et l'UE d' « *Initiation aux SIG* » pour les L3 en 2010-2011 (2hTD et 2hCM / semaine sur un semestre pour chaque).
- Plus tard en poste à l'EHESP, dans le cadre d'un partenariat avec mon UMR ESO et l'EHESP, avec Anne-Cécile Hoyez, je pilote l'UE de « *Géographie de la Santé* » à destination des L3 de Géographie de l'Université Rennes 2, entre 2015 et 2018 (15 heures d'enseignement à deux voix).

Pilotage et enseignement dans des UE à destination des Master :

- A mon arrivée à l'EHESP, je prends la responsabilité des modules « *Cartography and Statistics* » et « *GIS* » entre 2012 et 2015 et « *Humanitarian health and social sciences* » entre 2012 et 2014 au sein du Master of Public Health. Chacun de ces 3 parcours représente une semaine d'enseignement (soit entre 24 et 30 heures d'enseignement hebdomadaire).
- A partir de 2014 et jusqu'à ma disponibilité (en 2019), j'ai coordonné également l'UE « *Déterminants de la santé* » au sein du Master Droit Ethique et Santé de l'Université Rennes 1 et l'EHESP (15h CM).
- Entre 2016 et 2019, j'ai pris la responsabilité de l'UE « *Méthodes qualitatives appliquées à l'évaluation* », dans le cadre du Master Evaluation de programmes en santé publique, de l'Université de Clermont-Ferrand, dont l'EHESP est partenaire.
- De 2017 à 2020, j'ai coordonné l'UE « *Global Health* », devenue « *Parcours* » en 2022-2023, sur une semaine du Master Promotion de la santé et Prévention. Je participe également au comité pédagogique de la formation et coordonne de nouveau depuis 2021 cette unité d'enseignement.

- Dans le cadre de ma reprise d'activité comme enseignante chercheuse en novembre 2022 à l'EHESP je pilote l'UE « Enjeux et Politiques de santé publique » (30 h) du nouveau Master 1 DG3S (Droit et Gouvernance du secteur sanitaire et social).

Pilotage d'enseignements interinstitutionnels :

- J'ai collectivement participé, depuis 2016, au pilotage du Parcours recherche « *Santé et territoire* », Inter Master 2 entre EHESP et les différents Master de l'UMR ESO permettant notamment la rencontre d'élèves inter-établissements. Cet enseignement est dispensé et coordonné avec Isabelle Siffert, Noémie Rapegno, Anne-Cécile Hoyez et Bertrand Lefebvre. Dans le cadre de mon retour à l'EHESP, je reprends la coordination de ce parcours avec Noémie Rapegno.

- En 2018, j'ai coordonné un stage doctoral d'une semaine de terrain sur les méthodes qualitatives autour de la thématique de la « *Santé des publics migrants* », dans le cadre d'un financement Université Sorbonne Paris Cité, réunissant 8 doctorantes.

Pilotage d'enseignement à destinations des professionnel·les :

- Entre 2013 et 2017, j'ai coordonné, chaque année, durant 3 semaines un module inter professionnel, donnant lieu à un rapport collectif et regroupant environ 10 élèves de formations statutaires différentes.

- Entre 2015 et 2019, au sein de la formation des DESSMS (directeur d'établissement sociaux, sanitaires et médico-sociaux), j'ai enseigné au sein de la séquence « Logiques de parcours des usagers » au sein de l'UE « Droits et besoins des personnes accueillies et de leurs familles » (représentant environ 30h d'enseignement).

- Dans le cadre du DIU, puis DU, Précarité, Santé Maternelle et Santé Périnatale porté par l'Université de Paris, dont l'EHESP et SOLIPAM sont partenaires, je coordonne le module « Politiques de santé en (dé) faveur des familles en situation de précarité : Impact et limites », celui-ci se déroule sur 3 jours depuis 2015. Je participe également au comité pédagogique de la formation. Dans le cadre de ma mise à disposition à partir de novembre 2022, je poursuis cette coordination.

- Dans le cadre de ma reprise d'activité comme enseignante-chercheuse en novembre 2022 à l'EHESP je pilote :

--L'UE de Formation Initiale (3,5 jours – 21h) et de Formation continue (2,5 jours – 15h) à destination des IASS intitulé « Répondre au défi des migrations : Quel accueil pour les migrants et les demandeurs d'asile ? »

--L'UE « Protection de l'enfance » (4 jours – 24h) à destination des m.EN (Médecins de l'éducation nationale) dans le cadre de leur formation statutaire.

Dans le cadre de ma disponibilité, depuis 2019, je coordonne avec l'appui de Julie Dababie les séminaires biannuels et départementalisés (3 à 4 départements par session) du réseau Solipam Ile-de-France en collaboration avec les réseaux périnataux franciliens. Cette activité se poursuit en 2022.

La diversité de ces différentes coordinations dans le milieu universitaire, de la formation continue, des études en santé, ou encore de séminaires non diplômants, mais structurant les relations entre acteurs de terrain, montre ma capacité à m'adapter aux situations et cultures institutionnelles diverses et une bonne connaissance de ces réseaux.

3-2- PARTICIPATION AUX JURYS.

J'interviens régulièrement, même en disponibilité, dans les jurys des Masters recherche ou professionnels et formations suivantes de l'EHESP et Universités ou Institutions associées : Master of Public Health (avec l'Université de Colombia) ; Master Droit Ethique et Santé (avec l'Université Rennes 1); Master Pilotages des politiques et actions en santé publique (EHESP) ; Master Promotion de la Santé et Prévention (EHESP) ; Master Dysater (Université Rennes 2) ; Master Europepubhealth+ (Master Européen) ; DIU (puis DU) Précarité, Santé Maternelle et Santé périnatale.

Je suis également amenée à participer aux jurys des stages internationaux dans le cadre du Forum International de l'EHESP, des formations états, tels que les IASS (Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale), aux jurys du CAFDES (Certificat d'Aptitude aux fonction de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale) et aussi aux jurys de mémoires de sages-femmes (Ecole de Sage-Femme Baudelocque, Ecole de Sage-Femme Versailles Saint-Quentin).

3-3- MEMBRE DE JURY DE THESE.

J'ai également été sollicitée pour participer à différents jurys de thèse de disciplines différentes : sociologie, géographie et médecine.

- Louise Virole, « Grossesse et reconnaissance du sujet. Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France », thèse de sociologie soutenue le 21 septembre 2018 à l'EHESS, sous la direction de Philippe Bataille

- Sarraouinia Gakunzi, « Le suivi de grossesse en situation de précarité : vécu et pratiques de professionnel-les de soins primaires », thèse de médecine générale soutenue le 10 septembre 2020 à Paris Sorbonne Université, sous la direction de Nicole Dardel

- Pauline Iosti, « Les inégalités urbaines d'accès aux soins : une étude croisée des logiques d'organisation de l'offre et des trajectoires individuelles de recours aux soins dans la métropole de São Paulo », thèse de géographie soutenue le 12 novembre 2020 à l'Université Lyon 3, sous la direction de Jacques Comby et Virginie Chasles

3-4- MEMBRE DE COMITES DE THESE SOUTENUE OU EN COURS.

Dans le cadre de la réforme du contrat doctoral et de la mise en place des comités de thèses qui participent, à mon sens, à favoriser un environnement plus serein pour l'encadrement du travail doctoral en le rendant collectif et favorisant la possibilité de garde-fou dans la relation entre le ou la doctorant-e et son directeur ou sa directrice, j'ai activement participé aux comités de thèses pour lesquels j'ai été sollicitée et qui témoignent d'une capacité à l'interdisciplinarité (géographie, sociologie, épidémiologie) :

—Louise Virole, « *Grossesse et reconnaissance du sujet. Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France* », thèse de sociologie soutenue le 21 septembre 2018 à l'EHESS, sous la direction de Philippe Bataille

- Sara Painter, « *L'inclusion dans la ville des personnes en fragilité psychique vieillissantes. Une étude qualitative des espaces de vie d'adhérents d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) d'une petite ville* », thèse de géographie soutenue à l'Université Rennes 2, le 20 juin 2019 sous la direction de Raymonde Séchet et Anne-Marie Seguin

- Léa Potin, « *Caractériser les déterminants pluriels de la santé en Région Pays de la Loire : construction d'indices composites pour une typologie des territoires* » thèse de géographie soutenue à l'Université d'Angers le 22 octobre 2020, sous la direction de Sébastien Fleuret

- Mahougnon Horace Renaud Fabrice Degnonvi, « *Etude de la variation de l'incidence de l'ulcère de Buruli : facteurs de risque environnementaux, anthropiques et approche de solutions au problème de prévention primaire dans les départements de l'Ouémé et du Plateau au Sud du Bénin* », thèse d'épidémiologie soutenue à l'Université d'Angers le 3 décembre 2021 sous la direction d'Estelle Marion et de Roch Christian Johnson

—Isabelle Siffert, « *Accueillir en soignant ? Les espaces dédiés à la santé des migrants primo-arrivants en Ile-de-France* », thèse de géographie débutée en 2018 à l'Université Rennes 2, sous la direction d'Anne-Cécile Hoyez et Estelle D'Halluin

4- ACTIVITES D'EXPERTISE ET DE VALORISATION DE LA RECHERCHE DANS LA DECISION EN SANTE PUBLIQUE.

Dans cette section, je développe succinctement - certaines de ces sollicitations ont déjà été développées dans l'introduction de ce volume - les demandes institutionnelles qui ont pu m'être adressées en tant que géographe travaillant sur des questions de santé.

- Expertise pour le MSPP du Gabon et l'OMS comme membre de la cellule de crise épidémique mandatée par le CIRMF (entre juin et novembre 2007).
- Expertise géographique au sein du Think Tank « Prospective Santé », EHESP-Sorbonne Paris Cité, animé par Didier Tabuteau et Antoine Flahault (2011-2013)
- Participation aux ateliers de préfiguration des Etats généraux de la PMI de Paris (2016)
- Membre du Conseil Scientifique de la Breizh COP Région Bretagne (2018-2019)
- Membre des GT2 et GT3 du Réseau de Santé SOLIPAM dans le cadre d'une convention de recherche entre l'EHESP et le Réseau SOLIPAM (depuis 2014)
- Participation à l'évaluation du Numéro Vert du Réseau SOLIPAM (encadrement de stage – 2017)
- Participation à l'évaluation du dispositif d'Unité d'Accompagnement Personnalisé à destination des femmes en situation de vulnérabilité de la maternité de type 3 du Centre Hospitalier Intercommunal d'André Grégoire à Montreuil (encadrement de stage – 2018)
- Participation au comité de pilotage et comité de suivi du projet pilote de « mise en place de sages-femmes référentes parcours » au sein de la maternité de type 3 du Centre Hospitalier Intercommunal d'André Grégoire à Montreuil (dans le cadre de l'arrêt du PRADO) en vue de coordonner le parcours en suite de couche des femmes sortantes de maternité (financement ARS Ile-de-France) 2021.
- Participation à une étude prospective pour comprendre le phénomène des accouchements hors site relevant du CHU de Rennes (encadrement de stage - 2023 : en cours)
- Pilotage avec l'Observatoire du Samu Social de Paris de l'étude « Errance » pour la période 2023-2025, visant à l'articulation entre dégradation de l'état de santé des femmes et nouveau-nés au sein du réseau SOLIPAM et l'errance durant la période périnatale.

PARTIE 2 : RESPONSABILITES SCIENTIFIQUES ET PARTICIPATION A LA RECHERCHE COLLECTIVE.

Dans cette seconde partie, je traite de mon activité scientifique et des responsabilités que j'ai pu prendre dans ce cadre. Celles-ci seront présentées autour de mes thématiques de recherche, « *santé globale* » d'une part et « *inégalités de sociales de santé* » d'autre part. A travers ces deux grandes thématiques, on pourra identifier une activité scientifique qui, à travers ces projets, montre ma capacité à i) répondre à des appels à projet et ii) les conduire quand ils sont financés mais aussi lorsqu'ils ne le sont pas. Cette présentation vise également à mettre en lumière l'articulation d'une recherche tant individuelle que fortement structurée par des approches collectives. La section « animation scientifique, insertion dans les réseaux académiques, activité collective et d'encadrement dans la recherche » vise à mettre en lumière : comment, par la prise de responsabilité en vue de participer à structurer un collectif autour des recherches en géographie sur des questions de santé, j'ai participé à une nouvelle dynamique de cette communauté. Enfin, cette partie se conclut par mes premiers pas dans l'encadrement doctoral mais aussi par la reconnaissance de ma communauté scientifique et des communautés connexes travaillant sur des thématiques de recherche proches de celles que j'investigue, par les sollicitations que je reçois relatives à l'évaluation d'articles scientifiques, de projets, de participation à des jurys de recrutement de collègues.

1- ANIMATION SCIENTIFIQUE, INSERTION DANS LES RESEAUX ACADEMIQUES, ACTIVITE COLLECTIVE ET D'ENCADREMENT DANS LA RECHERCHE.

Mon activité scientifique se dessine autour de deux thématiques majeures. La première a trait aux questions de santé globale, notamment dans sa dimension d'investigation des pathologies virales émergentes dans le cadre d'une approche interdisciplinaire, faisant dialoguer la géographie avec la virologie, l'immunologie et l'anthropologie. Dans le cadre de cette thématique de recherche durant ma thèse, puis dans les différents projets auxquels j'ai pu être associée, les attentes des pilotes de ces projets visaient plutôt à la compréhension des facteurs de l'émergence ou de la diffusion, c'est par une critique des rapports de domination Nord/Sud que ces questions ont fait sens pour moi.

La seconde thématique a alors découlé de ce positionnement. En poste, puis affirmant mon positionnement de chercheuse, mes travaux se sont dirigés vers les inégalités sociales de santé, à travers le développement d'une approche autour de la notion de parcours, abandonnée ensuite pour celles de « trajectoires » et de « rapports sociaux » dans le soin, particulièrement dans le cadre du développement de travaux autour de la périnatalité. Dès lors, fréquemment, la question de la santé globale et de sa critique ré-émerge dans mes réflexions sur les inégalités et alimente ma réflexion sur la thématique.

1-1- THEMATIQUE « GLOBAL HEALTH » ET PROCESSUS EPIDEMIQUE DES PATHOLOGIES INFECTIEUSES.

Doctorante associée à l'enquête nationale de séroprévalence à Ebola de la population Gabonaise conduite par le CIRMF et l'IRD (2007-2008).

Durant mon doctorat, en parallèle de mon terrain de recherche, j'ai participé en 2007 à l'organisation et la supervision d'une enquête domiciliaire et à la réalisation d'observations participantes et entretiens auprès des populations touchées par les épidémies d'Ebola et des acteur-ices de la santé mobilisé-es sur celles-ci. J'ai par ailleurs été amenée à être facilitatrice dans les liens des chercheur-es en virologie et immunologie auprès des populations enquêtées dans le cadre de mon terrain de thèse.

Dans le cadre de cette thèse, dont l'objet même « le virus Ebola » est, à raison, extrêmement anxiogène tant pour les personnes directement exposées aux risques que celles très à distance, aux échelles locales comme internationales, j'explorai dans un premier temps la façon dont une géographie de l'émergence virale participait à éclairer les liens existants entre Hommes et Virus et les dynamiques respectives et entrelacées entre ces derniers. Mes échanges avec les virologues, Eric Leroy et Gilda Grard, ainsi qu'avec l'immunologiste Nadia Wauquier, et le vétérinaire Xavier Pourrut, ont participé à éclairer l'approche que j'ai développée en géovirologie. J'avançai notamment dans mon analyse la connaissance très partielle de la complexité des dynamiques entre les émergences virales et leurs évolutions spatiotemporelles en raison des découvertes très récentes de ces émergences à l'échelle phylogénétique.

En constatant par ailleurs leur rôle amplificateur au sein des systèmes de santé dans la diffusion de cette pathologie, j'ai pu mettre en avant la manière dont les épidémies sont avant tout des phénomènes sociaux, qui émergent et se diffusent dans le cadre d'un contexte socio-historique révélant en amont de l'émergence virale, des crises sociales exacerbées par des inégalités de santé à l'œuvre, observées dans le cadre de mon terrain de thèse dans un contexte de pays d'Afrique Centrale en prise à des enjeux de domination des Nord sur les Suds. Dès lors, les mouvements de révoltes entendus comme facteurs de diffusion de la maladie par les « sachant.es » et les « dominant.es » me sont apparus comme expression de la contestation des plus démunis.es.

Développant les prémisses d'une géographie sociale de la santé, par des approches qualitatives ethnographiques, notamment d'entretien semi-directifs auprès des survivant.es et les familles des victimes des épidémies d'Ebola, ce travail de thèse m'a permis d'orienter les méthodologies que je souhaitais investiguer plus tard et de poser les bases d'une géographie du sensible et d'une géographie critique.

Chercheure associée au projet PIRVE – Ville

Urbanisation au Sud et maladies à transmission vectorielle : Une étude comparative de l'émergence et la réémergence de la Dengue à Ouagadougou, Libreville et Vientiane (2008-2011; financement PIRVE-Ville) coordonné par Florence Fournet

Durant mon doctorat, j'ai également participé au programme interdisciplinaire de recherche « Ville et environnement » coordonné par Florence Fournet en collaboration avec le Laboratoire Espace Santé et Territoires et l'IRD - Laboratoire de Virologie Moléculaire, Tropicale et Transfusionnelle, Marseille. Ce projet interrogeait les facteurs environnementaux, notamment

relatifs aux retenues d'eau pouvant participer au développement de gîtes larvaires, mais aussi liés à la protection secondaire (accès à des moustiquaires intégrées, à des produits répulsifs, etc.), en milieu domestique qui favorisent, ou non, la diffusion des maladies vectorielles (dengue) dans une population humaine en milieu urbain par des approches d'analyse spatiale et d'analyse des politiques publiques. Dans ce cadre, nous avons réalisé collectivement, avec Florence Fournet et Zoé Vaillant, un terrain de recherche urbain à Libreville pour identifier les gîtes larvaires et appréhender les dynamiques urbaines différenciées à l'échelle des quartiers de la capitale gabonaise, tant à l'échelle individuelle que collective, notamment dans la gestion de l'aménagement de l'espace urbain.

Chercheure participant au Projet PRES

Dynamique temporelle de la pandémie de grippe H1N1 dans la presse écrite francophone et anglophone (2012-2014 ; financement Région Normandie) coordonné par Emmanuel Eliot

A l'issue de mon doctorat, j'ai été sollicitée pour participer à ce projet qui étudiait les représentations, à partir d'une analyse d'un corpus d'articles, dans les médias et les politiques sanitaires associées aux épidémies contemporaines, dans une perspective d'interprétation croisée (sociale, psychologique, spatiale et historique), à partir de 2 objets d'études : l'épisode de grippe A (H1N1) de 2009-10 et de l'hyper-endémie à méningocoque de la période 2006-08 (dans la région de Dieppe en Seine-Maritime). Le projet comparait ces événements en appréhendant les pratiques des différents acteurs et les modèles de prévention et de lutte qu'elles ont pu diffuser. Dans le cadre de ce projet, un rapport et plusieurs communications ont permis de valoriser le travail bibliographique et d'analyse textuelle conduit, situé historiquement et spatialement, à travers une comparaison des corpus médiatiques produits dans le cadre de ces deux événements sanitaires. On observait notamment certains invariants des processus épidémiques autour des controverses et leurs participations dans un contexte d'urgence sanitaire à une crise de confiance entre les décideurs détenant le pouvoir politique et les administrés.

Chercheure participant au Projet AEDES

Analyse comparée des discours sur les risques sanitaires liés à l'implantation d'*aedes albopictus* sur le littoral méditerranéen (2012-2013, financement CNRS et EHESP) coordonné par Daniel Bley

Arrivée à l'EHESP, en raison de mes thématiques de recherches antérieures, j'ai été rapidement associée au projet AEDES, qui visait, par une analyse comparée des discours des soignants et pharmaciens, à mieux appréhender la diffusion des savoirs « sachant » sur le risque sanitaire lié à l'implantation de *aedes albopictus* dans la région de Nice. Ce projet a notamment été ma première expérience d'un terrain de recherche en France. Celle-ci m'a confortée dans l'intérêt d'approches comparatives sur les dynamiques à l'œuvre dans les représentations des phénomènes épidémiques que je retrouvais au Gabon comme en France, particulièrement autour des représentations du risque et de la construction des savoirs profanes et savoirs sachant, dans une porosité certaine, interrogeant la diffusion scientifique et médiatique des messages de prévention

Qu'il s'agisse des projets PIRVE, PRES ou AEDES, tous trois ont participé par les échanges avec les chercheur-es, notamment Florence Fournet, Emmanuel Eliot, Eric Daudé, Emmanuel Bonnet, Marion Amalric, Laurence Josselin, Nadia Pastourel, Daniel et Nicole Bley, avec lesquels j'ai travaillé sur les questions investiguées, à améliorer ma compréhension des articulations

entre les échelles institutionnelles et spatiales (pour les projets PRES et PIRVE) mais aussi entre les mondes sociaux (politique et médiatique dans le cadre du projet PRES ; commerçant (pharmaciens) et paramédical dans le cadre du projet AEDES ; gabonais et français dans le cadre d'un regard croisé entre PIRVE et AEDES).

Chercheure participant au projet SHAPES

A multi-disciplinary study of human beings, great apes and disease emergence in equatorial Africa: Social sciences perspectives on cross-species contacts – People, nonhuman primates and emerging diseases in Central Africa, coordonné par Tamara Giles-Vernick (2014-2017 ; financement ANR)

Lien vers la page internet du projet : <https://anr.fr/Project-ANR-14-CE31-0004>

En 2015, au sein du projet SHAPES, dont j'ai activement participé à la rédaction, j'ai été en charge de la coordination d'une tâche relative à la compréhension dans l'épidémiologie locale et responsable du projet pour le site de l'Université Rennes 2.

Cette étude multidisciplinaire, réunissant anthropologue, historien.ne, géographe, éthologue, écologue et virologue visait à examiner l'évolution de la nature des contacts humains avec les primates non humains en Afrique équatoriale et les conséquences sanitaires de ces contacts. Pour décrire plus en détail ce contact et l'importance de ces évolutions au cours des 150 dernières années, ainsi que son influence sur la santé humaine, nous souhaitons examiner les interactions homme-primat à l'orée de l'émergence de certaines maladies. Dans cette optique, nous avons développé une approche multidisciplinaire visant l'examen des dynamiques passées de l'émergence des maladies et de leurs perspectives pour la santé humaine et animale.

Dans le cadre de ce projet, j'ai réalisé un terrain en RDC et investigué des questions de recours aux soins en zone rurale enclavée. J'y ai investigué les enjeux au sein de l'offre de soins et d'organisations des systèmes de santé en Afrique Centrale que je n'avais pas forcément identifiés durant mes travaux de thèse. Si je retrouvai des récurrences sur les enjeux entre les ONG étrangères et locales et les acteurs des services de santé de droits communs, aux différentes échelles de leurs institutions, j'appréhendai également ce terrain avec les lunettes de la thématique des inégalités de santé, m'offrant de nouvelles perspectives d'analyse en Afrique Centrale notamment dans les processus structurant les rapports de domination Nord/Sud. L'objectif principal de la mission que j'ai pu réaliser en février 2017 était de cerner l'épidémiologie locale humaine et animale et l'histoire sanitaire locale notamment à travers l'historique des différentes épidémies animales et humaines dans la région, la répartition des maladies dans la population. Les objectifs secondaires étaient les suivants d'identifier les causes de l'émergence de l'épidémie de syndrome respiratoire aiguë chez des bonobos et l'épidémiologie locale (maladies les plus fréquentes chez des êtres humains et les primates non humains, répartition spatiale de ces maladies et possibilités de transmission zoonotique.

Ce projet multidisciplinaire et multi-sites, a également été celui de ma première expérience d'encadrement de thèse, à travers le co-encadrement du travail de Christophe Demichelis.

1-2- AUTOUR DE LA THEMATIQUE INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET TRAJECTOIRES.

Co-porteuse, avec Séverine Deguen, du programme de recherche DISPARITES et responsable du sous-projet ITSIG 2012-2014 ; financements EHESP

Lien vers la page du site du programme : [Programmes-transversaux-DISPARITES.pdf \(ehesp.fr\)](#)
Au moment de mon recrutement à l'EHESP, j'ai rapidement été mobilisée sur le développement de ce programme qui proposait une approche intégrée prenant en compte de multiples déterminants sociaux et environnementaux des inégalités, en combinant des approches quantitatives et qualitatives, géographiques et individuelles, afin de documenter les leviers d'actions coordonnées entre différents secteurs d'activités et acteurs concourant au bien-être de la population. Ce projet transversal, que je pilotais avec Severine Deguen, auprès de laquelle j'ai pu me nourrir de la pertinence des approches biostatistiques, explorait les facettes que prennent les inégalités sociales et territoriales de santé dans un ensemble de sites-pilotes, dans le but d'en comprendre les traits systémiques et d'apprécier comment elles se cumulent et/ou interagissent. Le programme ambitionnait de fournir aux différentes parties concernées des informations pertinentes actuelles et intégrées, au niveau national comme au niveau local, et l'évaluation des politiques publiques pouvant contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Dans le cadre du programme DISPARITES j'étais également en responsabilité scientifique du **Projet ITSIG**: "Itinéraires thérapeutique et suivi des issues de grossesse" (projet intégré dans le cadre du programme DISPARITES)

Il s'est agi de caractériser les inégalités de santé à travers les pratiques territorialisées de soins dans 8 services de néonatalogie de 4 agglomérations françaises (Paris, Lyon, Lille et Marseille). Le projet s'attachait, dans une articulation de méthodes qualitatives (observations, entretiens auprès des professionnel·les et des patientes) à comprendre comment les itinéraires thérapeutiques d'une population de femmes enceintes peuvent être révélatrices de processus d'appropriation de lieux et espaces de vie et d'une (dé ou) territorialisation par les patientes dans leurs pratiques du système de santé participant à influencer l'état de santé de ces populations. Ces phénomènes étaient observés à travers une entrée par les issues de grossesse, petit poids de naissance et/ou prématurité permettant de mettre en exergue des tendances de profils selon les lieux et la classe sociale des femmes enquêtées articulé à une analyse territorialisée des contextes socio-historiques de leur lieu de vie.

Par ailleurs, j'ai pu, pour la première fois, dans le cadre du projet ITSIG, lier mes compétences d'enseignante et de chercheuse à une pratique de formation à la recherche dans l'encadrement et l'accompagnement de travaux de Master 2, notamment Madeleine Collombier et Kristina Parkins, mais aussi de publications scientifiques en y associant les étudiantes que j'encadrais dans le cadre du projet.

Responsabilité scientifique du Projet PAR'SAN

« Parcours de santé des femmes enceintes à Montréal » (2014-2015 ; financement EHESP)

Dans la continuité du programme DISPARITES, le projet *Par'san* visait à identifier des « parcours type » de soins de femmes enceintes vivant à Montréal, en portant un intérêt particulier aux types de parcours suivant :

- les parcours de femmes ayant accouché prématurément ou d'un enfant de petit poids de naissance (Projet DISPARITE-ITSIG) ;
- les parcours de femmes enceintes ou ayant récemment accouché en situation de migration récente sur le territoire canadien depuis moins de 5 ans (Projet MIGSAN) ;

- les parcours de femmes francophones enceintes ou ayant récemment accouché en situation de défaveur socio-économique (population témoin).

Cela permettait une mise en regard des processus récurrents indépendant de la ville et du pays d'enquête et un positionnement d'un point de vue plus global de ces phénomènes relativement aux travaux menés en France.

Ces parcours correspondaient à ceux retenus dans le cadre de projets de recherche initialement distincts, projets DISPARITES et MIGSAN (*cf. infra*) mais que le projet Par'san Montréal visait à relier en s'intéressant à la grossesse comme période de « vulnérabilité » particulière mettant en lumière certains processus dans les rapports sociaux, les trajectoires, la relation de soin selon des modalités différenciées mises en place par les politiques publiques en vue de prendre en charge un évènement sanitaire initialement physiologique.

Chercheure participant au Projet MIGSAN

Migrations et Santé : expériences de la santé et trajectoires de soin des populations primo-arrivantes en France coordonné par Anne-Cécile Hoyez ; financements Inter-MSH 2012-2014 puis ANR 2016-2019

Lien vers la page du site du projet : <https://migsan.hypotheses.org>

Dans le cadre de mon rattachement à l'UMR ESO, les travaux développés dans le cadre du programme DISPARITES et PAR'SAN m'ont permis d'être également associée au programme de recherche MIGSAN. Celui-ci visait à i) aborder les trajectoires de soin du point de vue des primo-arrivant.es et des expériences vécues lors des épisodes de maladie, des conditions de logement et des changements dans la cellule familiale ; ii) analyser les contextes d'exercice des professionnel·les du secteur social, sanitaire et/ou associatif intervenant auprès des primo-arrivant.es ; iii) apporter un éclairage sur les dynamiques des structures et des équipes porteuses d'actions innovantes dans la santé et le soin.

Dans le cadre de ce projet j'ai pu co-coordonner la tâche « aborder les trajectoires de soin du point de vue des primo-arrivant.es et des expériences vécues lors des épisodes de maladie, des conditions de logement et des changements dans la cellule familiale », notamment par l'enquête que nous avons conduite avec Anne-Cécile Hoyez, Chargée de Recherche au CNRS, à l'URM ESO, Laboratoire Rennes 2, dans les PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) de Rennes et Strasbourg, auprès des femmes enceintes primo-arrivantes et des professionnel·les qui les accompagnent dans la prise en charge de la grossesse et la naissance.

Le cadre de travail du projet MIGSAN a été fondateur tant dans mon approche scientifique actuelle que professionnelle. Le consortium de recherche initié et animé par Anne-Cécile Hoyez a donné lieu à un cadre de travail réellement collectif qui a permis la mise en place d'une dynamique de travail dans le temps long et l'initiation de partenariats de recherche durables interinstitutionnels, interprofessionnels et interdisciplinaires entre géographie sociale, sociologie, santé publique, médecine, mais aussi photographie et théâtre. J'y ai rencontré des acteurs de terrain, notamment médecins, qui ont contribué à influencer ma pratique professionnelle future à Solipam. Les échanges avec Pascal Jarno, médecin de santé publique, Jean-Marc Chaplain et Hélène Leroy, médecins infectiologues, impliqués dans le réseau Louis Guilloux à Rennes qui favorise l'accès aux soins des personnes migrantes et à l'initiative d'une plate-forme régionale d'interprétariat pour la Bretagne, ont été fondateurs. Ce cadre de travail m'a également permis de rencontrer Caroline Izambert, docteure en histoire de l'EHESS, Céline Bergeon, MCU en géographie à MIGRINTER, Estelle D'Halluin et Sylvie Morel toutes deux MCU

en sociologie à l'Université de Nantes, Anaïk Pian, Professeure en sociologie à l'Université de Strasbourg et Hélène Marche, MCU en sociologie à l'Université de Caen.

J'ai pu, au sein de ce programme, affiner mon approche théorique autour de la notion de trajectoire et j'ai découvert dans ce consortium de recherche, à travers nos discussions et débats et dans le cadre des séminaires réguliers, des approches autour de positionnements scientifiques possibles articulant recherche fondamentale et engagement, notamment avec Céline Bergeon, dans ces travaux autour des squats, ou ceux d'Estelle d'Halluin, dans son implication au sein du COMEDE et ses recherches sur les Demandeurs d'Asile. Les approches sensibles et théoriquement extrêmement précises et situées d'Hélène Marche en sociologie des émotions ont également été d'un apport considérable dans ma démarche actuelle. Les travaux d'Anaïk Pian, notamment ceux conduits dans son HDR de sociologie aux influences géographiques importantes, participent également à conforter le lien fort existant entre sociologie et géographie sociale critique.

Par ailleurs, outre les publications scientifiques collectives et nombreuses du programme, nous avons pu continuer à initier, avec Anne-Cécile Hoyez, les étudiantes à la recherche par la recherche, comme ce fut le cas d'Ana Millot.

Chercheure participant au Projet RECITS - POTERRI

Recherche ECosystémique et Interdisciplinaire d'analyse Territoriale des Stratégies de réduction des inégalités sociales de santé dans le secteur de la petite enfance (2018-2020 ; financements IRESP- INSERM)

Coordination de tâche : caractérisation des territoires et de l'offre de service à destination des 0-6 ans.

J'ai également été associée au projet RECITS – POTERRI. Celui-ci visait, par l'amélioration et la mise en cohérence au niveau territorial de l'ensemble des politiques et services dédiés à la petite enfance, à une meilleure prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant et des inégalités sociales de santé, l'objectif double du projet était :

- d'identifier et de comprendre comment la question des inégalités sociales de santé s'intègre dans les politiques publiques et comment elle se décline et s'applique dans les services dédiés à la petite enfance, via les activités professionnelles et les dynamiques collectives de travail qui en découlent, en y intégrant la notion des besoins fondamentaux de l'enfant ;
- d'identifier et de comprendre les rapports sociaux de service qui lient les familles aux dispositifs dédiés à la petite enfance et aux professionnel·les qui y travaillent.

Dans le cadre de ce projet, j'ai notamment formé une partie de l'équipe (l'ingénieur de recherche et la statisticienne impliqués dans le projet) sur les questions de cartographie et participé activement aux réunions du projet et à l'encadrement de la tâche de caractérisation des territoires, ainsi que participé à la formation d'étudiant·es recruté·es dans le cadre de ce projet. Mes échanges avec les collègues sociologues de l'EHESP, notamment Marie-Renée Guevel, Marion Porcherie et Virginie Muniglia ont contribué à ouvrir mes questionnements sur la nécessité de la prise en considération de la continuité dans les dynamiques à l'œuvre dans les inégalités de santé au cours de la vie des individus. Si j'observais, en amont du projet RECITS, les dynamiques de ces inégalités durant la grossesse et les premiers mois de vie des nouveau-nés, la question de celles à l'œuvre dans la petite enfance et la jeunesse, participait à mettre en

lumière des processus toujours plus systémiques, entravant les possibles, particulièrement autour de dynamiques spatiales et sociales.

Chercheure co-responsable du projet collaboratif TRASOPER

« Trajectoires et Rapports sociaux en périnatalité ». Enquête dans 6 maternités d’Ile-de-France et de Bretagne (2018-2022 ; financements Université Rennes 2 pour l’année 2019 puis MSHB pour 2019-2021 ; report sur l’année 2022-2023)

Lien vers la page du site du projet : [MSHB - Projets | MSHB](#)

Sur une sollicitation d’une médecin souhaitant comprendre les causes d’un taux extrêmement élevé de césarienne dans la maternité privée où elle exerçait, j’ai sollicité deux collègues pour conduire cette enquête. Avec Maud Gelly, sociologue et médecin généraliste, Paula Cristofalo, MCU en sociologie et gestion à l’EHESP, et Anne-Cécile Hoyez, nous avons développé le projet TRASOPER. Celui-ci est piloté collectivement, et encore en cours. Il consiste à explorer la différenciation sociale de trois types de pratiques médicales : la césarienne, l’épisiotomie, et la prise en charge du diabète gestationnel. Il s’agit d’une enquête pluridisciplinaire menée dans six maternités choisies pour leurs appartenances diverses aux secteurs public et privé, pour la structure sociale différenciée de leur patientèle, ainsi que pour leur localisation géographique (Bretagne et Ile-de-France). Le projet se donne trois objectifs: 1) étudier les effets de l’environnement de vie, de la socialisation de genre, de classe, et de l’histoire migratoire, sur le rapport au corps, à la santé, au milieu médical ; 2) analyser comment les catégories de professionnel-le.s impliqué-es en périnatalité différencient leurs pratiques selon leurs propres origines et trajectoires sociales, et selon les origines et trajectoires sociales des usagères ; 3) identifier les effets de la différenciation des filières de soins et de protection sociale sur la reproduction des inégalités sociales de santé. Nous portons une attention particulière dans ce projet aux échelles locales, mais également aux lieux de l’exercice professionnel. Ce projet interdisciplinaire regroupe géographes, sociologues et médecins. Il entend contribuer à une sociologie et une géographie critique de la santé, en articulant géographie sociale et sociologie des rapports sociaux.

En raison de l’absence de financement, à ses débuts, notamment en raison de notre refus d’un appui financier de la part de la maternité privée proposant un fond de fonctionnement pour conduire l’étude, induisant initialement un sentiment de déficit de reconnaissance institutionnelle, nous avons souhaité garantir celle-ci par la rédaction d’un projet formel soumis aux professionnels de terrain (comité de suivi²⁰) et aux collègues travaillant sur les thématiques que nous souhaitions investiguées (comité scientifique, composé notamment de personnalités scientifiques telles que Christelle Avril, Isabelle Bruno, Laure Pitti, Virginie Chasles, Anne-Cécile Hoyez – avant qu’elle ne rejoigne le projet- Sylvain Laurens, Cécile Fournier). Le projet a donc mobilisé au moment de sa mise en œuvre, acteur-ices de terrain et enseignant-es chercheur-es permettant, par leur rôle consultatif, d’orienter et guider notre recherche. Cette démarche scientifique, soutenue par nos institutions respectives, mais aussi par un réseau d’interconnaissance, participe, à mon sens, à un premier pas vers une démarche originale de recherche. Par la suite, nous avons bénéficié d’un soutien de l’Université de Rennes 2 (une action spécifique) ainsi qu’un financement de la Maison des Sciences de l’Homme de Bretagne – MSHB, nous permettant notamment le recrutement d’étudiantes pour des stages de recherche, sont à

²⁰ Ici tu en raison de la nécessité à garder anonyme les maternités investiguées.

souligner pour leur grande qualité parmi lesquels ceux de Marielle Lerumeur et Charmaine Soreau sont à souligner.

Chercheure attachée depuis 2011 à l'UMR 6590 CNRS ESO, Laboratoire de Rennes 2

A l'issue d'une thèse ancrée dans l'interdisciplinarité et dans le cadre d'un recrutement dans un établissement de santé publique où, en 2011, j'étais la seule géographe, ce parcours scientifique s'inscrit aussi dans un parcours plus large marqué par la nécessité de m'inscrire dans le cadre collectif de ma discipline. C'est la raison pour laquelle, mon attachement à l'UMR ESO est, pour la géographe que je suis, si important et fait sens. Lors de mon arrivée, au Laboratoire de Rennes 2, l'accueil qui m'a été fait par mes nouveaux collègues travaillant sur des questions de santé d'UMR, notamment Anne-Cécile Hoyez, Sébastien Fleuret à Angers, Béatrice Chaudet à Nantes, a conforté la décision évidente de rejoindre ESO. Sur le site de Rennes, j'ai pu échanger à mon arrivée avec Raymonde Séchet, Anne Oualet, Yvon Le Caro, Anne Atlan, Olivier David, Vincent Goueset, Sandrine Depeau, Emmanuelle Hellier et plus récemment depuis notre rencontre Antonin Margier et Solène Gaudin, et être accompagnée par Nicole Piton, Sébastien Bruneau, Karine Breton, Anne Thomas, Valérie Deborde. Toutes et tous ont participé à un cadre soutenant, structurant collaborations et recherches. C'est le point que je développerai maintenant.

2- ANIMATION SCIENTIFIQUE, INSERTION DANS LES RESEAUX ACADEMIQUES, ACTIVITE COLLECTIVE ET D'ENCADREMENT DANS LA RECHERCHE.

2-1- ANIMATION SCIENTIFIQUE.

ACTIVITES D'ANIMATION SCIENTIFIQUES A VISEE COLLECTIVE ET STRUCTURANT LA RECHERCHE SUR LES QUESTIONS DE SANTE EN GEOGRAPHIE

Mes activités d'animation scientifique ont eu pour principal objectif, dans un premier temps, de participer à structurer un « collectif » en géographie de la santé et plus largement de chercheur-es travaillant sur les thématiques « territoire et santé » et, plus à la marge, « lieu et santé ». Mon investissement en vue de la structuration d'un collectif renouvelé de géographes de la santé a pris différentes formes :

- i) Dans l'investissement de la coordination de l'axe santé du **Conservatoire International des Sciences Territoriales (CIST)** avec Emmanuel Elliot en 2014 et 2015, dont j'ai été, un temps, animatrice, et l'organisation avec A. Vaguet et V. Chasles d'une session « Représentations des territoires et santé » au colloque du CIST (février 2018, Rouen)
- ii) La participation à l'organisation et la coordination scientifique de l'**IMGS (International Medical Geography Symposium)**, 5 au 10 juillet 2017 (Angers) <http://www.irdes.fr/imgs2017>
- iii) et des **Journées de Géographie de la santé**, cela depuis leur première édition, (à Lyon les 14 et 15 juin 2018 pour la première édition : <https://rdvgeosante.sciencesconf.org>, à Rennes du 4 et 5 février 2021 pour la seconde édition en webinaire et à Cannes du 26 au 29 mai 2022 pour la troisième édition), conférences au sein desquelles j'ai participé au comité scientifique et d'organisation,
- iv) La coordination de **publications collectives** (numéro thématique de décembre 2015 dans la **RFST (Revue francophone santé et territoire)** « Genre et santé » avec

- Audrey Bochaton et Sandrine Halfen, et une publication collective dans les Cahiers de l'Institut d'urbanisme d'Ile-de-France,
- v) La coordination de « **l'Abécédaire de géographie de la santé** » aux éditions Materiologiques paru en 2019,
 - vi) ou encore de ma participation dès son lancement au **comité éditorial et scientifique de la RFST** (<https://journals.openedition.org/rfst/>).

L'objectif, commun avec plusieurs collègues, a été, dans l'ensemble de ces initiatives, de promouvoir l'enseignement et la recherche en géographie de la santé dans leur diversité. Cela, tout en instituant un cadre tant structurant qu'émancipateur pour l'échange entre chercheur-es, en apprentissage comme confirmés, au sein de cette branche de la géographie, notamment en vue de mettre en avant la pluralité des initiatives et recherches émergentes des chercheur-es et projets s'intéressant à cette branche disciplinaire.

ANIMATION SCIENTIFIQUE AUTOUR DE MES THEMATIQUES DE RECHERCHE VISANT A DECLOISONNER LES SAVOIRS SCIENTIFIQUES ET EXPERIENCES DES PROFESSIONNEL·LES

Dans le cadre de ma disponibilité, et en amont, j'ai également impulsé et participé à l'organisation de plusieurs journées d'animation scientifiques i) au sein de mon institution, l'EHESP et de mon UMR ii) mais aussi en lien avec d'autres institutions comme l'Université de Paris et l'INSERM dans le cadre du DU Précarité et santé maternelle, iii) et aussi des Journées annuelles portées par le Réseau Solipam et séminaires semestriels Solipam à destination de professionnel·les médicaux et sociaux, iv) avec des partenaires de terrains sur certaines thématiques communes:

- i) Depuis septembre 2022, j'ai rejoint l'équipe d'animation de l'axe 2 « **Pratiques, expériences et représentations de l'espace** » de l'UMR ESO composée d'Anne-Cécile Hoyez, David Lessault, Manuella Roupnel-Fuentes, Etienne Walker. En « *privilégiant une entrée par les individus, l'axe "Pratiques, expériences et représentations de l'espace" s'inscrit dans la continuité des points forts et des entrées thématiques de l'UMR ESO en matière d'éducation, de santé, de mobilités et de migrations, de parcours et d'engagement. L'objectif est d'éclairer les problématiques fédératrices et de les travailler selon des angles d'approches différents et complémentaires : (1) les expériences différenciées de l'espace, (2) l'habiter dans la circulation, (3) les perspectives biographiques et les engagements. La réflexion collective interdisciplinaire autour de ces trois entrées s'attachera à explorer la dimension spatiale des pratiques individuelles : à la lecture des expériences, des circulations, des parcours, en quoi l'espace apparaît-il comme une ressource structurante des pratiques individuelles et sociales ?* »
- ii) Avec Julie Dabadie, 12^{ème} Rencontres SOLIPAM, 14 décembre 2022 : « Communiquer autour de l'importance de nos institutions comme leviers pour les prises en charge » (152 participant.es)
- iii) Avec Julie Dabadie, 11^{ème} Rencontres SOLIPAM, Webinaire du 2 décembre 2021 : « Accompagnement des femmes en situation périnatale et de grande précarité : Innovations et Résistances dans les Institutions ». (110 participant.es)
- iv) Avec Julie Dabadie, 10^{ème} Rencontres SOLIPAM Webinaire du 17 décembre 2020 (108 participants)

- v) Séminaire public « Autour de l'hébergement », 8 avril 2021 (environ 30 participant.es) dans le cadre du DU Précarité, Santé Maternelle et périnatale
- vi) Avec Maud Gelly et Elie Azria, séminaire public « La périnatalité hors les murs : Aller vers les femmes les plus éloignées du soin », 24 janvier 2018 (environ 50 participants) du DIU Précarité, Santé Maternelle et périnatale
- vii) Membre du comité scientifique et d'organisation de la journée La grossesse à l'épreuve des territoires, le 8 juin 2018 (Paris) https://www.infocongres.com/grossesse_et_territoires/
- viii) Dans le cadre du projet DISPARITES, je me suis initiée, avec le soutien de Séverine Deguen, à la coordination entre les départements de l'EHESP de différents projets de recherche et à la conduite de projet, ainsi qu'à la valorisation scientifique et l'organisation d'événement scientifique, comme le Séminaire DISPARITES « Inégalités sociales et territoriales de santé », 22 et 23 mai 2013 (Rennes) <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/07/Programmes-transversaux-DISPARITES.pdf>.
- ix) Membre du comité d'organisation du IVth International Symposium on Filoviruses, Mars 2008, (Libreville, Gabon)

FELLOW AU SEIN DE L'INSTITUT CONVERGENCES MIGRATIONS (DEPARTEMENTS HEALTH ET INTERG)

Depuis 2021, le rattachement aux départements HEALTH et INTERG de l'ICM, participe à mon insertion dans des réseaux académiques, autour de la migration, autres que ceux de la géographie de la santé, que j'avais jusqu'alors investigués. Cela contribue à nourrir ma pratique scientifique et professionnelle. Ma participation à la vie de ICM (intervention ou participation aux séminaires, participation aux réunions d'axe, réponses aux appels à projet) et l'animation scientifique dynamique au sein du département Health initié par Maria Melchior puis Priscille Sauvergrain et Betty Rouland autour des questions de migrations et santé, ou migration et intégration, participe à élargir les liens avec les collègues travaillant sur des thèmes connexes et à enrichir les approches sur ces questions. J'ai par exemple pu présenter une communication dans le cadre du séminaire sur le Tourisme Médical et mobiliser les différents fellows autour d'un projet « Rendre visible les invisibles », dans le cadre de mon rattachement au Département Health, rencontrer et échanger régulièrement avec des collègues dont certains siègent aujourd'hui dans le jury de cette HDR.

2-2- EXPERTISE PROJETS, RELECTURES D'ARTICLES, MEMBRE DE JURYS.

REVIEW DE PROJETS :

J'ai été amenée à « reviewer » différents projets de recherches dans le champ de mon expertise, qu'il s'agisse d'appels à projets régionaux (Appel ONCOSTARTER – Région Rhône-Alpes : Projet 1 - Sentiment d'efficacité personnelle et consommation chronique d'alcool et de tabac chez les étudiants de 1^{er} cycle universitaire SEP'ETUD ; 2018, Projet 2 - Facteurs de risque, facteurs de protection : les Conceptions d'Enfants de 6 à 11 ans, FCE ; 2018, Projet 3 - Activité physique, Cancer, Territoire, ACT ; 2018), mais aussi nationaux, dans le cadre des appels à projets de l'ANR (Projet RELAT'HEALTH - Une approche relationnelle des effets de lieu sur les inégalités de santé à Paris et Montréal. <https://www.inserm.fr/fr/relat-health> Repenser les interactions entre les pratiques spatiales des habitants et l'accès aux équipements urbains; 2013) ou de l'IRESP (Projet : L'éloignement des patients des centres de traitement des cancers influence-t-il les délais de prise en charge en Normandie? Intérêt pour l'organisation régionale des soins en cancérologie; 2015), mais aussi

internationaux dans le cadre de l'appel de la F.R.S FNRS (Projet : Précarités, trajectoires migratoires et santé autour de la Naissance ; 2021).

RELECTRICE POUR LES REVUES :

Depuis ma prise de poste, je suis également régulièrement sollicitée pour la relecture d'articles scientifiques dans différentes revues géographiques comme l'Espace Politique, la RFST, Norois ou Géoconfluences. Je suis également sollicitée par des revues pluridisciplinaires telles que : Pathologies Exotiques, Santé Publique, Les Cahiers du Genre, La Revue internationale francophone Lien Social et Politiques, ou l'EFG-Revue Internationale. Ces sollicitations semblent attester du versant interdisciplinaire de mon profil et de ma capacité à sortir des cercles proprement géographiques pour répondre aux sollicitations d'autres disciplines venant chercher une expertise géographique.

MEMBRES DE JURY DE RECRUTEMENT D'ENSEIGNANTS CHERCHEURS :

A ce jour j'ai participé à plusieurs jurys de recrutement de MCU, dans le cadre de postes profilés en géographie de la santé, au CNAM en 2012 (géographe), à l'EHESP en 2013 (géographe) et 2016 (géographe) ainsi qu'à l'Université d'Angers 2017 (géographe). J'ai également été convoquée aux COS d'autres disciplines en interne en 2015 pour un poste en Sociologie et Sciences de l'éducation, et en 2023 pour un poste en Politiques sociales.

3- ACTIVITES D'ENCADREMENT DE LA RECHERCHE ET ARTICULATION AVEC L'ENSEIGNEMENT.

Enfin, cette dernière section vise à présenter l'encadrement doctoral que j'ai pu dispenser. Celui-ci s'inscrit en droite ligne d'un parcours qui articule constamment recherche et enseignement, comme l'illustre l'encadrement de la thèse de Christophe Demichelis, recruté dans le cadre d'un projet de recherche dans lequel j'étais associée où du stage doctoral proposé dans le cadre d'une initiative USPC (Université Sorbonne Paris Cité) visant à ouvrir le terrain de recherche chercheur-es pour y accueillir des doctorant.es tout en les formant aux méthodes de la recherche. Enseignement et recherche sont ici liés et se répondent. Cette articulation est également très présente dans mes rapports avec le monde professionnel et l'encadrement des étudiant-es en Master 2 ou élèves sage-femme (développés dans la section 4).

DIRECTION DE THESE :

Co-directrice (avec Tamara Giles-Vernick) de la thèse de Christophe Demichelis : « Interactions entre primates humains et non-humains au prisme des maladies émergentes en Afrique équatoriale » soutenue le 24 septembre 2021 à l'Université Rennes 2, thèse débutée en octobre 2015

Mon implication, dans le cadre du projet SHAPES, s'est essentiellement focalisée sur le développement de l'expérience de la formation à la recherche d'un doctorant. Celle-ci m'a permis de mieux appréhender les enjeux complexes d'une codirection avec des divergences fortes de pratiques d'enseignement et de recherche. J'ai pu éprouver la difficulté d'un co-encadrement, quand les enjeux différents, avec, au centre, un doctorant dans la tourmente. Cela m'a permis de faire émerger le positionnement et la posture que je souhaitais adopter dans le cadre d'un encadrement doctoral : celui, notamment, d'un échange et d'une discussion scientifique, non pas indépendante, mais plus à distance des enjeux de publication et de financement. J'ai tenté dans cette expérience de mettre en perspective cet accompagnement avec les souvenirs de mon propre doctorat et de l'encadrement dont j'avais bénéficié ou qui m'a parfois mise à mal. J'y ai identifié la nécessité d'articuler une dialectique proximité/éloignement (parfois nécessaire) dans la présence, les conseils et le soutien à l'éveil et au développement d'une personnalité scientifique et de l'approche nouvelle et différente par un autre (ici Christophe, doctorant) de l'idée que l'on avait d'un sujet de recherche et de la manière (méthode, positionnement théorique, etc.) dont on l'aurait investigué et conduit et qui se révèle être singulièrement différent de ce que l'on imaginait initialement.

STAGE DOCTORAL :

Méthodologie qualitative en immersion de terrain, du 19 au 24 juin 2017 dans le cadre de stage doctoral organisé par USPC

J'ai été sollicitée pour animer une semaine de stage doctoral de terrain sur les méthodes qualitatives auprès de 6 doctorantes. Mobilisant mon réseau d'acteur-ices et notamment de soignant-es, nous avons réalisé une observation plus ou moins participante dans différents lieux de soins (le Pôle santé du Centre de Premier Accueil de La chapelle, celui du Centre Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry et les consultations à la maternité de Lariboisière). Ce stage a donné lieu à un rapport de mission de terrain du groupe « Trajectoires migratoires, parcours d'habitantes et de soins pour les femmes primo-arrivantes : focus sur les parcours de soins durant la grossesse » que j'animais. Il m'a confrontée aux difficultés que peuvent

rencontrer sur le terrain les doctorantes (il s'agissait d'un groupe exclusivement féminin) plus ou moins chevronnées avec des terrains éprouvants et mobilisant des affects importants.

Cette seconde partie, si elle décrit un parcours scientifique où s'articule conduite de projet de recherche et structuration de collectifs disciplinaire ou thématique, reste fortement connectée à une activité d'enseignement et notamment dans la formation à la recherche des élèves ou étudiant-es dans le cadre des projets auxquels j'ai pu les associer. Cela aussi car cette recherche alimente quotidiennement les enseignements et méthodologies qui conduisent ma pratique et me mettent en lien avec les collègues ou acteur-ices que je peux également mobiliser en vue de faire dialoguer recherche et enseignement et pratiques professionnelles de terrain. C'est ce que cette troisième partie tentera de démontrer.

PARTIE 3 : PARCOURS D'ENSEIGNEMENT.

J'introduis mon parcours par mes premières années de formation et de questionnements « géographiques ». Si je suis géographe, c'est parce qu'en terminal ma professeure d'histoire-géographie m'a ouverte à une discipline passionnante par une lecture politique et sociale des espaces, territoires et lieux, et par dessous, tout elle était passionnée et m'a transmise cette passion. Celle qui fait que l'on regarde les cartes en y voyant fourmiller les hommes, femmes et enfants et plus généralement sociétés qui les peuplent, que l'on voit au quotidien ensuite avec les yeux du géographe, que l'espace, les lieux par ce qu'ils nous disent et nous expliquent satisfont notre curiosité le fonctionnement de ce que l'on vit et observe. Je me suis donc inscrite (petite révolution personnelle dans un milieu familial qui attendait de moi, une inscription en prépa HEC) à « Nanterre en géo ». Là encore, la passion de Jean-Pierre Raison dans un amphithéâtre d'une fac de banlieue m'a transportée au Sahel et dans bien d'autres lieux encore. J'ai adoré les enseignements d'Alain Dubresson, Frédéric Landy, Philippe Gervais Lambony et, en histoire, ceux d'Annette Becker, ainsi que la manière d'enseigner de Virginie Baby-Collin et Jean-François Deneux. Ce sont ces enseignantes et enseignants qui m'ont donné l'envie presque péremptoire de transmettre la géographie.

Je présenterai dans cette section mon activité d'enseignement par la présentation des statuts sous lesquels j'ai enseigné. Je présente ensuite un tableau synthétique visant à une présentation générale de cette activité, que je développe ensuite selon les grandes thématiques autour desquelles j'interviens comme enseignante. Je traite aussi de l'encadrement de stages, rapports, mémoires de master et de fin d'étude que j'ai été amenée à accompagner dans le cadre particulier et de demandes très thématiques, autour de questions de santé publique et particulièrement en périnatalité, en raison d'une demande importante au sein de mon institution de rattachement qu'est l'EHESP, mais aussi au fur et à mesure de la reconnaissance de mes compétences autour de ces questions.

1-SYNTHESE DE L'ACTIVITE D'ENSEIGNEMENT.

1-1- SYNTHÈSE DES STATUTS.

- **2005-2007 : Chargée de cours** à l'Université Omar Bongo, Libreville, Gabon
- **2009-2011 : Vacataire** à l'Université Paris-Ouest Nanterre La Défense
- **Depuis septembre 2011 : Maîtresse de Conférences des Universités** en Géographie à l'EHESP

1-2- SYNTHÈSE DES ENSEIGNEMENTS.

L'ensemble de ces activités est présenté dans un tableau synthétique ci-dessous qui permet une vision d'ensemble de cette activité d'enseignement selon les thématiques et publics entre 2005 et 2022.

En raison de deux congés maternités en 2012, puis 2015 et d'un congé pathologique en 2014 j'ai réalisé un service partiel en 2011-2012 (l'année de ma titularisation) et durant les années universitaires 2014-2015 et 2015-2016. J'ai été en disponibilité entre 2019 et 2021. Le volume des enseignements à ces trois périodes témoigne de cette activité partielle, puis très faible durant celle-ci.

2- STATUTS ET CONTEXTE DE L'EXERCICE DANS L'ENSEIGNEMENT.

2-1- PREMIERS PAS (2005-2011).

J'ai commencé mon expérience d'enseignement comme chargée de cours, durant ma thèse et la période de terrain de près de 3 ans que j'ai passés au Gabon. C'est à l'Université Omar Bongo à Libreville que j'ai fait mes premiers pas dans l'enseignement auprès des étudiants de licence de géographie grâce à l'accompagnement des professeurs Jules Djéki et Serges Loungou. Ponctuellement, lors de retour en France, j'intervenais également au sein du Master dans lequel j'avais réalisé mon DEA avec le soutien de Gérard Salem, mon directeur de thèse ensuite. A mon retour en France, j'ai réalisé un service de cours important, en tant que vacataire à l'Université Paris X Nanterre pendant deux ans en même temps que j'analysais les matériaux de mon terrain de thèse et que je rédigeais ensuite celle-ci.

2-2- ENSEIGNEMENTS COMME MAITRESSE DE CONFERENCES (DEPUIS 2011).

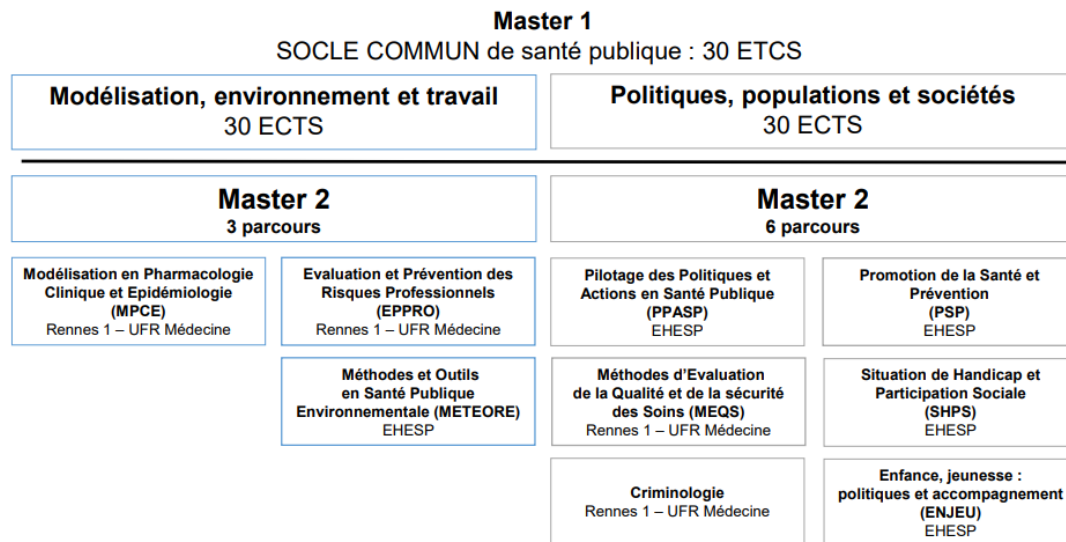
J'ai poursuivi cette activité d'enseignement comme Maîtresse de Conférences des Universités à partir de septembre 2011, lors de mon recrutement à l'EHESP, au sein du département d'Épidémiostat dirigé par Avner Baren, mathématicien et biostatisticien puis Viviane Kovess, épidémiologiste et psychiatre, puis du département SHS, dirigé par Jean-Marie André, économiste de la santé et Françoise Jabot, Médecin de santé publique. Enfin, j'évoque plus succinctement, comment en disponibilité depuis novembre 2019, j'ai été sollicitée pour d'autres types d'enseignements dans le cadre de ma fonction de directrice d'un réseau de santé, néanmoins enseignante-chercheuse.

En septembre 2011, je suis recrutée comme Maîtresse de Conférences à l'École des Hautes Études en Santé Publique, anciennement École Nationale de Santé Publique. L'école bénéficie d'une double tutelle celle du Ministère de la Santé et de celui de l'enseignement supérieur et de la recherche depuis 2008, lui permettant d'accéder au statut d'École des Hautes Études et d'avoir deux biais de recrutement : i) professeur.e « école » (dépendant d'un fléchage du Ministère de la santé) et ii) enseignant.es chercheur.es MCU ou PU (dépendant de celui du Ministère de l'enseignement supérieur et la recherche). C'est dans le cadre de la seconde configuration que j'ai été recrutée.

L'ENSP devient EHESP en 2008, et s'ouvre, en plus de la dizaine de « formations États »¹¹ qu'elle dispense, à la formation et recherche universitaire en développant une offre de formation diplômante de Master en Santé Publique (une vingtaine de M2 en 2022) dont voici un exemple :

¹¹ DH : Directeur.ice d'hôpital ; DESSM : Directeur.ice d'établissement sanitaire, social et médico-sociale ; DS : Directeur.ice des soins ; AAH : Attaché.e d'administration hospitalière ; IH : Ingénieur.e hospitalier ; IASS : Inspecteur.ice de l'action sanitaire et sociale ; MISP : Médecin inspecteur.ice de santé publique ; PHISP : Pharmacien.ne inspecteur.ice de santé publique ; MEN : Médecin de l'éducation nationale ; IGS : Inspecteur.ice du génie sanitaire ; IES : ingénieur d'études sanitaire ; TSSS : Technicien.ne sanitaire et de sécurité sanitaire.

Master Mention Santé Publique (2022-2027)
Co-accréditée Université de Rennes 1 – EHESP – Université Rennes 2



Source : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2022/01/EHESP-architecture-master-mention-sante-publique-2022-2027.pdf>

L'école forme donc depuis 2008, des étudiante.es en formation initiale à partir du Master 1 de santé publique en plus de la formation des élèves des filières Etat, comme notamment les directeur.ices d'hôpitaux et d'établissement sanitaire, social et médico-social auprès desquels qui j'ai pu intervenir plus particulièrement en raison des sollicitations que l'on m'a faites. Ce public « Etat » passe donc un concours de la fonction publique en vue d'intégrer l'EHESP pour obtenir à l'issue d'une formation d'un à deux ans, le diplôme d'établissement, pour lequel l'EHESP est agréé par l'Etat, permettant d'exercer cette fonction au sein des établissements sanitaires et sociaux. Par exemple :

« Les directeurs d'hôpitaux forment un corps de catégorie A de la fonction publique hospitalière. Ils exercent leurs fonctions dans les établissements publics hospitaliers, dans les syndicats interhospitaliers, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale ou médico-sociale et les autres structures de coopération mentionnées dans le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, à l'exception des maisons de retraite publiques, des établissements publics sociaux et des établissements publics de santé ne comportant pas de service de chirurgie ou d'obstétrique ou d'hospitalisation sous contrainte. Ils peuvent, toutefois, exercer leurs fonctions dans les hospices publics, les maisons de retraite publiques et les établissements publics sociaux (enfance, handicap, réadaptation sociale) lorsque ceux-ci font l'objet d'une direction commune avec un établissement public de santé »¹².

Concernant les D3S :

¹² [Directeur d'hôpital - hopital.fr](http://hopital.fr) - Fédération Hospitalière de France

« Le corps des directeurs d'établissements sanitaire, social, et médico-social –D3S-recouvre l'emploi supérieur dans la fonction publique hospitalière [...] à savoir les Hospices publics, les établissements accueillant des personnes âgées, adultes et mineurs inadaptés ou handicapés tels que les maisons d'enfants à caractère social (MECS), centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centres d'accueil d'urgence (CAU), établissements et services d'aide par le travail (ESAT), foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées (MAS), institut médico-éducatif (IME). Ils exercent également dans des groupements de coopération sanitaire, sociale ou médico-sociale et autres structures mentionnées dans le code de la santé publique ou le code de l'action sociale et des familles »¹³.

Cette spécificité explique que la majorité des enseignements que j'ai pu dispenser depuis mon recrutement comme Maîtresse de Conférences, ait été réalisée auprès de publics, soit de professionnels, soit d'étudiants en Master et, de fait, que ces enseignements se concentrent sur les spécificités de mon parcours de recherche. A mon arrivée, je suis rattachée au Département Epibiostat (Epidémiologie et Statistiques). J'ai été notamment sollicitée pour accompagner les collègues de mon département sur l'encadrement des biostatisticiques au sein du Master of Public Health de l'EHESP et dans le cadre des « Fondamentaux de Santé Publique » réunissant l'ensemble des formations Etat de l'établissement.

2011-2013 : DEPARTEMENT EPIDEMIOLOGIE ET BIOSTATISITQUES

Au sein de mon département de recrutement, j'ai été sollicitée pour des approches très techniques, assez éloignées de ma formation initiale et de ce qui m'anime dans la recherche et l'enseignement. Pour autant, j'ai répondu aux besoins et avais notamment participé en amont de mon arrivée en septembre 2011, à une Ecole d'été de Santé Publique et d'Epidémiologie avec la Faculté de Médecine de Paris Sud au Kremlin Bicêtre, en vue d'être en capacité de pouvoir mobiliser des compétences techniques pour l'encadrement des élèves sur les enseignements techniques pour lesquels je pourrais être sollicitée.

Il a été parfois difficile, au début de cette carrière d'enseignante-chercheuse, de défendre ce que je situais comme une nécessité des approches constitutives et essentielles (sémiologie graphique), épistémologiques et critiques, dans l'apprentissage des outils d'aide à la décision : CAO, SIG, etc. Cela particulièrement au sein des formations continues dont l'objectif principal est l'acquisition rapide de compétences techniques et non théoriques, pour plus d'« opérationnalité », cela dans un contexte contraint où les heures d'enseignement sur ces thématiques sont de plus en plus restreintes.

Quand je me suis retrouvée dans l'impossibilité de pouvoir articuler approches théoriques et pratiques, permettant de développer un point de vue critique de l'outil, je me suis peu à peu retirée de ces formations et me suis focalisée sur le développement d'enseignements où je savais pouvoir le faire de manière pérenne et en accord avec la pratique éthique et théorique que j'avais de ma discipline et des usages de ses outils : celle de la nécessité de ne pas instrumentaliser des outils puissants de décision et de positionner un point de vue critique alertant sur le pouvoir de la cartographie, notamment dans son lien ancien avec la décision politique. Cela a contribué à ma demande, fin 2014, de changement de département

¹³ [Directeur établissement sanitaire -dessms \(emploi-collectivites.fr\)](http://Directeur%20établissement%20sanitaire%20-%20dessms%20(emploi-collectivites.fr))

d'enseignement. Cette demande a été acceptée, je suis donc passée du département Epidémiologie et Biostatistiques au département des Sciences humaines et sociales. J'ai pu réorienter une partie de mes enseignements et développer des enseignements plus en rapport avec le cœur de ma formation et plus en lien avec les approches que je traitais dans les projets de recherche développés.

2013-2022 : DEPARTEMENT SHS

Au sein du département SHS j'ai développé des liens avec des collègues aux approches plus connexes aux miennes et revenir au développement d'enseignements plus tournés vers la géographie humaine et les approches qualitatives qui caractérisent mon parcours et que je développe dans la section des enseignements en géographie de la santé, notamment en lien avec les thématiques de recherches investiguées telles que la santé globale, et les inégalités sociales de santé.

2-3- ENSEIGNEMENTS DISPENSES EN DISPONIBILITE (2019-2022).

A partir de novembre 2019, dans le cadre de ma disponibilité de ma fonction de Maîtresse de conférences, mon activité d'enseignement s'arrête brusquement, particulièrement en 2019-2020 en raison de la mobilisation que me demande la reprise de la direction d'un réseau de santé. Elle persiste néanmoins dans le contexte de sollicitations ponctuelles.

SEMINAIRES PONCTUELS THEMATIQUES - INEGALITES DE SANTE PERINATALES

Durant cette disponibilité et en amont, j'ai été sollicitée pour des interventions plus ou moins ponctuelles, en rapport direct avec mes thématiques de recherche auprès des professionnel·les (élèves sages-femmes ; élèves cadres infirmiers ; professionnel·les de la santé publique ; travailleurs sociaux, professionnel·les de santé du médico-social ; Master de Géographie de la Santé), notamment autour de la thématique de la précarité et de la périnatalité et des processus à l'œuvre dans la « fabrique » des inégalités de santé.

- Janvier 2022 : Intervention de 2h30 autour des réseaux de santé périnataux et de la question de la précarité à l'école de Sage-femme Baudelocque

- Novembre 2021 : Intervention d'1 heure (env. 100 participant.es) à l'**IFSC de l'APHP** : Présentation de Solipam Réseau de santé régional et prise en charge coordonnée des femmes enceintes et de leur nouveaux nés en situation de grande précarité.

- Octobre 2021 : Intervention de 4 heures sur les Inégalités de santé dans les contextes de précarité et de périnatalité et Présentation de Solipam Réseau de santé régional, travail empêché des professionnel·les auprès des plus démunis (env. 15 participant.es) **Formation ANCRAGES - Institut Convergence Migrations**

- 2015-2019 Intervention annuelle de 4h00 avec Priscille Sauvegrain : Déconstruction du culturalisme dans les contextes de santé périnatale et précarité (env. 30 participants) **Séminaire SOLIPAM**

- 2015 ; 2016 ; 2022 : Intervention autour des facteurs socio-économiques qui concourent à la prématurité (env.15 participant.es) **au sein des formations croisées du RSPP** (Réseau de Santé Périnatal Parisien)

- 2015 (3 heures) : Séminaire sur les inégalités de santé périnatales, les expositions environnementales et les trajectoires de soins des femmes enceintes au sein du **Master Géosanté de l'Université Paris Ouest Nanterre**

SEMINAIRES « REPERAGE PRECOCE DES RISQUES PERINATAUX EN SITUATION DE PRECARITE »
2021-2022, Réseau Solipam et Réseaux franciliens de périnatalité
4 sessions de 20 participant.es

Dans le cadre de mes fonctions au sein du réseau Solipam, je coordonne avec l'appui de Julie Dabadie, et l'équipe de coordination, la reprise des « Séminaires Solipam » sur trois jours, à destination d'une vingtaine de professionnel·les de santé et du social par session, sur le repérage précoce des risques périnataux pour les femmes en situation de grande précarité. Ces journées se déclinent de la manière suivante. La première journée est consacrée à l'exposé de la situation sanitaire et sociale sur le territoire concerné par des acteurs en prise avec ces situations de périnatalité et précarité (maternités, SIAO, PMI, etc.) et à une discussion autour d'études de cas de femmes suivies au sein du réseau SOLIPAM. La seconde journée est destinée à un stage de terrain en binôme dans des structures dédiées à l'accompagnement de ce public (une journée dans un ESI, dans une PMI, une maraude de nuit ou dans un bidonville, etc.). La troisième journée vise à une matinée destinée au retour d'expérience de terrain et à une après-midi d'apports théoriques sur une thématique spécifique.

3- CONTENU DES ENSEIGNEMENTS.

3-1- PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DISCIPLINAIRES EN GEOGRAPHIE HUMAINE ET SOCIALE.

GEOGRAPHIE DE LA SANTE

UE « Initiation à la géographie de la santé »

2006-2007, Université Omar Bongo (UOB),
Service : CM et TD, L3, environ 20 étudiants

Mon expérience dans l'enseignement commence par la valorisation de ma formation en Géographie de la Santé. En mars 2005, à la demande d'un enseignant de géographie de l'Université Omar Bongo (UOB) de Libreville (Gabon), je donne un séminaire introductif à la Géographie de la Santé. Cette intervention induit une demande du département de géographie de l'UOB pour que cet enseignement se perpétue. Durant l'année universitaire 2005-2006, je suis chargée du cours en licence intitulé « *Initiation à la géographie de la santé* ». J'y familiarise les étudiant-es avec la géographie de la santé, la démographie et l'analyse spatiale, en abordant les thèmes suivants : Territoires et santé ; Ville et santé dans les pays du Sud ; Environnement et santé ; Organisation des systèmes de soins ; Dynamiques des pathogènes ; etc.

Cours « Pathologies émergentes et géographie de la santé »

2006-2010, Master GEOSANTE Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, environ 20 étudiants (CM)

J'interviens annuellement au sein du Master GEOSANTE de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense :

- 2006, « *Ebola au Gabon et au Congo : lieux d'émergence et territoires de diffusion* » (durée 2h),
- 2007, « *Ebola au Gabon et au Congo : quel contrôle territorial pour l'endiguement d'une épidémie transfrontalière ?* », (durée 2h),
- 2008, « *Les évolutions du concept de pathocénose : vers la démarche en Géovirologie* », (durée 3h)
- 2009, « *La place des sciences sociales dans une unité de recherche biomédicale* » (durée 2h),
- 2010, « *Entre représentations et réalités d'Ebola au Gabon et en République du Congo* », (durée 4h).

UE « Population, santé et territoires »

2009-2011, L3 Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, environ 20 à 25 étudiants (TD)

Dans cette continuité, de retour en France à l'issue de mon terrain de thèse, et en collaboration avec Zoé Vaillant (Maître de conférences, Paris X), j'ai été chargée de cours, entre octobre 2009 et juin 2011, du TD de L3 intitulé « *Population, santé et territoires* ». Cet enseignement consistait en une initiation à la recherche sur des questions de santé via un encadrement méthodologique et de terrain des étudiant-es dans des quartiers classés « Politique de la ville », 20^{ème} arrondissement de Paris (2009-2010), puis 19^{ème} arrondissement (2010-2011). Les objectifs du cours étaient les suivants : apprentissage de la formulation d'une problématique et d'hypothèses de recherche, élaboration d'une méthodologie, initiation à l'approche de différentes techniques

d'enquêtes, création d'indicateurs, exploitation des données recueillies et valorisation à travers une restitution semi-publique des résultats de recherche devant les partenaires institutionnels (coordinateurs des Ateliers Santé Ville, responsables des Agences Locales de Développement, acteur-ices locaux.les du quartiers intéressés par l'étude). Cet enseignement initiait les étudiant-es aux réalités de terrain en même temps qu'il les familiarisait avec un milieu professionnel.

Exemples de thèmes traités (2009-2011): *Méandres administratifs des enfants en besoin de soins psychiatriques : quelles spatialités ? ; La santé des femmes dans le 20^{ème} arrondissement : quels itinéraires thérapeutiques ? ; Prévention, information et conduites à risques devant les IST, Etats de santé et nutrition au collège ; Programme préventif de nutrition et acceptation par les enfants : comparaison dans deux écoles primaires du 20^{ème} arrondissement de Paris ; Vie affective et santé sexuelle chez les jeunes garçons adolescents : comparaison des quartiers Flandres et Danube ; Répartition de l'offre de soins et impact sur l'automédication dans un quartier populaire de Paris.*

Cours « Histoire de l'épidémiologie et Géographie de la santé »

2011-2012, IDEA : Cours International d'Epidémiologie Appliquée

CM et TD auprès d'une trentaine de professionnel·les en formation continue

J'interviens également dans le cadre d'une formation continue (IDEA) autour de la thématique d'une géographie de l'émergence et la diffusion virale pour un cours théorique et l'encadrement d'une étude de cas autour de l'épidémie de SRAS. Celle-ci, donnera lieu à une publication avec Pascal Crepey et Alexia Kieffer.

Cours « Territoires et Géographie de la santé »

2011-2014, Mastère spécialisé® ingénierie et management des risques en santé, environnement, travail

CM et TD auprès d'environ 20 à 25 étudiant-es par promotion

Au sein de ce Mastère, je réalise un cours d'introduction aux liens entre les questions de santé et les territoires à travers les rapports entre la géographie de la santé et l'aménagement du territoire, la distribution des pathologies au sein d'une population et la spatialisation des facteurs participant à cette répartition. Ce cours vise à introduire les enjeux du développement des approches des SIG en amont de leur utilisation et à situer le rôle de la carte dans la décision publique.

Séminaires thématiques « Géographie de la santé »

2014-2016, EDH (Elèves Directeurs d'Hôpitaux)

Environ 60 à 80 participants

Dans le cadre de la formation des élèves directeurs d'hôpitaux, les enseignants du département des SHS sont sollicités pour proposer des séminaires (optionnels) à ce public. J'ai été invitée à proposer 3 séminaires dans ce cadre : « Inégalités sociales de santé et territoires » ; « Accès aux soins en périnatalité » ; « Accès aux soins des publics primo-arrivants »

UE de « Géographie de la Santé »

2015-2018, Licence 3 Géographie Université Rennes 2

UE Géographie de la santé avec Anne-Cécile Hoyez
Co-coordination d'UE (15h) - Une vingtaine d'étudiant.es

Au sein de l'UE « Géographie de la santé », j'interviens en collaboration avec Anne-Cécile Hoyez auprès des étudiant.es de Licence 3 de Géographie de l'Université Rennes 2, sur des interventions thématiques (santé globale, émergence, déterminants de la santé et inégalités spatiales de santé) articulées avec l'animation de travaux dirigés.

Parcours recherche Inter Master 2 « Santé et territoire »

2016-2019, collaboration UMR ESO-Laboratoire Rennes 2 et EHESP

Coordination, avec Isabelle Siffert, Noémie Rapegno, Anne-Cécile Hoyez de ce parcours qui propose sur une semaine des cours au choix inter-site dans le cadre d'une collaboration entre les diplômes portés par l'UMR ESO et l'EHESP

Nous proposons dans ce parcours, pensé collectivement, la mise en place d'un enseignement d'initiation à la recherche autour des thèmes « Santé et Territoires » en vue :

- i) de faire émerger des masters des Universités de Nantes, Angers, Rennes 2 et de l'EHESP de potentiels doctorant.es sur les questions de santé et territoires et ;
- ii) de renforcer les liens entre recherche et enseignement en mutualisant les enseignements sur ces thématiques.
- iii)

Ce parcours entend aborder les grandes thématiques traitées par les géographes travaillant sur les questions de santé: Sur quelle épistémologie se fonde la géographie de la santé, quels sont les liens entre mobilité et santé, entre inégalités et santé ? Comment s'articulent les questions d'accès aux soins et de territoires ? Quel est l'impact des politiques de santé sur les territoires et les pratiques des acteurs et des usagers ? Comment s'articulent les approches qualitatives et quantitatives en santé ? Par ailleurs, nous souhaitons, par une balade urbaine, sensibiliser les étudiant.es à l'observation de la santé et du bien-être dans la ville puis à la construction d'une pensée critique autour de ces thèmes.

GEOGRAPHIE SOCIALE GENERALE

UE « Géographie Sociale »

Niveau : L3, Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, 2009-2011

Service : TD (2h/semaine ; 20 étudiant.es et 28 étudiant.es).

Entre Octobre 2009 et juin 2011 je dispense le cours de TD en « *Géographie Sociale* ». L'objectif était d'encadrer et d'initier les étudiant.es de L3 à la recherche à travers un premier travail de terrain dans les 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris (quartier politique de la ville) : apprentissage de la formulation d'une problématique et d'hypothèses de recherche spécifique à la géographie sociale : élaboration d'une méthodologie, approche de différentes techniques d'enquêtes, apprentissage d'un travail d'équipe (les étudiant.es travaillent en groupe de 3 à 5 personnes) finalisé et valorisé par une restitution semi-publique des résultats de recherche sur les questions liant espace et société et intéressant nos partenaires institutionnels (agences locales de développement, Délégation à la Politique de la Ville et à l'Intégration).

Exemples de thèmes traités (2009-2011): *Représentations des espaces verts ; Usages et accessibilité perçue des équipements sportifs par les jeunes ; Fréquentation des fast-foods de part*

et d'autre d'un boulevard coupure ; Influences des Pucés de Montreuil et mobilités associées ; Résidentialisation et privatisation de l'habitat social parisien, Comment le Bar fait territoire ? ; Accessibilité du quartier Flandre et isolement des personnes âgées ; Mobilités des jeunes d'un quartier défavorisé de la capitale française ; Réussite scolaire et pratiques culturelles des enfants scolarisés dans le primaire.

ENSEIGNEMENTS THEMATIQUES AUTOUR D'UNE GEOGRAPHIE SOCIALE DE LA SANTE

- GLOBAL HEALTH – HUMANITARIAN HEALTH

Cours « Médecine humanitaire à l'orée des rapports Nord – Sud »

En octobre 2010 et 2011, j'interviens également dans le cadre du DU « Action Humanitaire » de la Faculté de Médecine de Dijon : « *Les déboires de la médecine humanitaire dans l'action sanitaire d'urgence lors d'épidémies meurtrières en Afrique Centrale* » (durée 3h 30).

Module « Humanitarian health and social sciences » (Module 219 – Minor B)

2012-2014, Master of Public Health (30h)

Coordination de module - Environ 20 à 25 étudiant·es par promotion

Durant deux ans, je coordonne le module « Humanitarian health and social sciences » dispensé en anglais au sein du MPH :

"This module aims to introduce students to social sciences approaches to humanitarian health and to deploy these approaches to analyze the nature and specific contexts of health crises in developing countries, the factors influencing the capacities of health systems to respond to these crises, and the stakes that different stakeholders have in local, national, and global health crises and systems. The course will describe major health issues, the political, social, historical, and institutional frameworks within which different actors have addressed these crises in different regions of the world (Africa, Asia, Latin America...).

Students must first understand humanities and social sciences methodologies and their potential contributions to humanitarian health interventions. Second, students will deploy these methods to evaluate interventions that have been undertaken in humanitarian crises, and to formulate a critical analysis and appropriate recommendations to improve these interventions

The objectives of this module are to provide students the social sciences tools with which to analyze keys to understand the contexts and tools to analyze strengths and weaknesses of political, socioeconomic, and institutional contexts of humanitarian health crises and to identify the main priorities, targeted populations, and most appropriate strategies to address these crises."

Cours "Health policies and health system analysis in low-income countries"

2014, Master of Public Health

7h30 ETD Health system analysis in Central Africa - Health policy and issues related to pregnancy in Mali - Environ 20 à 25 étudiant·es par promotion

Dans le cadre du Module « Health policies and health system analysis in low income countries », identifiée par mes collègues comme ayant une expérience "africaine", j'ai donné ponctuellement des cours en anglais relativement à l'organisation des systèmes de Santé dans les Suds, notamment du Gabon et de la République du Congo et animé des TD d'encadrement sur la Santé périnatale au Mali.

UE « Global Health »

2017-2019 puis de nouveau dès 2021, Master PSP Promotion de la santé et Prévention

Coordination de l'UE (21h ETD) – Environ 15 à 20 étudiant·es

Au sein du Master PSP Promotion de la santé et Prévention de l'EHESP, je coordonne depuis 2017 l'UE Global Health. Cet enseignement vise à un cadrage théorique autour de l'émergence du concept et au développement d'un regard critique de la notion de « Santé Globale » et aujourd'hui « One Health ». A travers des intervention sur la couverture universelle, l'émergence du risque sanitaire structuré autour des maladies émergentes, la santé des étrangers et leur accès aux soins ainsi que la santé maternelle et périnatale, on vise au sein de cette UE à i) cerner les jeux d'échelles spatiales et temporelles entre acteurs locaux et acteurs internationaux, acteurs institutionnels, publics et privés et à ii) identifier les enjeux qui gravitent autour de cette notion à travers des exemples concrets (Epidémies d'Ebola, Migrations, Santé périnatale, etc.).

- DETERMINANTS ET INEGALITES DE SANTE

UE « Déterminants de la santé »

2014-2019 : Master Droit Ethique et Santé de l'Université Rennes 1 et l'EHESP
Coordination d'UE (19,5 ETD) - Environ 25 à 30 étudiant-es par promotion

A partir de 2014, je suis en charge de l'organisation de l'Unité d'Enseignement des Déterminants de la santé au sein du Master Droit Ethique et Santé. Dans le cadre de cette UE, l'objectif est de montrer la diversité des facteurs participant à déterminer les états de santé des populations, notamment à travers une approche en géographie sociale critique. En effet, les déterminants de la santé participent à la fabrique des inégalités sociales et territoriales de santé aussi bien à l'échelle internationale que nationale et plus locale. Cette approche multi-scalaire permet d'appréhender les processus systémiques à l'œuvre dans les déterminants de la santé. Cette UE articule cours magistraux et travaux dirigés auprès d'un public de Master mixte (formation initiale et formation continue).

Module « Politiques de santé en (dé)faveur des familles en situation de précarité : Impact et limites »

Depuis 2015 : DU Précarité Santé maternelle et périnatale
15 à 20 étudiant-es professionnel-les par promotion

Dans le cadre du DIU Précarité, Santé maternelle, Santé périnatale, porté par l'Université Paris Diderot – Paris Descartes, puis DU à partir de 2020 en raison de son positionnement au sein de l'Université de Paris, j'interviens entre 2015 et 2018-2019 (arrêt de la formation en 2019-2020) puis de nouveau à partir de 2020, autour de la thématique des inégalités sociales et territoriales de santé, l'accès aux soins des personnes primo-arrivantes. Je coordonne par ailleurs le Module 5 du DU (« Politiques de santé en (dé) faveur des familles en situation de précarité: Impact et limites »), participe à l'encadrement pédagogique des étudiant-es ainsi qu'aux jurys et au comité pédagogique.

3-2- ENSEIGNEMENTS METHODOLOGIQUES.

Outre la dispense d'enseignement en géographie humaine, géographie sociale ou géographie de la santé, j'ai également été amenée à enseigner différentes méthodologies de la géographie, plus ou moins proches de mes propres pratiques méthodologiques.

« OUTILS » DE LA GEOGRAPHIE : CARTOGRAPHIE, ANALYSE SPATIALE ET SIG

UE « Statistiques appliquées à la cartographie »

Niveau : L1, Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, 2009-2010

Service : TD (2 x 2h/semaine, 57 étudiant.es)

Dans le cadre de ce cours, l'objectif était d'apporter les bases théoriques (fonctions de la carte, règles du langage cartographique, sémiologie graphique) nécessaires à la mise en œuvre d'un travail cartographique et d'un apprentissage des étapes nécessaires à la réalisation d'une carte : initiation aux méthodes statistiques utilisées par les géographes pour la mise en carte des données quantitatives.

UE « Analyse Spatiale »

2009-2011, Niveau : L2, Université Paris-Ouest Nanterre La Défense

Service : CM et TD (2 x 2h/semaine, 38 étudiant-es ; 2 x 2h/semaine, 48 étudiant.es)

L'enseignement portait sur l'étude de la répartition des objets dans l'espace et des relations qu'ils entretiennent entre eux grâce aux outils de l'analyse spatiale (traitements des données et modes de représentation graphique) : exercices appliqués standards (autocorrélation spatiale, matrice de flux, etc.), analyse d'article (pertinence des maillages territoriaux, analyse de réseaux, phénomènes de régionalisation, centralité, polarisation, etc.), familiarisation avec les techniques statistiques et modèles mathématiques utilisés par la géographie et initiation à l'usage d'un logiciel de CAO (cartographie assistée par ordinateur) : Philcarto® .

UE « Initiation aux SIG »

2010-2011, Niveau : L3, Université Paris-Ouest Nanterre La Défense

Service : CM et TD (3 x 2h/semaine, 36 étudiant.es)

En collaboration avec Elise Temple-Boyer (Maître de conférences, Paris X), ce cours de CM/TD avait pour objectif l'initiation des étudiant-es de L3 au fonctionnement des SIG, à la création, à l'utilisation, à l'analyse et à l'exploitation de bases de données (validation et traitement statistiques des données, gestion d'une base de données), ainsi qu'à la mise en carte dans une perspective explicative et prospective (obtention de fonds cartographiques, réalisation de fonds cartographiques, réalisation de cartes, mise en page, habillage). Il s'agissait en outre de favoriser une prise en main des logiciels Excel® et Philcarto®.

Module "Cartography and Statistics" (Module 113) et Module "GIS" (Module 230: Major B)

2012-2015, M1 Master of Public Health: Module 113 (30 h)

2012-2015, M2 Master of Public Health: Module 230 (30h)

Coordination de Module - Environ 20 à 25 étudiant-es par promotion

A partir de 2012, j'organise les modules de cartographie et statistics et GIS, pour promouvoir une formation sur deux ans au sein du MPH en outils de la géographie appliqués à la santé. Ces enseignements sont dispensés en anglais :

"The interest of this module is that Computer aided mapping (CAM) and Geographic information system (GIS) allow creation, interpretation and analysis of digital maps from multiple data sources.

They are a powerful tool for assessment, decision-making and information sharing. GIS provides a platform for the spatial analysis of diffusion or disappearance of a disease or health data in relationship to population characteristics such as demographic and socioeconomic factors, neighborhood deprivation, health services proximity, environmental exposures, etc.

Students who successfully complete this course will be able to:

- *to collect relevant spatial data and to summarize spatial data using GIS software*
- *to learn basic statistical methods, concepts, models, for the analysis of spatial data*
- *to create a base map and to make maps in univariate and multivariate statistical analysis*
- *to be familiar with i) basic statistical methods, concepts and models of the spatial analysis; ii) GIS tool, questions put to it, its large features"*

Cours de « Biostatistiques » :

- 2011-2013, en M1 Master of Public Health, j'encadre en anglais une dizaine d'étudiant-es du Master of Public Health 1 en TD

A mon arrivée à l'EHESP, j'accompagne les collègues de mon département, notamment Séverine Deguen, Nolwen Le Meur et Antoine Flahault dans l'encadrement des biostatistiques au sein du Master of Public Health. Les enseignements, dispensés en anglais, visent à l'encadrement de travaux dirigés en statistiques et notamment l'analyse de données statistiques à partir de données de santé publique avec le logiciel Stata®.

- 2011-2014, dans le cadre des fondamentaux de Santé Publique, j'encadre une vingtaine d'élèves des filières états en TD

De la même manière j'encadre dans le cadre des Fondamentaux de Santé Publique, les TD de biostatistiques visant à familiariser les élèves des filières Etat avec les outils statistiques basiques et plus avancés (analyse univariée et début de l'analyse multivariée) servant à l'utilisation et l'analyse des données de santé à partir du logiciel Excel®.

UE « Introduction aux méthodes des sciences sociales Géographie de la santé et cartographie »

2014-2019, Master Santé publique M1

CM et TD - Environ 25 à 30 étudiant-es par promotion

Dans cette formation généraliste en santé publique, introduisant aux Master 2 thématiques et spécifique de l'EHESP, j'interviens pour une Introduction à la géographie de la santé, la présentation critique du « pouvoir des cartes », ainsi qu'un cours d'introduction à la sémiologie graphique. A l'issue de ces cours magistraux, j'encadrerais en TD une initiation à la CAO avec le logiciel Philcarto®.

METHODES QUALITATIVES DE L'ETHNOGRAPHIE, DE LA GEOGRAPHIE SOCIALE ET DE LA SANTE PUBLIQUE

UE « Evaluation qualitative des programmes en santé publique »

Coordination entre 2016-2019 et intervention ponctuelle entre 2020 et 2022, EHESP & Université de Clermont-Ferrand

Intervention en M1 et M2 2018-2019 (6h CM)

Je coordonne deux semaines (en 2016 soit environ 50 heures d'enseignements), puis trois (à partir de 2017 soit environ 75 heures d'enseignements) de formation en résidence hebdomadaire à Rennes, Paris et Clermont-Ferrand (jury et intervention en M1). Cet enseignement vise à développer les compétences de mobilisation de méthodes qualitatives et ethnographiques de l'observation, de l'entretien, du focus group, dans le cadre d'une évaluation de programme en santé publique.

La première semaine est principalement consacrée à une introduction sur les méthodes qualitatives suivie d'une mise en application. Le terrain sera par la suite développé la deuxième semaine d'enseignement à partir de 2017. La semaine se termine par une introduction à l'évaluation de programmes en santé publique.

La deuxième semaine (puis troisième à partir de 2017) est consacrée aux méthodes d'analyse de données qualitatives et de préparation en groupe d'une évaluation de programme et de sa présentation en présence des commanditaires de l'évaluation.

Je suis également sollicitée par l'Université de Clermont pour dispenser les cours de méthodes qualitatives en Master 1 en 2018-2019. Je continue par ailleurs à intervenir ponctuellement au sein de cette formation entre 2019 et 2021.

Thématiques traitées entre 2016 et 2019 :

- Evaluation de l'atelier du RSPP à destination des pères attendant un enfant
- Evaluation du dispositif SOS Allaitement mis en place par le RSPP
- Evaluation de l'action de Solipam

Pilotage de Module Interprofessionnel

2013-2017 : Module Inter professionnel en Santé Publique

(10 élèves par groupe)

La finalité du Module interprofessionnel (travail de groupe encadré et étalé sur un mois) est de confronter les différents professionnel·les œuvrant dans le domaine de la santé publique d'horizons divers à un savoir documentaire, proposé par l'animateur et enrichi par le groupe, couplé à une observation de terrain, si possible sur plusieurs sites. Cette expérience d'analyse en groupe est destinée à mieux comprendre les raisons d'une application variable d'une même exigence posée dans les textes.

La confrontation de logiques différentes est un fait incontournable dans l'univers professionnel. Elle invite constamment à adapter, à faire évoluer les pratiques, de façon à permettre la collaboration. C'est dans le but de préparer les cadres à cet exercice que l'EHESP organise chaque année un module interprofessionnel de santé publique, ayant pour objectif une formation par la recherche et la possibilité pour les professionnel·les des différentes filières de partager leurs savoirs et leurs approches vis-à-vis de questions de santé publique. Ces dernières sont proposées par des animateurs et animatrices experts d'un domaine et qui encadrent un

groupe pluri professionnel en introduisant une problématique accompagnée d'orientations bibliographiques et de proposition méthodologiques. Le sens du travail en équipe, les capacités d'analyse critique et de formulation d'orientations pour l'action sont les qualités développées à travers le MIP de santé publique.

Thématiques traitées :

- L'accès aux soins des femmes enceintes migrantes dans l'agglomération rennaise
- L'impact du risque d'Ebola sur les représentations de soignants. L'exemple des établissements de santé de référence en France
- Périnatalité, Réseaux et Territoires : Quelle inscription sanitaire et socio-spatiale du réseau périnatal sur le territoire parisien
- Le réseau SOLIPAM : quelle satisfaction des professionnel-les de santé participant au réseau chargé de la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité en Ile-de-France ?
- Garantir un accès aux soins pour les mineurs et les familles en situation de rue à Paris

Séquence : « Les logiques de parcours des usagers » au sein de l'UE « Droits et besoins des personnes accueillies et de leurs familles »

2015-2019, DESSMS

Coordination de séquence – Environ 60 participants

Cette séquence (section d'UE) est consacrée aux populations dans le cadre de l'UE Populations, politiques et acteurs du champ Social, Sanitaire et Médico-Social :

Elle vise à familiariser les élèves avec le type de populations qu'ils seront amenés à rencontrer dans leur exercice professionnel mais également durant leur stage de terrain. Dans la perspective de ce stage, nous consacrons un cours dédié aux questions méthodologiques des pratiques ethnographiques qualitatives d'observation et d'entretiens (particulièrement concernant l'observation et la conduite de récit de vie) en vue de la réalisation de ce stage. Cette séquence vise également à l'encadrement des stages de terrain et jury des rapports de stages relatifs aux parcours des usagers.

Les enseignements que j'ai pu dispenser sont tant généralistes (géographie sociale) que spécialistes (géographie de la santé), cela sur des thématiques que j'ai pu investiguer de manière plus ou moins approfondie dans mes recherches. Cette partie vise également à montrer i) une capacité à enseigner les méthodologies de la recherche et notamment me saisir de celles, même éloignées de mes pratiques habituelles (analyse spatiale, biostatistiques), pour être en capacité de les enseigner à un niveau master, ii) l'adaptation à différents publics universitaires, de la licence au doctorat, comme professionnels.

4- FORMATION A LA RECHERCHE PAR L'ENCADREMENT.

4-1- SYNTHÈSE DES ENCADREMENTS.

- 5 mémoires de Master 1
- 24 mémoires de Master 2
- 6 rapports de stage
- 2 rapports de recherche
- 8 mémoires professionnels, (IASS, DESSMS, Sage femmes)
- 3 directions de stages

4-2 LISTE DES ENCADREMENTS DE MEMOIRES DE SAGES-FEMMES, DE MASTER 1 ET 2 PROFESSIONNEL-LES OU RECHERCHE, OU TRAVAUX ETUDIANT-ES COLLECTIFS.

J'inclus, en les distinguant, dans les activités d'encadrement de la recherche les encadrements de mémoires de i) Master 1, ii) Master 2 et iii) Mémoires de fin d'étude des élèves sages-femmes, et iv) rapports des Modules Inter Professionnels (MIP) et v) des stages internationaux des élèves des « Filières Etats » de l'EHESP dont l'encadrement par un « suivi en dentelle » rejoint ceux attendus dans le cadre d'un Master 2. Relativement aux thématiques, on pourra constater la prépondérance de suivi de mémoires en liens avec la périnatalité ou bien la migration, plus rarement relatifs aux épidémies émergentes. Cela répond i) soit à la proposition de stage scientifique dans le cadre de projet de recherche financés pour lesquels nous disposons avec les collègues des projets en question d'un financement pour des Master 2, ii) soit à une réelle demande sur les questions de périnatalité et de migration sans beaucoup d'autres collègues intéressées par ces thématiques dans mon établissement.

2011-2012 (1 mémoire) :

Elisha Yoon, 2012, Socioeconomic inequalities and high-risk pregnancies in Ile-de-France: the effect of socioeconomic status on the number of women under surveillance for a high-risk pregnancy, Master of Public Health, EHESP

2012-2013 (2 mémoires):

Natalia Toledo Melendez, 2013, Health overview of the neighborhood *politique de la ville* of the 17th *arrondissement* of Paris: setting the stage for future coordination of local public health actions Master of Public Health, EHESP

Madeleine Collombier, 2013, [Factors and Mechanisms that influence the use of prenatal care among women of various social-economic statuses in Paris](#), Master of public health, 42p.

2013-2014 (5 mémoires):

Kristina Parkins, 2014, Investigating the socio-territorial factors that influence antenatal care pathways of pregnant women in Lyon: a qualitative study and social epidemiological approach, Master of Public Health, EHESP

MarieGabrielle Rietsch, 2014, Migration and Maternity in the 19th *arrondissement* of Paris, Master of Public Health, EHESP

Alexia Sevestre, 2014, Rapport de stage: étude exploratoire sur les facteurs déterminants d'une issue de grossesse défavorable chez la femme migrante, Master 1 santé publique, parcours sciences sociales. EHESP Rennes.

Véronique Njambé-Makêmbé, 2014, L'accès aux soins des femmes enceintes. Les représentations des professionnel-les de santé libéraux de l'agglomération rennaise sur cette population et leurs influences sur l'accès aux soins, Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique.

Sara Painter, 2014, Offrir un habitat aux personnes en situation de souffrance psychique. Réflexions sur les maisons relais et résidences accueil du département du Maine et Loire, Master 2 Dynamiques et Aménagement des espaces, Territorialités, Université Rennes 2

Module Interprofessionnel de Santé publique, 2014, L'accès aux soins des femmes enceintes migrantes dans l'agglomération rennaise, Groupe n° 2, encadrement Clélia Gasquet-Blanchard

2014-2015 (6 mémoires, 1 rapport de groupe)

Hélène De Bonnières, 2015, L'accès aux soins des personnes migrantes au Royaume-Uni : La London Clinic de Médecins du monde, Mémoire de stage International, Elève Directeur d'hôpital, EHESP

Caroline Jeannin, 2015, Projet de stage international L'accès aux soins des femmes enceintes en Andalousie, Espagne, Mémoire de stage International, Elève Directeur d'hôpital, EHESP

Katia Lucina, 2015, Améliorer l'accès aux soins des migrants à travers l'éducation thérapeutique et la médiation culturelle : l'exemple maltais, Mémoire de stage International, Elève Directeur d'hôpital, EHESP

Lorène Bousquet, 2015, L'accueil des fratries en Foyer de l'Enfance, précautions et améliorations, Mémoire de DESSMS, EHESP

Charlotte Jouveau, 2015, Caractéristiques des femmes 18-25 ans incluses dans le réseau SOLIPAM, Mémoire Sage-Femme, Ecole de Sage-Femmes-Hôpital Saint-Antoine, Université Pierre et Marie Curie, Faculté de Médecine Paris VI

Frédérique Perrotte, 2015, Précarité et désir d'enfant : des histoires singulières et des désirs pluriels, DIU Précarité, Santé maternelle, Santé périnatale, Paris Diderot – Paris Descartes - EHESP

MarieGabrielle Rietsch, 2014, Projet de recherche commun, SOLIPAM EHESP, Rapport de recherche, 54p.

Jenny Attal, Conrad Breuer, Pauline Dubois-Constant, Philippe Durel, Marion Le Texier, Marion Makaroff, Antoine Montero, Angéline Trillaud, 2015, Module Interprofessionnel de Santé publique, 2015, L'impact du risque d'Ebola sur les représentations de soignants. L'exemple des établissements de santé de référence en France, Groupe n° 34, encadrement Clélia Gasquet et Jocelyn Raude. EHESP, <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/mip/groupe%2034.pdf>

2015-2016 (1 mémoire, 1 rapport de groupe)

Kerneis Anaëlle, 2016, Quelle place pour la promotion de la santé chez les 0-6 ans dans une stratégie plus globale de promotion de la santé des enfants, des jeunes et des adolescents Bretons ? Mémoire professionnel IASS, EHESP

Module Interprofessionnel de Santé publique, 2017, Périnatalité, Réseaux et Territoires : Quelle inscription sanitaire et socio-spatiale du réseau périnatal sur le territoire parisien, Groupe n° 34, encadrement Clélia Gasquet-Blanchard

2016-2017 (3 mémoires, 2 rapports de groupe)

Tamara Fadul, 2017, Evaluation du numéro vert de SOLIPAM, Master 1 Master of Public Health (EHESP)

Céline Auzier, 2017, Factors and mechanisms of interactions influencing midwives' practices of at home visits in their Health Promotion attitude ; Master 2 Master of Public Health (EHESP)

Magalie Benoit, Tamara Fadul, Houda Merimi, Iris Bichard, 2017, Rapport du *Groupe Trajectoires migratoires, parcours d'habitantes et de soins pour les femmes primo-arrivantes : focus sur les parcours de soins durant la grossesse*, Stage doctoral USPC, Enseignante-chercheure référent : Clélia Gasquet-Blanchard ; « personne ressource » : Lys Alcayna-Stevens

Juliette Minni, L'armée Française face à Ebola (Codirection avec B. Pouget) *L'engagement du Service de Santé des Armées dans la crise Ebola*. Master 2 d'Histoire militaire, géostratégie, défense et sécurité (IEP Aix– Ecole de l'Air de Salon de Provence)

Florie André Poyaud, Alexandra Andro Mélin, Gabrielle Brunet de la Charie, Camille Giambruno, Sophie Grienberger, Augustin Hérault, Ophélie Jaffard, Pauline Qeyroy, Evelyne Rispal, Marion Vivier, Lara Ziegler, Module Interprofessionnel de Santé publique, 2017, Le réseau SOLIPAM : quelle satisfaction des professionnel-les de santé participant au réseau chargé de la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité en Ile-de-France ? , Groupe n° 7, encadrement Clélia Gasquet-Blanchard [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/mip/groupe %207.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/mip/groupe%207.pdf)

2017-2018 (5 mémoires, 4 soutenus, 2 rapports)

Céline Amouret, (co-encadrement avec Fatima Yatim-Daumas), La mobilité des résidents en EHPAD, Mémoire de M2, Master DROIT Ethique et Santé, EHESP et Faculté de Droit de Rennes 1

Sophie Guetaz (co-encadrement avec Karine Galopel-Morvan), Informer les parents durant la grossesse, *Master de Promotion de la Santé et Prévention, École des Hautes Études en Santé Publique (Rennes)*

Emilie Decat, Evaluation d'une Unité d'accompagnement personnalisée au sein du CHI André Grégoire, Master 2 Recherche, Evaluation en santé Université de Clermont Ferrand, EHESP

Ana Milot (co-encadrement avec Anne-Cécile Hoyez), Trajectoires de soins des femmes enceintes migrantes Etude qualitative menée à la PASS du CHU de Rennes, *Master de Promotion de la Santé et Prévention, École des Hautes Études en Santé Publique (Rennes)*

Lidia Cichon (co-encadrement avec Anaïk Pian), (mémoire non soutenu dans le cadre du projet MIGSAN), Trajectoires des soins des femmes enceintes primo-arrivantes en situation de précarité : Enquête réalisée à la PASS de Strasbourg, Master 2 Intervention sociale, conflits et développement, Rapport de Stage, 2018, Université de Strasbourg

Marine Fernandez, Recherche en santé maternelle : développement d'une approche communautaire pour prévenir les complications obstétriques et la mortalité maternelle chez les femmes enceintes d'une communauté rurale maya du Yucatan., *Master de Promotion de la Santé et Prévention, École des Hautes Études en Santé Publique (Rennes)*

Anbar Anne-Sophie, Boukharssa Malika, Boulanger Alixia, Brezard Nadège, Gourdon Fabien, Kebabsa Zaïa, Marsa, Cécile, Mazelier Pascale, Roussel Stéphanie, Strasser Thibault, Module Interprofessionnel de Santé publique, 2018, Garantir un accès aux soins pour les mineurs et les familles en situation de rue à Paris, Groupe 22, encadrement Clélia Gasquet-Blanchard

2018-2019 (4 mémoires, 3 soutenus)

Cynthia Mabou, Evaluation en santé au sein du CSE Moise, Master 2 Recherche, Evaluation en santé Université de Clermont Ferrand, EHESP

Salim Benmessaoud, (co-encadrement avec Marie-Renée Guevel, (mémoire non soutenu dans le cadre du projet RECITS), Implantations des services de petite enfance en Ille et Vilaine, Master 2 Recherche, Evaluation en santé Université de Clermont Ferrand, EHESP

Georgina Lepoul, (co-encadrement avec Frédérique Quidu), Mise en place d'une enquête sur les rapports de service en périnatalité, Mémoire de M1 de santé publique *École des Hautes Études en Santé Publique (Rennes)*

Marielle Lemeur, (co-encadrement avec Paula Cristofalo), Trajectoires et rapports sociaux en périnatalité, *Master de Promotion de la Santé et Prévention, École des Hautes Études en Santé Publique (Rennes)*

2019-2020 (4 mémoires)

Charmaine Sorreau, (co-encadrement avec Paula Cristofalo, Maud Gelly et Anne-Cécile Hoyez), Entre pratique médicale et violence : enjeux de lutte autour de l'épisiotomie, Master 2, Mention Santé publique Parcours : Pilotages des politiques et actions en santé publique *École des Hautes Études en Santé Publique (Rennes)*

Marion Aubin, (co-encadrement avec Anne-Cécile Hoyez), Les parturientes de la maternité de Tenon vues par les soignant.e.s : en situation de précarité, d'origine étrangère ou plus aisées, conséquences de l'inscription de l'hôpital dans son quartier socialement mixte qui évolue, Master 2, Mention Santé publique Parcours : Pilotages des politiques et actions en santé publique *École des Hautes Études en Santé Publique (Rennes)*

Romane Couteux, Facteurs de risque en périnatalité. Etude des effets de la grande précarité sur la santé des femmes enceintes reçues par Solipam entre 2011 et 2018. Master 2 mention Santé Publique parcours Promotion de la Santé et Prévention, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (directrice de stage)

Clémence Felden, La prise en charge médico-sociale des femmes enceintes en situation de grande précarité par le Réseau SOLIPAM : de la montée de la vulnérabilité aux limites de l'offre institutionnelle (dir mémoire : Nora El Qadim ; Audrey Mariette; directrice de stage : Clélia Gasquet-Blanchard)

2020-2021 (4 mémoires, 3 soutenus)

Nikita Maucotel, Prise en charge des femmes migrantes logées en hôtel social, par les sages-femmes, dans les Maternités d'Île-de-France, ESF – Sorbonne Université Ecole de Sages-femmes Saint Antoine (dir mémoire : Nathalie Baneux ; dir stage : Clélia Gasquet-Blanchard)

Juliette Gimbert, « Sage-femme référente de parcours : accompagner et coordonner la sortie de suites de couches au CHI de Montreuil, Evaluation qualitative du projet », Master 2, Santé Publique et environnement, Spécialité Intervention en promotion de la santé, Université de Lorraine

Romane Couteux (mémoire non soutenu dans le cadre du projet TRASOPER)

Maëla Cariou, Césarienne en Syrie, représentations des soignants et contrôle des corps en temps de guerre, *Master de Promotion de la Santé et Prévention, École des Hautes Études en Santé Publique (Rennes)*

2021-2022 (3 mémoires)

Mathilde Marguerit, Les sages-femmes face à l'accompagnement des femmes en situation de précarité dans le post-partum, Mémoire Sage-femme, Ecole de sages-femmes de Baudelocque, Paris

Sarah Desetables, Les expériences gynécologiques et obstétricales des femmes racisées en France, Mémoire Master PPSP, EHESP (Rennes)

Emma Vaugoyeau, Tensions au cœur des approches inhérentes au travail du care. La médiation en santé : regard sur la vulnérabilité et les capacités des femmes hébergées en hôtel social en Ile-de-France, Mémoire Master PPSP, EHESP (Rennes)

2022-2023 (9 mémoires en cours d'encadrement)

Chloé Sébert, Vécu des sages-femmes sur l'accompagnement des femmes allophones en suite de couches. Etude qualitative sur les sages-femmes du centre hospitalier, Mémoire sage-femme, Université de Rennes.

Louise Rousseau, « le vécu et les difficultés rencontrées par les sages-femmes et l'équipe médico-sociale dans la prise en charge des femmes enceintes immigrées », Mémoire Sage-femme, Ecole de Versailles Saint Quentin en Yvelines

Gabrielle Ferrandon, « L'impact de l'augmentation de la demande sur la prise en charge des patientes par SOLIPAM » en 2021, Mémoire Sage-femme, Ecole de Versailles Saint Quentin en Yvelines

Maelys Perrin, thématique : représentation différenciées dans le soin psychique des demandeurs d'asile Master Migration (ICM)

Lily Barillot, thématique : enjeux et tendances des accouchements hors site hospitaliers, Master Santé publique, Université Claude Bernard, Lyon 1

Camille Chainot, « Les problématiques d'accompagnement à la santé des demandeurs d'asile dans l'HUDA et les CADA de l'Ille-et-Vilaine », Master 1 Administration de la santé « Organisation, Régulation et Management en Santé », Mémoire professionnel, EHESP, Rennes.

Johanna Laburthe, « Dégradation des états de santé des femmes suivies à Solipam et errance résidentielle », M1 Santé Publique, EHESP, Rennes

Eugénie Rousseau, « Acceptabilité pour les pharmaciens d'officine du déploiement d'une nouvelle forme de buprénorphine à l'officine », M2 Santé Publique Promotion de la santé et Prévention EHESP, Rennes

Morgane Ravailault, « Inclusion des migrants en situation de handicap psychique dans les projets de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) en contexte de crise humanitaire. » M2 Santé Publique - Situations de Handicap et Participation Sociale, EHESP, Rennes

2023-2024 (2 mémoires en cours d'encadrement)

Inès More, « Réduction des césariennes au Brésil », Rapport de stage international directeur d'hôpital - Élève directrice d'hôpital - Promotion 2023-2024 EHESP, Rennes

Luce Jérôme, « Les raisons du recours aux césariennes et déterminants liés au Brésil », Élève directrice d'hôpital - Promotion 2023-2024 Rapport de stage international directeur d'hôpital - Promotion 2023-2024 EHESP, Rennes

En conclusion de cette présentation de mon parcours d'enseignement, on peut souligner son articulation vers une spécialisation autour des questions de géographie sociale et de la santé et en santé publique en raison d'une demande très spécifique du public d'élèves de l'EHESP. J'apporte à celle-ci notamment une approche critique de la santé publique en raison d'un rapport

régulier au terrain. Cette approche critique se nourrit de la variété des enseignements dispensés pour des publics tantôt d'étudiant-es en formation universitaire initiale, classique ou mixte, se dirigeant vers un parcours recherche ou professionnel, mais aussi auprès de professionnel·les, visant des formations ou séminaires diplômant « Formation état », DU, ou non (Séminaires Solipam, Séminaires optionnel EDH).

Les liens qui peuvent être fait entre les mémoires et l'articulation avec les écrits scientifiques participent à illustrer des allers-retours entre enseignement, formation à la recherche, et recherche. Ce lien s'observe par la diversité de publications valorisant non seulement les recherches conduites qui illustrent un travail collaboratif avec des chercheurs géographes comme d'autres disciplines, mais aussi les étudiants qui ont pu participer aux recherches conduites ici évoquées.

5 – PUBLICATIONS.

Je montre maintenant comment cette expérience singulière s’articule en termes de publication et de communication et comment elle prend, dans la sélection proposée, sens pour articuler et expliquer l’émergence du volume Inédit.

5-1- SYNTHÈSE BIBLIOMETRIQUE.

- 11 articles dans des revues à comité de lecture
- 17 articles dans des revues sans comité de lecture
- 12 chapitres d’ouvrage
- 1 direction d’ouvrage
- 1 ouvrage
- 2 rapports
- 3 mémoires
- 15 communications dans des colloques internationaux
- 14 communications dans des colloques ou séminaires
- 2 posters
- 3 articles de vulgarisation de la recherche
- 14 conférences grand public ou émission de radio

5-2- LISTE EXHAUSTIVE DES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

ARTICLES DANS DES REVUES A COMITE DE LECTURE

Cristofalo, P., Gasquet-Blanchard, C., Hoyez, A-C., Gelly, M., 2023, (accepté) Ce que le capitalisme sanitaire fait à la maternité : production de la demande et spécialisation de l’offre en soins périnataux, in *Economie Appliquée*

Gasquet-Blanchard, C. & Moine, R., 2021, Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité. *Revue française des affaires sociales*, 225-240. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0225>

Gelly, M., Cristofalo, P. & Gasquet-Blanchard, C., 2021, Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1(1-2), 72-91. <https://doi.org/10.3917/arss.236.0072>

Demichelis C., Oswald J., Bostvironois A., Gasquet-Blanchard C., Narat V., Bokika J-C., Giles-Vernick T., 2021, Effets d’un siècle de mobilité villageoise sur la dynamique paysagère d’une mosaïque forêt-savane en République démocratique du Congo, *Bois et Forêts des tropiques*, vol. 348 (2021) 3-16

Gasquet-Blanchard C., Hoyez A-C., 2020, « Les dimensions spatiales des relations familiales en migration : les enjeux autour de la grossesse en migration », *Noroi*, 257 | 2020, 7-20.

Bokika J-C., Giles-Vernick T., Demichelis C., Oszwald J., Gasquet-Blanchard C., et al., 2020, Multidimensional analysis of landscape dynamics in a Central African forest-savannah mosaic. *African Journal of Ecology*, Wiley, 2020, 00, pp.1 - 17. [ff10.1111/aje.12750](https://doi.org/10.1111/aje.12750). [ffhal-02634114](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02634114)

Gelly M., Cristofalo P., Gasquet-Blanchard C., 2019 Choisir la césarienne : une pratique où convergent habitus de classe et intérêts médicaux. *Revue française des affaires sociales*, La documentation française, 2019, 1 (3), pp.71. [10.3917/rfas.193.0071](https://doi.org/10.3917/rfas.193.0071). [hal-02456771](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02456771)

Gasquet-Blanchard, C., 2017, L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale. *Santé Publique*, 29, 453-464. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0453>

Gasquet-Blanchard C., 2015, « Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spatiaux en Afrique Centrale », *L'Espace Politique* [En ligne], 26 | 2015-2, mis en ligne le 22 juillet 2015, consulté le 01 août 2015. URL : <http://espacepolitique.revues.org/3475> ; DOI : 10.4000/espacepolitique.3475

Gasquet-Blanchard C., 2014, Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg, des pathologies exemplaires illustrant de multiples enjeux de la santé globale ; *Santé globale & globalisation de la santé. Pour une anthropologie des politiques mondiales de santé*, *Journal des anthropologues*, nov-déc.2014

Wauquier, N., Bequart, P., Gasquet, C., Leroy, E., 2009, "Long-term persistence of specific IgG in survivors of the 1996 and 2001 Ebola outbreaks in Gabon", *Emerging Infectious Diseases*

ARTICLES DANS DES REVUES SANS COMITE DE LECTURE

Gasquet-Blanchard, C., Hoyez, A-C., Cristofalo, P., Gelly, M., 2023, (accepté) La mobilité : sésame de l'accouchement rêvé des élites économiques ?, *RFST*

Gasquet-Blanchard C., Sahnoun, L., 2021, La précarisation des femmes enceintes primo-arrivantes comme indicateur du creusement des inégalités sociales de santé en Île-de-France. In *Atlas collaboratif de la méga-région parisienne* [En ligne]. Rouen : UMR CNRS 6266 IDEES, Université de Rouen Normandie. Publié le 8 juillet 2021, consulté le 8 juillet 2021. URL : <https://atlas-paris-mega-region.univ-rouen.fr/node/141> ; <https://doi.org/10.48390/vqtt-e156>.

Gasquet-Blanchard C., Vaguet A., Lucas-Gabrielli V., Renevier B., Azria E., 2021, « Les paysages thérapeutiques de deux maternités à Paris et en petite couronne », *Géococonfluences*, avril 2021. URL : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/geographie-de-la-sante-espaces-et-societes/articles-scientifiques/paysages-therapeutiques-maternites>

Gasquet-Blanchard C., Vaguet A., Lucas-Gabrielli V., Renevier B., Azria E., 2021, « Les paysages thérapeutiques de deux maternités d'Île-de-France », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], mis en ligne le 13 novembre 2020, consulté le 08 juillet 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/522> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.522>

Clélia Gasquet-Blanchard, 2020, Solipam et la prise en charge des femmes enceintes dans la rue, in *Adsp Santé des Migrants*, La documentation française, 2020, n°111, (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>)

Gasquet-Blanchard C., Demichelis C., Delbruel V., Narat V., Giles-Vernick T., 2020, Une approche paysagère de la santé ; Palimpseste, n°3 – hiver 2020, pp53-7

Gasquet-Blanchard C., Collombier M., Parkins K., 2018, Processus socio-territoriaux urbains à l'oeuvre dans les trajectoires des femmes enceintes ayant accouché prématurément. *Revue francophone sur la santé et les territoires*, hypotheses.org, 2018. [\(hal-01737086\)](#)

Gasquet-Blanchard C., 2018, Le provisoire qui dure. Géographie comparée de deux centres humanitaires parisiens. *Géococonfluences*, Lyon : École normale supérieure de Lyon DGESCO, 2018. [\(hal-01737112\)](#)

Gasquet-Blanchard C., Hoyez A-C., 2015, Parcours et trajectoires dans le domaine de la santé. Quelques réflexions issues de l'analyse d'entretiens effectués auprès de femmes migrantes enceintes ou ayant récemment accouché dans la ville de Rennes. *ESO Travaux et Documents*, Espaces et SOciétés - UMR 6590, 2015, Dossier : Santé. [\(halshs-01360395\)](#)

Gasquet-Blanchard C., Collombier, M., 2015, Inégalités socio-territoriales de santé périnatale : les parcours de santé de femmes ayant accouché prématurément ou d'enfant avec un petit poids de naissance, in *Avancées en néonatalogie* n°35, Archives de Pédiatrie

Audrey Bochaton, Clélia Gasquet-Blanchard et Sandrine Halfen, 2015, « Santé et inscription territoriale des populations - apports et enjeux autour des notions de genre, territoire et santé », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Genre, territoire et santé, mis en ligne le 21 décembre 2015, consulté le 21 juillet 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/427> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.427>

Collectif CIST, 2014, Géographie de la santé et territorialisation des politiques, Territoires, incubateurs de santé ? Les Cahiers de l'IAU îdF n° 170-171 - septembre 2014

Gasquet-Blanchard C., Collombier M., Gao F., Le Meur N., 2014, et al., Inégalités socio-territoriales de santé chez la femme enceinte : facteurs cumulatifs de vulnérabilité ? *Les populations vulnérables Actes du XVI e colloque national de démographie Inégalités socio-territoriales de santé chez la femme enceinte : facteurs cumulatifs de vulnérabilité ?* 29 (4), 2014, [\(10.3917/spub.174.0453\)](#). [\(hal-01737220\)](#)

Joselin L., Eliot E., Jeanne P., Lepastourel N., Gasquet-Blanchard C., et al., 2014, Dynamiques temporelles de la pandémie de grippe A/H1N1 dans la presse écrite francophone. *Jadt.org Analyse statistique des données textuelles. Actes des 12es Journées internationales d'Analyse de données textuelles*, 2014, 978-2-9547781-1-2. [\(hal-02006859\)](#)

(Gasquet-Blanchard C., 2012, Lieux d'émergence et territoires de diffusion de la fièvre hémorragique à virus Ebola au Gabon et en République du Congo, *Géococonfluences ; Dossier Géographie de la santé : territoires et sociétés*, Lyon, ENS Ed.

Gasquet-Blanchard C., 2012, Une géographie de la fièvre hémorragique à virus ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo, Travaux et Documents n°33 (juin 2012), Rennes, pp 19-23

Gasquet C., « Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo », *Carnets de géographes* [En ligne], 2 | 2011, mis en ligne le 02 mars 2011, consulté le 29 juin 2021. URL : <http://journals.openedition.org/cdg/2906> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cdg.2906>

CHAPITRES D'OUVRAGES

Paula Cristofalo, Clélia Gasquet-Blanchard, Maud Gell, Anne-Cécile Hoyez, 2023, Une infirmière « qui y croit encore », in *La Valeur du service Public*, Editions du Croquant

Anne-Cécile Hoyez, Clelia Gasquet-Blanchard, Hélène Marche, Anaik Pian, 2021, Processus inégalitaires en santé et migrations : quelle place pour une approche critique de la dimension spatiale des inégalités sociales ? in *Approches critiques de la dimension spatiale des rapports sociaux : débats transdisciplinaires et transnationaux*, PUR, 2021 ([hal-02302812](#))

Anne-Cécile Hoyez, Céline Bergeon, Clelia Gasquet-Blanchard, 2019, Health systems and immigrants - a focus on urban France. Vojnovic Igor; Pearson Amber L.; Asiki Ghersim; DeVerteuil Geoffrey; Allen Adriana. *Handbook of global urban health*, Routledge, 2019 ([halshs-02110145](#))

Anne-Cécile Hoyez, Clelia Gasquet-Blanchard, François Lepage, 2019, Bodies at the crossroads between immigration and health. Atkinson Sarah; Hunt Rachel. *Geohumanities and health*, Springer, 2019, 978-3-030-21406-7 ([halshs-02294938](#))

Clelia Gasquet-Blanchard, Anne-Cécile Hoyez. 2019, L comme Lieux. *Abécédaire de la géographie de la santé. Dimension territoriale de la santé*, Sébastien Fleuret, Clélia Gasquet-Blanchard et Anne-Cécile Hoyez Dir., éditions matériologiques, 2019 ([halshs-02430837](#))

Virginie Chasles, Clelia Gasquet-Blanchard, 2019, G comme Global Health. *Abécédaire de la géographie de la santé, Dimension territoriale de la santé*, Sébastien Fleuret, Clélia Gasquet-Blanchard et Anne-Cécile Hoyez Dir., éditions matériologiques, 2019 ([halshs-02106214](#))

Clelia Gasquet-Blanchard, Karim Tazarourte, Emmanuel Eliot, 2019, U comme Urgence. *Abécédaire de la géographie de la santé Dimension territoriale de la santé*, Sébastien Fleuret, Clélia Gasquet-Blanchard et Anne-Cécile Hoyez Dir., éditions matériologiques, 2019 ([halshs-02380120](#))

Clelia Gasquet-Blanchard, 2017, L'espace partagé du soin en temps d'urgence. Approche comparée du vécu des patients et des soignants en service de néonatalogie (Paris et Lille) et en centre d'isolement d'Ebola (Gabon et République du Congo). *L'espace en partage* – Yves Bonny, Nicolas Bautès et Vincent Gouëset (dir.) Presses universitaires de Rennes, 2017, www.pur-editions.f, 2017, 978-2-7535-5670-6 ([hal-01578037](#))

Fournet Florence, Vaillant Z., Roudot A., Gasquet-Blanchard C., Rican S., Nikiema A., Paupy Christophe, Salem G., 2016, Urbanisation et maladies vectorielles à Libreville, Ouagadougou et Vientiane. In : Barles S. (dir.), Blanc N. (dir.). Ecologies urbaines sur le terrain. Paris : Economica, p. 255-279. (Villes). ISBN 978-2-7178-6881-4

Clélia Gasquet-Blanchard, 2015, Santé : Ebola, une épidémie sans précédent, in Bost F., Carroué L., Colin S., & al. Images économiques du Monde 2016, Armand Colin, Paris [\(hal-01578015\)](#)

Alexia Kieffer, Pascal Crepey, Clélia Gasquet-Blanchard, 2013, Etude de cas : SRAS, in Etudes de cas IDEA (Ancelle T, Crepey P, Germonneau P, Helynck B), Presses de l'EHESP, Rennes

Clélia Gasquet, 2010, Ebola au Gabon et au Congo : Logiques transfrontalières de survie et gestion transnationale de la crise épidémique de 2001-2002, in Moule, F., Duhamel, S. (dir.), Frontières et santé. Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers, coll. Géographie et Culture, L'Harmattan

DIRECTION D'OUVRAGE OU DE NUMERO SPECIAL

Fleuret Sébastien, Clélia Gasquet-Blanchard, Anne-Cécile Hoyez, 2019, Abécédaire de la géographie de la santé. Matériologiques. pp.234, 978-2-37361-220-2 [\(halshs-02408807\)](#)

Clélia Gasquet-Blanchard, Audrey Bochaton et Sandrine Halfen, 2015, Genre, territoire et santé, *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne] : <https://journals.openedition.org/rfst/412>

OUVRAGES

Clélia Gasquet-Blanchard, 2016, Ebola, Géographie d'une crise sanitaire, 1994-2005, PUR

RAPPORTS

Clélia Gasquet-Blanchard, Anne-Cécile Hoyez, Ana Millot, 2019, La prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg. [Rapport de recherche] UMR ESO 6590 CNRS [\(halshs-03016990\)](#)

Emmanuel Eliot, Marion Amalric, Clélia Gasquet-Blanchard, Philippe Jeanne, Laurence Joselin, et al., 2014, Politiques et représentations des épidémies. Analyse comparée de la construction d'un problème de santé globale : La pandémie de grippe A/ H1N1 et les campagnes de vaccination à travers les presses écrites francophones et anglophones. [Rapport de recherche] Grands réseaux de recherche Haut Normands. 2014. [ffhalshs-01015536v2](#)

MEMOIRES

Gasquet, C., 2010, *Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo*. Thèse, Dir. Salem G., UPOND (LEST), Leroy E., IRD (PEV), Centre International de Recherches Médicales de Franceville (UMVE), Université Paris X-Nanterre

Gasquet, C., 2005, Géographie d'une maladie émergente : la fièvre hémorragique à virus Ebola, Gabon. Mémoire de DEA, spécialité géographie de la santé, Dir. Salem G., Université Paris X-Nanterre

Gasquet, C., 2003, Spatialités des pasteurs semi-nomades Gola de Chitlamkunta, Andhra Pradesh (Union Indienne), Mémoire de maîtrise, géographie sociale, Dir. Marie J., Landy F. et De Golbery L., Université Paris X-Nanterre

COMMUNICATIONS DANS DES COLLOQUES INTERNATIONAUX

Clélia Gasquet-Blanchard, 2021, "Gérer la pandémie par les États: regard croisé Ebola-Covid sur la question des inégalités »; La gestion de la pandémie de Covid par les États: les institutions publiques à l'épreuve, Pandémia : Colloque International Université d'Angers, septembre 2021

Clélia Gasquet-Blanchard, Anne-Cécile Hoyez, 2020, Actualités des prises en charges des femmes enceintes primo-arrivantes : un exercice en "mode dégradé" (Rennes, Strasbourg, Paris), Colloque International Violences et soutiens à la maternité, entre corps, psychologie(s) et politique(s) de santé et de l'enfance, EHESP Rennes, 15 et 16 octobre 2020

Marie-Renée Guével, Philippe Cury, François Bissège, Julie Pironom, Agnès Dollet, Clélia Gasquet-Blanchard, et al., 2019, How early childhood services address health inequalities and child wellbeing in France. *12th European Public Health Conference, Building bridges for solidarity and public health*, Nov 2019, Marseille ([hal-02402947](#))

Clélia Gasquet-Blanchard, Maud Gelly, Paula Cristofalo, 2019, Perinatal social relations among migrant elites in the French context, GS-IBG Annual International Conference : Everyday Subjectivities of Privileged Migrants, Royal Geographical Society, London, 28-30 August 2019

Clélia Gasquet-Blanchard, Anne-Cécile Hoyez, Ana Milot, 2019, La grossesse en migration : parcours de soins et trajectoires de vie des femmes, perinatmigrant2 : Trajectoires migratoires et santé autour de la naissance, Montréal, Canada, 16-17 mai 2019

Anne-Cécile Hoyez, Clelia Gasquet-Blanchard, Céline Bergeon, 2017, *Immigration and healthcare settings in urban contexts. Exploring the French situation*. XVIIth International Medical Geography Symposium, Angers, France, July, 2017

Clélia Gasquet-Blanchard, Parkins Kristina, Collombier Madeleine, 2017, *Understanding social processes contributing to prematurity in urban areas: an approach involving the trajectories of pregnant women in their socio-historical contexts* XVIIth International Medical Geography Symposium, Angers, France, July, 2017

Anne-Cécile Hoyez, Clelia Gasquet-Blanchard, 2015, "Exploring spatial dimensions of immigrant women's : experiences and trajectories during pregnancy" XVIth International Medical Geography Symposium, Vancouver, Canada, July, 2015

Clélia Gasquet-Blanchard, 2014, Devenir mère ; l'inscription socio-spatiale d'une transition de vie. Axe Trajectoires et âges de la vie, XVIIIème Colloque international de l'Aidelf, Bari, Italie, mai 2014

Emmanuel Eliot, Philippe Jeanne, Marion Amalric, Clélia Gasquet-Blanchard, Laurence Joselin, Nadia Lepastourel, Florent Baldini, Emmanuel Bonnet, Eric Daude, 2013, The 2009-2010 H1N1 Vaccination Campaign through the Lense of Media Information: A Methodological Approach,

XVth International Medical Geography Symposium, East Lansing, Michigan, United States, July, 2013 ([hal-01094662](#))

Anne-Cecile Hoyez, Sébastien Fleuret, Clélia Gasquet-Blanchard, Anaïk Pian, 2013, Immigration and Health: Analysing Local Variations in Healthcare, Access for Immigrants in France, XVth International Medical Geography Symposium, East Lansing, Michigan, United States, July, 2013

Gasquet-Blanchard, C., Le Meur N., Gao F., Kihal W., Bayat S., Degeun S., 2012, Socio-territorial inequities in health among pregnant women in France, ENGHI, London, UCL Department of Epidemiology and Public Health, 10-11 septembre 2012

Clélia Gasquet-Blanchard, 2011, "A geography of the Ebola hemorrhagic viral fever : the geovirology's approach", 14th International Medical Geography Symposium, University of Durham, 2011

Clélia Gasquet-Blanchard, 2009, « La dépossession d'Ebola au Gabon et en République du Congo, Lieux d'émergence, territoires de diffusion et espaces d'intervention », Colloque International Santé et Mobilité au Nord et au Sud, Université de Toulouse, Septembre 2009

Clélia Gasquet-Blanchard, 2007, « Ebola au Gabon et au Congo : Logiques transfrontalières de survie et gestion transnationale de la crise épidémique de 2001-2002 », Colloque International Frontières et santé, Université d'Arras, 2007

COMMUNICATIONS DANS DES COLLOQUES OU SEMINAIRES

Etienne Walker, Anne-Cécile Hoyez, Clélia Gasquet-Blanchard, David Lessault, pour l'Axe 2 - Pratiques, Expériences et Représentations de l'espace - de l'UMR ESO, 2023, Indissociabilité de la méthode, de la posture et de la pratique scientifique ? Penser collectivement l'engagement dans son continuum, Colloque Engagement(s), Valenciennes Université Polytechnique Hauts-de-France, 24 et 25 mai 2023

Clélia Gasquet-Blanchard, Anne-Cécile Hoyez, Paula Cristofalo, Maud Gelly, 2022, A la recherche de la maternité idéale La mobilité, sésame de l'accouchement rêvé des élites économiques ? Séminaire ICM, Tourisme Médicale, *MSH Paris Nord*, 23 mars 2022

Paula Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard, Maud Gelly, 2021, « Les stratégies de recrutement des patientes de la "bourgeoisie économique" et de la "bourgeoisie intellectuelle" dans deux maternités privées de la région parisienne », *Journée d'Etude sur le capitalisme sanitaire, MSH Paris Nord*, 3 décembre 2021

Maud Gelly, Paula Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard, 2021, « Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : transformer des biens ordinaires en biens rares », *JIST 10 novembre 2021 (webinaire)*

Maud Gelly, Paula Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard, 2020, « S'imposer aux (médecins des) imposant-es: une enquête pluridisciplinaire dans deux maternités privées », communication

pour la journée d'études *Sources et méthodes de l'histoire et de la sociologie des savoirs*, Besançon, MSHE, 2 octobre 2020

Maud Gelly, Paula Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard, 2020, « Enquête dans une maternité pour élites transnationales: transformer des biens ordinaires en biens rares », communication pour l'atelier réseau santé France-Québec *Formes et réformes des systèmes de santé en territoires francophones: santé publique, santé communautaire & lutte contre les inégalités socio-spatiales (France-Québec)*, MSH Paris-Nord, 10 janvier 2020

Maud Gelly, Paula Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard, 2019, « Repenser la question de l'ajustement de l'offre médicale aux besoins du public : enquête dans une maternité privée accueillant des élites internationales », communication pour l'Ecole thématique interdisciplinaire de recherche EHESS *Institutions de soins : crises et transformations aux Nords et aux Suds*, Marseille, 29 novembre 2019

Maud Gelly, Paula Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard, 2019, « Repenser la question de l'ajustement de l'offre médicale aux besoins du public : enquête dans une maternité privée accueillant des élites internationales », communication pour la journée d'études *Migrations internationales en Europe et vers l'Europe : comment se recomposent les frontières du public et du privé ?* Université de Strasbourg, 8 novembre 2019

Anne-Cécile Hoyez, Clélia Gasquet-Blanchard, Hélène Marche, Anaik Pian, 2019, Processus inégalitaires en santé et migrations : quelle place pour une approche critique de la dimension spatiale des inégalités sociales ? *Approches critiques de la dimension spatiale des rapports sociaux : débats transdisciplinaires et transnationaux*, UMR ESO (Espaces et Sociétés); Groupe transversal JEDI (Justice, espace, discriminations, inégalités) du Labex "Futurs urbains" (Université Paris-Est), Jun 2019, Caen ([hal-02302812](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02302812))

Clélia Gasquet-Blanchard, Paula Cristofalo, Maud Gelly, 2019, Rapports sociaux en périnatalité chez les élites migrantes dans le contexte français, Festival International de Géographie : thème : les Migrations, St Dié des Vosges, du 4 au 6 octobre 2019

Maud Gelly, Paula Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard, 2019, « Ajuster le travail médical à une demande de classe : enquête dans une maternité des élites transnationales », Communication pour le congrès 2019 de l'Association Française de Sociologie - RT 5, 29 août 2019

Clélia Gasquet-Blanchard, Anne-Cécile Hoyez, Ana Milot, Lidia Cichon, 2018, Parcours de soins et temporalités de la grossesse en migration, Colloque Parcours de vie et santé : Apport des méthodes biographiques en santé publique, à l'Hôtel de Lauzun, IEA de Paris, 18 et 19 octobre 2018

Clélia Gasquet-Blanchard, 2018, Territorialités de la grossesse et accès aux soins, La grossesse à l'épreuve des territoires, Inégalités de santé maternelle et périnatale, Paris, 8 juin 2018

Clélia Gasquet-Blanchard, 2017, Ebola, Géographie d'une crise sanitaire, Dans le cadre du séminaire de l'ENS « relire les sciences sociales 1994-2005 », ENS, Lyon, 16 janvier 2017

Clélia Gasquet-Blanchard, 2015, Trajectoires de grossesse de femmes accouchant d'enfants nés prématurément ou avec un petit poids de naissance, Colloque de l'ANPDE, Marseille, juin 2015

Clélia Gasquet-Blanchard, 2014, L'espace partagé du soin en temps d'urgence, Colloque International ESO : L'espace en partage ; approche interdisciplinaire de la dimension spatiale des rapports sociaux, Rennes, Avril 2014

Clelia Gasquet-Blanchard, 2014, Parcours de santé, grossesses et migrations, Cinquième journée régionale "Migrants", Brest, Jeudi 11 décembre 2014

Laurence Joselin, Emmanuel Eliot, Philippe Jeanne, Nadia Lepastourel, Clelia Gasquet-Blanchard, et al., 2014, Dynamiques temporelles de la pandémie de grippe A/H1N1 dans la presse écrite francophone. *Jadt.org Analyse statistique des données textuelles. Actes des 12es Journées internationales d'Analyse de données textuelles*, 2014, 978-2-9547781-1-2 ([hal-02006859](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02006859))

Emilie Cardoso, Daniel Bley, Nicole Vernazza-Licht, Jocelyn Raude, Clelia Gasquet-Blanchard, 2014, Analyse comparée des discours sur les risques sanitaires liés à l'implantation d'aèdes albopictus dans deux communes du littoral méditerranéen (Nice /Marseille) : Habiter le littoral - enjeux écologiques et humains contemporains, *26èmes Journées scientifiques de la SEH*, Oct 2014, Marseille, France. Société d'écologie Humaine, 2014 ([hal-01294450](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01294450))

Clélia Gasquet-Blanchard, Nolwen Le Meur, Fei Gao, Wahida Kihal, Sahar Bayat, Séverine Deguen, 2013, Les inégalités socio-territoriales de santé chez la femme enceinte : facteurs cumulatifs de vulnérabilité ?, XVIe colloque national de démographie, Les populations vulnérables, Aix-en-Provence, mai 2013

Fei Gao, Nolwen Le Meur, Clélia Gasquet-Blanchard, Sahar Bayat, Séverine Deguen, 2013, Rôle de l'offre de soins et de l'environnement socio-économique dans le parcours de soins des femmes enceintes : étude pilote. XXVIème Congrès EMOIS, Nancy, 21-22 mars 2013

Clélia Gasquet-Blanchard, 2012, Quel positionnement du chercheur devant les mécanismes de domination observés dans une étude au Sud commanditée par le Nord ?, Premier congrès de l'AFEA : No (s) Limit (es), EHESS, Paris, septembre 2011

Nolwenn Lemueur, Fei Gao, Clélia Gasquet-Blanchard, 2012, The role of socio-territorial inequities on health of pregnant women. *Health and Space*, Marseille, 19-21 september 2012

Clélia Gasquet-Blanchard, 2008, "Changes in the dynamics of diseases in Gabon: the local emergence of Ebola as an example of spatialisation of pathocenose", *Workshop History and Geography of Health: the Territory and its Social Construction as a Key Determinant of Health*, University of Genève, 2008

POSTERS

Gasquet-Blanchard C., LeMeur, N., 2012, Rôle de l'offre de soins et de l'environnement socio-économique dans le parcours de soins des femmes enceintes, Congrès Odyssée, 13 novembre 2012, Angers

Gasquet-Blanchard C., 2011, Crise sanitaire et enjeux territoriaux : L'exemple des épidémies de Fièvre Hémorragique à Virus Ebola au Gabon et en République du Congo, Festival International de Géographie, Octobre 2011, Saint Dié des Vosges

TRANSFERT DE LA RECHERCHE VERS LA SOCIÉTÉ CIVILE

Articles de vulgarisation scientifique et de presse :

Tribune Collective, « En France, le nombre de femmes sans papiers enceintes ou avec enfants en bas âge à la rue ne cesse de croître », Le Monde : Publié le 28 novembre 2022 à 13h35

Gasquet-Blanchard C., 2018, Tribune : « Contre le retour d'Ebola, la vaccination ne peut pas tout », Le Monde : Publié le 23 mai 2018 à 11h26 - Mis à jour le 23 mai 2018 à 11h26

Gasquet-Blanchard C., 2017, Contre le retour d'Ebola, la vaccination ne peut pas tout, The Conversation, 3 juillet 2017 : <https://theconversation.com/contre-le-retour-debola-la-vaccination-ne-peut-pas-tout-77499>

Gasquet-Blanchard C., 2015, Trajectoires de grossesse de femmes accouchant d'enfants nés prématurément ou avec un petit poids de naissance in Cahiers de la puéricultrice

Conférences grand public, émissions de radio, théâtre documentaire :

Participation aux représentations de « Riveraines », œuvre de théâtre documentaire de la compagnie Mi-Fuge Mi-Raison :

- Le 11 septembre 2022, dans le cadre du We Too Festival, à la Cité Fertile Pantin
- Le 5 décembre 2022 à Sciences Po Paris, invitée par CERI et le Programme PRESAGE de Sciences Po
- Le 14 décembre 2022, dans le cadre des Rencontres Solipam à l'auditorium des Diaconesses, à Paris.
- Le 16 janvier 2023, au Tambour, Université Rennes 2, organisé par les étudiant.es du Master Rives et soutenu par l'EHESP, le laboratoire Eso Rennes et la mission égalité de l'Université Rennes 2.
- Le 11 avril, dans le cadre de la journée Rendre Visibles les Invisibles sur le Campus Condorcet, soutenue par le département Health de l'ICM et le réseau SOLIPAM.
- Le 22 mai 2023, à l'EHESP Rennes dans le cadre d'un événement inter-Master organisé par le département SHS.

Présentation de l'exposition photographique de et avec Pauline Gauer : « Lignées : L'Odyssée de nos mères » :

- Le 11 avril 2023, dans le cadre de la journée Rendre Visibles les Invisibles sur le Campus Condorcet, soutenue par le département Health de l'ICM et le réseau SOLIPAM.
- Le 22 mai 2023, à l'EHESP Rennes dans le cadre d'un événement inter-Master organisé par le département SHS.

Clélia Gasquet-Blanchard, EBOLA, géographie d'une crise sanitaire : Enjeux sociaux-spatiaux en Afrique subsaharienne, dans le cadre des 28^{èmes} journées d'études Géo'rizon, A votre santé, le 16 décembre 2021

Intervention au CDOF 75, Décembre 2019
En décembre 2019, Solipam est intervenu afin de présenter le réseau lors de la soirée thématique du Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes de Paris.

Clélia Gasquet-Blanchard, Paula Cristofalo, Maud Gelly, Marielle LeRumeur, 2019, Rapports sociaux en périnatalité chez les élites migrantes en France, Café Géographique, octobre 2019, Saint Dié des Vosges

Entretien avec Catherine Le Brech le 15 mai 2018, En présence du virus Ebola, ne pas négliger l'accompagnement des malades ; France Télévisions Rédaction Afrique : En présence du virus Ebola, ne pas négliger l'accompagnement des malades (francetvinfo.fr)

Clélia Gasquet-Blanchard, 2017, Impact des contextes sur les trajectoires migratoires des femmes enceintes en situation de précarité, 11^{ème} Journées de promotion de la santé dans le VAR De la Grossesse à l'ENFANCE : Quel(s) Environnement(S) pour la santé de l'ENFANT ? Toulon – 12 octobre 2017

Louise Virole et Clélia Gasquet-Blanchard, 2015, Parcours de soins durant la grossesse : *Entre spécificités des femmes incluses dans le réseau Solipam et perspectives d'une approche comparée avec les parcours de femmes migrantes dans d'autres villes*. Novembre 2015, Journées Solipam

Clélia Gasquet-Blanchard, 2015, Conférence sur Ebola au café des Champs libres, février 2015, Rennes

Entretien avec Bérénice Rocfort-Giovanni, le 28 novembre 2014 à 17h33 Ebola : "Quelle mère peut se retenir de poser la main sur son enfant malade ?" : Ebola : "Quelle mère peut se retenir de poser la main sur son enfant malade ?" (nouvelobs.com)

Entretien avec Colette David, 2014, Le virus tue et entraîne des tensions sociales, Ouest France : <https://www.ouest-france.fr/monde/ebola-le-virus-tue-et-entraîne-des-tensions-sociales-2930225>

Clélia Gasquet-Blanchard, 2013, Crise sanitaire et enjeux territoriaux : L'exemple des épidémies de Fièvre Hémorragique à Virus Ebola au Gabon et en République du Congo, Café Géographique, Octobre 2013, Rennes

Participation à l'émission de Claire Hédon : Priorité Santé ; Impact de la pollution de l'air sur la santé, janvier 2013

Participation à l'émission Planète terre de Sylvain Kahn avec Dominique Kerouedan: Sait-on anticiper les grandes épidémies ? octobre 2013, France Culture

Entretien avec Michelle Diaz 2008, journaliste à RFI dans son émission « Tous ensemble contre Ebola », mars 2008

Clélia Gasquet, 2006, « *La place des sciences sociales dans la problématique Ebola, approche et méthodologie* », Conférence dans le cadre de l'Atelier Ebola tenu à Brazzaville, OMS-Afro, Ministère de la Santé de la République du Congo, Croix Rouge Congolaise

B – SELECTION ET RECUEIL DE PUBLICATIONS.

PREAMBULE.

La sélection de publications proposée vise à mettre en exergue les axes de recherche, de réflexion, ainsi que les notions abordées et développées au cours des différents travaux engagés au long de mon parcours. Il s'agit ainsi d'identifier le fil rouge guidant la pensée scientifique structurant le développement épistémologique et thématique du volume inédit. Je synthétise ici ce cheminement, via quatre axes, posant les jalons de la **construction d'une géographie sociale critique de la santé** développée dans le volume inédit de cette HDR.

Ce qui caractérise sans doute ce parcours d'écriture est une récurrence de mon attachement, en partant d'expériences empiriques, à une déconstruction des attendus des projets aux seins desquels j'ai été associée ou dans lesquels j'ai été amenée à travailler. Cette déconstruction m'a amenée, à travers une analyse des lieux et des temporalités observées durant des moments de « crise » (épidémie, naissance prématurée, grossesse à la rue), à une critique de la santé globale pour en montrer les limites, les effets pervers et les manières dont les personnes, singulièrement, et les collectifs y résistent. Identifiées comme « sanitaires », les crises investiguées cristallisent et mettent en exergue, par la gestion qui en est faite, des rapports de domination et de pouvoir anciens et structurant un modèle social profondément et durablement inégalitaire. Si on peut en voir des applications sanitaires, elles ne sont que la conséquence d'inégalités structurelles mises en lumière par des conjonctures qui participent à détériorer durablement les états de santé de certaines populations. Tel est le postulat qui sous-tend l'ensemble de mon parcours quels que soient les attendus des projets auxquels j'ai participé. Dès lors, il interroge la construction du pouvoir médical, de ses détenteur·ices, de ceux et celles qui le convoquent et des manières qu'ils et elles ont de l'exercer ou non.

Cette intuition initiale, développée dans ma thèse, a été approfondie et a évolué au fil des terrains. Fortifiée comme hypothèse en thèse puis solidement validée dans d'autres projets, cela m'a conduite à orienter mon approche empirique et théorique vers la géographie sociale, via le développement de questionnements autour des lieux comme porte d'entrée pour appréhender la complexité des trajectoires, des pratiques, des éprouvés des individus et des collectifs permettant d'observer une multitude de rapports sociaux toujours contextualisés mais néanmoins récurrents et relevant de structures inégalitaires dans des rapports sociaux selon des processus faisant système. La prise en considération de ces rapports sociaux dans leur dimension spatiale, permet effectivement de redonner toute la légitimité qu'elles méritent aux échelles fines et processus observés sur le terrain pourtant fréquemment remis en cause tant parce qu'ils ne s'inscrivent pas dans le courant dominant, que (et peut-être surtout) parce qu'ils participent à en faire une critique aiguisée. Car cette apologie du lieu et du local²⁴, contribue à mettre en exergue une approche sensible des inégalités sociales et spatiales de santé, lame de fond thématique des travaux conduits. Elle permet d'identifier la fabrique à l'œuvre à différentes échelles spatiales et de cerner les leviers permettant de contrer, dévier, transformer cette fabrique programmée et structurée par des rapports de pouvoir et de domination annihilant les existences d'êtres humains.

²⁴ Et non du localisme, si cela doit être souligné

Qu'est ce qui peut bien justifier spatialement (la distance ? le sentiment d'appartenance à d'autres lieux ? la valeur sociale, politique, économique de certains lieux plus que d'autres et de ce qu'effectivement et symboliquement ils portent ?) que certains êtres humains s'arrogent le droit de déconsidérer d'autres existences humaines ? Quelles sont les configurations de l'espace, des lieux, des territoires qui permettent, autorisent et justifient ces processus. Par ailleurs comment le traitement de l'espace social, par les hommes en société, participe à annihiler des existences. Par l'échelle, et le local permet cette analyse, on peut appréhender cette question, en montrant que l'échelle même permet d'annihiler les existences : le global permet de ne pas penser l'individu de lui retirer toute singularité alors que l'échelle locale réhumanise. Dans le même temps l'échelle globale, comme le souligne Virginie Chasles, est aussi celle de valeurs universelles relatives aux droits humains et qui s'assure donc aussi d'une certaine façon de l'humanisation de chacun. Quand l'échelle locale, peut à l'inverse, dans l'exercice de la domination et la violence, être celle de la déshumanisation. Même celle de « l'agresseur-se ». Un des maîtres à penser de Virginie Chasles Bernard Bret, souligne dans sa réflexion sur la confrontation des échelles, pose la question de la bonne échelle en terme de droit et de justice ? Aucune ne lui semble juste. Mais l'action et la pensée doivent être menées à toutes. Comprendre en les déconstruisant, ces processus de construction d'agglomérat de décisions et d'actions participe à mieux appréhender la justification de cette destitution de certaines identités humaines. Cette analyse permet aussi d'être en mesure de lutter, au sein de ces échelles du pouvoir, des lieux, des territoires, de l'action politique comme de santé publique pour être en mesure de réinterroger ce que nous voulons. Resituer une pensée dans sa globalité et son cheminement complexe pour pouvoir lutter contre des institutions injustes. Faire collectif ou sécession vers d'autres collectifs s'il le faut et s'appuyer ici et maintenant sur des institutions qui peuvent participer à être levier d'une action. La géographie sociale a en cela un projet original à mettre en œuvre : un usage anarchiste des institutions qui participe à leur rendre une part d'humanité.

Cette géographie critique, n'est autre que le développement d'une pensée incarnée à l'orée des rencontres avec d'autres disciplines, collègues, acteur-ices de terrain, dans le déroulé d'une trajectoire professionnelle d'enseignante-chercheure et de professionnelle de terrain visant à repenser la géographie de la santé à l'aune des rapports sociaux et de leur articulation avec différentes « échelles spatiales » d'analyse.

Echelle comme élément de classement mais aussi comme levier de l'action : comment déconstruire l'échelle ou en avoir une pratique non hiérarchique et non hiérarchisée et véritablement imbriquée ?

1- LIEUX ET TEMPORALITES : UNE APPROCHE CRITIQUE DES DERIVES DE LA « GLOBAL HEALTH », AUJOURD'HUI « ONE HEALTH ».

Dans cette première sélection d'articles, je montrerai comment depuis mes travaux de thèse jusqu'à une réflexion sur les notions que j'y développais, s'est perpétué à travers le regard que je portais un intérêt pour les questions spatiotemporelles, en les abordant par les notions de lieux et de rencontres et par des rapports sociaux révélant, dans les lieux, des temporalités différenciées. Ces observations ont fait sens pour moi dans le développement d'une pensée critique sur les mises en œuvre des « gestion de crise ». Ce premier temps d'article autour d'une sélection de 5 articles ici évoqués dans leur forme de publication puis mis en lien.

(1) Gasquet-Blanchard C., 2014, Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg, des pathologies exemplaires illustrant de multiples enjeux de la santé globale ; *Santé globale & globalisation de la santé. Pour une anthropologie des politiques mondiales de santé*, Journal des anthropologues, novembre-décembre 2014
<https://journals.openedition.org/jda/4403>

(2) Virginie Chasles, Clélia Gasquet-Blanchard, 2019, G comme ... Global health, in *Abécédaire de la géographie de la santé Dimension territoriale de la santé*, Sébastien Fleuret, Clélia Gasquet-Blanchard et Anne-Cécile Hoyez (Dir.), éditions matériologiques, 2019

(3) Gasquet-Blanchard C., 2015, Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spatiaux en Afrique centrale, *L'Espace Politique* [En ligne], 26 | 2015-2, mis en ligne le 22 juillet 2015, consulté le 01 août 2015
URL : <http://espacepolitique.revues.org/3475> ; DOI : 10.4000/espacepolitique.3475

(4) Clélia Gasquet-Blanchard, Karim Tazarourte, Emmanuel Eliot, 2019, « U comme ... Urgence », in *Abécédaire de la géographie de la santé. Dimension territoriale de la santé*, Sébastien Fleuret, Clélia Gasquet-Blanchard et Anne-Cécile Hoyez (Dir.), Editions matériologiques, 2019
(halshs-02380120)

(5) Gasquet-Blanchard, C., 2017, L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale. *Santé Publique*, 29, 453-464
<https://doi.org/10.3917/spub.174.0453>

PATHOGENICITE DES LIEUX ET TRAITEMENTS/PRISE EN CHARGE PAR UNE SANTE SECURITAIRE.

Durant ma thèse, puis sur mes autres terrains de recherche, j'ai toujours été sidérée des inégalités sociales et spatiales que j'observais. Durant la valorisation de celle-ci et des matériaux que j'ai pu continuer d'analyser, j'ai constaté, à travers les recherches conduites sur l'histoire de la virologie imbriquées à celle des émergences des virus Ebola et Marburg – l'un au Nord (Marburg, en 1967), l'autre au Sud (Ebola, de manière quasi-concomitante au Soudan et en République Démocratique du Congo) –, la structuration de prises de décisions politique, scientifique, économique et sociale extrêmement variées dans le traitement fait à ces pathogènes (en termes de recherche, de traitement de la maladie, de santé publique curative et

préventive, etc.) et notamment en vue de la gestion des épidémies liées à ces virus. Cela alors que leurs émergences respectives ne variaient que d'une décennie.

Mais ces émergences avaient eu lieu dans des mondes sociaux, économiques et politiques distincts, à une époque où les avancées de la virologie et de l'immunologie étaient fulgurantes et où l'éradication de la variole avait, un temps, fait croire à un avenir épidémiologique plus serein.

J'ai analysé la manière dont les fièvres hémorragiques ont connu **des traitements différenciés** en fonction de leur lieu d'émergence (l'un au Nord – bien qu'à l'Est-, l'autre au Sud) (**Gasquet-Blanchard, 2014**). Ce traitement différencié, selon les lieux, s'observe plus tard dans mes recherches en fonction de la valeur sociale des patient-es. Dans le contexte géopolitique particulier qu'est l'effondrement du bloc de l'Est, l'émergence de ces virus, en raison de la peur qu'ils suscitent, dans l'opinion publique mais aussi au sein de représentations des politiques, participe à influencer le développement d'une **santé globale sécuritaire**, fonctionnant dans l'urgence et faisant fi de la prise en considération des déterminants sociaux de la santé. La construction d'une représentation alarmiste à l'échelle internationale par les gouvernements et les médias permet, dans le cadre d'une crise économique du monde occidental, notamment celle de l'industrie de l'armement, en raison de la perte d'un ennemi commun, de définir de nouveaux objectifs de production, par la définition d'un nouvel ennemi. Claude Chastel observe durant cette période plusieurs révolutions virologiques (notamment entre les années 60 et 90, puis 2000). En mettant en lien les contextes politiques et scientifiques des années 90 et 2000, je montre comment les avancées des sciences biologiques ont participé à une redirection de fond des fondements de la santé publique permettant d'asseoir une santé publique redéfinie à l'aune du risque et de la sécurité sanitaire.

Cette réflexion générale, commune à d'autres chercheur-es avec qui j'ai pu échanger et me nourrir, notamment Virginie **Chasles (2019)**, basée sur nos expériences respectives de recherche, illustre comment la santé globale s'appuie sur la notion de sécurité sanitaire, basée sur la gestion des risques dans l'urgence et une société du risque telle que décrite par Ulrich Beck. Celle-ci s'impose au fil des dernières décennies pour appréhender le traitement des questions de santé via une réforme institutionnelle, pilotée par des intérêts privés, qui transforme durablement les politiques de santé et de santé publique. Ce virage s'illustre notamment par la création d'agences en France, en Europe et dans le monde, comme le Global Outbreak Alert Response Network (GOARN) qui voit le jour en 2000 et vise à coordonner l'ensemble des laboratoires à l'échelle internationale pour y identifier toute menace épidémique ou pandémique. Dès lors, les crises sanitaires successives et leur gestion autoritaire associée vont, au fur et à mesure des décennies, dépasser de manière exponentielle les aspects conjoncturels des sociétés touchées et concerner de plus en plus leurs aspects structurels (faible expertise, dépendances des experts à l'égard des firmes pharmaceutiques, absence – ou inversement excès d'encadrement politique, plus récemment dépendances des Etats et de leurs services aux experts privés, etc.). Ces réponses gestionnaires aux épidémies confirment le basculement insidieux et bien entamé d'une logique de santé publique à celle de sécurité sanitaire internationale comme le souligne Deisy **Ventura (2015)**¹⁵.

¹⁵ Ventura D., 2015, « Responsabilité et santé Globale » in Supiot, A., et Delmas-Marty, M. (dir.), *Prendre la responsabilité au sérieux*, PUF, pp.201-220. <https://doi.org/10.3917/puf.delma.2015.03.0201>

Ce nouvel ordre participe à l'obédience de la santé publique « main stream » vis à vis de l'industrie pharmaceutique, et aux financements publics et privés, à la valorisation de projets visant à l'éradication de certains pathogènes, particulièrement s'ils menacent les populations des pays du Nord (comme l'illustrent les recherches conduites et massivement financées sur le virus Ebola bien plus que sur le paludisme, ou encore celles conduites préférentiellement sur les souches européennes plutôt qu'africaines du VIH).

J'ai approfondi cette démarche par une comparaison des phénomènes observés dans les années 1990-2000 en Afrique Centrale et ceux relayés dans les analyses des chercheur-es dans le cadre de l'épidémie de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest. Dans cette recherche j'ai pu confronter l'hypothèse, selon laquelle **ces situations de crises sanitaires aiguës sont avant tout des crises sociales**. Par ce constat j'ai développé une analyse qui met en exergue le fait que les crises épidémiques liées à Ebola ne portent pas les mêmes enjeux selon les acteurs et leurs échelles de décision, d'action et d'intervention (**Gasquet-Blanchard, 2015**). Localement, sur les sites épidémiques, qui concrètement sont des villages ou villes forestières, ou en milieu urbain des quartiers populaires, vont se jouer des rapports sociaux d'affrontement, en raison d'une soit disant urgence, alors que je postulais qu'il s'agirait, plus exactement, d'une nécessaire rapidité d'endiguement du phénomène épidémique, de l'intervention des équipes, médicales, préventives, curatives, face à des populations confrontées aux temporalités de la maladie mortelle, du deuil de ses proches, nécessitant des temporalités de long terme. De fait, les lieux de la crise apparaissent, durant l'événement épidémique, comme espaces d'opposition de ces différentes temporalités et spatialités, confrontant des corporités individuelles comme collectives (celles longues de la maladie subie par l'individu et celles urgentes de son endiguement par les pouvoirs publics) et territorialités (des lieux nouveaux peuvent être érigés en lieu de soin, stigmatisés en raison des malades qui y vivent, s'y déplacent, s'y sont révoltés contre une gestion déshumanisée de la crise sanitaire) très différentes.

Ces lieux sont mis au ban de l'économie, annihilant la possibilité de rapports sociaux en leur sein (en raison de leur isolement, des fermetures de frontière, de repli du fait d'un couvre-feu, etc.)¹⁶ et le droit à la mobilité pour nécessité de soins. Dans une dialectique spatiale d'ouverture/fermeture, les gestions de ces crises surexposent et stigmatisent fortement les lieux de vie des populations à une échelle internationale, d'une part, en les cloisonnant, les isolant et les ségrégant, d'autre part, par une intervention humanitaire d'urgence appuyée et soutenue par une santé globale axée sur un postulat sécuritaire et une réponse pensée dans l'urgence.

J'ai montré, avec Karim **Tazarourte** et Emmanuel **Eliot (2019)**, comment est rendue impossible pour les acteurs, toute prise en compte au long court des processus structurant, historiquement, socialement et spatialement les déterminants des états de santé des populations. Cette impossibilité est celle de la prise en soin individuelle et collective d'un ensemble conséquent de personnes vivant en société. Elle se base notamment sur la désacralisation de l'urgence, tant

¹⁶ Je m'autorise ici un parallèle que je revis aujourd'hui dans mon exercice professionnel d'actrice de terrain et chercheuse, et dont j'éprouve dans une pratique tant quotidienne que réflexive des résonances fortes avec la gestion entre 2019 et 2022 en France de la pandémie de COVID, cela particulièrement dans l'expérience vécue de direction d'un réseau de santé financé par l'ARS, recevant directement ses directives du Ministère de la Santé et d'encadrement de professionnel-les de terrain du sanitaire et du social auprès de femmes enceintes en situation de grande précarité, dans le cadre de ma disponibilité. Cette analyse sera développée dans la section B du volume inédit.

comme service hospitalier que comme évènement, redéfinit par les politiques publiques à partir du principe assurantiel du risque, dévoyant le sens premier de celle-ci. Si l'urgence, dans son sens premier relève de l'immédiateté, signifiant médicalement un pronostic vital ou fonctionnel engagé, le paradoxe des services urgences réside dans leur engagement à gérer des patients souffrant de symptômes aigus alors même qu'ils sont également en devoir d'accueillir tous les patients qui s'y présentent. Ces processus participent à empêcher de penser une action concertée, collective et structurante d'une lutte de continuum (des soins) contre des phénomènes (décisionnels, étatiques, institutionnels, de domination) qui, par leur essence même, participent à aggraver les inégalités de santé et qui dans cette « nouvelle acception de l'urgence » contribuent à déconsidérer et invisibiliser certaines existences humaines.

Dès lors, le traitement par la santé publique, à l'échelle internationale comme locale, relève de plus en plus d'enjeux autres que sanitaire et indique, à tout point de vue, un traitement dissemblable des vies humaines, mis en exergue dans mes travaux par l'analyse de la gestion des épidémies d'Ebola entre les décennies 90 à 2010. Cela qu'il s'agisse de prévention primaire et secondaire, des mesures de confinement, de prise en soin, d'isolement, de rapatriement des intervenants étrangers, de l'orientation des recherches vaccinales, d'imposition de prises de décisions aux états souverains par des ONG internationales. L'ensemble de ces mesures sous-tendent toujours, de manière latente, des rapports de dominations et des valeurs sociales différenciées selon une hiérarchisation dépendante, en grande partie, du lieu de naissance, de la classe sociale à l'échelle internationale, de la race, du genre et de la productivité des individus. En l'état actuel, et telle qu'appliquée et mise en pratique, la santé globale semble ignorer en tous points les fondements mêmes des **déterminants sociaux de la santé, voire participe à entraver la lutte contre les inégalités de santé.**

Pour comprendre comment ces logiques pouvaient être justifiées non pas seulement par les décideurs mais aussi par les acteurs appliquant la mise en œuvre de ces politiques publiques je me suis également intéressée aux conséquences des représentations autour d'Ebola qui appartiennent au registre de la **peur** à toutes les échelles de la société. Quels étaient les processus du passage du registre de la peur, notamment des décideurs et décideuses, à celui de l'action et donc d'une gestion coercitive des phénomènes sanitaires, à laquelle s'adosent des actions pacificatrices visant au maintien du contrat social, entravant néanmoins le sens même du travail des agent-es pacificateur-ices, confronté-es à la contestation des publics, représentés alors par les décisionnaires comme pouvant être incriminé-es ou taxer de ne pas respecter un contrat social auquel, en raison des conditions proposées, ils et elles ne peuvent adhérer ? En étudiant Ebola par le registre des représentations sociales, notamment dans ma sphère personnelle et professionnelle, j'ai pris conscience puis analysé à quel point ces épidémies et leur gestion étaient anxiogènes pour les décideurs, les soignants, les soignés... De fait, la gestion de ces épidémies s'appuie sur des décisions non exemptes de peurs anciennes (du virus Ebola, de la Covid, de l'invasion par les migrants¹⁷) liées à l'évènement, participant à des logiques spatiales visant à se rassurer en mettant à distance : i) des processus de ségrégation des espaces considérés comme pathogènes, dont les pratiques d'isolement et de confinement sont une espèce, ii) de délocalisation de l'action aux marges, visant à maintenir le phénomène identifié comme dangereux à distance des lieux administrés et pratiqués par les décisionnaires, comme l'action ciblée vers l'épicentre du phénomène, comme l'illustre l'action humanitaire ou l'intervention des équipes sanitaires du service des armées français par exemple. Ces processus

¹⁷ Aujourd'hui : peur de la puissance Russe

permettent d'invisibiliser un événement entravant le bon déroulement de politiques inégalitaires en cours, tout en bafouant la souveraineté d'états de droits comme des citoyens. Ces violences s'accompagnent et se justifient par une morale bienpensante d'appui au développement qu'il s'agisse de celui d'un pays concernant notre approche, ou de celui de l'entreprise ou des Ministères comme montré par Sandra Lucbert¹⁸, dans sa littérature analytique et incisive. Dès lors, cela participe, de manière insidieuse, au racisme et au séparatisme opposant l'Occident à tous : aux « Suds », à l'Orient. Ces fondements peuvent être pensés d'un point de vue géo-historique sur le modèle, tout autant moral que hiérarchique, du centre-périphérie de la métropole et ses colonies, de la civilisation et des barbares, etc. Cette mise à distance s'opère au sein d'une dynamique légitimant *a priori* les mesures sanitaires occidentales (d'état) d'urgence dans leur dimension « humanitaire », alors qu'elles s'avèrent reposer sur un socle autoritaire et postcolonial reconduisant des violences systémiques. De fait, elles participent à donner une caution morale à des actes de pouvoir qui imposent aux sociétés touchées et aux populations locales des contraintes lourdes. L'intervention humanitaire prend un rôle pacificateur et de tampon entre les personnes et les collectifs, justifiant par l'accompagnement du respect des normes imposées, aussi inhumaines soient elles, la destitution d'une identité pouvant s'autoriser à espérer, exiger, demander des conditions d'existence, de relations sociales, de mobilités décentes et dignes.

Qui plus est, si dans les faits elles sont annoncées, la prise en charge psychosociale et l'humanisation des pratiques sont rarement approfondies et restent effets d'annonces et parent pauvre de l'intervention effective. Elles se retrouvent noyées par des mesures coercitives plus facilement et rapidement mises en place, alors qu'on les sait néfastes à la société et aux communautés qui les subissent comme aux intervenants qui les gèrent sur le terrain au quotidien. Ces mesures de prise en charge sont également fréquemment utilisées comme pacificatrices pour faire accepter, plus insidieusement, des mesures de fond plus coercitives. Une gestion inégale et inéquitable des crises sanitaires, par les décideurs, à l'échelle internationale, comme nationale, délaissant des populations déjà démunies, en situation de grande pauvreté et en marge, même accompagnées de mesures pacificatrices, ne peut qu'aboutir à leur contestation de décisions politiques et gestionnaires déconnectées des réalités d'ici-bas. Celle-ci prend localement différentes formes d'entraves aux fonctionnements de l'administration des territoires : pancartes informatives sur Ebola non plantées et laissées à l'abandon devant l'hôpital, barrages sauvages pour interdire l'accès des sites épidémiques aux équipes d'intervention, lynchage des représentants du pouvoirs (enseignants ayant une mission pacificatrice), notamment si ils effectuent la prévention et les « missions de sensibilisation pour lutter contre la maladie et sa diffusion », refus de l'isolement, fuite en brousse devant l'arrivée des équipes de l'OMS, dissimulation des malades du foyer aux équipes, etc.

Les formes de cette contestation participent souvent à desservir la population en l'exposant aux risques sanitaires, à la violence. Cette contestation peut être récupérée par les autorités en vue de pouvoir incriminer par la suite les responsabilités individuelles et collectives dans la situation sanitaire et sociale dont sont victimes les populations¹⁹, mais aussi de discréditer les savoirs profanes non reconnus par la biomédecine, notamment ceux des tradipraticien·nes, représentés comme dangereux, « à risque », *super spreader-euses*, etc. La pertinence scientifique de ces

¹⁸ Lucbert, S., 2022, Le Ministère des contes publics, Editions Verdier, collection la petite jaune, 114p.

¹⁹ Ces processus ont été au centre des polémiques médiatiques et politiques en France durant l'épidémie de COVID entre l'obligation vaccinale et la population taxée « d'anti vacc »

savoirs peut être mise en cause, questionnant la légitimité des savoirs profanes. De fait, c'est une mise aux bans des pratiques hétérodoxes qui s'opère alors même qu'elles sont recommandées par l'OMS. L'association des tradipraticien·nes aux actions de santé publique n'est que très rarement faite, bien qu'elles apparaissent primordiales dans la définition de messages de prévention adaptés et localement entendables et assimilables car en congruence avec la réalité des modes de vie locaux dictés par des contextes économiquement contraints du point de vue hégémonique.

Les travaux conduits présentés ici et mis en lien participent à une lecture critique de la « global health », aujourd'hui « one health ». Ils dissèquent la façon dont sa mise en œuvre reste non seulement inégalitaire dans la manière dont sont pensées ses mises en application mais également comment ces dernières dépendent d'une adhésion à un discours biomédical instrumentalisé par les détenteurs du pouvoirs économique et politique aux échelons les plus hauts de la décision et dont les intérêts semblent guidés par une réelle marchandisation de la santé.

A CONTRE-COURANT DE L'URGENCE : LA NECESSITE A PENSER LE LONG TERME, LE DEBAT, DANS LES LIEUX.

En contexte épidémique, l'inadaptation de la réponse aux spécificités locales, la rigidité des protocoles et les dysfonctionnements des institutions nationales et internationales intervenantes sont et seront toujours des facteurs aggravants, favorisant la pérennisation des épidémies et de manière plus large les crises. Comprendre la genèse des relations de pouvoir afin de répondre aux crises sanitaires mondiales causées par les maladies émergentes, infectieuses potentiellement pandémiques apparaît comme une réelle nécessité, pourtant toujours largement ignorée des décideurs. Il existe une réelle nécessité à « *repenser la manière dont l'identification, l'évaluation et la gestion des crises sanitaires locales aux implications globales sont effectuées. Une expertise vaste et structurée est [...] nécessaire, tout comme des forums de discussion et des débats contradictoires ainsi que des formes de contrôle et d'évaluation permettant d'établir un audit des nouvelles preuves lorsque celles-ci apparaissent, de centraliser les doutes et les idées nouvelles en provenance de la plus large palette possible de parties prenantes et de préserver la capacité de mettre en question les choix politiques et les orientations au plus haut niveau. En bref, une large palette de points de vue multi- et interdisciplinaires doit être accessible et on doit continuellement pouvoir s'y référer* »²⁰. Cette citation extraite d'un article écrit en 2017 résonne fortement dans l'actualité de 2022. Il apparaît primordial que les crises sanitaires soient aujourd'hui étudiées « *comme le produit de dysfonctionnements dans la gestion des risques sanitaires, ayant par la suite un retentissement social et politique, (autant que comme conséquence) de dynamiques sociales et politiques initiées par des acteurs extérieurs au champ de la Santé Publique* »²¹ (cité dans **Gasquet-Blanchard, 2017**).

En considérant la crise sanitaire dans le cadre d'une géographie critique de la santé comme événement social et politique dans le long terme, apparaît la nécessité d'axer la pensée scientifique au prisme d'une **géographie sociale, comme géographie des rapports sociaux**. Je

²⁰ Forster P, Charnoz O., 2013, « La production de connaissances en temps de crise sanitaire. Que nous apprend la réponse internationale à la grippe aviaire en Indonésie? », Revue d'anthropologie des connaissances 2013/1 (Vol. 7, n° 1), p. 112-144. DOI 10.3917/rac.018.0112

²¹ Gilbert C. 2011, Les différentes facettes des crises sanitaires, Questions de santé Publique 2011, n° 11, IRESP.

me revendique de cette géographie qui permet alors d'illustrer comment certaines notions apparaissent en tant qu'objet social et de recherche comme conséquence et illustration d'un système produisant des processus sociaux de domination visibles à différentes échelles, mais aussi comme possibilité de penser l'émancipation de ces processus. J'y reviens dans le volume inédit.

La prise en compte des approches contextuelles visant à une action intersectorielle paraît dès lors fondamentale. En cela le lieu est un allié précieux pour les géographes. Cette analyse des crises, épidémiques entre autres, prend son sens à une échelle fine qui permet de mettre en évidence les processus contextuels qui participent à déterminer les relations existant entre les populations sur le terrain. Relativement aux rapports sociaux lisibles dans la gestion internationalisée des épidémies d'Ebola, on peut observer localement à quel point « *l'histoire de la médecine et de la santé publique en Afrique est une histoire faite de militarisation et d'expérimentations, qui a laissé des traces indélébiles qui ont fortement contribué à construire l'image d'un continent repoussoir, berceau des virus et des maladies* »²², mais également à faire perdurer certaines approches néocoloniales. Il convient alors de prendre en considération les antagonismes nombreux et globaux qui participent à éclairer la constitution des rapports de force actuels aux échelles globales (Orient/Occident, Nord/Sud, pour n'en citer que deux) qui se lisent aux échelles locales. Ces approches permettent de mieux appréhender les réponses des populations qui peuvent localement prendre la forme de mouvements de contestation, voire de révolte, récurrents à chaque épidémie d'Ebola, et qui s'avèrent, dans le cas présent, être l'expression de la contestation des personnes les plus éloignées du pouvoir et de la décision publique.

Je montrais dans l'ensemble de ces travaux comment prendre le temps de penser le long terme permet d'aboutir à des approches de développement pérennes ou de continuité sociale renouvelée et en mouvement. Cela est notamment possible par la mise en place d'un dialogue suivi entre les populations et leur système de santé, et plus largement des systèmes organisationnels qui les gouvernent et peuvent être en capacité de changement en vue de réhabiliter la confiance de la société civile envers des structures de soins et sociales qui ont été dévastées²³. En 2013-2016, des phénomènes d'autosensibilisation spontanée par la jeune génération guinéenne des lieux touchés par Ebola ont montré la mise en place d'un système autogéré de médiateurs ayant fait leurs preuves localement. Celui-ci s'est avéré efficace dans un contexte de crise de confiance envers la politique et les acteurs de la « riposte²⁴ ». Cette situation illustre la capacité des acteurs locaux à agir en parfaite connaissance de la situation et des non-dits qui forment le fondement des résistances. Dès lors, toute approche qui prend en compte le contexte local se trouve face aux initiatives situées à cette échelle et face à des savoirs acculturés et mixtes, qu'il peut être pertinent d'entendre, d'écouter et de prendre en considération. « *Les populations ne suivent pas seulement le fil continu de l'apprentissage ; elles développent aussi une*

²² Dozon J-P., 1991, D'un tombeau à l'autre. Cahiers d'études africaines, 1991(31); 121:135-57.

²³ Li W, Jalloh MF, Bunnell R. 2016, Public Confidence in the Health Care System 1 Year After the Start of the Ebola Virus Disease Outbreak — Sierra Leone, July 2015, MMWR, June 3, 2016(65); 21.

²⁴ Terme consacré dans la lutte contre les épidémies d'Ebola, témoin de réponse aux épidémies basées tant sur la nécessité d'une réponse rapide et dans l'urgence, que sur celle d'une réponse relevant du champ sémantique de la guerre, positionnant le virus comme ennemi et agresseur.

capacité à articuler l'adhésion à des comportements prescrits avec le refus d'autres »²⁵ montrant l'intérêt du postulat qu'une communication efficace ne peut émerger que grâce à un changement de paradigme supposant un dialogue et un débat systématique particulièrement en situation de crise.

A travers l'ensemble de ces premiers travaux, l'analyse critique de la santé globale permet d'appréhender les crises sanitaires comme des syndémies illustrant le fait que les gestions par les organes décisionnaires de la santé publique à l'échelle internationale comme nationale révèlent des rapports de domination systémiques. Sur fond d'une gestion utilitariste et déshumanisée des crises, la crise sociale s'illustre par une augmentation chaque fois renouvelée des inégalités sociales de santé dont la lecture spatiale souligne des phénomènes locaux ségrégationnistes et séparatistes des franges les plus privilégiées de la population. La construction spatialisée de l'urgence par le biomédical permet d'illustrer en creux la nécessité de l'approche par trajectoires pour promouvoir une **géographie locale/du local** participant à penser le long terme plutôt que l'urgence²⁶.

²⁵ Fribault M., 2015, « Ebola en Guinée: violences historiques et régimes de doute », *Anthropologie & Santé* [En ligne], mis en ligne le 16 novembre 2015, consulté le 16 novembre 2015. URL: <http://anthropologiesante.revues.org/1761>

²⁶ Cambon L, Bergeron H, Castel P, Ridde V, Alla F, 2021; Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé; IUHPE – Global Health Promotion Vol. 28, No. 2 2021

2- LE LIEU COMME PORTE D'ENTREE DES TRAJECTOIRES, DES PRATIQUES ET DES EPROUVES.

Pour penser le lieu et le long terme, j'ai développé des approches permettant une critique de phénomènes généraux participant à une santé globale inégalitaire ignorant les spécificités des lieux et le continuum qu'ils représentent dans les expériences singulières des collectifs et des personnes. Dans le cadre du développement de cette approche, la présentation de cette seconde sélection d'articles m'est apparue pertinente.

(6) Clélia Gasquet-Blanchard, 2017, L'espace partagé du soin en temps d'urgence. Approche comparée du vécu des patients et des soignants en service de néonatalogie (Paris et Lille) et en centre d'isolement d'Ebola (Gabon et République du Congo). *L'espace en partage – Yves Bonny, Nicolas Bautès et Vincent Gouëset (dir.) Presses universitaires de Rennes, 2017, www.pur-editions.fr, 2017, 978-2-7535-5670-6*
([hal-01578037](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01578037))

(7) Gasquet-Blanchard C., Collombier M., Parkins K., 2018, Processus socio-territoriaux urbains à l'oeuvre dans les trajectoires des femmes enceintes ayant accouché prématurément. *Revue francophone sur la santé et les territoires*, hypotheses.org, 2018
([hal-01737086](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01737086))

(8) Gasquet-Blanchard C., Vaguet A., Lucas-Gabrielli V., Renevier B., Azria E., « Les paysages thérapeutiques de deux maternités à Paris et en petite couronne », *Géoconfluences*, avril 2021
URL : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/geographie-de-la-sante-espaces-et-societes/articles-scientifiques/paysages-therapeutiques-maternites>

(9) Gasquet-Blanchard C., 2018, Le provisoire qui dure. Géographie comparée de deux centres humanitaires parisiens, *Géoconfluences*, Lyon : École normale supérieure de Lyon DGESCO, 2018
([hal-01737112](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01737112))

(10) Clélia Gasquet-Blanchard, Anne-Cécile Hoyez, Ana Millot, 2019, La prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg. [Rapport de recherche] UMR ESO 6590 CNRS. 2019
([halshs-03016990](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03016990))

(11) Clélia Gasquet-Blanchard, Anne-Cécile Hoyez, 2019, L comme Lieux. in *Abécédaire de la géographie de la santé. Dimension territoriale de la santé*, Sébastien Fleuret, Clélia Gasquet-Blanchard et Anne-Cécile Hoyez (Dir.), Editions matériologiques, 2019
([halshs-02430837](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02430837))

LE LIEU : REVELATEUR D'EXPERIENCES CORPORELLES ET SENSIBLES.

Mon positionnement en géographie sociale se prêtait particulièrement à la possibilité d'une approche critique et m'a intellectuellement autorisée, dans la suite de mes travaux à appréhender des processus et mécanismes observés aux échelles fines. Inspirée de l'approche

interactionniste développée dans les travaux d'Anselm Strauss²⁷ je me suis attelée à cerner les identités dynamiques des lieux et des personnes qui les pratiquent, les transforment, autant que les rapports sociaux entre les seconds lus dans l'observation des premiers. J'ai notamment concrétisé le développement de cette pensée en entamant un parallèle entre les agencements et fonctionnements des lieux de soins que j'ai pu observer sur différents terrains de recherche, d'une part les centres de traitement contre Ebola (CET) et d'autre part les services de néonatalogie investigués dans le contexte du projet ITSIG et PARSAN (**Gasquet-Blanchard, 2017**). Cette approche comparative des prises en soin d'individus dans des contextes d'extrême gravité (malade d'Ebola et nouveau-né grand prématuré) participe à montrer l'articulation et les allers et retours entre une organisation gestionnaire de l'espace et les pratiques effectives qui y existent. Celles-ci se développent, certes dans un cadre défini par la biomédecine, permettant l'exercice d'un biopouvoir, au sens de Michel Foucault²⁸ : celui d'un service de soins. Mais selon que l'on soit soignants ou patient, ce lieu, les temporalités qui lui sont administrativement et organisationnellement adjointes ainsi que les normativités qui y sont pratiquées, ne relèvent pas des mêmes enjeux et donnent lieu à des expériences des corps et des interactions sociales inédites.

En mettant en dialogue dans cet article, les trajectoires de malades d'Ebola et de leurs proches et celles de nouveau-nés prématurés et de leurs parents, avec celles des soignants qui les accompagnent, c'est une géographie sensible qui émerge. Le traitement des corps - déjà malmenés par la maladie mortelle ou la naissance trop précoce, outre la violence et l'invasion produite en vue d'un soin interroge certains actes de soins invasifs - relève une violence qui peut être entendue comme légitime (remplir un-e malade « *de litres et de litres de glucosés* » comme nous l'indique une infirmière survivante d'Ebola, agir sur le corps de grands prématurés ou de malades d'Ebola dans l'impossibilité de s'exprimer et de donner un consentement des soins qui leur sont dispensés). Ce traitement fait aux corps, interroge la pratique soignante dans son fondement même : celui du rapport au corps de l'autre. Cela dans un contexte où l'acte de soins s'exerce de différents points de vue : celui ou celle qui pratique professionnellement, aussi impliqué-e soit-il ou elle, et de celui ou celle dont le pronostic vital est largement engagé.

Dans ces circonstances, les rapports sociaux à l'œuvre dans ces lieux de soins sont portés par une symbolique profondément en lien avec des attentes fortes des différentes parties en présence : attentes de l'accord des proches d'actes invasifs sur le patient versus attentes des proches d'une pratique professionnelle, parfois empreint de quasi-magie dans les représentations, visant à sauver le patient. Sans revenir sur les notions de *care* et *cure*, largement développées dans ma thèse, on lit alors dans ces lieux à haut potentiel émotionnel, affectif, parfois mythologique et légendaire (singulièrement comme collectivement, dans la figure du survivant, d'Ebola comme de la naissance prématurée et qui s'inscrit dans l'histoire et la légende d'un individu, de ses proches, des soignant.es qui l'entoure, etc.), des transferts de compétences où les soignant.es prennent en soin et où ce soin relève d'attention (une caresse, une parole au patient durant un soin) qui s'observent normalement chez les proches des malades. Inversement dans ces lieux, les proches, développent des compétences techniques soignantes liées aux soins du malade qu'ils accompagnent et qu'ils veillent. Cela en raison de l'omniprésence d'outils, machines,

²⁷ Strauss A., 'Maladies et trajectoires' (pp. 143-190); 'Le travail d'articulation' (pp. 191-200), 'Négociations. Introduction à la question' (pp. 245-268) dans STRAUSS A., 1992, *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan.

²⁸ Cours au collège de France, « Naissance de la biopolitique » 1978-1979

protocoles, de la présence de soignants qui échangent selon un vocabulaire propre à la culture professionnelle de ces services, acculturant les proches des malades à leurs échanges et coutumes.

Loin d'être des services de soins ordinaires, aussi pour les professionnels qui y exercent, ces lieux sont aussi ceux d'une pratique intense, où les soignants, les équipes ne peuvent exercer de manière neutre. Leurs expériences s'appuient sur des moments émotionnellement intenses et affectivement fondateurs dans cette pratique auprès de malades quotidiennement entre la vie et la mort. Les lieux où ces naissances « ont lieu » révèlent une expérience forte sur des psychés et des corps et « font lieu ». Sans entrer dans une géographie des affects et des émotions, l'approche développée s'attache néanmoins à l'introspection fine des rapports sociaux de ce qu'ils portent et ce par quoi ils sont portés. Cette approche s'est imposée à moi en raison des terrains investigués, du contenu des entretiens conduits et expériences observées, révélant la nécessité d'une **géographie du sensible**.

CONTEXTUALISER LES LIEUX : ARTICULATIONS D'ECHELLES OU OBSERVATION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNELS.

Cette géographie du sensible doit, pour être comprise dans toute sa complexité, être ramenée aux contextes plus généraux où elle s'observe. C'est ce que j'ai souhaité développer dans le cadre des recherches conduites à Marseille, Montréal, et d'autres terrains où j'ai été appuyée par deux étudiantes que j'ai encadrées en Master of Public Health, Madeleine Collombier à Paris et Lille et Kristina Parkins à Lyon, dans différentes villes françaises et, en leur sein, différents services de néonatalogie.

Par l'examen de profils différents des femmes prises en soin avec leurs nouveau-nés dans ces services hautement médicalisés, j'ai souhaité situer ces observations et discours dans les contextes urbains qui participent aussi à façonner des pratiques spatiales et sociales de ces femmes dans leur quotidien mais aussi dans leur recours aux soins, leur rapport à la santé et aux soins dans l'expérience de la grossesse. En d'autres termes j'ai interrogé la façon dont les déterminants sociaux de la santé peuvent être lus à des échelles fines par l'étude des trajectoires, notamment dans les modes de vie et mobilités associées et comment ils sont influencés par ces contextes urbains différenciés. En amont de la notion de différenciation des différenciations développée par Anne Paillet (2021)²⁹ dans les contextes d'exercice soignant, montrant comment les soignants, selon les services n'attribuent pas la même valeur sociale aux patient.es. On constate que les pratiques des individus dans la ville, leurs mobilités et comment elles sont conditionnées par les politiques publiques en amont des questions de santé, celles-ci participent à considérer ou non certains déterminants de la santé, certains facteurs influençant alors plus ou moins un accès aux soins, un contexte d'exercice de la pratique soignante. Ces derniers ont une implication dans la relation de soin que l'on peut lire aux échelles locales. Je montre finalement comment les types d'urbanité, pris en considération dans une histoire urbaine, mais aussi régionale, départementale, municipale et entendus comme contexte d'existence pour les femmes et les professionnels qui les accompagnent, participent à orienter certains profils de

²⁹ Paillet, A., 2021, « Valeur sociale des patient.e.s et différenciations des pratiques des médecins: Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth. » *Actes de la recherche en sciences sociales*, 236-237, 20-39. <https://doi.org/10.3917/arss.236.0020>

mobilité dans leur dynamique, notamment en lien avec la santé et contribuent à expliquer des pratiques et des états de santé (**Gasquet-Blanchard, Collombier, Parkins, 2018**).

Une fois encore, si l'on entend la ville comme lieu de vie, celui-ci participe à la structuration des identités des personnes qui y vivent, y travaillent, y transitent. Faisant varier l'échelle d'analyse des lieux, on y identifie néanmoins des processus sociaux situés dans et avec les lieux (ce qui fait leur histoire et leur dynamiques actuelles), mettant en exergue l'importance de considérer une fois encore les contextes, variant à des échelles plus ou moins fines, que l'on peut observer au sein même des services, si l'on en contextualise le fonctionnement.

C'est notamment ce que je me suis attelée à expliquer en concertation avec les professionnels du terrain dans le cadre d'une demande de la commission santé du CNFG, présidée par Véronique Lucas-Gabrielli et Alain Vaguet et j'ai organisé en partenariat avec deux chefs de services, Bruno Renevier et Elie Azria, avec qui je collabore au long cours, la visite de leur maternité. Ces dernières ont donné lieu à une réflexion collective que j'ai pilotée autour du renouvellement de la notion de paysage thérapeutique, pour appréhender dans toute sa diversité sociale comment le lieu participe au bien-être des individus dans le soin et plus généralement leur santé et comment, l'agencement des lieux peut participer de la réflexion sur les inégalités de santé. En milieu hospitalier, « *les trois composantes des paysages thérapeutiques, (notion développée par Gesler & Kearns (2002)³⁰) s'ajoutent pour contribuer à caractériser ce qui constitue le bien-être dans un environnement thérapeutique : les éléments physiques, sociaux et symboliques. Ensemble qui participe à l'efficacité des soins, du bien-être du patient et à son intégration* » (**Vaguet, Petit, Lefebvre, 2012**)³¹. En interrogeant les lieux sur leur possibilité d'apparaître pour les patients et les professionnels comme apaisant ou inversement comme difficilement appropriable symboliquement ou socialement, cette réflexion nous renvoie à toute la dimension géographique et sociale des lieux. Ces derniers se construisent à la croisée des identités et de la santé, et participent alors plus ou moins au bien-être de ceux qui les pratiquent et les font évoluer.

L'offre de soins, proposée par ces deux maternités situées, d'une part dans un arrondissement favorisé du sud parisien, d'autre part dans une commune (encore) populaire de la Seine Saint Denis, conduit à la sélection de fait d'un type économiquement et socialement différencié de patientes. Si ces deux maternités ont toutes deux connues l'aménagement récent de leur service dans de nouveaux locaux (mettant les équipes soignantes à l'épreuve), l'investissement des lieux par les équipes se différencie selon des critères relevant, de logiques différenciées entre public et privé, mais aussi en fonction du profil des patientes qui s'y rendent et avec lesquelles l'homogénéité de classe vis à vis des professionnel-les est plus ou moins importante. De plus, l'histoire des lieux fait porté à chacun de ces établissements des symboles forts encore lisibles: l'un est issu d'initiatives de congrégations religieuses, l'autre d'une dynamique intercommunale dans l'après-guerre, participant à faire perdurer certaines orientations et certaines logiques, chez les patientes, comme chez les professionnels. Une approche symbolique épurée de type « service public » à Montreuil, versus un aménagement plus familial en salle d'attente à Saint Joseph, illustrant en creux les représentations d'enjeux et possibilités différenciées entre service public et fondation privée, mais aussi d'un ressenti de modalités de tri et de contrôle

³⁰ Gesler W.M. & Kearns R.A., 2002, *Culture/Place/Health*, Psychology Press.

³¹ Vaguet, A., Lefebvre B., Petit M., 2012, « Lieux de soins et paysages thérapeutiques. Du concept à la méthode », BAGF, Année 2012, 89-2, pp. 214-223

(opérationnel flagrant pour les admissions dans le secteur public) ou au contraire basé sur l'autorégulation (par les populations plus « aisées ») différenciés, mettant en lumière le fait que les lieux nous renseignent sur des fonctionnements territoriaux et sociaux plus globaux (**Gasquet-Blanchard, 2021**).

A l'issue de ces travaux, volontairement organisés sur une base réflexive et en interaction entre professionnels de santé et chercheurs, l'entrée théorique permet de présenter un ensemble d'éléments permettant de montrer comment les lieux sont une échelle pertinente pour observer et objectiver des prises en charge différenciées, selon la localisation, l'aménagement, le territoire. Si l'exercice soignant et l'engagement qui l'accompagne se retrouvent sur les deux sites, le bassin de population, le management et la mission de ces établissements diffèrent. Le soin ne semble pas identique voire équitable selon les locaux, leurs agencements, comme le laisse supposer les symboles qui émanent des lieux. Ces constats renvoient plus largement aux très fortes disparités et inégalités territoriales de l'offre de soins existant en Ile-de-France, dont l'échelle locale montre que ces dernières se jouent aussi dans la légitimité pour les patients à se rendre ou non dans certains lieux de soins. L'appropriation des lieux à l'hôpital Saint Joseph, s'oppose aux lieux opérationnels destinés à une médecine collective à celui de Montreuil, que Maud Gelly et Laure Pitty³² théorisent comme « médecine de classe, médecine de masse » révélant par ailleurs l'urgence sociale de la mission de service public et l'engagement important des soignant·es sur les questions de vulnérabilité et d'une offre à un accès pour tous, de manière indifférenciée, expliquant la focalisation de la maternité de Montreuil autour des publics plus vulnérables.

LIEU COMME ECHELLE PERTINENTE POUR PENSER UNE GEOGRAPHIE SOCIALE CRITIQUE ET LA SANTE COMME OBJET POLITIQUE.

A travers l'examen d'une grande diversité de lieux de soins au cours de nos différents terrains, dont certains ont été conduits et analysés ensemble, nous avons synthétisé avec Anne-Cécile Hoyez (**Gasquet-Blanchard, Hoyez, 2019**), notre acception commune des lieux, les couplant aux analyses des géographes et théoriciens dont nous nous revendiquons de la pensée. Cette synthèse montre comment, dans les lieux, se donnent à voir les interactions entre social et spatial. Dans les lieux, places des identités des personnes, ces dernières peuvent s'y refonder, être mises à mal ou éprouvées, tout comme les identités des acteurs participent à définir et faire vivre les lieux. Aux lieux sont associés des usages sociaux et une pratique spatiale (**Lefebvre, 2000**)³³. Ceux-ci s'appréhendent, en géographie sociale, comme ayant aussi une identité propre, non déconnectée de celle des personnes qui y vivent et y transitent. Penser dans et avec les lieux permet d'identifier des processus de l'expérience humaine modelée, modulée, affectée, organisée, coordonnée et modifiée par les lieux (**Adams 2017**)³⁴. Dans cette acception, l'importance des échelles locales et la nécessité à les contextualiser pour comprendre les états de santé, l'accès aux soins, n'est plus à démontrer et fonde notre démarche. Le lieu s'illustre comme espace de vie, dans les relations avec les acteurs, les institutions. Certains auteurs, par les paysages thérapeutiques notamment, ont démontré le pouvoir du lieu pour soigner. Cerner l'identité des lieux, collective comme individuelle, participe aussi à identifier les rapports de dominations entre patients et soignants et comment ils se ré-agencent dans les situations

³² Gelly, M., Pitti, L., 2016, Une médecine de classe? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 58, 7-18. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0007>

³³ Lefebvre H., 2000, *La production de l'espace*, Anthropos, Economica, 485p.

³⁴ Adams P., 2017, « Place », in D. Richardson, N. Castree, M.F. Goodchild, A. Kobayachi, W. Liu, R.A. Marston (eds), *The international Encyclopedia of Geography*, John Wiley and Sons.

extrêmes du corps (malade ou au travail) éprouvé, dans la maladie mais aussi dans la pratique de soin.

Nous invitons alors dans cette synthèse à appréhender les liens entre lieux et états de santé en soulignant la nécessité d'explorer les contextes institutionnels gravitant autour du système de santé publique, et donc d'autres objets spatiaux étudiés par la géographie de la santé, notamment la territorialisation du système de soin et les réseaux d'acteurs. Ces approches connexes permettent une meilleure identification des liens entre politiques publiques (se désengageant et privatisant), organisation des soins et des impacts locaux et jeux de pouvoirs et contre-pouvoirs (symboliques, travailleurs, institutionnels), avec comme question sous-jacente : Quelle place pour les décisions « d'en bas » ?

Loin d'exclure telle ou telle obédience ou pratique de géographie de la santé et de la géographie sociale, mon approche en **géographie sociale critique** vise dans une démarche en lien avec d'autres chercheur·es, d'autres disciplines, d'autres métiers. Cette démarche vise à interroger par cette approche, la construction des inégalités de santé et la manière d'y contrevenir.

Concrètement cette approche relève par une mise en discussion constante du théorique et de l'empirique à mettre en perspectives, nos terrains, relations aux acteurs, observations. J'ai développé cette approche par une mise en regard de deux structures d'accueil des primo-arrivants à Paris et dans sa proche banlieue (Ivry), à l'issue d'observations réalisées dans le cadre d'un stage doctoral que j'encadrerai, les lieux m'apparaissant comme clé de lecture de traitements différenciés en amont des questions de santé tout en participant à les déterminer. Dès lors, le lien avec l'idée d'une santé globale inégale, ré-émerge, relativement à la question de l'accueil des primo-arrivants, à l'aune d'un développement d'une **géographie des lieux**, pour illustrer des processus inégalitaires. Les notions de crise et d'urgence étaient dans le contexte de l'accueil des exilés particulièrement opérantes. J'ai alors travaillé de nouveau autour des gestions spatialisées et très normatives de l'accueil, illustrant comment la situation alentour, la localisation, l'agencement, la décoration des lieux révèlent comment cet accueil dépend du public (et des représentations qui y sont associées) et à qui ils sont destinés. Ce terrain résonne, en ce qu'il érige en « urgence » un processus au long court. Ce que les politiques et médias ont nommé « la crise migratoire », les associations d'aide aux migrants et chercheur·es travaillant sur la question ont contré par l'appellation de « crise de l'accueil ». Je compare, dès leur construction fin 2016, i) la « Bulle », centre de primo d'accueil dit « inconditionnel » situé à Paris, Porte de la Chapelle, à proximité d'une ancienne gare de triage où furent installées les chambrées, dans un quartier en plein renouvellement urbain, signalant par sa localisation et les matériaux et manières (provisaires) de les utiliser, le caractère éphémère de cet accueil, ii) au Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry, construit, sur des possessions de la Ville de Paris (bassins de traitement des Eaux de Paris) mais excentré dans une municipalité de la petite couronne, en matériaux modulables, mais pérennes, pour être en capacité d'accueillir des familles de plus ou moins grande composition.

Je mets à jour dans le discours relevant de l'inconditionnalité (dont on peut faire le parallèle avec l'inconditionnalité du soin) de l'accueil des enjeux politiques pourtant conditionnés et conditionnant les lieux au temporaire, à l'éloignement, à l'assignation à certains usages, certaines dynamiques, à l'impossibilité d'investir et d'habiter ces lieux (**Gasquet-Blanchard, 2018**). Je montre comment ces lieux, chacun à leur manière illustrent la dérive de la notion d'urgence et d'accueil dans le dévoiement du sens même de l'urgence. L'accueil reste finalement

très conditionné dans la Bulle, on peut y être accueilli 5 jours une fois, puis si aucune orientation n'a été possible, c'est la « débrouille », ce n'est plus urgent. Inversement, au CHUM, l'accueil des familles peut durer jusqu'à plusieurs mois, le caractère d'immédiateté de l'intervention s'estompe et le centre ne peut alors en ces termes fonctionner comme un centre d'hébergement d'urgence, pourtant administrativement conditionné à cette optique. Sous couvert de l'urgence, l'accueil peut être éclair ou durablement provisoire et entraver les logiques d'habiter, l'accès aux droits et notamment à ceux de santé, élément passant au second plan pour le plus grand nombre, à l'exception d'états de santé normés comme pouvant être pris en charge, et dont la grossesse fait partie (on y reviendra).

L'analyse de ces lieux, des rôles effectifs et symboliques, qui leur sont assignés, donne à voir comment s'articule ici, autour de modalités de l'accueil non pérennes et très temporaires dans le temps, et cela à différentes échelles, les rapports sociaux entre accueillants et accueillis. Les lieux, tels que pensés par les décisionnaires et administrés par les gestionnaires, témoignent, dans leurs formes mêmes, de contradictions et d'injonctions paradoxales pesantes pour les acteurs du terrain. Dans les faits, on observe des modalités de prises en charge effectives qui révèlent dans les lieux les logiques de contournement, des développements originaux permettant un accueil moins normatif qu'attendu, voir instituant des pratiques proches d'un cadre classique comme s'en amuse le directeur médical du Samu Social de Paris en parlant du pôle santé du CHUM d'Ivry comme d'une « PMI non régaliennne ». En raison de la possibilité de tisser un lien par les rapports sociaux différemment normés que ceux attendus par l'institution émerge pour les primo-arrivants, l'éventualité d'une possible projection en France, et alors un investissement possible des lieux.

A ce titre, le rapport conjointement rédigé avec Anne-Cécile **Hoyez** et Ana **Millot (2019)** et issu des terrains conduits dans le cadre de l'ANR MIGSAN, participe à étayer ma réflexion sur la manière dont les lieux portent certains rapports sociaux dans ou hors du cadre défini par l'institution. Nous abordons une multiplicité d'analyses dans ce rapport, mais je n'en évoquerai ici que quelques-unes relevant notamment des pratiques et du travail professionnel. Je souhaite pour les aborder reprendre un élément de cadrage théorique de ce rapport, que je mobilise pour guider ma compréhension des phénomènes observés. Il s'agit de la notion de bricolage, qui dans ma démarche scientifique agit comme cadre de référence pour penser l'action locale dans la sphère médico-sociale. Cette notion, issue de la sociologie, apparaît comme outil pertinent pour appréhender les observations réalisées sur les différents terrains investigués. Ayant pour objectif d'exprimer la condition de l'individu premier (migrant, travailleur social, soignant) devant constamment dans sa vie (personnelle, professionnelle) composer/recomposer avec les moyens qui sont à sa disposition, **Lévi-Strauss (1962)**³⁵ définit le bricoleur comme suit : *« la règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord", c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus, parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment, ni d'ailleurs avec aucun projet particulier, mais est le résultat contingent de toutes les occasions qui se sont présentées de renouveler ou d'enrichir le stock, ou de l'entretenir avec les résidus de constructions et de destructions antérieures »*. L'intérêt de cette notion réside aussi dans sa capacité à rendre compte de l'innovation sociale (**Mélice, 2009**)³⁶ - et la possibilité à entendre le bricolage d'un point de vue interactionniste - et à mettre

³⁵ Lévi-Strauss, C., 1962, *Anthropologie Structurale*, Plon, p.470

³⁶ Mélice, A., 2009, Un concept lévi-straussien déconstruit: le « bricolage ». *Les Temps Modernes*, 656, 83-98. <https://doi.org/10.3917/lm.656.0083>

en avant les modalités des initiatives locales des acteur·ices comme génératrices de solutions mais aussi de questionner leurs possibilités de faire perdurer leur action, hors d'un projet institué.

En investiguant deux PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) à Rennes et Strasbourg, on constate une mise sous contraintes diverses des lieux de soins. Réservées, entre autres, aux personnes primo-arrivantes, les PASS sont un haut-lieu d'observation des impacts des politiques migratoires sur l'accès aux soins des étrangers, notamment ceux les plus éloignés du soin.

Leur présence ou non dans certains hôpitaux et leur éclatement spatial sur différents sites (présence de la sage-femme sur un site et de l'assistante sociale sur un autre) participe à l'émaillement d'une multitude de ruptures des parcours des patientes au cœur du soin et au cœur de l'accès aux droits. Par ailleurs, ces dispositifs, comme « filière spécifique », restent un point d'achoppement particulier et beaucoup d'acteurs de la PASS s'interrogent sur sa pertinence dans la mesure où elle participe à rendre invisibles des situations de précarité au sein du système médico-social, illustrant la déliquescence du service public par son incapacité à prendre aujourd'hui en soin les populations de manière généraliste. La PASS apparaît comme service « fourre-tout » et filière de désengorgement des Urgences pour les professionnels, difficilement identifiable pour les patientes. Pourtant ces structures existent, et c'est dans ce contexte contraint que la notion de bricolage prend tout son sens. Dans l'accueil aux patientes (puisqu'il s'agit de PASS périnatales), les professionnel·les rencontrés suivent une posture d'ouverture, afin de favoriser des liens privilégiés entre les différents acteurs amenés à travailler sur la thématique de la précarité, et, de ce fait, des migrants. Le travail de partenariat recherché vise à favoriser la prise en charge sociale et médicale des personnes sans couverture sociale et/ou sans hébergement. Différentes initiatives émergent dans des conditions de travail pourtant éprouvantes : manque de temps, délais de consultation trop court, et notion de « consultation complexe », stigmatisation par les collègues à travailler en PASS, vacances annulées, soins aux patientes de fait différenciés et relevant de logiques de tri, etc.

Dans cet exercice professionnel, l'articulation du travail médical et social est centrale, originale et mobilise les différents services, les associations sur le terrain, un réseau d'interconnaissances, même s'il reste, parfois normatif comme l'illustre la question de la place de l'enfant dans le parcours migratoire. Les femmes isolées avec enfant(s) sont considérées comme « public prioritaire » et passent avant tout autre public, par exemple pour l'hébergement, ce qui impose à l'équipe de trier et hiérarchiser les personnes et conduit à normer et figer les parcours PASS, reconnaissant et valorisant l'expérience de la maternité sous contrainte (nous y reviendrons dans le Volume Inédit) et invisibilisant les femmes seules, sous-représentées dans la demande d'asile tandis qu'elles sont sur-représentées dans les demandes de régularisation pour « vie privée et familiale ». Ce soutien, entravé par le cadre légal, apporté aux femmes est ainsi teinté de représentations sociales de la maternité amenant les professionnel·les à traiter de façon différenciée les femmes enceintes et/ou avec enfant et celles qui ne souhaitent pas garder une grossesse, celles sans enfants, ou dont les enfants sont restés au pays. Lieux dédiés, les PASS, portent des injonctions contradictoires et rappelle qu'il s'agit de structures en fin d'organigramme du système de santé. L'analyse de leur fonctionnement participe à illustrer comment les enjeux intersectoriels contribuent à faire perdurer voire augmenter les inégalités sociales de santé et à illustrer la **santé comme objet fondamentalement politique**, tant dans l'accueil des primo-arrivants, que dans la gestion du corps des femmes.

3- TRAJECTOIRES ET LIEUX : REVELATEURS DE LA DIMENSION PROGRAMMEE DES INEGALITES DE SANTE ET RESISTANCES ASSOCIEES.

Parce que mes recherches s'inscrivent dans un temps long visant à la compréhension générale des inégalités de santé à travers une approche en géographie sociale critique, sans pour autant me revendiquer d'une géographie sociale urbaine et des questions actuelles qui traversent son champ, notamment la justice spatiale, le droit à la ville, j'y prend ancrage. Dans la mesure où mes travaux s'inscrivent dans le cadre de terrains urbains, ils ont pu s'approcher de ces champs. C'est ce que je mets en avant dans cette section.

(12) Anne-Cécile Hoyez, Céline Bergeon, Clélia Gasquet-Blanchard. Health systems and immigrants - a focus on urban France, 2019, Vojnovic Igor; Pearson Amber L.; Asiki Ghersim; DeVerteuil Geoffrey; Allen Adriana. *Handbook of global urban health*, Routledge, 2019
([halshs-02110145](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02110145))

(13) Gasquet-Blanchard C., Hoyez A-C., 2020, « Les dimensions spatiales des relations familiales en migration : les enjeux autour de la grossesse en migration », *Norois*, 257 | 2020, 7-20

(14) Gelly, M., Cristofalo, P. & Gasquet-Blanchard, C., 2021, Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1(1-2), 72-91
([10.3917/arss.236.0072](https://arss.archives-ouvertes.fr/arss-236.0072)). ([hal-03313353](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03313353))

(15) Gasquet-Blanchard C., Sahnoun, L., 2021. La précarisation des femmes enceintes primo-arrivantes comme indicateur du creusement des inégalités sociales de santé en Île-de-France. In *Atlas collaboratif de la méga-région parisienne* [En ligne]. Rouen : UMR CNRS 6266 IDEES, Université de Rouen Normandie. Publié le 8 juillet 2021, consulté le 8 juillet 2021
URL : <https://atlas-paris-mega-region.univ-rouen.fr/node/141> ; <https://doi.org/10.48390/vqtt-e156>.

TRAJECTOIRES ET LIEUX : LE COMBO PARFAIT POUR METTRE EN EXERGUE LES INJONCTIONS NORMATIVES DU PAYS D'ACCUEIL.

Dans un article à destination de l'Atlas collaboratif de la méga-région, appuyée par la cartographie de Linda Sahnoun, je montre, à travers deux études de cas issues des prises en charges suivies au sein du réseau SOLIPAM, comment la mobilité non choisie participe non seulement à l'impossibilité d'un ancrage sur le territoire francilien, d'une appropriation des lieux et du développement de liens sociaux nécessaires à la vie sociale (**Gasquet-Blanchard, Sahnoun, 2021**).

Cette mobilité relève des conditions actuelles des possibilités de prises en soin et de l'hébergement d'urgence. Les situations des femmes accompagnées par le réseau Solipam, majoritairement primo-arrivantes sur le territoire français, sont complexes sur le plan administratif. Certaines n'ont aucun titre de séjour, d'autres sont demandeuses d'asile, certaines déboutées de leur demande d'asile... Toutes sont dans une situation de précarité administrative

qui complexifie leur ancrage à un lieu de soin, d'hébergement, à une stabilité dans l'espace ou dans le temps, et qui participe à une errance iatrogène. Cette errance est d'autant plus exacerbée lorsque ces femmes subissent un éclatement des propositions non pérennes d'hébergement d'urgence : les femmes peuvent connaître jusqu'à 30 hébergements durant une grossesse, l'une d'entre elle a connu 130 hébergement en un an cela à travers toute l'Île-de-France.

Cette mobilité imposée participe à rendre invisible une question de santé publique et un problème social aigue en même temps qu'il produit les conditions d'un suivi sous optimal des soins. De la même manière il oblige à l'isolement accru de ces femmes en même temps qu'il révèle leur pugnacité à tenir envers et contre tout, leur suivi de soin, la scolarisation de leur enfant, la présence aux rendez-vous avec la préfecture, l'assistante sociale, la sage-femme, etc.

Si les conditions de vie des femmes en situation de précarité soulèvent des enjeux lors de la période pré-natale, il en est de même en post-partum. Les situations d'instabilité résidentielle entravent un suivi de soins optimal pour ces femmes et leurs nouveau-nés, mettant parfois à mal la relation de soin, avec des conséquences évidentes en termes d'estime de soi. *« Comment les professionnels au chevet d'un nouveau-né hospitalisé en néonatalogie peuvent-ils accepter l'absence d'une mère au chevet de son nourrisson ? Comment se rendre chaque jour au chevet de son enfant hospitalisé à 2 h de son lieu d'hébergement au milieu des autres rendez-vous administratifs, sociaux...? »*.

La stabilité résidentielle apparaît ici comme un des premiers leviers pour sécuriser les naissances, en vue de réduire les mobilités franciliennes des femmes en situation de grande précarité, entravant leur accès aux soins. Nous montrons dans cet article comment la mobilité imposée participe à l'impossibilité d'habiter les lieux pour être ou non en capacité de les pratiquer. Les contraintes de mobilités spatiales imposées sous le coup de l'urgence de l'hébergement temporaire participe à entraver celles liées aux soins et nous rapproche **d'une géographie sociale urbaine proche des questions de justice spatiale** pour interroger dans le droit à la ville l'articulation du droit à la mobilité, si elle est choisie, et celui au logement.

Nous avons montré, avec Anne-Cécile **Hoyez** et Céline **Bergeon (2019)**, comment, en milieu urbain, parce que celui-ci concentre une multitude d'aménités tant sanitaires, sociales que solidaires, et une capacité à la précarisation des publics les plus éloignés du droit commun, les trajectoires des individus s'articulent avec des lieux spécifiques de prises en charge montrant la possibilité d'une « ville parallèle » par la diversité et la multiplicité des pratiques des lieux que permet la cité. Dès lors, en raison d'une précarité de plus en plus marquée, des publics primo-arrivants et notamment des femmes enceintes ou femmes mère d'un nouveau-né, et des situations de désaffiliation sociale de plus en plus avancées, on observe la mise en place de dispositifs spécifiques pour les femmes en situation de grande précarité, en vue de faciliter leur accès aux soins et à celui de leurs enfants qui, de par la situation de concentration de primo-arrivant-es, participe à la spécialisation de ce dispositif pour des femmes enceintes de fait primo-arrivantes. Outre cette spécialisation, ce dispositif, émergeant à Paris en 2006 - sur une initiative d'acteurs principalement localisés dans le Nord-Est de la capitale, concentrant quartiers populaires, hôtels sociaux, densité associative à destination des migrant-es - se régionalise en 2012 et voit ses liens se développer au fur et à mesure avec les acteurs sociaux de la région et non plus uniquement sanitaires. Ce phénomène participe aux questions brûlantes, tant

soulevées par les sciences sociales que par certains médias, autour des liens entre environnement urbain et présence de « populations migrantes », notamment autour des catégorisations de population, ou particulièrement en France et en Europe se posent les questions du droit à la mobilité, du droit d'asile et des lois et mesures administratives facilitant ou entravant l'accès aux soins, au logement et plus largement à une existence décente. Par une remise en contexte historique des politiques migratoires françaises et européennes, nous soulignons les enjeux contradictoires à l'œuvre interrogeant les pratiques soignantes de terrain en prise aux injonctions tant des principes républicains, de l'éthique des soins et du cadre légal des différentes tutelles dont ils relèvent (Ministère de la Santé, du Logement, de l'Intérieur). Ces injonctions troublant les pratiques professionnelles sont encore biaisées par la surreprésentation des femmes primo-arrivantes dans les catégories précaires. Pourtant, si elle est avérée, celle-ci ne doit pas empêcher de rendre compte de la situation de femmes moins précaires néanmoins fragilisées dans d'autres domaines, le champ professionnel notamment. La précarité constitue une partie importante des réalités rencontrées, mais elle n'est pas le seul et unique prisme par lequel il faut aborder les trajectoires des femmes migrantes enceintes.

BATTRE EN BRECHE LES IDEES REÇUES AUTOUR DE MIGRATION ET SANTE

Toujours avec Anne-Cécile **Hoyez (2020)**, nous avons travaillé sur le double événement (la grossesse et la migration) qui, lorsqu'il intervient dans la même temporalité, implique de situer nos propos pour mieux analyser les effets de la précarité sur les grossesses et ses issues, en vue d'identifier ce qui est universel dans la situation de précarité pendant la grossesse et qui se révèle être différent pour les migrantes. A travers une dialectique d'éloignement rapprochement, on identifie des phénomènes d'isolement créant des dynamiques familiales ou dans l'entourage originales. L'éloignement spatial du pays peut induire un rapprochement avec des compatriotes qui n'aurait pas eu lieu dans d'autres circonstances, en raison de possibilité (visite à un couple d'ami ou une sœur vivant dans l'espace Schengen) ou contrainte administrative (impossibilité de faire venir sa mère en raison du refus d'un visa touristique avec un passeport ivoirien). La connectivité des lieux joue selon les possibilités politiques et administratives. L'éloignement participe aussi au tissage de nouvelles sociabilités, nouvelles implications familiales comme l'illustre la place que prennent certains pères dans des rôles qui ne leur sont pas dévolus dans leur pays d'origine.

La question de « l'enfant des papiers » (**Davoudian, 2012**)³⁷ entre également en jeu mettant à jour l'ambivalence autour de l'arrivée d'un enfant qui peut permettre l'obtention d'un statut quand aucune autre reconnaissance n'est envisageable. De fait, ces situations éclairent sur la construction d'une parentalité (des femmes comme des hommes) dans un contexte général d'exclusion et de non-reconnaissance. Car paradoxalement, en assignant normativement la femme au statut de mère, l'arrivée de l'enfant diminue par ailleurs les possibilités d'un accès à l'emploi ou à une reprise d'étude, alors que ce statut couplé à un contexte administratif ou socioéconomique sera moralement contestable, voire judiciarisable. Plus généralement la question des papiers se pose à l'ensemble de la famille, l'obtention d'un titre de séjour pouvant être effectué de manière commune, ou bien individuelle, si le couple pense que cette démarche facilitera leur chance ou que celui-ci s'est constitué en aval de la demande, ou si l'arrivée n'a pas été simultanée. Dès lors, toute modification de statut de la demande initiale, stipulant d'une vie

³⁷ Davoudian C., 2012, Du délit d'existence au déni d'existence : Variations sur les papiers, in Davoudian C., *Mères et bébés sans-papiers : Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?*, Toulouse, ERES, p. 79-94.

maritale ou conjugale relève de nouveau des mêmes barrières d'accès aux droits, voir complexifie et met en péril la demande initiale. La sphère administrative joue dans les trajectoires comme si la vie intime et affective, familiale et quotidienne devait être mise en pause le temps de l'aboutissement du dossier. Pour autant, si des freins existent, nous montrons dans cet article les dynamiques sociales, qui de lieux en lieux, sont à l'œuvre dans les trajectoires migratoires.

En nous intéressant aux sociabilités des femmes enceintes migrantes, nous approchons la migration et la grossesse comme deux événements biographiques et deux « expériences fondatrices » (perte et refonte d'un réseau social ailleurs ou à distance, accolé à un changement de statut familial). La focale, souvent portée en périnatalité sur les femmes uniquement, doit être déplacée pour éclairer la présence, parfois immédiate et à proximité, parfois plus distante, des conjoints et pères, des familles et des nouvelles sociabilités créées dans le pays d'accueil et au cours de la trajectoire migratoire. Cette dernière participe à une mise en lien des lieux entre eux et des sociabilités qui y ont cours. Ces interactions à distance interrogent les modalités des dynamiques de couple et familiales et l'impact de ces dernières dans les trajectoires de vie de ces femmes, porteuses dans leur identité d'une diversité d'expériences, sociale, circulatoire et de lieux. Par ailleurs la grossesse de ces femmes en s'inscrivant dans de nouvelles sphères de sociabilité, participe à l'orientation de leur choix concernant leurs suivis de soins (type et lieu de suivi, choix de la maternité) et peut favoriser leur ancrage dans les lieux. La multiplicité des choix de ces femmes montre qu'elles se saisissent de manière habile des situations auxquelles elles sont confrontées sur la trajectoire migratoire et à l'arrivée en France, notamment face aux injonctions qui leur sont faites en terme d'attendus sociaux et spatiaux : être hébergé dans tel type de structure, si on a tel profil, être bénéficiaire de telle couverture sociale si vous êtes détentrice ou non détentrice de tel titre de séjour.

Ces normes institutionnelles sont érigées en normes sociales mais sans pour autant correspondre aux attentes et aux besoins des femmes. Pourtant, dans les trajectoires la migration n'apparaît que comme un élément qui influence en un lieu et un moment les différentes sphères de la vie de ces femmes. Dès lors, en interrogeant la dimension spatiale de l'articulation des trajectoires de vie autour des continuités et bifurcations sociales et familiales, en particulier dans l'état de grossesse on rend compte de ce qui se joue dans leur quotidien, au regard du temps long biographique de la migration : les situations individuelles sont plurielles et singulières, révélant ces femmes comme actrices de leur trajectoire. En positionnant la trajectoire et donc l'individu au centre, même le plus « éloigné du centre », ce qui reste absolument relatif, on déjoue en quelque sorte l'effet du nombre, pratique aux politiques publiques pour différencier en priorisant et essentialisant les publics et les individus. Camille **Schmoll (2020)**³⁸ réussit par son approche à remettre au centre et à ré-humaniser ces femmes invisibilisées en restituant, dans *Les Damnées de la mer*, leur trajectoire, revendiquant également leur droit à la mobilité.

Pour appréhender cette multiplicité des trajectoires des femmes et leurs rapports aux lieux de soins, nous avons également investigués auprès d'un public de femmes très favorisées dans des lieux dont aucune des collègues chercheuses avec qui nous avons conduit ce terrain n'était coutumière. Dans le cadre du projet collectif TRASOPER, nous avons investigué, avec Maud **Gelly** et Paula **Cristofalo**, des maternités « dédiées » à la bourgeoisie (2021). Dans cet article,

³⁸ Schmoll, C., 2020, *Les damnées de la mer, femmes et frontières en Méditerranée*, La découverte, 248p.

nous montrons comment les lieux, ici des maternités et donc des lieux de soins, par les dynamiques qui s’y développent, participent à orienter les trajectoires des femmes et comment inversement, dans un contexte où les patientes détiennent un capital économique conséquent, leurs attentes orientent les soins. Travaillant habituellement sur les inégalités de santé, comprendre les fonctionnements des rapports sociaux en santé au cœur de la bourgeoisie, nous semblait, un développement normal de nos investigations. Ayant été sollicitée pour conduire une enquête en vue de comprendre le taux important de césarienne dans une maternité destinée à l’élite, j’ai sauté sur l’occasion et mobilisé différentes collègues que je savais intéressées. Non loin des thématiques autour de la migration, nous avons pu questionner comment en raison du capital économique qu’elles détiennent, les « mobilités » qu’elles pratiquent ne sont pas entendues comme des « migrations », mais plutôt comme des circulations encouragées dans une logique marchande.

En creux, ce travail a mis à jour des pratiques médicales inégales, visant pour « *une clientèle d’exception* », les femmes de la bourgeoisie, les femmes expatriées ou migrantes avec un capital social et économique conséquent, le développement d’une offre sophistiquée, promue et vendue comme inaccessible en France, en vue de répondre à une demande de prise en soin extrêmement exigeante. Dès lors, par opposition à une médecine de masse, l’offre hôtelière comme médicale, s’inscrit dans une offre de classe révélant des logiques de différenciation de services de soins et mettant à jour autour des logiques circulatoires des paradoxes d’une santé globale inégale que nous constatons sous d’autres formes dans nos travaux initiaux.

De plus, la comparaison des stratégies de construction et d’entretien d’une clientèle bourgeoise française et internationale mises en œuvre par cette maternité, d’une part, avec, d’autre part, les stratégies développées par les directions hospitalières pour limiter l’afflux de malades étrangers sans couverture sociale, mises en évidence par Caroline **Izambert (2016)**³⁹, est éclairante. Là où des hôpitaux publics font tout pour décourager une demande non solvable, faute de dispositifs publics de prise en charge sociale, les cadres et médecins légitiment leurs pratiques discriminatoires et dérogatoires au droit commun par la nécessité de préserver la Sécurité sociale. Au contraire, le développement d’une offre hôtelière, financière et médicale encourageant une demande solvable (grâce à des assurances privées ou des capitaux économiques personnels) et les pratiques dérogatoires face aux bonnes pratiques médicales des médecins est légitimée par la diffusion future de pratiques innovantes au-delà des élites économiques internationales.

Dès lors cette enquête, met plus encore en lumière **un système inégalitaire** sous-tendu par une **violence politique inouïe qui valorise la mobilité et l’ancrage dans les lieux des un-es et empêche, contrôle et contraint celle des autres.**

³⁹ Izambert C., 2016, « Logiques de tri et discriminations à l’hôpital public: vers une nouvelle morale hospitalière? », Agone, vol. 1, n°58, 2016, p. 89-104.

4- PENSER UNE PRATIQUE SCIENTIFIQUE DE TERRAIN : POUR ET AVEC LES SUJETS DE SA RECHERCHE.

A l'orée de ce contexte inédit à l'œuvre dans la violence de sa généralisation, je montre dans cette dernière section comment, par la recherche émerge la nécessité d'une pratique, ici et maintenant, concrète et tangible pour la chercheuse.

(16) Anne-Cécile Hoyez, Clelia Gasquet-Blanchard, François Lepage, 2019, Bodies at the crossroads between immigration and health. Atkinson Sarah; Hunt Rachel. *Geohumanities and health*, Springer, 2019, 978-3-030-21406-7
(halshs-02294938)

(17) Gasquet-Blanchard, C. & Moine, R., 2021, Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité. *Revue française des affaires sociales*, 225-240
<https://doi.org/10.3917/rfas.213.0225>

(18) Anne-Cécile Hoyez, Clelia Gasquet-Blanchard, Hélène Marche, Anaik Pian, 2021, Processus inégalitaires en santé et migrations : quelle place pour une approche critique de la dimension spatiale des inégalités sociales ? in *Approches critiques de la dimension spatiale des rapports sociaux : débats transdisciplinaires et transnationaux*, PUR, 2021

EMERGENCE D'UNE PENSÉE CRITIQUE ET « SPATIAL SHIFT » : FAIRE PARLER.

Avec Anne-Cécile Hoyez et François Lepage (2019), nous montrons comment les trajectoires de personnes primo-arrivantes résistent néanmoins et réussissent à trouver ancrage dans les lieux et comment en tant que chercheur-es il semble nécessaire de redéfinir nos positionnements. Dans ce chapitre où nous développons une approche réflexive sur nos propres pratiques, nous montrons comment, en tant que chercheuses en sciences humaines, nous ressentons un besoin impérieux de repenser les modalités méthodologiques des objets et sujets de notre recherche et de considérer, outre leur point de vue, une approche scientifique permettant non de « parler de » mais de « parler avec ». L'expérience d'un terrain de recherche dans le squat de migrant-es des Jardins de la Poterie à Rennes, a laissé une place pour appréhender d'une manière sensible les trajectoires en rendant visible et restituant les identités des sujets de notre recherche par une collaboration avec le monde artistique. Dans la continuité des travaux conduits sur les contraintes spatiales et corporelles subies par les femmes enceintes en migration, la collaboration avec François Lepage a révélé la possibilité des lieux, ici du lieu, le squat des Jardins de la Poterie à un investissement par les familles migrantes, mais également par les chercheur-es, les associations, les artistes. La possibilité d'investir plusieurs mois cet espace et d'y revenir a autorisé de surcroît l'accueil des chercheur-es, de l'artiste, des membres des associations, par les familles vivant dans ce lieu alors hautement investi.

La possibilité d'accueillir, alors même que ces personnes se trouvaient en situation de migration, a largement participé au développement de liens sociaux qui ont pris la forme de différentes collaborations pour faire émerger différents projets et approches : scientifique, artistique, mais aussi militant, par mobilisation des associations présentes et des habitants du squat au relogement des familles par la municipalité de Rennes. Les dimensions sociales, artistiques,

politiques de cette expérience participent à redonner une légitimité aux approches sensibles et alimentent notre réflexion sur la pertinence des échelles locales et de la place des lieux dans les sociabilités et les résistances aux processus inégalitaires.

Nous positionnant dans un approche « géographiquement plus ouverte » (Creswell, Dixon, 2017)⁴⁰, nous exposons dans ce chapitre le passage d'une recherche conventionnelle en **géographie sociale à une recherche méthodologique enrichie d'une contribution d'une approche artistique**, impliquant une prise de position et notamment celle de prendre part au débat public et de soutenir (de fait) les personnes avec qui nous avons travaillé à y prendre part, laissant par le cadre de la démarche photographique la possibilité de choisir, l'angle, la tenue, le compagnon pour la prise de vue. Dans cette expérience collaborative, on montre le pas de côté du « spatial shift », non seulement engagé par les sciences humaines et sociales mais aussi par le monde artistique.

LA SANTE COMME OBJET POLITIQUE DE RECHERCHE : REVOIR SON POSITIONNEMENT THEORIQUE.

En faisant concrètement ce « pas de côté », (développé dans le volume Inédit) dans le cadre de ma disponibilité, pour prendre la direction d'un réseau de santé participant à la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité, mon positionnement théorique s'est de fait réorienté. Dans un point de vue récent, demandé par la RFAS dans le cadre d'un numéro spécial relatif à la fabrique des inégalités sociales de santé, j'ai avec Raphaël Moine (2021), profité de ce contexte sensiblement hors cadre (commande d'un point de vue et non d'un article scientifique) pour mettre en lien mes thématiques de recherche avec nos observations *in vivo*. J'y démontre que si l'errance des femmes enceintes a pu un temps être endiguée en raison de valeurs morales prônant la protection de ce public, les acteur·ices de terrains et chercheur·es sur la thématique font le constat commun que ce n'est plus le cas à l'heure actuelle, notamment en Île-de-France, tout particulièrement pour les femmes primo-arrivantes et en situation de grande précarité. En prenant la parole dans la RFAS comme Directrice du réseau SOLIPAM, j'acte une prise de position théorique, soulignant l'impossible neutralité axiologique et à la nécessité à décloisonner approches scientifiques et approches d'actrice de terrain. Je présente dans cet article comment les trajectoires de femmes enceintes confrontées à des expériences de précarité aiguë et accompagnées par le réseau Solipam, éclairent dans une pratique quotidienne d'exercice professionnel, des contextes confrontant ces femmes à l'errance administrative et d'hébergement participant à des conditions de santé dégradées qui illustrent une fabrique programmée des inégalités de santé. Je démontre par une expérience sensible, c'est-à-dire vécue depuis le terrain dans ma pratique professionnelle, comment les organisations actuelles de prises en charge, imbriquées à différentes échelles des rapports sociaux, prennent part à l'invisibilisation d'un phénomène socio-sanitaire : celui de la « mise en précarité » des femmes enceintes primo-arrivantes.

L'organisation de cette prise en charge participe dans un premier temps à une spécialisation des publics dans la définition de publics prioritaires, voire sur-prioritaires dont les femmes enceintes à la rue font partie, pour les services de santé comme les services sociaux. Mais cette sur-

⁴⁰ Creswell, J.W., J. David Creswell, J.D., 2017, *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, SAGE Publications, 2017, p. 304

spécialisation montre une évolution inquiétante du profil des femmes accompagnées par Solipam : situations de plus en plus précaires, accès aux soins toujours plus entravé (non recours, refus de soins, refus d'ouverture de droits, connaissance partielle des dispositifs). Les logiques de tri et de gestion des flux mettent à jour notre rapport moral contemporain aux femmes enceintes et aux nouveau-nés. Cette priorisation a un effet pervers et insidieux : elle fait, entre autre porter aux acteurs de terrain la responsabilité des limites des logiques gestionnaires imposées par l'État en rendant impossible leur activité d'accompagnement dans le soin ou dans le social. Ces contraintes exposent les femmes et leurs nouveau-nés à des risques sanitaires extrêmement sévères. Les exemples du non-respect du droit à la sécurité de ces enfants sont légion. On peut dès lors se demander comment les processus de disqualification sociale (Paugam, 2014)⁴¹ incite ces femmes à intégrer le non-recours et accepter le renoncement à leurs droits, les condamnant à une invisibilisation et à leur faire intérioriser les processus de destitution de leur condition humaine auxquels elles sont confrontées, notamment en terme de mobilité.

En définissant et mettant en œuvre des politiques publiques organisant une impossibilité à faire respecter ces droits, on passe, vu du terrain du « *faire vivre et laisser mourir* » de Michel Foucault, repris par Dominique Memmi (2003)⁴², puis Didier Fassin (2015)⁴³ évoquant les droits de protection (ceux à la santé et au logement en font d'ailleurs partie), à un basculement, pas à pas à des logiques de « *faire mourir* » : Ne pas accompagner une femme en situation de précarité pendant sa grossesse revient en effet à l'exposer elle, ainsi que son conjoint et ses enfants, à des risques importants en termes de santé psychique et somatique : perte de chance d'accès aux soins en pré et post-partum, d'accès à différents types de dépistages, sous-détection des pathologies maternelles et fœtales, difficultés à instaurer un lien harmonieux mère-enfant, risques de dépression sévère du post-partum, de suicides maternels.

Dans son appréhension de la morale contemporaine occidentale, Didier Fassin nous invite à penser un principe de différence en vigueur, celui de la séparation entre ceux dont la vie est sacrée et ceux dont la vie peut être sacrifiée, ainsi qu'un principe d'indifférence « qui subordonne la protection des seconds à l'absence de tout risque pour les premiers » (Hamel *et al.*, 2021)⁴⁴. En interrogeant cette doxa, on peut alors appréhender les fondements d'une morale permettant d'identifier les processus à l'œuvre dans la constitution des inégalités dans les domaines de la santé publique. Pouvons-nous consciemment accepter le traitement qui est fait par la société à des personnes venues en France et qui espéraient y fonder une nouvelle vie ?

Définir des parcours spécifiques pour un public spécifique, les imposer aux acteurs de terrain de plus en plus spécialisés, permet de masquer une réalité extrêmement violente : celle de l'ampleur d'un phénomène global, massif, collectif et commun, celui d'inégalités de santé de plus en plus importantes. Dès lors, il s'agit de prendre la parole depuis les marges, de donner la

⁴¹ Paugam, S., 2014, *L'intégration inégale: Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2014.01>

⁴² Memmi, D., 2003, *Faire vivre et laisser mourir: Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.memmi.2003.01>

⁴³ Fassin D., 2015, « L'ordre moral du monde, essai d'anthropologie de l'intolérable », in Fassin D. et Bourdelais P., *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte.

⁴⁴ Hamel E., Veisse A., Kotobi L., 2021, « Migrants en situation de vulnérabilité et santé », *La Santé en action*, n° 455, p. 3-5.

parole à ceux et celles des marges et en marge. Appréhender la fabrique des inégalités de santé ne peut se passer d'un positionnement moral, éthique, critique et politique face à la déconsidération assumée du lien social par ceux qui nous gouvernent. Dès lors, je soutiens que **la santé est politique**. L'organisation, la gestion des services de santé ont un impact sur les soins, ceux qui les dispensent et ceux qui les reçoivent. Elle a un impact sur les corps. Elle relève de rapports de domination de l'État, envers et à travers les administrations hospitalières et sociales, elles-mêmes en direction des soignants et les travailleurs sociaux, qui dans leur pratique peuvent être relais et porteurs de ces dominations auprès des patients ou usagers qu'ils accompagnent.

Penser ces rapports sociaux permet d'interroger notre rapport moral aux autres dans les différentes sphères de notre existence, particulièrement professionnelle, qui dans les mondes sociaux et de la santé se retrouvent entravés dans leur éthique par une économie gestionnaire de la santé et du social restreignant et empêchant les possibilités de faire société.

Cette nécessité d'un positionnement pensant l'action politique, éthique et morale face à la déconsidération assumée du lien social, s'inscrit dans des perspectives de recherches interdisciplinaires autour du capitalisme sanitaire et d'une critique du néolibéralisme par une géographie sensible et sociale critique.

Dans un chapitre à 8 mains (**Hoyez, Blanchard, Marche, Pian, 2021**), nous illustrons les approches que je développe, à savoir la nécessité à l'interdisciplinarité tant méthodologique que théorique. Nous synthétisons avec Anaïk Pian, Hélène Marche et Anne-Cécile Hoyez les discussions communes ayant eu lieu au sein de l'ANR MIGSAN autour des notions de trajectoires et expériences. Celles-ci nous ont permis d'appréhender en faisant dialoguer sociologie et géographie autour de la dimension critique et du positionnement de nos disciplines respectives un positionnement face aux inégalités sociales de santé. La trajectoire apparaît pour la géographie comme choix permettant la visibilisation des processus sociaux en géographie. Trajectoire et expérience sont des notions pratiques, qui sans parti pris théorique, relèvent d'une approche inductive par rapport aux observations de terrains permettant un dialogue régulier entre géographie sociale et sociologie. En mobilisant ces notions à partir d'une expérience de terrain, nous traitons, comme géographe, de la question de la marge : de pratiques à la marge, d'expériences à la marge. Alors qu'elles sont en fait centrales dans notre approche pour appréhender et mettre en exergue les questions de domination, pour identifier les processus qui aboutissent à faire collectivement et individuellement accepter que les vies humaines n'aient pas le même prix. Les trajectoires des individus ancrées spatialement, s'observent dans les lieux et permettent de leur restituer leurs identités. Dès lors, notre approche vise à utiliser les lieux comme un cadre privilégié pour observer, éprouver des processus et des fonctionnements plus globaux qui participent aux inégalités de santé ou lutter contre ces fonctionnements, leur avènement, leur mise en place.

Dans mes approches, j'investigue alors comment se saisir des lieux pour y faire se développer la lutte, le respect du soin, s'y appuyer pour remettre du sens aux pratiques de soins, dans la relation, y mettre en exergue l'intérêt du travail soignant, du travail social. La question de l'éthique des pratiques et de l'éthique en pratique mise en regard d'une analyse des trajectoires et des lieux me semble une entrée pertinente pour appréhender les inégalités de santé et participer à une remise en question constante et une nécessaire réflexivité, dans le temps long, de tout travail qui implique une relation à autrui.

La recherche et l'enseignement en font partie.

Cette sélection, n'est pas exhaustive de ma pratique scientifique, les approches s'y répondent et cet exposé vise à donner le ton d'un volume inédit résolument hétérodoxe et critique du capitalisme sanitaire et social sous sa forme néolibérale, appelant au débat long et local mais en de multiples lieux. Celui-ci vise à une réflexion collective, ici et maintenant, autour des pratiques tant de la recherche, de l'enseignement que de l'action de terrain à travers le développement d'un positionnement scientifique définissant, à un moment donné, car il est aujourd'hui une nécessité impérieuse, professionnelle et personnelle, une géographie sociale critique de la santé, s'inspirant d'approches sensibles.

CONCLUSION GENERALE DU VOLUME PARCOURS.

Ce volume illustre le soutien institutionnel d'ESO, de l'EHESP, de Solipam, de l'ARS Ile-de-France. Chacune de ces structures soutiennent, parfois sans mesurer l'ampleur de ce qu'implique ce soutien, la trajectoire ici décrite.

Elle vise à introduire et donner des clés de lecture du volume inédit. L'articulation de mon parcours d'enseignante-chercheuse en géographie est très classique par certains aspects. Il s'articule dans une expérience tant de recherche que d'enseignement au Nord comme au Sud, puis au sein d'une école de santé publique soumettant à questions ma pratique en géographie générale. Certes j'enseigne sur des questions relatives à la santé, et j'ai été formée en géographie de la santé. Cette « spécialisation » participe donc à orienter les thématiques de recherche des projets conduits. Pour autant, les cadres épistémologiques de celle-ci sont pluriels et je les interroge dans le volume inédit. Il existe des géographies de la santé et resituer son positionnement en géographie sociale, sans pour autant rejeter la géographie de la santé demande de s'y arrêter pour redéfinir son cadre théorique et exploratoire.

En présentant comment la santé globale et les inégalités sociales de santé ont guidé mon parcours réflexif et comment lieux et trajectoires font sens en raison de la possibilité de les aborder par la spécificité de leur continuum, c'est aussi le continuum de ma trajectoire professionnelle d'enseignante, chercheuse et actrice de terrain que j'ai tenté de développer dans ce volume qui fait lieu. Et c'est bien parce qu'il fait lieu, qu'il est aussi le lieu de la possible mise en lien d'objets et sujets d'étude dont j'ai essayé de montrer comment tous sont en relation, tant les thématiques investiguées que l'articulation entre la recherche, l'enseignement et le terrain tangible et vivant qui fait objet et sujet d'étude, de curiosité, de partage de connaissance, de formation.

BIBLIOGRAPHIE ACCOMPAGNANT LA SÉLECTION DE PUBLICATION.

Adams P., 2017, « Place », in D. Richardson, N. Castree, M.F. Goodchild, A. Kobayachi, W. Liu, R.A. Marston (eds), *The international Encyclopedia of Geography*, John Wiley and Sons.

Cambon L., Bergeron H., Castel P., Ridde V., Alla F., 2021, Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé; IUHPE – Global Health Promotion Vol. 28, No. 2 2021

Creswell, J.W., J. David Creswell, J.D., 2017, Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches, SAGE Publications, 2017, p. 304

Davoudian C., 2012, Du délit d'existence au déni d'existence: Variations sur les papiers, in Davoudian C., *Mères et bébés sans-papiers: Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?*, Toulouse, ERES, p. 79-94.

Dozon J-P., 1991, D'un tombeau à l'autre. Cahiers d'études africaines, 1991(31); 121:135-57.

Fassin D., 2015, « L'ordre moral du monde, essai d'anthropologie de l'intolérable », in Fassin D. et Bourdelais P., *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte.

Forster P., Charnoz O., 2013, « La production de connaissances en temps de crise sanitaire. Que nous apprend la réponse internationale à la grippe aviaire en Indonésie? », Revue d'anthropologie des connaissances 2013/1 (Vol. 7, n° 1), p. 112-144. DOI 10.3917/rac.018.0112

Foucault, M., 1979; Cours au collège de France, « Naissance de la biopolitique » 1978-1979

Fribault M., 2015, « Ebola en Guinée: violences historiques et régimes de doute », *Anthropologie & Santé* [En ligne], mis en ligne le 16 novembre 2015, consulté le 16 novembre 2015. URL: <http://anthropologiesante.revues.org/1761>

Gelly, M., Pitti, L., 2016, Une médecine de classe? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 58, 7-18. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0007>

Gesler W.M. & Kearns R.A., 2002, *Culture/Place/Health*, Psychology Press.

Gilbert C., 2011, Les différentes facettes des crises sanitaires, Questions de Santé Publique 2011, n° 11, IRESP.

Hamel E., Veïsse A., Kotobi L., 2021, « Migrants en situation de vulnérabilité et santé », *La Santé en action*, n° 455, p. 3-5.

Izambert C., 2016, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public: vers une nouvelle morale hospitalière? », *Agone*, vol. 1, n°58, 2016, p. 89-104.

Lefebvre H., 2000, *La production de l'espace*, Anthropos, Economica, 485p.

Lévi-Strauss, C., 1962, *Anthropologie Structurale*, Plon, p.470

Li W., Jalloh M.F., Bunnell R., 2016, Public Confidence in the Health Care System 1 Year After the Start of the Ebola Virus Disease Outbreak — Sierra Leone, July 2015, *MMWR*, June 3, 2016(65); 21.

Lucbert, S., 2022, *Le Ministère des contes publics*, Editions Verdier, collection la petite jaune, 114p.

Mélice, A., 2009, Un concept lévi-straussien déconstruit: le « bricolage ». *Les Temps Modernes*, 656, 83-98. <https://doi.org/10.3917/lm.656.0083>

Memmi, D., 2003, *Faire vivre et laisser mourir: Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.memmi.2003.01>

Paillet, A., 2021, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins: Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth. » *Actes de la recherche en sciences sociales*, 236-237, 20-39. <https://doi.org/10.3917/arss.236.0020>

Paugam, S., 2014, *L'intégration inégale: Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2014.01>

Schmoll, C., 2020, *Les damnées de la mer, femmes et frontières en Méditerranée*, La découverte, 248p.

Strauss A., 'Maladies et trajectoires' (pp. 143-190); 'Le travail d'articulation' (pp. 191-200), 'Négociations. Introduction à la question' (pp. 245-268) dans STRAUSS A., 1992, *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan.

Vaguet, A., Lefebvre B., Petit M., 2012, « Lieux de soins et paysages thérapeutiques. Du concept à la méthode », *BAGF*, Année 2012, 89-2, pp. 214-223

Ventura D., 2015, « Responsabilité et santé Globale » in Supiot, A., et Delmas-Marty, M. (dir.), *Prendre la responsabilité au sérieux*, PUF, pp.201-220. <https://doi.org/10.3917/puf.delma.2015.03.0201>

ANNEXES : LISTE DES PUBLICATIONS

(1) Gasquet-Blanchard C., 2014, Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg, des pathologies exemplaires illustrant de multiples enjeux de la santé globale ; *Santé globale & globalisation de la santé. Pour une anthropologie des politiques mondiales de santé*, Journal des anthropologues, novembre-décembre 2014
<https://journals.openedition.org/jda/4403>

LES FIÈVRES HÉMORRAGIQUES À VIRUS EBOLA ET MARBURG LES MULTIPLES ENJEUX D'UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ

Clélia GASQUET-BLANCHARD*

L'Afrique de l'Ouest est actuellement touchée par une épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) qui sévit depuis début 2014. On dénombre début juin 226 morts et 351 cas en Guinée, Sierra Leone et au Liberia (WHO, 2014). Mi-juin une recrudescence des cas montre que les phases de préparation et réponse aux épidémies doivent être améliorées. Elles sont marquées au niveau international, par une mobilisation parfois trop lente et un manque de coordination et au niveau national, par des conflits qui doivent être évités pour mieux endiguer l'épidémie.

Ebola et Marburg au regard de la santé globale ?

Le virus Ebola, se décline en différentes espèces¹ (Kuhn *et al.*, 2010), plus ou moins pathogènes pour l'homme. Dans son cycle

* Département SHSC, EHESP (École des hautes études en santé publique)
Avenue du Professeur Léon-Bernard – CS 74312 – 35043 Rennes cedex
Courriel : Clelia.Gasquet@chesp.fr

¹ L'Ebola Zaïre (identifié en 1976) est la plus pathogène pour l'homme (taux de mortalité de 88%), l'Ebola Soudan (1976, taux de mortalité de 50 à 60%), l'Ebola Côte d'Ivoire (1994 à partir d'un seul cas humain), l'Ebola

selvatique, le virus Ebola se maintient au cœur de la forêt notamment en Afrique Centrale au sein de son réservoir (une chauve-souris frugivore) qui transmet l'infection en entrant en contact direct (morsure) ou indirect² avec les espèces sensibles³. Concernant la contamination de l'homme, cette zoonose se transmet par contact direct avec un animal contaminé, une carcasse infectée ou le réservoir du virus (Leroy *et al.*, 2009). Elle infecte particulièrement les chasseurs-cueilleurs vivant dans les forêts primaires et secondaires. Les fièvres hémorragiques à virus Marburg (FHV) et Ebola sont graves, en raison de leur taux de mortalité (jusqu'à 90%) et de leur contagiosité élevés. Ces virus sont parmi les plus virulents. La période d'incubation est comprise entre 5 et 20 jours puis se déclare une fièvre aigue accompagnée d'une faiblesse intense, de myalgies, céphalées, vomissements, diarrhées, éruptions cutanées, maux de gorges et souvent d'hémorragies fatales. Au sein d'une population humaine, les virus Ebola et Marburg se transmettent par contact direct avec le sang, les sécrétions, les organes ou des liquides biologiques des sujets infectés. L'apparition de cas secondaires se développe dans le milieu familial lors des soins prodigués au malade, des cérémonies funéraires ou en milieu sanitaire (centre de santé, hôpital, médecine traditionnelle ou auprès d'un pasteur-soignant⁴ de certaines confessions religieuses).

Comment évoquer Ebola et Marburg dans une réflexion sur la santé globale ? Depuis quelques années, la santé globale est souvent citée mais reste rarement définie dans la littérature scientifique francophone, et encore moins en géographie de la santé. Un seul article positionne la géographie de la santé par rapport à la santé globale sur le versant des questions d'équité et d'inégalités de santé (Brown

Bundibugyo (2007 – Ouganda, 25% de mortalité) et l'Ebola Reston (aucun cas clinique reporté, seule espèce asiatique connue, 1989 USA).

² À proximité des arbres fruitiers, lieu de rencontre des espèces.

³ Notamment les grands singes (gorilles, chimpanzés) chez qui on détecte des épizooties.

⁴ Certains pasteurs disposent au sein de leur église de « cliniques », participant également à faire de ces lieux de cultes des lieux de soins.

& Moon, 2012) occultant les questions de globalisation « médicales » relatives à la circulation transfrontalière des pathogènes. En épidémiologie, la définition du *Consortium of Universities for Global Health Executive Board*, fait référence en la matière et considère la santé globale autant comme : « Une notion (situation actuelle de la santé globale), un objectif (un monde de personnes en santé est condition de la santé globale) et un mélange de connaissances, recherches et pratiques (avec de nombreuses questions, problèmes, connaissances et compétences)⁵ » (Koplan *et al.*, 2009).

Cette définition rejoint l'idée que la santé globale repose sur un projet intellectuel et d'action ancien trouvant son socle au sein de la santé internationale et de la santé publique (Macfarlane *et al.*, 2008), filles des courants hygiénistes et de médecine tropicale (Koplan *et al.*, *op. cit.*). Ce contexte affirme le rôle spécifique des recherches et actions menées, en Afrique Centrale, berceau du virus Ebola. Parmi les fondements du concept de santé globale, dans le versant de la médecine tropicale, on trouve l'idée récurrente de se protéger, d'empêcher la diffusion des maladies émergentes à risque pandémique (Kerouédan, 2013) défi majeur que doit affronter la santé globale (Gurwitz *et al.*, 2014). Concernant Ebola et Marburg, les mesures sanitaires occidentales d'endigement des épidémies des FHV africaines promulguées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Lloyd & Perry, 1998a, 1998b), découlent de représentations forgées à partir d'une histoire plus ou moins récente, portée par l'idéologie humanitaire et de l'urgence et participant à forger le concept de santé globale. À travers l'examen de la constitution des FHV Ebola et Marburg comme risque local, spécifique puis globalisé, on démontre l'avènement d'une question sanitaire devenue globale et paradoxale. Pour ce faire, on appréhende l'internationalisation de la santé comme passant par la gestion médicalisée en vue de l'amélioration de la santé de tout individu, la

⁵ « Global health can be thought of as a notion (the current state of global health), an objective (a world of healthy people, a condition of global health), or a mix of scholarship, research, and practice (with many questions, issues, skills, and competencies) ».

mutualisation des expériences et la nécessité de réponses collectives (Nichter, 2008).

Dans cette visée transnationale, internationale puis globale, la portée intégrée de la santé trouve ses fondements politiques dans le socle institutionnel de sortie de la Seconde Guerre mondiale avec la création de l'OMS (1948), puis la déclaration d'Alma-Ata (1978). Cette globalisation se justifie par la nécessité de répondre aux nouvelles menaces d'un monde global, « source de pathogénéicité » et inscrit le projet, plus que le concept, dans une visée sécuritaire qui participe aux politiques néolibérales de développement (Atlani-Duaat & Vidal, 2013). Si depuis 15 ans, on connaît une augmentation de l'aide au développement en faveur de la santé, celle-ci, de plus en plus privatisée, oriente les décisions de la santé, (Buissonnière, 2012). Ces effets pervers impliquent que les bénéficiaires subissent souvent « le manque de coordination des donateurs et l'absence d'alignement des agendas » (Dômont, 2004). Aujourd'hui, les interventions restent majoritairement verticales et inscrites dans la temporalité de l'urgence, privilégiant rarement des actions visant à prévenir la transmission de la maladie ou à renforcer les systèmes locaux de santé (Kerouédan, 2010). On assiste seulement aux prémices de la prise en compte des pathologies non transmissibles comme problème de santé global, alors qu'il existe une nécessité réelle de prendre en compte ces questions (Peprah & Wonkam, 2013).

La notion d'urgence est essentielle concernant Ebola et Marburg. La décision de déclarer une crise sanitaire est politique et accordée de larges pouvoirs d'intervention aux officiers de santé (ou non) nationaux, partenaires locaux et/ou internationaux. L'urgence implique d'intervenir immédiatement concernant des situations « pour lesquelles l'action est condition de survie ». Une intervention globale devient également « prioritaire sur des situations collectives qui s'imposent par leur prégnance, quant à partir d'un certain seuil, « il devient urgent d'agir » (Séchet, 2006). Cependant le quotidien induit un des non-sens des actions de santé globale. L'intervention d'urgence lors d'une épidémie constitue une lutte pour

l'endiguement de celle-ci, cette modalité d'action revêt, selon des formes symboliques et concrètes, les aspects d'une guerre biologique, contre le virus, employant la maladie comme métaphore (Sontag, *op. cit.*), et portant le paradoxe de la santé globale. Durant l'épidémie, la maladie touche les individus d'une population vivant « l'intervention humanitaire » comme une guerre contre leur propre corps social malade, apeuré, en détresse. Celui-ci vit une intolérable intrusion en raison des actions de gestion, prise en charge, prévention qui paraissent étranges, incompréhensibles (l'hospitalisation inefficace de malades pour la survie), violentes (écues comme invasion par le groupe dominant) et temporaires (s'interrompant dès la fin de l'épidémie alors que d'autres maladies sévissent dans le village).

Nous traitons dans cet article des fondements et conditions scientifiques et politiques relatives aux FHV Ebola et Marburg qui ont pu contribuer à l'émergence du concept de santé globale participant à définir les modalités de lutte contre les épidémies. Pour ce faire, dans un premier temps, nous décrivons comment le contexte sanitaire actuel participe à l'un des concepts fondateurs de la santé globale, l'émergence virale ; dans un second temps, nous mettons en évidence le développement de visées sécuritaires hygiénistes internationalisées à travers la mise en norme de la gestion des épidémies d'Ebola et Marburg ; puis nous montrons les limites des politiques internationales en contradiction avec les réalités locales.

Un contexte sanitaire et scientifique nouveau à l'origine du concept d'émergence des pathologies infectieuses

L'apparition de virus⁶, jusque-là inconnus, durant les 40 dernières années, est à l'origine du concept d'infection émergente, proposé en 1989. Cette conceptualisation d'un phénomène rencontre un intérêt immédiat, justifiant en 1995 la création d'une nouvelle revue du Center of Disease Control (CDC) d'Atlanta *Emerging*

⁶ Marburg (1967), Lassa (1969), Ebola (1976), le VIH (1981).

Infectious Diseases. Le virologue S. S. Morse (1995) y développe sa pensée et définit l'émergence et la réémergence : « Des infections qui sont apparues récemment dans une population, ou qui ont déjà existé, mais dont l'incidence et la répartition géographique augmentent rapidement »⁷.

Sa réflexion suggère de fait l'idée d'un changement, d'une instabilité spatiotemporelle intéressant les virologues et organismes internationaux. En 1996 l'OMS crée la division de surveillance des maladies émergentes et autres maladies transmissibles⁸ qui définit plus largement les maladies transmissibles émergentes dans un souci de santé publique (notions de transmissibilité, contagiosité, résistances aux médicaments) (OMS, 1996). L'émergence devient une préoccupation essentielle de la virologie et de la santé publique et est susceptible d'influencer les actions des décideurs sanitaires, lesquels s'appuient sur le socle historique des connaissances.

Après l'inflexion qui, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, voit naître nombre d'idées nouvelles (Grmek, 1990) des découvertes convergentes et techniques plus efficaces modifient les savoirs et savoir-faire des sciences de la vie. Elles permettent d'identifier les premiers virus⁹ et constituent la première révolution virologique. Les découvertes s'accélérent dans les années 30¹⁰ faisant des virus une réalité empirique. Dans les années 40-60, les progrès sont extraordinaires et marqués du succès de l'éradication de la variole (1977). Cette révolution s'inscrit dans un processus plus large qui aboutit au développement de techniques de biologie moléculaire permettant de découvrir et caractériser plusieurs virus (Hépatites C et E) avant même de les isoler pour les cultiver. Ce que l'on appelait peste il y a quelques siècles est identifié, expliqué, classifié dans une famille parasitaire, bactérienne ou virale (Debré & Gonzalez, 2013 ;

⁷ « Recently appearing infections in a population or which have already exist but their incidence and area reparation increase rapidly ».

⁸ Survey Division of Emerging and Transmitted Disease.

⁹ Les virus de la mosaïque du tabac et de la fièvre aphteuse sont découverts en 1894, 1898.

¹⁰ Isolement de la grippe A en 1933.

Gonzalez & Fair, 2013). On met au point des antiviraux en même temps que l'on prend conscience de l'importance des maladies virales chroniques ou lentes, comme celles associées aux rétrovirus (Chastel, 2006). Ces avancées induisent une prise de conscience : pour la plupart des virus, l'aire de diffusion est mondiale. La diversité des conditions épidémiologiques explique que les infections virales puissent survenir sur un mode sporadique, épidémique, endémique ou pandémique (Huraux *et al.*, 2003). La globalisation des flux de personnes, de biens, et en conséquence des agents pathogènes, participe à un positionnement sécuritaire global alimentant la définition de santé globale. Les connaissances des risques liés à Ebola et Marburg se sont structurées à partir des expériences et données collectées durant différentes épidémies. Ces pathologies prennent la tête du cortège des maladies qui influencent fortement les directions prises par la santé globale.

En 1967, dans un contexte de guerre froide, la première émergence de FIVM a lieu en Yougoslavie et en Allemagne, dans des institutions scientifiques. Si la médiatisation de cette émergence est faible, cet événement a un impact politique et scientifique important, qui mobilise des ressources scientifiques, techniques et thérapeutiques qui n'auraient pas pu être mises en œuvre dans un village enclavé d'Afrique Centrale et dont le résultat limite la diffusion de la maladie (31 cas) et la mortalité associée (22,6%). En revanche, les émergences simultanées d'Ebola survenues en Afrique Centrale en 1976 confirment l'hypothèse du virus tueur. Dès son émergence au Soudan dans la ville de Nzara¹¹ et en république démocratique du Congo (RDC) dans le village de Yambuku¹², Ebola s'impose d'emblée comme un problème bien plus grave que Marburg influençant durablement les représentations paniques des opinions scientifiques, sanitaire et publique : Marburg est un virus de laboratoire et Ebola la nouvelle « Peste Noire des temps modernes » (Chastel, *op. cit.*).

¹¹ 284 cas et 151 décès, 53,2% de mortalité.

¹² 318 cas, 280 décès, 89% de mortalité.

En 1989, Ebola émerge dans un laboratoire dans la ville de Reston à quelques kilomètres de la Maison Blanche (USA), sous une forme peu ou pas pathogène pour l'homme, touchant gravement des singes importés des Philippines¹³. L'évènement apparaît exceptionnellement grave. À cette date, nait le concept d'émergence virale et s'effondre le bloc de l'Est. La simultanéité de ces évènements permet d'identifier le virus comme une nouvelle cible idéologique et rend consensuel le caractère prioritaire de la lutte contre les virus¹⁴.

En 1995, l'épidémie de Kikwit (RDC) cause un drame mobilisant l'aide internationale et humanitaire (Heymann *et alii*, 1999) ; elle a lieu un an après la publication de l'ouvrage de littérature policière de R. Preston (1994)¹⁵ et contribue à une médiatisation de la maladie décrite comme envahisseur : « L'attaque par Ebola est explosive... vous semblez perdre votre capacité à répondre à une attaque virale. Votre organisme devient une ville assiégée »¹⁶.

L'épidémie est abondamment commentée par les services sanitaires¹⁷ et les médias internationaux¹⁸ : « En 1995, la réponse de la presse et des tabloïdes concernant Kikwit était extraordinaire et imprévue. La dernière semaine de cette épidémie a eu lieu dans une atmosphère telle qu'elle légitimait une surexploitation de l'évènement par les journaux »¹⁹ (Peters & Leduc, 1999).

¹³ 60 décès pour 75 singes malades subissant cette enzootie.

¹⁴ Remplacé au début des années 2000 par les préoccupations bioterroristes, n'occultant d'ailleurs pas la question de la pathologie virale.

¹⁵ L'ouvrage *Outbreak* s'inscrit dans cette ligne. Son adaptation au cinéma sort en salle le 10 mars 1995 à Hollywood.

¹⁶ « The attack by Ebola is explosive... and you seem to lose your ability to respond to a viral attack. Your body becomes a city under siege ».

¹⁷ Notamment le Center of Disease Control d'Atlanta.

¹⁸ La chaîne de télévision CNN médiatise particulièrement l'épidémie.

¹⁹ « In 1995, the press and tabloid response in Kikwit was extraordinary and unanticipated. The last week of this epidemic took place in an unprecedented atmosphere of legitimate news reporting and tabloid exploitation ».

L'épidémie de Mekouka²⁰ (Gabon, 1994), campement d'orpailleurs, et celle de Mayibout²¹ (Gabon, 1996) apparaissent mineures par rapport à celle de Kikwit (316 cas et 249 décès), ville de 200 000 habitants où les deux hôpitaux jouent un rôle amplificateur provoquant de nombreuses infections nosocomiales. Le personnel médical est gravement touché. Cette épidémie constitue un référent majeur pour les organisations internationales et les chercheurs qui y ont à la fois collecté beaucoup de matériel biologique et acquis de l'expérience sur la gestion des crises. Outre les risques pour les personnels de santé exposés aux malades, des patients accueillis en consultation ou hospitalisés se retrouvent infectés de même que certaines personnes venues visiter un malade. La maladie trouve un itinéraire de transmission via les réseaux sanitaires et sociaux (familiaux ou solidaires) (Roels & Bloom, 1999).

Ces découvertes et l'expérience acquise à Kikwit participent à la publication par la Division de surveillance des maladies émergentes, de deux ouvrages de référence²² amorçant la mise en place du protocole universel de la conduite à tenir lors d'une épidémie. Ils sont le reflet du tournant que prend la santé internationale et illustrent la place spécifique d'Ebola. L'enjeu prioritaire est le diagnostic²³. Celui-ci posé, le patient doit être pris en charge et soigné. Il n'existe à ce jour ni vaccin, ni traitement : les mesures restent symptomatiques (antipyrétique, anti-diarthéique et réhydratation). Les cas graves doivent être placés en soins intensifs. La protection des soignants et l'endiguement de l'épidémie sont des problématiques fondamentales face à cette pathologie. L'ensemble du personnel de santé doit être informé de la nature de la maladie et des voies de transmission, notamment les gestes liés aux actes

²⁰ 51 cas et 31 décès.

²¹ Elle provoque la mort de 21 personnes parmi les 31 malades recensés.

²² Lloyd & Perry (1998a, 1998b) définissent des protocoles hygiéniques, destinés aux futurs intervenants de terrain.

²³ Grâce à des tests spécialisés sur les échantillons de sang réalisés dans les conditions de confinement rigoureuses en laboratoire de haute sécurité (P4).

médicaux, et respecter un protocole de sécurité lors des soins normés²⁴ et effectués en isolement en vue d'éviter toute contamination. La surveillance épidémiologique vise à la recherche des sujets-contacts et au suivi de toute personne susceptible d'avoir été exposée au virus. Dans la réalité, les consignes sont adaptées aux possibilités locales et au contexte épidémique.

En juillet 1996, une nouvelle épidémie (60 cas et 45 décès) touche le Gabon, dans la région de Booue (7 000 habitants). Plusieurs mois s'écoulent entre l'apparition du premier cas et la reconnaissance de l'épidémie. On observe le rôle amplificateur d'un tradithérapeute consulté par un malade dont la maison est le lieu de transmission de 16 nouveaux cas. L'épidémie semble s'être interrompue, mais une seconde vague touche trois villages alentour et un campement forestier (Georges *et al.*, 1999). Fin 96, le Centre international de recherches médicales de Franceville (CIRMF) reçoit des prélèvements sanguins permettant la confirmation officielle de l'épidémie de FHVE et la mise en place d'un comité ministériel de crise, d'une équipe internationale (ministère de la Santé, CIRMF, armée gabonaise, OMS). Un local d'isolement est installé dans l'hôpital et un cordon sanitaire est organisé pour éviter le déplacement des malades ainsi qu'un service de protection des personnels médicaux en raison du climat général d'efflolement²⁵. La plupart des cas (25) se déclarent à Booue, mais 15 apparaissent à Libreville, participant à la globalisation de l'épidémie. On relève 4 cas de contamination dans la capitale, dont 1 médecin internationalisant l'épidémie : évacué à Johannesburg, Afrique du Sud, il y contamine l'infirmière qui le soigne et qui décède.

²⁴ Le personnel hospitalier doit porter blouses, gants, masques, individus et lunettes de protection, non réutilisables sans avoir été désinfectés.

²⁵ Les équipes trouvent « une ville où régnait la peur, les structures de santé [étaient] presque vides, abandonnées » (Georges *et al.*, *op. cit.*).

Le tournant des années 2000 : vers la globalisation du phénomène Ebola

Après Booue et en raison d'infrastructures et de systèmes de soins souvent déficients, les pays touchés par ces épidémies font quasiment toujours appel à l'OMS²⁶ et organisations humanitaires complémentaires. On observe à travers l'histoire de la gestion des épidémies une internationalisation des intervenants.

Face à ce nouveau fléau, apparaît un type nouveau de gestion sanitaire globale : le *Global Outbreak and Alert Response Network*²⁷ (GOARN²⁸). Suite à la réunion des partenaires internationaux, politiques et scientifiques à Genève en 2000, ce réseau voit le jour en s'appuyant sur les institutions existantes et de nouveaux partenaires, dans le but « de faire face aux menaces mondiales que représentent les maladies à tendance épidémique et les maladies émergentes » (Lloyd & Perry, 1998a). Quiti neuf, le GOARN illustre la mise en place d'une gestion en réseau couvrant pour la santé globale. Il s'agit d'un dispositif technique de collaboration entre institutions et réseaux mettant leurs ressources en commun pour identifier, confirmer et répondre rapidement aux épidémies de portée internationale²⁹. La mise en pratique de ces outils de lutte est ici analysée en retraçant les événements de 2001-2002 lors de l'épidémie ayant sévi dans la région frontalière du Gabon et de la république du Congo³⁰.

²⁶ Lors de l'épidémie de Kelle (2003), sont associés à l'équipe du CIRMF un épidémiologiste et un anthropologue. L'OMS AFRO constitua une équipe.

²⁷ Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie.

²⁸ Courriel : goarn@who.int

²⁹ Le développement du réseau est supervisé au sein de l'OMS, l'équipe du *Global Alert Response* (GAR) coordonne la réponse internationale aux épidémies.

³⁰ Notre propos s'appuie ici sur le Rapport de mission de coordination des épidémies de FHVE Gabon/Congo (octobre 2001/mai 2002) de l'OMS (Genève-HQ). Cette épidémie toucha 180 personnes, et provoqua la mort de 97 d'entre elles.

En 2001-2002, des épidémies d'Ebola apparaissent de part et d'autre de la frontière gabono-congolaise, mobilisant rapidement les instances internationales de protection de l'environnement (ECCOFAC³¹, WWF³², WCS³³). Plusieurs chasseurs partis seuls ou en groupe dans leurs campements reviennent malades au village. Quatre foyers épidémiques apparaissent au Gabon et deux au Congo dans les villages à proximité de la ville forestière de Mékambo (Gabon).

La déclaration de l'épidémie en décembre 2001, montre une réponse institutionnelle assez rapide. Le ministre de la Santé gabonais lance ses stratégies de lutte à travers l'intervention de ses équipes et de celles de la santé militaire et du CIRMF. Le gouvernement prend en charge la gestion et le financement des activités renforçant la sensibilisation et l'éducation à la santé des populations avec le concours des autorités locales. Hôpital de brousse et chambres d'isolement sont créés à Mékambo. Quarante personnes travaillent sur le site. L'État sollicite l'appui de l'OMS (coordination, mobilisation des ressources humaines et organisation de la lutte). Une équipe internationale est déployée à Mékambo mi-décembre. Les activités de lutte portent sur la surveillance épidémiologique, l'isolement et la prise en charge des cas, la mobilisation sociale, ainsi que l'appui logistique aux États. Les bases de l'équipe se trouvent à Mékambo et Makokou (capitale de la province).

L'identification de malades congolais contraint les autorités sanitaires du pays à demander l'appui d'une équipe internationale de riposte impliquant la désignation d'un coordonnateur du Comité international de coordination technique et scientifique de lutte au Gabon et au Congo et en conséquence l'internationalisation transfrontalière de l'intervention.

³¹ Programme européen des écosystèmes forestiers d'Afrique Centrale.

³² World Wildlife Foundation.

³³ World Wildlife Conservation Society.

Selon les préconisations de l'OMS des barrières de protection dans les centres d'isolement de Makokou et Mékambo sont mises en place mais les structures sont très peu utilisées lors de l'épidémie de Mékambo³⁴, du fait d'un taux de mortalité y avoisinant les 80%, participant au développement de réticences des familles des victimes envers l'hôpital et les centres d'isolements (Gabon) rebaptisés « mouroirs ». En république du Congo, les lazarets de proximité installés dans les villages en fin d'épidémie ne reçoivent aucun malade car les populations étaient hostiles au transfert des malades et le gouvernement congolais fut favorable au traitement à domicile de peur d'exporter l'épidémie à Mbomo (première ville moyenne congolaise après la frontière).

Après ces événements, plusieurs épidémies de FHVÉ sévèrent encore en Afrique Centrale notamment dans des localités de république du Congo entre 2002 et 2005. Nous évoquons celle de 2002-2003.

L'épidémie de Kelle signe un lourd bilan (143 cas, 128 décès). Début décembre 2002, la population et les organismes de gestion de la faune rapportent des cadavres de grands primates diagnostiqués Ebola. En janvier, une mission d'information et mobilisation sociale du ministère de la Santé congolais et de l'OMS est organisée sur place. Suite à une cérémonie funéraire six nouveaux cas sont recensés et notifiés au ministère et au GAR, qui effectue une mission en février avec l'OMS et le CIRMF. Les contraintes de terrain sont lourdes et décrites comme liés « au refus de la communauté des mesures de contrôle et au reniement du modèle explicatif biomédical » (Formenty *et al.*, 2003). La stratégie classique inclut l'information du public, mais dans les faits « le volet d'éducation sanitaire [est] délaissé, les enterrements et l'isolement déshumanisés » (Formenty *et al.*, *ibid.*) : des patients sont morts seuls à l'hôpital. Dans une région déjà durement touchée en

³⁴ 14% des malades hospitalisés, dont la majorité pendant la première phase de lutte.

2001-2002 et ce contexte de réémergence de la maladie, quatre enseignants sont lynchés à mort par une foule prise de panique.

L'adhésion des populations aux messages de prévention est une question récurrente autour d'Ebola. Le caractère épisodique des épidémies de FHVE durant la décennie 1995-2005, au Gabon et en République du Congo, impose des directives soutenues de surveillance épidémiologique de proximité pendant les épidémies, comme après.

Ainsi le gouvernement gabonais en 2002, puis le gouvernement congolais, en 2003 appuyés par l'OMS, obtiennent de la Banque africaine de développement (BAD) une aide financière pour un programme de prévention et le contrôle des futures flambées de FHVE. Conjointement avec les ministères de la Santé du Gabon et de la République du Congo, la BAD finance deux programmes nationaux de lutte contre la FHV Ebola. Ces programmes ont pour objectif de former des relais communautaires Ebola. Une formation de quelques jours, initiée en 2001, est poursuivie en 2005 et réalisée par l'OMS et MSF. Elle informe et sensibilise les agents de santé, chefs de villages et personnes volontaires sur les risques liés à Ebola. Ces derniers ont ensuite pour mission de diffuser l'information auprès des populations.

L'adhésion des populations est jugée indispensable pour juguler efficacement les épidémies. Mais ces programmes occultent que les campagnes ne sont pas assez longues ni assez adaptées au contexte local pour acquiescer l'adhésion des populations. Les multiples émergences du virus au Gabon (1994-1996) puis en République du Congo liées aux épizooties sévissant dans les forêts ont structuré les messages de prévention, mal perçus par les populations (Epeboin & Fornemty, 2011). Notamment parce que ces derniers sont exclusivement fondés sur des critères intégrant les constats de contamination par les primates morts ou malades mais ne prenant pas en compte la notion de réservoir (suspecté mais encore non avéré). Comment adhérer à un discours ou l'activité de chasse (qui procure la quasi totalité des apports en protéines) serait une pratique à risque ? Parcellément, l'interdiction de ramasser en

brousse des animaux morts laisse supposer que le chasseur n'a pas tué ses proies, ce qui constitue une atteinte à l'identité masculine. Concernant la diffusion de la maladie, le plus souvent les familles des victimes se rendent à l'hôpital pour leurs malades ; insinuer qu'elles ne le font pas et sous-entendre qu'elles ne se soignent qu'à l'*Indigena* et à l'église, c'est penser à tort qu'elles ignorent la médecine moderne. Le fait est que la plupart d'entre elles n'y a simplement pas accès. D'autres se sont vues interdire de visiter leurs malades proches, qu'on leurs a rendus mort. À cela s'ajoute que les populations craignent l'inadéquation entre préconisations énoncées de prévention et manque de ressources des structures sanitaires, la plupart ne disposant pas de gants, coton, alcool ou javel. L'impossibilité de mettre en œuvre efficacement ces injonctions discrédite ces campagnes et renforce les réticences de la population.

Ces mesures sanitaires occidentales sont légitimées *a priori* par leur dimension « humanitaire » et donnent une caution morale à des actes de pouvoirs qui imposent aux populations des contraintes lourdes. Dans les représentations locales, la crise épidémique et sa gestion se retrouvent associées à vécues comme des processus de domination. Cette guerre biologique revêt des formes symboliques et concrètes, que les populations remettent en cause (Foucault, 2004), dans la mesure où les actions de lutte étrangères sont aussi intrusives qu'inefficaces pour la survie des malades. La contestation apparaît comme une manifestation concrète de la confrontation d'intérêts divergents qui vont au-delà de l'incompréhension ou de la non-adhésion aux savoirs biomédicaux. Les interventions biomédicales sont incontestablement politiques et leur contestation constitue des actes de résistance, non pas tant vis-à-vis des enjeux sanitaires que des motifs implicites qui les sous-tendent répondant à la violence symbolique d'une gestion globale de la santé individuelle. Face à l'infiltration d'une forme de contrôle et de pouvoir dans l'espace de la quotidienneté, la contestation exprime une opposition à l'autorité, une affirmation de soi. Comme cela fut le cas en 2002, dans certains villages gabonais où les gens empêchèrent, en barbant les routes, le passage des équipes médicales pour se rendre sur

certaines sites épidémiques. Cette expression de refus face aux schémas impersonnels et déshumanisants des interventions sanitaires, constitue une forme d'affirmation de singularité, de distinction, voire une revendication identitaire d'autonomie en période épidémique comme post-épidémique. Les populations ont compris qu'Ebola mobilise davantage les institutions internationales que le paludisme ou la fièvre jaune. Le statut d'ancien malade, ou de personnes vivant en « zone sinistrée » s'avère utile pour revendiquer un droit à la santé, à l'éducation, à l'eau potable, au réseau téléphonique, etc. On use du corps (individuel ou social) en le biotégrant pour revendiquer le droit à une existence décente (Fassin & Memmi, 2004). Le corps habituellement dénié et ignoré est exposé comme vecteur politique, parce que reconnu dans ces situations de crise et d'urgence sanitaire. L'atteinte organique se reconfigure de façon subversive pour revendiquer des droits sociaux.

Les événements de 2001 et 2003 attestent de l'importance de la communication entre intervenants et populations en contexte d'urgence sanitaire. À l'issue de ces épidémies, compte tenu de l'hostilité des populations, les équipes médicales tentent de redonner un sens, une dimension ritualisée aux enterrements déstructurés par les mesures sécuritaires, enterrant les objets ayant appartenu au mort, au lieu de les incinérer, présentant leurs condoléances aux familles ou leur proposant une aide matérielle (Épelboin *et al.*, 2012). La prise en charge progressivement se réoriente.

En émergeant sur le continent africain³⁵ Marburg n'est plus perçu comme un virus de laboratoire³⁶ et ses représentations

³⁵ En 2004, sévit dans la province de Lige (Angola) une épidémie meurtrière de Marburg touchant sept localités dont Luanda. La mortalité est de 92,49%. MSF détecte 374 cas et 329 décès suspects (Jeffs & Roddy, 2007). L'OMS, le CDC d'Atlanta et MSF envoient sur place des équipes médicales et deux laboratoires de terrain sont installés. Dix-huit membres des équipes soignantes décèdent. La transmission auprès des N'ganga et dans les structures hospitalières est importante.

³⁶ D'une épidémie en Europe (Marburg : 5 décès sur 23 cas, Frankfurt : 2/6 et Belgique : 0/2) et quelques cas isolés, le virus de Marburg montre des capacités létales similaires à Ebola.

évoluent. Les différences de mortalité entre l'Allemagne (22%) et l'Afrique subsaharienne (87%) interrogent les scientifiques sur des questions biologiques³⁷, mais les chercheurs commencent à considérer que l'accompagnement du malade et les conditions de prise en charge influencent l'issue de l'infection (Bausch *et al.*, 2007). D'une réponse à l'orientation uniquement épidémiologique et biomédicale, provoquant une incompréhension culturelle et sociale et aboutissant à des tensions néfastes au contrôle de l'épidémie, on passe à l'incontournable présence d'anthropologues médicaux dans les équipes et à plus de mixité institutionnelle. Ces inflexions liées à l'expérience acquise au cours de la gestion des différentes épidémies contribuent à réduire les incompréhensions qui restent pourtant encore fréquentes.

Conclusion

Appréhender l'histoire des émergences des FHV Ebola et Marburg au regard de leur actualité en Afrique de l'Ouest illustre le parallèle existant entre la globalisation des modes d'émergences de ces pathologies et leur rôle dans la définition des normes structurant la santé globale et son paradoxe. À l'issue d'un positionnement introductif de notre acception de la santé globale, on a montré que le contexte sanitaire et scientifique de la santé dernier a participé au concept d'émergence virale en parallèle de l'émergence de la virologie. Partie d'un risque local, devenu nosocomial, la vision panique, hygiéniste et sécuritaire de ces virus mobilise rapidement l'ensemble des acteurs internationaux, multipliant les équipes sur les lieux des épidémies, complexifiant la communication entre populations touchées et équipes internationales, lentes à se mobiliser, ainsi qu'entre équipes elles-mêmes et entre pays touchés par la crise. La globalisation des phénomènes épidémiques et leur gestion montrent que malgré leur dessein de protection des populations, elle déshumanise par certaines pratiques les individus, en ignorant leurs voisins dont l'accès aux soins est inexistant.

³⁷ Pathogénécité, virémie, immunodéficience...

L'examen des temporalités courtes de la crise et une lecture de l'association d'un phénomène sanitaire et de sa conceptualisation scientifique et politique permettent de mieux cerner le changement de paradigme dans la surveillance sanitaire globale. L'appropriation du concept par le politique, ne doit pas faire oublier que la « santé pour tous » se joue avant tout en amont dans des déterminants concrets d'accès au logement, à l'hygiène, à une alimentation équilibrée...

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ATLANI-DUAULT I., VIDAL I., 2013. « Le moment de la santé globale : formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale », *Revue Tiers Monde*, 215(3) : 7-16.
- BAUSCH D. G., FELDMANN H., GEISBERT T. W., 2007. « Outbreaks of Filovirus Hemorrhagic Fever: Time to Refocus in the Patient », *Journal of Institute Diseases* (suppl. 2) : 196.
- BROWN T., MOON G., 2012. « Commentary: Geography and Global Health », *The Geographical Journal*, vol. 178(1) : 13-17.
- BUISSONNIÈRE M., 2012. « La nouvelle donne de la santé globale : dynamiques et écueils », *International Development Policy*, 3. Online : <http://poldev.revues.org/953>.
- CHASTEL C., 2006. *Virus émergents, vers de nouvelles pandémies ?* Paris, Vuibert/Adapt-Snes.
- DEBRÉ P., GONZALEZ J.-P., 2013. *Vie et mort des épidémies*. Paris, Odile Jacob.
- DÔMONT A., 2004. « Santé globale : vers une nouvelle architecture du système de santé (l'exemple de la médecine du travail) », Communication au Sénat, colloque *Vers une nouvelle architecture du système de santé ?* Paris le 24 avril 2004.
- ÉPELBOIN A., FORMENTY P., 2011. « Anthropologie sociale et culturelle et lutte contre les épidémies de fièvre Ebola et Marburg » in LEPORT C., GUEGAN J.-F. (dir.), *Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives*. Haut Conseil de la santé publique. Paris, La Documentation Française.

- ÉPELBOIN A., ODUGLEH-KOLEV A. & FORMENTY P., 2012. « Annexe 13. Contribution de l'anthropologie médicale à la lutte contre les épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg » in *Épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation*, WHO/HSE/GARBDP : 87-93.
- FASSIN D., MEMMI D., 2004. *Le gouvernement des corps*. Paris, EHESS.
- FORMENTY P., LIBAMA F., ÉPELBOIN A. et al., 2003. « L'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en République du Congo, 2003 : une nouvelle stratégie », *Médecine Tropicale*, 63(3) : 291-295.
- FOUCAULT M., 2004 [1978-1979]. *Naissance de la biopolitique*. Paris, Gallimard.
- GEORGES A. J., LEROY E. M., RENAULT A. A. et al., 1999. « Ebola Hemorrhagic Fever Outbreaks in Gabon, 1994-1997: Epidemiologic and Health Control Issues », *Journal of Infectious Diseases*, 179 (suppl. 1) : S65-75.
- GONZALEZ J.-P., FAIR J., 2013. « From Biosecurity to Emerging Diseases: A Relentlessly Changing Paradigm », *Tropical Medicine & Surgery*, vol. 1(1) : e102.
- GREMK M., 1990. *La première révolution biologique : réflexions sur la physiologie et la médecine du XVIIe siècle*. Paris, Payot.
- GURWITZ A., IMPERATO P. & LEVITT A., 2014. « Deadly Outbreaks – How Medical Detectives Save Lives Threatened by Killer Pandemics, Exotic Viruses, and Drug-Resistant Parasites », *Journal of Community Health*, vol. 39(1) : 191-192.
- HEYMANN D. L., BARAKAMPITTYE D., SZCZENIOWSKI M. et al., 1999. « Ebola Hemorrhagic Fever: Lesson from Kikwit, Democratic Republic of the Congo », *Journal of Infectious Diseases*, 179 (suppl. 1) : S283-286.
- HURAUX J.-M., NICOLAS J.-C., AGUT H. et al., 2003. *Traité de virologie médicale*. Paris, Elsevier.
- JEFFS B., RODDY P. et al., 2007. « The Médecins Sans Frontières Intervention in the Marburg Hemorrhagic Fever Epidemic, Uige,

- Angola, 2005. I. Lessons Learned in the Hospital », *Journal of Infectious Diseases*, 196 (suppl. 2) : S154-161.
- KEROUÉDAN D., 2010. « Les enjeux politiques de l'évaluation à cinq ans du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose, et le paludisme », *Médecine Tropicale*, 70 : 19-27.
- KEROUÉDAN D., 2013. « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde : émergence de la Global Health en Afrique subsaharienne », *Revue Tiers Monde*, 215 : 111-127.
- KOPLAN J. P., BOND T. C., MERSON M. H. *and al.*, 2009. « Towards a Common Definition of Global Health », *The Lancet*, 373 (9679) : 1993-1995.
- KUHN J. H., BECKER S., EBIHARA H. *and al.*, 2010. « Proposal for a Revised Taxonomy of the Filoviridae: Classification Names of Taxa and Viruses, and Virus Abbreviations », *Archives of Virology*, vol. 55(12) : 2083-2103.
- LEROY E. M., ÉPELBOIN A., MONDONGE V. *and al.*, 2009. « Human Ebola Outbreak Resulting from Direct Exposure to Fruit Bats in Luabo, Democratic Republic of Congo, 2007 », *Vector-Borne and Zoonotic Diseases*, vol. 9(6) : 723-728.
- LLOYD E., PERRY H., 1998a. *Contrôle de l'infection en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain*. Genève, Publications OMS, Division des maladies émergentes et autres maladies transmissibles, surveillance et lutte. <http://www.who.int/emc>
- LLOYD E., PERRY H., 1998b. *Guide OMS pour la préparation et la riposte aux épidémies : fièvre hémorragique à virus Ebola*. Genève, Publications OMS, Division des maladies émergentes et autres maladies transmissibles, surveillance et lutte. <http://www.who.int/emc>
- MACFARLANE S., JACOBS M. & KAAYA E., 2008. « In the Name of Global Health: Trends in Academic Institutions », *Journal of Public Health Policy*, vol. 29(4) : 383-401.
- MORSE S. S., 1995. « Factors in the Emergence of Infectious Diseases », *Emerging Infectious Diseases*, 1 : 7-15.
- NICHTER M., 2008. *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tucson, University of Arizona Press.
- OMS, 1996. *Rapport sur la santé dans le monde, 1996 - L'état de la santé dans le monde*. Genève.
- PEPRAH E., WONKAM A., 2013. « Biomedical Research, a Tool to Address the Health Issues that Affect African Populations », *Globalization and Health*, vol. 9, UNSP 50.
- PETERS C. J., LEDUC J. W., 1999. « An Introduction to Ebola: the Virus and the Disease », *Journal of Infectious Diseases*, 179 (suppl. 1) : ix-xvi.
- PRESTON R., 1994. *The Hot Zone*. New York, Anchor.
- ROELS T. H., BLOOM A. S. *and al.*, 1999. « Ebola Hemorrhagic Fever, Kikwit, Democratic Republic of the Congo, 1995: Risk Factor for Patients Without a Reported Exposure », *Journal of Infectious Diseases*, 179 (suppl. 1) : S92-97.
- SÉCHET R., 2006. « Quand le risque et l'urgence cachent les vulnérabilités et les inégalités... », in SÉCHET R. & VESCHAMBRE V. (eds), *Penser et faire la géographie sociale, Contributions à une épistémologie de la géographie sociale*. Rennes, PUR.
- SONTAG S., 2009. *La maladie comme métaphore, le sida et ses métaphores*. Paris, Christian Bourgeois éditions.
- WHO, 2014 : http://www.who.int/csr/don/2014_06_10_ebola/en/

Résumé

L'article éclaire de manière critique les enjeux gravitant autour du concept de « santé globale » au travers de l'examen des flambées épidémiques de fièvre hémorragique à virus Ebola (EHVE) qui sévissent en Afrique Centrale. Les changements et renouvellements de leur gestion par les institutions internationales illustrent certains enjeux actuels de la globalisation de la santé. Ils nous renseignent également sur les évolutions de paradigmes de la biomédecine au cours des quarante dernières années : découvertes

G comme...

Global health

Virginie Chasles & Clélia Gasquet-Blanchard

L'expression de *global health* soulève de multiples questions. La première d'entre elles est liée tout à la fois à sa traduction et sa définition. Concernant le premier aspect, la littérature francophone révèle de multiples traductions, parmi lesquelles santé globale, santé mondiale ou bien encore santé internationale. Cette absence de consensus linguistique met implicitement en lumière l'absence de consensus conceptuel autour de cette expression. Que retenir alors ?

Quelle acception du terme ?

Il semble que dans sa traduction francophone la « santé globale » vise à s'émanciper de la santé internationale et de la santé mondiale, dans le but d'établir ses propres principes fondateurs qui seraient i) une santé pour tous, régie par un principe d'équité, ii) une santé par tous (étendue à un grand nombre d'acteurs, y compris les malades et les représentants de malades), iii) la santé dans tout (notamment dans toutes les politiques, et incluant alors le principe de prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé (Garay, Harris, Walsh, 2013). Ce dernier aspect renvoie à une confusion fréquente entre *global health* et santé globale, celle-ci étant fréquemment réduite à sa multidimensionnalité. En 2009, a émergé une définition permettant une acception large du terme : « La santé globale peut être considérée comme une notion (état actuel de la santé globale), un objectif (un monde de personnes "en santé", condition de la santé globale), un champ de recherche mélangeant, bourses d'étude, recherche

et pratique (suscitant de nombreuses questions, hypothèses, attitudes et compétences)» (Koplan, 2009). Cette approche a le mérite de penser la santé globale comme devant permettre de prendre en compte une multitude d'acteurs (entreprises privées, organismes de recherches, décideurs politiques, citoyens, etc.), même si, dans les faits, cette démarche est encore toute relative.

Par ailleurs, quels sont les enjeux affichés et réels de la *global health*? Est-elle souhaitable? Ne constitue-t-elle pas elle-même un risque pour la santé en l'état actuel d'absence de décisions politiques fortes et suffisantes en amont pour faire basculer la balance en faveur d'une amélioration durable à l'échelle mondiale des déterminants de la santé? Ne serait-il pas plus opportun de décloisonner l'approche en se focalisant sur le développement (des individus et des territoires)? En cela, il s'agirait alors de repartir des échelles locales pour montrer comment le lien au terrain, au vécu, à la pratique, pourrait participer à repenser le développement lui-même.

À l'échelle internationale les orientations stratégiques des instances onusiennes imposent aux États, particulièrement à ceux des pays en développement, des programmes qui participent, par des injonctions contradictoires, à laisser les pays dans un « vide stratégique et technique face à la complexité des méthodes et des mécanismes de couverture du risque maladie et de protection sociale à mettre en place concrètement » (Kerouedan, 2010), comme par exemple l'injonction à un accès aux soins primaires universel alors que les systèmes de couvertures sociales apparaissent dysfonctionnels. En réponse à l'incapacité de certains États à répondre à ces injonctions, on fait le constat, paradoxalement, de la montée en charge des bailleurs privés, ce qui a pour conséquence de diminuer encore les prérogatives des États dans le secteur de la santé, exposant les populations à des inégalités grandissantes tout en diminuant le rôle, normalement structurant, des tutelles internationales, de plus en plus dépendantes des bailleurs privés [voir aussi « L comme Inégalités territoriales de santé »]. La décision, au niveau global, a donc un impact important sur les territoires, et ceci dans le long terme, notamment par la diminution du pouvoir de décision, des acteurs des échelles inférieures, pourrants en lien avec les réalités de terrain.

Retour sur les fondements éthiquement discutables de la notion

Pour mieux comprendre comment cette approche participe à la structuration des inégalités à l'échelle du globe, il semble important de revenir sur le contexte socio-historique et géopolitique particulier dans lequel est née l'idée de *global health*, c'est-à-dire celui d'une médecine tropicale qui trouve elle-même ses fondements dans la médecine moderne et coloniale et qui permet d'appréhender dans un premier temps la santé sous le versant du traitement des maladies, notamment de certaines épidémies et pandémies. Dans un second temps, la notion de santé internationale se développe, notamment à travers l'idée de contrôler les problèmes de santé à l'échelle mondiale.

La mondialisation accrue des échanges (mobilité des hommes, des maladies, des vecteurs, des informations et des modes de communication, etc.) génère une nouvelle conscience des risques sanitaires. Cette conscience du risque a changé d'échelle (multiplicité du risque infectieux chronique) et ne s'inscrit plus uniquement dans une échelle locale mais bien plus dans une échelle globale (l'attention est davantage portée vers l'émergence des pathologies, alors que les inégalités de santé sont mises de côté). Les risques encourus ailleurs sont donc ressentis comme pouvant survenir partout. Face à cette mondialisation (reconfiguration spatiale) des risques, c'est une nouvelle gouvernance mondiale de la santé qui se met en place et qui ne vise plus simplement à s'approprier les enjeux de santé ailleurs, mais aussi à s'en protéger.

Avec l'émergence de différentes crises sanitaires, entre les années 1970 et 1990, liées aux pratiques médicales, industrielles (sang contaminé, Distillbene), plus particulièrement agroalimentaires (vache folle, grippe aviaire) ou encore à l'émergence de maladies (VIH, Ebola, H1N1, etc.), la sécurité sanitaire s'inscrit désormais au cœur de la notion de santé globale qui a alors vocation à garantir l'accès de tout individu à une santé de qualité dans un processus néanmoins sécuritaire (création d'agences de sécurité sanitaire aux échelles nationales comme internationales : comme l'illustre le GOARN (*Global Outbreak Alert Response Network*) visant depuis 2000 à protéger les États nations des pathologies émergentes. La gestion de l'épidémie d'Ebola, qui a sévi en Afrique de l'ouest entre 2013 et 2016, illustre parfaitement cet aspect, puisque « la réponse internationale à cette crise sanitaire est passée de la logique de la santé publique à celle de la sécurité internationale » (Ventura, 2016). Les processus qui en découlent visent à une gestion, par les pays du Nord et les États,

déshumanisante de la crise provoquant des mouvements de panique et de révoltes aux échelles locales chez les populations subissant de plein fouet une gestion dans l'urgence de la crise aux échelles collectives comme individuelles : les pays touchés sont mis en quarantaine [voir aussi « U comme Urgence(s) »], les centres de traitement Ebola sont assimilés à des mouroirs par les populations locales – centres où ne sont pas traités les malades expatriés, rapatriés dans leurs pays d'origine –, des couvre-feux sont mis en place pour l'identification des cas et sujets contacts, les pratiques d'inhumation de masse réifient les corps morts, etc. Ces différents aspects illustrent avec acuité les aspects sociaux et politiques de ces crises sanitaires. Dans ce contexte, on constate aux échelles locales que « la crise épidémique et sa gestion se retrouvent associées à des processus de domination, dans la mesure où les actions de lutte étrangères sont aussi intrusives qu'inefficaces pour la survie des malades » (Grasquet, 2014). Ces processus se retrouvent dans les relations patients/soignants, mais également entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Car face aux épidémies virales, la voix des médecines traditionnelles est de fait discréditée alors que sa prise en compte notamment dans les aspects de sensibilisation, de prévention, pourrait participer à limiter les aspects de concurrence entre ces médecines et alors à limiter les risques associés et existant à une diffusion tant nosocomiale, que par le recours à des thérapeutes non informés, tout en favorisant une meilleure adhésion des populations locales aux messages de prévention. Par ailleurs, alors que l'on commence seulement à considérer les effets traumatiques que peut avoir Ebola auprès des malades ayant survécu à cette maladie, l'association des thérapeutes dans la gestion des épidémies et en période post-épidémie participerait à la guérison de ces personnes, qui passe également par la compréhension du sens du mal qui les a touché et que la médecine traditionnelle peut expliquer, dans un référentiel culturel acceptable et entendable différemment de la médecine moderne. Ces faits nous interrogent sur la place des médecines alternatives, traditionnelles que remobilise peu à peu la biomédecine dans certaines de ses branches les plus ouvertes, en raison des patients qu'elle traite nécessairement dans leur globalité (obstétrique, la pédiatrie, l'oncologie, la psychiatrie analytique, etc.), sans pour autant que le discours dominant puisse ériger ces médecines comme rationnelles et alors fonctionnelles... Néanmoins, ces processus pourtant identifiés durant les épidémies précédentes d'Ebola, se sont à nouveau donnés à voir lors de l'épidémie de 2013-2016, montrant

l'incapacité ou la faible volonté de mettre en place une gestion de la crise durable visant au respect des droits de l'homme, quel que soit leur race, leur sexe ou leur classe.

Une santé globale défavorable à la santé ?

La non-adéquation entre l'intervention internationale et les réalités du terrain peut ainsi, paradoxalement, s'avérer défavorable à la santé des populations concernées. Cette non adéquation peut résulter soit d'une méconnaissance du terrain, soit d'une non prise en compte de ses réalités (sociales, culturelles, économiques, infrastructurelles), ceci dans un souci d'efficacité que semble garantir, à tort, la transposition au Sud de modèles d'intervention pensés au Nord. Les conséquences sanitaires peuvent alors être multiples, et se matérialiser, de façon les plus récurrentes, par l'inefficacité des interventions, par une aggravation des problématiques de santé (comme évoqué précédemment à travers la « gestion » de l'épidémie d'Ebola), ou bien encore par un creusement des inégalités (sociales et spatiales) de santé. C'est ce qu'illustre notamment le cas du VIH/sida en Afrique subsaharienne, où la forte prévalence peine à reculer alors même que les antirétroviraux sont désormais davantage accessibles. Le faible impact des interventions internationales dans ce domaine est tout à fait caractéristique de la non-contextualisation de ces interventions et de sa déconnexion de la complexité du terrain. Dans le cas présent, faciliter l'accès aux antirétroviraux, en concédant notamment une politique financière moins coercitive, ne peut suffire à contrôler l'épidémie de VIH/sida. Au-delà des barrières sociales et culturelles, les déficiences des infrastructures auxquelles sont confrontés les pays les plus touchés, empêchent la bonne prise en charge des personnes infectées. L'aide internationale visant à distribuer des traitements doit donc être couplée à des actions visant à faire reculer la pénurie de personnels de santé, ce qui passe notamment par la formation de personnels et aussi par la limitation des migrations internationales des soignants (recrutés justement au Sud par les pays du Nord).

Ces contraintes structurelles se retrouvent dans de nombreux domaines, parmi lesquels la malnutrition. La gestion de cette problématique peut interpeller. En effet, comment expliquer que l'on peine à faire reculer la malnutrition alors même qu'elle est au cœur de nombreuses politiques internationales. En réalité, c'est dans les situations d'urgence que cette problématique est souvent la mieux traitée. Par contre, cette « efficacité » ne parvient pas à s'inscrire dans

le temps long puisque, là aussi, elle ne considère pas la complexité des situations et n'intègre pas des problématiques connexes comme celles de la sécurité alimentaire, de la salubrité des milieux de vie ou bien encore du jeu d'acteurs. Ce dernier aspect nous invite à prendre un dernier exemple qui est celui relatif à l'épidémie de choléra à Haïti, où certains n'hésitent pas à parler «d'échec humanitaire». Quelques mois après le séisme survenu en janvier 2010, les premiers cas de choléra ont été diagnostiqués et l'infection s'est rapidement diffusée, touchant 439 604 personnes, dont 6 266 en sont décédées (Ministère haïtien de la Santé publique et de la Population, 2011). Ce qui peut frapper dans ce cas c'est l'incapacité des acteurs à endiguer rapidement cette épidémie, alors même que les interventions (nationales et internationales) étaient nombreuses. Cette épidémie offre évidemment une lecture des déficiences structurelles (précarité des conditions de vie, insalubrité de l'eau, contamination des aliments, déficiences urbanistiques telles l'absence d'assainissement et de gestion des déchets) et invite à des actions transversales, mais elle met aussi en lumière la nécessité de prendre en compte le jeu d'acteurs et les rapports de force qui se jouent à différentes échelles. Dans le cas présent, face à l'incapacité de l'État haïtien à se saisir de ce problème, ce sont des milliers d'ONG qui sont intervenues. Mais en l'absence de ligne directrice claire et de coordination, cette multiplicité d'acteurs et d'interventions a créé un contexte de confusion du fait de l'éparpillement de ces actions, limitant ainsi l'efficacité de l'aide. Tout cela invite à penser qu'aucune intervention ne peut être efficace si elle n'est pas profondément ancrée dans les réalités du terrain. C'est ce qui transparait également d'autres champs plus classiques, comme la santé féminine et maternelle.

Si cette gouvernance mondiale de la santé intervient «volontiers» lors de crises sanitaires, il est à noter que ce n'est pas son seul champ d'action : elle intervient par exemple dans des domaines communs avec les pays dits développés (vieillesse, maladies chroniques), ou bien, de façon plus classique, dans des domaines d'intervention anciennement investis par les institutions internationales, telle la santé de la femme et de l'enfant.

Parmi les objectifs du millénaire (OMD, période 1990-2015) visant à une approche en actes de la santé globale (figure 1) et dont on identifie bien l'objectif de promouvoir en amont les déterminants de la santé, l'objectif 5 visait à améliorer la santé maternelle. Celui-ci se distinguait en deux cibles (5a/ réduire de %, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle, et 5b/ rendre l'accès à la médecine procréative

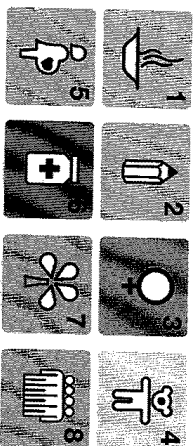


Figure 1. Les OMD en action. (Source : org.fr/millenniumgoals/maternal.shtml)

universel d'ici à 2015). Néanmoins, en 2015, le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement était encore de 239/100 000 naissances, contre 12/100 000 dans les pays développés selon l'OMS^[1]. De plus, on note d'importantes disparités entre les pays, au sein d'un même pays, selon les statuts socio-économiques ou bien encore entre les milieux ruraux et urbains.

En Asie et Afrique subsaharienne ces taux de mortalité, qu'il s'agisse de la mortalité maternelle comme de la mortalité (figure 2), restent très élevés. Aux variables structurelles classiques

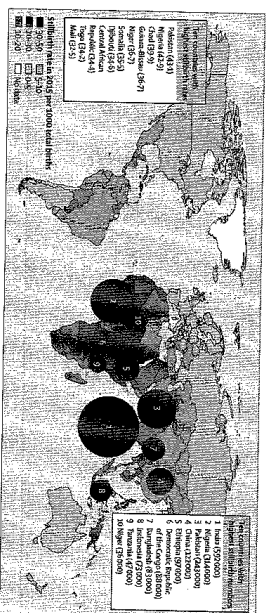


Figure 2. Les pays les plus touchés par la mortalité.

Légende. Achat: les dix pays avec la mortalité la plus importante en taux pour 1 000 naissances; cercles proportionnels : les dix pays avec la mortalité la plus importante en nombre de naissances. (Source : Blencowe *et al.*, 2016)

de ces états moribides, comme la précarité économique, s'en ajoutent d'autres, parmi lesquelles «la dévalorisation du statut des femmes

[1] Site de l'OMS consulté le 4 avril 2017 : who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/

[particulièrement en Union Indienne] contribue fortement à leur vulnérabilité» (Chastles, 2009). Ce fait illustre bien la nécessité de penser la santé comme un ensemble dont les déterminants en amont sont partie prenante. Et si cet objectif du millénaire a été révisé à New York en 2015 dans le cadre des « Objectifs de développement durable » sous la forme d'une stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030², il n'en reste pas moins qu'agir en amont de ces états de santé demeure une nécessité absolue qui doit associer toutes les échelles de la décision et de l'action.

Concernant la situation des femmes en Union Indienne, l'amélioration de leur santé ne peut passer que par une valorisation de leurs statuts sociaux, qui doit s'accompagner de décisions politiques fortes (en matière d'éducation, de pouvoir décisionnel, de liberté reproductive, d'accès à l'alimentation et à un cadre de vie favorable à la santé, d'accès aux ressources économiques et à la propriété foncière...) et contextualisées [voir aussi « D comme Discriminations »]. Ce dernier aspect est fondamental et conditionne en grande partie l'efficacité des interventions. Les exemples d'inadéquation des interventions, au regard des contextes locaux, ne manquent pas (la gestion de l'épidémie d'Ebola précédemment présentée en est un exemple illustratif) et invite à adopter une approche véritablement globale et à penser en amont les inégalités sociales à toutes les échelles.

Conclusion

La gouvernance mondiale de la santé n'est pas un phénomène nouveau. Loin de là, mais ses motivations ont évolué. Les institutions internationales opérant à l'échelle mondiale peuvent « déposséder » les États de leurs compétences et participer à (ré)orienter les décisions dans les secteurs sanitaires (Vagner, 2009). Ces processus mettent en lumière comment la *global health* illustre « les relations de pouvoirs qui guident le "système-monde" » (Almeida 2016), notamment par exemples entre grandes ONG internationales et ONG locales, ou puissantes industries pharmaceutiques, états et municipalités, communautés et populations aux échelles locales. Que nous dit alors la *global health* des rapports de force à l'échelle mondiale ? Est-ce une nouvelle expression des rapports de domination ? Est-il abusif de parler d'ingérence mondiale, de néocolonialisme et d'un néolibéralisme

[2] Site des Nations unies consulté le 4 avril 2017 : un.org/fr/millenniumgoals/maternal_shtml

dont on mesure les effets sur la santé, puisque les vies humaines n'ont pas partout le même prix et dépendent d'enjeux économiques et de pouvoirs forts entre états et, de plus en plus, entre de grandes entreprises privées et de lobbies internationaux dont les enjeux financiers passent avant les enjeux humains ? Les interrogations quant à son éthique sont donc nombreuses. S'ajoute désormais à cela la production d'une concurrence, engendrée par un capitalisme sauvage, entre les pays pouvant potentiellement bénéficier d'une « aide » internationale. Quels sont alors les critères d'éligibilité ? La gravité des pathologies ? Leur potentiel de diffusion à l'échelle mondiale ? L'intérêt politique et économique vis-à-vis des pays concernés ?

Références

- ALMEIDA C., EBOKO F., MOWATT J.-P. (2013), « Éditorial. La santé globale : notre point de vue », *Face à face* 12, consulté le 4 avril 2017, faceface.revues.org/938
- BENGOWE H. *et al.* (2016), "National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000 : a systematic analysis", *Lancet Global Health* 4(2), e98-e108.
- CHASTLES V. (2009), « Inégalités de genre et restrictions spatiales. L'exemple du recours aux soins des femmes en Inde rurale (commentaire) », *Sciences sociales et santé* 28(27), p. 37-45.
- GARAY J., HARRIS L., WALSH J. (2013), "Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term", *Face à face* 12, faceface.revues.org/745
- GASQUET-BLANCHARD C. (2014), « Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : les multiples enjeux d'une approche globale de la santé », *Journal des anthropologues* 3(133-139), p. 43-64.
- KEROUEDAN D. (2010), « Évolutions de l'architecture internationale de l'aide en faveur de la santé dans les pays en développement », in D. Kerouedan (dir.), *Santé internationale: les enjeux de santé au Sud*, Les Presses de Sciences Po.
- KOPIAN J.P. *et al.* (2009), "Towards a Common Definition of Global Health", *The Lancet* 373(9679), p. 1993-1995.
- MINISTÈRE INDIVIDUEL DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (2011), Rapport consulté le 29 août 2011, mspp.gouv.in
- VAGNER A. (2009), *Indian Health Landscapes under Globalization*, Manohar.
- VENKURA D. (2015), « Responsabilité et santé globale », in A. Supiot et M. Delmas-Marty (dir.), *Prendre la responsabilité au sérieux*, PUF.

Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spatiaux en Afrique Centrale

Perspectives pour l'Afrique de l'Ouest

Geography of Ebola virus. Socio-Spatial Issues in Central Africa. Outlook for West Africa

Clélia Gasquet-Blanchard

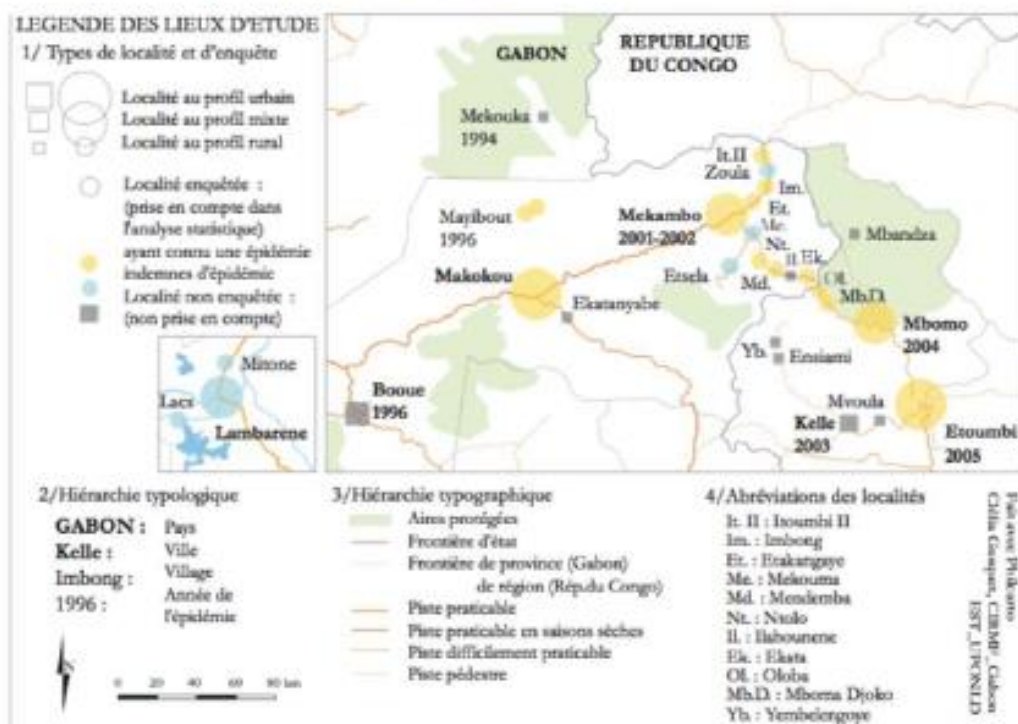
Introduction

- 1 L'épidémie qui sévit en Afrique de l'Ouest depuis plus d'un an a fait à ce jour près de 25 791 cas et 10 689 morts (15 avril 2015), notamment en Guinée - 2 346 décès- , au Libéria - 4 486 décès- et en Sierra Leone - 3 857 décès (WHO, 2015). Les cas qui ont été recensés au Nigéria, au Mali et au Sénégal (soit 29 cas au total dans ces 3 pays) ont rapidement été endigués. Des cas ont été importés hors du continent en raison de leur rapatriement, notamment aux Etats-Unis (EU), au Royaume-Uni (RU) et en Espagne (soit 6 cas au total dans ces trois pays). Au regard de cette actualité (carte 1), nous proposons ici de ré-explore les travaux réalisés durant notre thèse de géographie en Afrique Centrale. Nous proposons, à travers l'analyse d'épidémies qui ont sévit au Gabon et en République du Congo entre 1994 et 2005 (carte 2), une approche qui vise à « dénaturer » les épidémies de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE), en vue de mettre en avant différentes spécificités liées à cette maladie.

Carte 1 : Situation de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest fin mai 2015



Carte 2 : Epidémies gabonaises et congolaises étudiées



2 Premièrement, nous avons pu montrer qu'il existait, sur les territoires où sévit le virus Ebola, des facteurs spécifiques participant des inégalités sociales temporaires et permanentes qui accélèrent les transmissions. Deuxièmement, ces inégalités perdurent en partie en raison des représentations sociales qui gravitent autour de cette maladie, qui enfin, participent à conditionner, des rapports de pouvoir engendrés par l'apparition de la maladie. Cette approche illustre les liens qui peuvent exister entre mondialisation et santé, dans un premier temps par la médiatisation de certains phénomènes sanitaires, dans un second, par les réactions nationales et internationales des grandes organisations sanitaires et notamment les Organisations non gouvernementales (ONG). Ces processus participent à ériger une santé globale paradoxale (Buissonnière, 2012; Kerouédan, 2013) qui

prend pour cibles des questions sanitaires prioritaires pour les bailleurs de fonds mais pas toujours pour les populations locales.

- 3 Il est dès lors intéressant de mettre en perspective les phénomènes observés durant les épidémies des années 90-2000 avec les événements récents qui se sont déroulés en Afrique de l'Ouest. Ces observations permettent de confirmer que ces situations sanitaires aiguës sont avant tout des crises sociales. Elles illustrent le potentiel offert par les enseignements des sciences humaines et sociales. Ceux-ci doivent trouver des voix de diffusion plus larges, car ils ne sont que faiblement pris en compte par les décideurs de santé publique et des politiques publiques, trop souvent influencés par le discours biomédical de l'urgence. Nous proposons de restaurer l'importance du contexte, ici de l'Afrique Centrale, notamment du Gabon et de la République du Congo (RC), en vue de cerner les constructions socio-historiques et politiques qui participent à la pérennité d'inégalités sociales et territoriales de santé, terrain propice à l'émergence de la maladie. Nous souhaitons, par ce biais, démontrer que sous un mode épidémique, Ebola participe à la pérennité des inégalités sociales de santé à l'œuvre sur les territoires en proie à une gestion parfois paradoxale des épidémies. Comment à partir d'une analyse à l'échelon local, et en réhabilitant les identités déniées des populations qui ont subies ces épidémies, pouvons-nous identifier les processus de construction d'une situation de crise sanitaire qui loin d'être dû au seul pathogène apparaît comme une crise majeure due à la société ? Que l'on convoque la notion de risque ou que l'on inspecte les interventions humanitaires d'urgence associées à la gestion des épidémies de FHVE, l'approche géographique montre que, ces dernières sous-tendent des rapports de pouvoir et de représentations prégnants (Gasquet-Blanchard, 2014) qui participent de la géographie sociale de cette maladie. Des enjeux proprement nationaux et de repli, émergent au cœur de la mondialisation des phénomènes sanitaires. Dans le cadre de cet article, on souhaite mettre en avant dans un premier temps les mécanismes et les processus de l'émergence virale et de sa diffusion dans une population humaine, et dans un second temps, les logiques et les formes qu'adoptent les sociétés pour faire face à la perturbation majeure que représente une flambée épidémique de FHVE. Au final, l'épidémie actuelle semble démontrer que quel que soit le contexte où sévit la FHVE, la gestion mondialisée qui lui est associée, reproduit les mêmes erreurs, illustrant la nécessité d'une meilleure prise en compte des expériences passées.

Ebola, un virus hautement pathogène

- 4 Le virus Ebola est un virus millénaire et appartient, avec le virus de Marburg, à la famille des *Filoviridae*. Il se décline en 5 espèces, plus ou moins pathogènes pour l'homme et identifiées récemment :
- 5 (i) Identifiée en 1976 en République Démocratique du Congo (RDC), l'espèce Ebola Zaïre est la plus pathogène pour l'homme, puisque les taux de mortalité observés durant les épidémies s'échelonnent de 80 à 90%.
- 6 (ii) L'espèce Ebola Soudan, identifiée également en 1976 dans le pays du même nom, provoque également des mortalités importantes, allant de 50 à 60%, lors des épidémies.
- 7 (iii) L'espèce Ebola Côte d'Ivoire est identifiée en 1994 à partir d'un seul cas humain qui survit.

- 8 (iv) L'espèce Ebola Bundibugyo, identifiée en 2007, provoque une épidémie en Ouganda qui entraîne la mort de 25% des malades.
- 9 (v) L'espèce Ebola Reston, pour laquelle aucun cas clinique n'est reporté, est la seule espèce asiatique connue. Elle est identifiée en 1989 aux EU où sévit une épizootie d'Ebola chez des singes importés des Philippines.
- 10 Ebola fait partie des agents pathogènes les plus virulents pour l'homme que l'on connait. La souche virale sévissant en Afrique de l'Ouest appartient à l'espèce Zaïre qui sévit habituellement en Afrique Centrale, et non à l'espèce Côte d'Ivoire¹ montrant une circulation importante du virus à bas bruit au sein de l'Afrique Subsaharienne. Par ailleurs, le fait que la souche qui sévit en Afrique de l'Ouest appartienne à l'espèce virale d'Ebola la plus pathogène pour l'homme, contribue à expliquer l'ampleur de l'épidémie de 2014-2015. Concernant le virus de Marburg, une seule espèce virale a été identifiée à ce jour.
- 11 Après différentes phases d'émergence entre 1976-79 et 1994-1996, on observe depuis les années 2000 une accélération des émergences et ré-émergences de ces virus, en même temps que l'on connaît depuis plus d'un an la plus importante épidémie de FHVE jamais connue.

Environnement et émergence d'un virus endémique en Afrique Centrale

- 12 Selon les connaissances actuelles, dans son cycle selvatique, le virus Ebola est entretenu au cœur de l'Afrique Centrale au sein de son (ou ses) réservoir(s)² qui transmettent l'infection en entrant en contact direct (morsure) ou indirect avec les espèces sensibles comme les grands singes (gorilles, chimpanzés) et certaines autres espèces (antilopes de forêt par exemple). Ce contact peut notamment avoir lieu à proximité des arbres fruitiers, lieu de rencontre d'un grand nombre d'espèces et de fortes densités animales, où la maladie peut sévir dans les populations d'espèces sensibles sous formes d'épizooties meurtrières (Leroy, 2015). Concernant la contamination de l'homme, il s'agit du même procédé. Cette zoonose³ apparaît occasionnellement chez l'homme lorsque celui-ci entre en contact direct avec les liquides ou tissus biologiques infectés d'un animal contaminé, une carcasse ou le réservoir du virus.
- 13 Localement, certains modes de vie ancestraux peuvent être incriminés comme à risque. Dans la région gabono-congolaise très enclavée, étudiée durant la thèse, le milieu pourvoit à l'essentiel des besoins des communautés rurales organisées en petits villages de 150 à 500 habitants. Les hommes pratiquent la chasse⁴ l'orpillage, la pêche et la cueillette. Les femmes s'occupent de la plantation, où elles récoltent le manioc, banane, igname, taro, maïs, etc. Les hommes se trouvent alors être les premiers exposés au virus Ebola, notamment s'ils rencontrent en forêt un animal malade qu'ils tuent et rapportent au village. La contamination peut se produire lors du dépeçage de la carcasse qui s'effectue le plus souvent en forêt, ou s'ils touchent une carcasse contaminée, même en état de décomposition avancée. Si le risque d'émergence et de micro-épidémie existe bien ; au regard des très faibles densités humaines, d'une connaissance millénaire du milieu, et aujourd'hui de densités moindre des espèces sensibles⁵, d'une connaissance des risques liés à Ebola dans les régions qui ont déjà connues des épidémies ; le risque d'émergence, et surtout de diffusion, à grande échelle demeure relativement faible. Différemment en

Afrique l'Ouest, les densités humaines importantes et la circulation plus aisée des personnes ainsi que la méconnaissance de la maladie par les populations et les autorités sanitaires ont participé à une diffusion accrue de la maladie. Passée l'échelle de la sous-région, les échelles nationales doivent également être prises en compte dans la potentialité d'une émergence d'Ebola et participent à mieux appréhender les processus de diffusion de l'épidémie meurtrière d'Afrique de l'Ouest. Car si en Afrique Centrale certains facteurs conditionnent des épidémies de moyenne ou petite taille, des causes politiques comme historiques aident également à comprendre l'émergence, la diffusion et leur visibilité. En effet, les peuplements et densités du Gabon (5,3 hab. /km²) et de la République du Congo (10,8 hab. /km²) sont très faibles en comparaison des pays voisins immédiats (1,4 millions d'habitants au Gabon et 3,7 en RC, l'Angola compte 12 millions d'habitants, le Cameroun 15 millions). De plus, ces pays présentent une population urbaine parmi la plus importante de l'Afrique Subsaharienne avec respectivement, 83,6 et 54% de population urbaine au Gabon et en RC, répartie sur une faible étendue littorale des territoires nationaux. Cette répartition spécifique du peuplement dans la sous-région trouve ses racines notamment au début du siècle dernier, en raison d'un exode rural important, souvent forcé, parfois spontané. Les campagnes, particulièrement forestières (lieux privilégiés de l'émergence du virus Ebola) se sont dépeuplées au profit des grandes villes et de chefs-lieux de région (RC) et capitales de provinces (Gabon). La structuration du peuplement rural s'effectue autour de la piste et du fleuve, en raison de politiques coloniales (années 30) puis post coloniales (années 60) forçant le regroupement des populations en vue du contrôle territorial (Pourtier, 1999). Ces politiques ont profondément influencé l'organisation et le fonctionnement actuel de l'espace, densifiant la population le long des routes et désertifiant une forêt déjà peu peuplée. Cette répartition de la population semble avoir favorisé non pas tant l'émergence que la diffusion des maladies, dans la mesure où on passe de campements de 2 à 3 familles réparties de manière diffuse sur le territoire, à des villages regroupant de 300 à 500 habitants (Gasquet-Blanchard, 2012) où les contacts humains plus fréquents, facilitent la transmission de la maladie et son épidémisation.

- 14 Il est particulièrement intéressant de relever qu'en Afrique Centrale, la forêt est un espace en évolution sur lequel la pression humaine, particulièrement économique et politique, augmente constamment, en termes d'exploitation des ressources naturelles comme de préservation. La surexploitation du milieu, comme la protection de l'environnement peuvent ainsi favoriser l'émergence d'Ebola. Certains enjeux à l'échelle internationale participent à structurer le territoire. L'internationalisation de l'exploitation des ressources (bois, fer, or, etc.) par des compagnies gabonaises, congolaises mais aussi françaises, chinoises, etc., couplées au développement de politiques environnementalistes se surimposent à la politique de tertiarisation imposée, par les Etats, aux populations. Cela participe à modifier les modes de vie des populations pygmées depuis longtemps en interaction avec leur milieu. L'exploitation industrielle du bois a induit une déstructuration de territoires anciennement pratiqués mais procure, en contrepartie, de l'emploi. A l'inverse, la création des parcs naturels n'a conduit en retour qu'à une dynamique économique moindre (quelques emplois d'éco-guides ou gardes forestiers) qui ne contrebalance pas l'interdit d'accéder aux territoires aujourd'hui protégés mais traditionnellement ressource nécessaire à la survie des populations locales. Sans communication adaptée, ces politiques de conservation de la biodiversité peuvent être mal comprises et mal assimilées par les populations rurales dont les modes de vies sont en grande partie dépendants de leur milieu. Pour l'émergence d'Ebola, on ne peut

passer outre le fait qu'il puisse exister un lien entre le regroupement des populations humaines en villages dans des lieux proches de parcs, où les espèces réservoirs du virus (ou sensibles à celui-ci) connaissent aussi une densification de leurs populations. Le virus circule alors, soit à bas bruit, soit sous la forme d'épizooties, augmentant le risque d'émergence d'une épidémie.

- 15 C'est donc la conjonction des facteurs énoncés et observables à plusieurs échelles des territoires qu'il faut pouvoir être en mesure d'identifier en vue de positionner les actions de lutte contre la maladie, non seulement en amont de son émergence, mais également dans une visée globale de sa prise en charge.
- 16 Dans un second temps nous souhaitons nous attacher aux modalités de la diffusion de la FHVE qui dépend également, elles aussi, de processus territoriaux mettant en lumière, une fois encore, une concurrence de facteurs qu'il faut invoquer pour mieux appréhender les processus à l'œuvre dans la diffusion puis la crise sanitaire.

Quels moyens pour lutter contre une des maladies les plus mortelles de l'humanité ?

- 17 La FHVE est une maladie grave. La période d'incubation est comprise entre 5 et 21 jours. La maladie se caractérise par une fièvre d'apparition aiguë accompagnée d'une faiblesse intense, de myalgies et céphalées, suivie de vomissements, diarrhées, éruptions cutanées, maux de gorges intenses, puis souvent d'hémorragies internes et externes en phase terminale.
- 18 Au sein d'une population humaine, le virus Ebola se transmet par contact direct avec le sang, les sécrétions, les organes ou des liquides biologiques des sujets infectés. L'apparition de cas secondaires se développe dans le milieu familial lors des soins prodigués au malade, lors des cérémonies funéraires ou en milieu sanitaire, où on observe une transmission nosocomiale importante difficile à juguler d'une épidémie à l'autre. De nombreux personnels de santé sont encore touchés actuellement puisque 202 cas probables et 109 décès de soignants peuvent être attribués à Ebola en 2014-2015 pour la seule Guinée (Migliani, 2015). Fin mai 2015, les personnels de santé représentent 55% des infectés en Guinée dont 30% de médecins, 25% d'infirmières, 20 % d'agents techniques de santé, d'autres professions du milieu sont aussi touchées (brancardiers, les laborantins, les sage femmes) (Migliani, 2015).
- 19 En Afrique Centrale, des contaminations différenciées ont été recensées quel que soit le type de recours aux soins : vers un centre de santé, un hôpital, un médecin traditionnel ou un pasteur-guérisseurs pour certaines confessions religieuses. En effet, certains pasteurs disposent au sein de leur église de « cliniques ». Ces lieux de cultes deviennent alors des lieux de soins et par conséquent, des lieux de contamination potentielle. La protection des soignants, issus de la médecine moderne, traditionnelle voire confessionnelle et l'endiguement de l'épidémie sont des problématiques fondamentales face à cette pathologie.
- 20 Dans la lutte contre la maladie, l'un des enjeux prioritaires demeure le diagnostic. Celui-ci posé, le patient doit être pris en charge et soigné. Il n'existe en effet, à ce jour, ni vaccin, ni traitement (non expérimental), les mesures restent donc symptomatiques (antipyrétique, anti-diarrhéique et réhydratation). Les cas graves doivent être placés en soins intensifs. Par ailleurs, l'ensemble du personnel de santé doit être informé de la

nature de la maladie et des voies de transmission, notamment les gestes liés aux actes médicaux, et respecter un protocole de sécurité lors des soins normés et effectués en isolement en vue d'éviter toute contamination. Dans ce contexte étiologique l'exercice du soin se révèle complexe et très anxiogène pour les soignants, particulièrement depuis le milieu des années 1990. En 1995, l'épidémie de Kikwit en RDC, provoque la mort de 315 personnes, dont 30% des médecins de l'hôpital (Heymann, 1999) et apparaît comme un choc pour le monde médical. C'est à partir de cette épidémie que la mise en place de mesures pour lutter contre les fièvres hémorragiques virales africaines s'intensifie à l'échelle internationale et en même temps qu'Ebola est rendu mondialement visible et alarme le grand public, notamment par le biais du Best-seller « Outbreak » (Preston, 1994), publié en parallèle des événements de RDC. L'OMS définit alors les mesures d'intervention pour limiter la diffusion des cas (Lloyd 1998 a & b) à partir de l'expérience de Kikwit : isolement des malades, incinération de tous matériaux contaminés, enterrements « sécurisés », protection des personnels de santé, etc.

Mondialisation de la gestion de la crise sanitaire : vers une rupture de communication

- 21 L'un des autres enjeux fondamentaux de la lutte contre la maladie, consiste à briser les chaînes de transmissions, cela passe par des campagnes de « ratissage », puis de « renforcement de la recherche active » (Niang, 2015). Ces termes sont employés actuellement dans la lutte contre l'épidémie d'Afrique de l'Ouest par les épidémiologistes de terrain pour qualifier les actions d'identification de cas probables d'Ebola ou sujets contacts de malades menées par les équipes de lutte, en vue d'hospitaliser dans les centres de traitements en isolement ou en observation (à domicile ou en centre) des personnes identifiées comme à risque. La prévention et l'information des populations sur les risques d'émergence comme de diffusion constituent également un enjeu important qui pose question dans un contexte, où la gestion de l'épidémie s'internationalise rapidement. Celle-ci s'est formalisée à partir du milieu des années 1990 avec l'intervention quasi-systématique de grandes ONG, comme Médecins Sans Frontières (MSF). Dans de tels contextes, quelles sont les possibilités de communication dans des relations interculturelles en temps de crise ? Et quelle prise en compte des connaissances locales dans un schéma de gestion internationalisée de la lutte contre la maladie ? Car la décision de déclarer une crise sanitaire d'urgence demeure une décision politique.
- 22 L'urgence implique d'intervenir immédiatement dans les situations « pour lesquelles l'action est condition de survie ». L'intervention globale devient également « prioritaire sur des situations collectives qui s'imposent par leur prégnance, quant à partir d'un certain seuil, « il devient urgent d'agir » (Séchet, 2006). Concernant Ebola, il s'agit d'accorder de larges pouvoirs d'intervention aux officiers de santé et partenaires, locaux, nationaux ou internationaux. Et si l'intervention d'urgence lors d'une épidémie constitue une lutte pour l'endiguement de celle-ci, elle revêt, selon des formes symboliques et concrètes, les aspects d'une guerre biologique, contre le virus, mais aussi contre l'individu, la communauté, la nation touchée. Durant l'épidémie, la maladie touche les individus d'une population qui vit « l'intervention humanitaire » comme une guerre contre son propre corps social, malade, apeuré, en détresse. Ce corps (individuel comme collectif) vit une intrusion en raison des actions de gestion, prise en charge, prévention qui paraissent étranges, incompréhensibles (l'hospitalisation inefficace de malades pour

la survie), violentes (vécues comme invasion par le groupe dominant) et temporaires (s'interrompant dès la fin de l'épidémie alors que d'autres maladies sévissent dans le village) (Gasquet-Blanchard, 2014).

- 23 Ces situations ne peuvent être identifiées que localement et permettent de mettre en lumière certains phénomènes propres aux crises sanitaires. Nous constatons d'ailleurs, encore une fois, avec l'exemple de la prise en charge de l'épidémie en Afrique de l'Ouest, que les processus politiques mis en place pour prévenir l'émergence de la maladie puis son endiguement (suivi des sujets contacts, isolement des malades, inhumations par les équipes soignantes, etc.), apparaissent comme les apanages des dominants (politiques, médecins des pays du Nord). Il est alors fréquent d'observer que localement, les populations élaborent des processus, d'adoption, d'acceptation ou de rejet des stratégies internationales mises en œuvre contre la maladie. C'est à nouveau le cas actuellement en Guinée dans la préfecture de Dubreka, où les enterrements clandestins se poursuivent, ainsi que le refus des populations de parler d'Ebola, notamment en raison de la peur, non pas de la maladie mais, des interventions éventuelles des forces de sécurité, de l'absence de mesures d'anticipation et d'accompagnement (Niang, 2015). Ces réactions, loin d'être neuves montrent la méconnaissance des contextes locaux par les équipes de lutte, alors qu'il existe pourtant déjà des modalités de prévention et d'information mais, peu prise en compte dans la lutte globale contre la maladie. En 2005, nous avons identifié certains chants de veillées (« Ebola! Mets moi le sac au dos. ») chantés par des enfants trop jeunes à l'époque des épidémies d'Ebola pour s'en souvenir maintenant. Pourtant ces chants persistent et se transmettent dans la tradition orale et montrent la connaissance d'une conduite préventive face à un malade d'Ebola et une connaissance des processus de contagion.
- 24 Les crises épidémiques liées à Ebola ne portent pas les mêmes enjeux selon les acteurs. En effet, les lieux de la crise apparaissent durant l'événement épidémique, comme espace d'opposition de différentes temporalités et territorialités. Celles-ci, d'une part, ouvrent l'espace de vie des populations à l'international tout en cloisonnant et isolant, d'autre part, l'espace de l'intervention de l'action humanitaire d'urgence (Gasquet-Blanchard, 2012 a). Un constat qui s'appuie en partie sur les représentations et les peurs très diverses que véhiculent Ebola pour tout un chacun et qui participent à structurer l'action d'urgence.
- 25 Les représentations autour d'Ebola sont très anxiogènes pour les soignants comme pour les soignés, mais également pour les décideurs. Les appréhender permet de mieux comprendre les phénomènes de violences qui sous-tendent, de part et d'autres, les relations Nord-Sud dans ce type de crise. Ebola suscite dans l'opinion publique internationale le réveil d'anciennes grandes peurs (Peste noire, Grippe Espagnole, etc.) et suscite un intérêt politico-scientifique spécifique pour ce virus. Aujourd'hui, en raison de l'épidémie sévissant en Afrique Centrale il est devenu d'intérêt public international. Et la situation de crise extrême suscite l'admiration vis-à-vis des professionnels de terrain. En témoigne le titre d'un article scientifique récent « *La réponse internationale à Ebola : héros et spectateurs dans la chronique d'une épidémie prévue* » (Martin-Moreno, 2014). Vistons paniques, face aux virus, et héroïques, à l'égard du soignant, se chevauchent, bien que la réalité de l'épidémie soit toute différente.
- 26 Ainsi, localement, la maladie peut être représentée comme la conséquence d'une vengeance, d'un envoûtement, invoquant l'idée de punition de chasseurs qui auraient

pratiqué une mauvaise chasse comme l'explique un chasseur avec qui nous nous sommes entretenu en 2006 :

« Comme ils tuaient les éléphants avec la magie, là n'importe comment, faite par un grand sorcier centre africain qui vivait à Etoumbi, M. T (un des chasseurs) a pris les affaires du mari de Mme M. et les a données au N'ganga. Mais comme elle avait porté le T-Shirt de son mari, elle-même a été touchée par le sort et est tombée malade ».

- 27 Ou bien, Ebola est assimilée à une théorie du complot impliquant initialement des hommes politiques locaux, nationaux, voire internationaux. Les populations locales craignent que leurs actes, puissent se traduire en termes sanitaires, comme s'en explique un notable pygmée :

« La Croix Rouge, c'est la mort ! Cette organisation, sous la houlette de la première dame du pays, est appelée par les villageois la Croix de la mort. Leur technique consiste à distribuer des comprimés aux populations pour, soit disant, les soigner. Après trois jours, les villageois qui ont pris ces comprimés sont tombés malades ».

- 28 Dans des contextes représentationnels qui mobilisent des sentiments d'angoisse et de peur, et en raison de la multiplicité et de la diversité des acteurs présents lors de la crise, des rapports de force et/ou de violence dans les relations soignants/soignés, peuvent être mis en exergue. Dans des situations de crise sanitaires aiguës les rumeurs se diffusent aussi rapidement que les nouveaux cas et, parce que la communication transculturelle nécessite des temporalités longues, qui s'opposent souvent à la gestion d'urgence (temporalités courtes), les populations peuvent très vite perdre toute confiance dans les équipes qui interviennent sur le site épidémique et qui exercent leur métier dans des conditions extrêmement complexes. Par exemple, des mouvements de défiance ouverte et de violence collective empêchent actuellement, dans la préfecture de Dubreka, en Guinée, le bon déroulement des interventions en vue de sécuriser les enterrements, notamment car les patriarches et matriarches n'ont pas été consultés pour les campagnes d'accompagnement des malades et des personnes décédées (Niang, 2015).

- 29 Pourtant, il est établi que l'adhésion des populations est indispensable pour endiguer efficacement une épidémie. Mais le plus souvent, et encore aujourd'hui, les programmes occultent que les campagnes d'explications ne sont pas assez longues ni assez adaptées au contexte local pour gagner l'adhésion des populations. Les multiples émergences du virus au Gabon (1994-2002) puis en RC (2001-2005) liées aux épzooties sévissant dans les forêts ont ainsi donné naissance à quantités de messages de prévention, mal perçus par les populations (Épelbotin, Formenty, 2011). Par exemple, ces derniers sont fondés sur des critères intégrant les constats de contamination par les primates morts (infectés) ou malades mais qui ne prennent pas en compte la notion de réservoir du virus. Pour des populations dont la chasse constitue l'une des principales activités de subsistance, comment adhérer à un discours qui incrimine cette pratique ? De la même façon, l'interdiction de ramasser des animaux morts en brousse laisse supposer que le chasseur n'a parfois pas tué ses proies, ce qui constitue une atteinte à son identité masculine (Gasquet-Blanchard, 2014). Enfin certaines familles se sont vues interdire de visiter leurs proches malades, qu'on leurs a rendus mort. Le plus souvent les familles des victimes se rendent à l'hôpital pour leurs malades ; instruer, par un message de prévention qu'elles ne le font pas, sous-entend qu'elles ne se soignent qu'à l'indigène ou à l'église. C'est donc penser à tort qu'elles ignorent la médecine moderne. Le fait est pourtant que la plupart d'entre elles n'y ont simplement pas accès.

- 30 On observe également que, bien souvent, la prévention met de côté les médecines confessionnelles et traditionnelles auxquelles les populations ont aussi recours. Ces consultations ne s'organisent pas seulement en raison de leurs croyances mais à cause du dysfonctionnement profond du système de santé moderne. Celui-ci manque de moyens, ce dont les populations sont bien conscientes (les médicaments ne sont pas toujours acheminés vers les cases de santé ou les hôpitaux) mais surtout de personnels (les personnels ne se rendent pas toujours sur les lieux de leur affectation, ou encore ils peuvent fuir la structure de santé si un cas d'Ebola est diagnostiqué et que certains de leur confrères sont tombés malades, et/ou sont décédés). L'impossibilité de mettre en œuvre efficacement les conseils de santé prodigués, discrédite ces campagnes et renforce les réticences de la population. Les mesures sanitaires occidentales sont alors légitimées a priori par leur dimension « humanitaire » et donnent une caution morale à des actes de pouvoirs qui imposent pourtant aux populations des contraintes lourdes (Hours, 1998) et incompréhensibles.
- 31 De plus, les équipes médicales sont le plus souvent les équipes en souffrance (Thomas, 2008), qui se retrouvent confrontées à la réalité extrêmement violente de patients qui meurent à la chaîne. Les soignants peuvent donc avoir tendance à se protéger par un activisme thérapeutique (Thomas, 2008) dont la pertinence doit être interrogée (pas le temps d'humaniser la prise en charge). Ces situations induisent alors des ruptures de communication qui peuvent participer à une mise en risque des populations locales comme des équipes de terrain.

Contestation locale d'une gestion globalisée et recompositions territoriales

- 32 Les mouvements de révoltes s'avèrent être la contestation des plus démunis et sont récurrents à chaque épidémie d'Ebola. Ils peuvent prendre différentes formes : pancartes informatives sur Ebola non plantées et laissées à l'abandon devant l'hôpital, barrages sauvages pour interdire l'accès des sites épidémiques aux équipes d'intervention, lynchage des personnes effectuant la prévention et les missions de sensibilisation pour lutter contre la maladie, refus de l'isolement, fuite en brousse devant l'arrivée des équipes de l'OMS, cacher les malades du foyer aux équipes, etc. Localement, la crise épidémique et sa gestion peuvent se retrouver associées et vécues comme des processus de domination. Notamment car cette guerre biologique revêt des formes symboliques et concrètes, que les populations remettent en cause (Foucault, 2004), dans la mesure où les actions de lutte définies de manière exogène sont localement vécues comme aussi intrusives qu'inefficaces pour la survie des malades. La contestation apparaît comme une manifestation concrète de la confrontation d'intérêts divergents qui vont au-delà de l'incompréhension ou de la non-adhésion aux savoirs biomédicaux. Les interventions biomédicales sont incontestablement politiques et leur contestation constitue des actes de résistance, non pas tant vis-à-vis des enjeux sanitaires que des motifs implicites qui les sous-tendent et qui répondent à la violence symbolique d'une gestion globalisée de la santé individuelle (Fassin, Memmi, 2004). Les formes prises par la contestation reflètent d'ailleurs des rapports de force persistants dans la gestion de ces crises épidémiques, qui mettent en lien les autorités, les populations et les ONG. Les relations entre ces différents acteurs se trouvent au cœur d'une réalité complexe. Celle d'enjeux de domination et de contestation exacerbés par le contexte de la crise sanitaire qui apparaît comme opposant

sur un même espace des temporalités contradictoires. Les mesures d'urgence combattives du temps court des intervenants extérieurs et des soignants (il faut y stopper « l'hémorragie » humaine d'un territoire en crise dans les plus brefs délais, réhydrater un malade, briser les chaînes épidémiologiques de transmission, etc.), se développent dans des lieux de vie sinistrés exigeant pour se reconstruire un temps long (pour les communautés villageoises enclavées, les familles touchées par le temps long de la maladie et du deuil, la solitude longue du malade en isolement) : s'affrontent alors des temporalités opposées (Gasquet-Blanchard, 2012 b).

- 33 L'expression de refus face aux schémas impersonnels et déshumanisants des interventions sanitaires, constitue une forme d'affirmation de sa singularité, d'une distinction, voire une revendication identitaire d'autonomie en période épidémique comme post-épidémique. Les populations ont compris qu'Ebola mobilise davantage les institutions internationales que le paludisme ou la fièvre jaune. Le statut d'ancien malade, ou de personnes vivant en « zone sinistrée » s'avère utile pour revendiquer un droit à la santé, à l'éducation, à l'eau potable, au réseau téléphonique, etc. (Gasquet-Blanchard, 2014). On use du corps (individuel ou social) bio-légitimé pour revendiquer le droit à une existence décente. Le corps habituellement dénié et ignoré est exposé comme vecteur politique, parce que reconnu dans ces situations de crise et d'urgence sanitaire. L'attente organique se reconfigure alors de façon subversive pour revendiquer des droits sociaux (Fassin, Memmi, 2004).
- 34 Parallèlement à cette contestation revendicative, après l'épidémie, trois « réalités » ont été mises en évidence dans la thèse : une réalité biologique, une réalité politique et enfin une réalité sociale.
- 35 Premièrement, les aspects biologiques marquent l'espace. Durant notre terrain de thèse nous avons constaté que les survivants d'une FHEV avaient dans 30 % des cas des pathologies lourdes à l'issue de leur maladie. Leurs itinéraires thérapeutiques étaient alors longs, complexes, ils recomposent leur espace de vie durablement (Gasquet, 2010). Cette réalité émerge aujourd'hui au regard public, notamment en raison du nombre de survivants de la maladie, suite à l'épidémie d'Afrique de l'Ouest. Quel devenir pour les survivants souffrant d'une pathologie invalidante provoquée par Ebola ?
- 36 Deuxièmement, on constatait également une réalité politique spatialement recomposante qui illustre un pan de la mondialisation des phénomènes sanitaires et de l'internationalisation de leur gestion. Le fait que des personnes extérieures à un territoire, interviennent sur celui-ci et en fassent un lieu de l'événementiel sanitaire, puis qu'ils s'en retirent aussi vite qu'ils étaient venus, montre un processus de généralisation des phénomènes spatiaux de domination. Pendant un temps, l'invisibilité sociale des populations d'Afrique se trouve levée pendant la crise sanitaire « exceptionnelle ». Les rapports humains, deviennent, dans un contexte de crise sanitaire, des rapports de force, qui empruntent de culpabilité, de doute ou de suspicion, participent à les ériger en rapports de violence. La crise sanitaire apparaît comme un instrument politique, tant dans la gestion de la crise que dans la contestation de cette gestion. Enfin, soulignons l'existence d'une réalité sociale. Le traumatisme et la souffrance ne se lisent pas toujours dans l'espace, pourtant concernant Ebola, certains marqueurs spatiaux existent localement : rejet par la famille, honte de soi, perte de ses biens, etc. Dès lors, ils impliquent un statut socioéconomique diminué pouvant conduire à un déménagement. Survivre à Ebola stigmatise. Nous avons effectivement identifié les stigmates d'une invisibilité socio-sanitaire récurrente et pérenne, en parallèle de ceux violents d'Ebola qui marquent

durablement le territoire (maisons brûlées non reconstruites, déménagements, quête du corps d'un parent jamais retrouvé...). La prise en compte de ces différents aspects permet de mettre en exergue les processus de construction d'une situation qui met en lumière une crise plus sociale et contextuelle que sanitaire.

- 37 De fait, chaque épidémie d'Ebola (et de Marburg) atteste de l'importance de la communication entre intervenants et populations en contexte d'urgence sanitaire (Jeffs, 2007). À partir de 2003, compte tenu de l'hostilité des populations envers les équipes médicales, celles-ci tentent de redonner du (bon) sens, par exemple, une dimension ritualisée aux enterrements déstructurés par les mesures sécuritaires, comme le fait d'enterrer les objets ayant appartenu au mort au lieu de les incinérer, ou la présentation des condoléances aux familles, leur proposant une aide matérielle (Épelboin, 2012). Des procédés d'autant plus importants, notamment en amont du décès, dans la mesure où l'accompagnement du malade et les conditions de prise en charge influencent l'issue de l'infection (Bausch, 2007). Progressivement donc, la prise en charge se réoriente : on parle aujourd'hui de centre de traitement contre Ebola au lieu de parler de centre d'isolement. D'une réponse uniquement épidémiologique et biomédicale, provoquant une incompréhension culturelle et sociale et aboutissant à des tensions néfastes au contrôle de l'épidémie, on passe lentement à l'incontournable présence d'anthropologues médicaux dans les équipes et à plus de mixité institutionnelle. Ces infléchissements liés à l'expérience acquise au cours de la gestion des différentes épidémies, contribuent à réduire les incompréhensions. Elles restent néanmoins encore très fréquentes, comme en atteste la gestion de l'épidémie qui sévit actuellement en Afrique de l'Ouest.

Perspectives avec la situation actuelle en Afrique de l'Ouest:

- 38 Le contexte socio-historique et politique des pays majoritairement touchés (Guinée, Sierra Leone, Libéria) par l'épidémie actuelle d'Ebola est marqué par plusieurs décennies de guerres civiles qui participent à aggraver la situation traumatique initiale de toute épidémie d'Ebola. Ce contexte permet de justifier une situation internationale de repli des États, face à des pays qui ont pourtant, plus que jamais, besoin du soutien international, ou bien des réponses de plus en plus militarisées⁶, voire complètement arbitraires comme en Corée du Nord où le gouvernement a décidé de mettre en quarantaine tous les étrangers présents sur son territoire, qu'ils présentent ou non des symptômes liés à Ebola (Le Courrier International, 2014). Ce contexte anxiogène est renforcé par le conseil de sécurité de l'ONU⁷ qui qualifie cette épidémie de « menace pour la paix et la sécurité internationale » (Le Monde, 2014). L'OMS répète régulièrement les conséquences dramatiques que peuvent avoir les annulations de vols et les restrictions imposées sur les voyages qui isolent encore ces pays, dramatisent leur situation économique et gênent l'aide apportée à ces pays. Sur le site du Ministère des Affaires étrangères français on peut lire : « Sauf raison impérieuse, il est déconseillé aux Français de se rendre dans les pays où se développe l'épidémie Ebola (Guinée, Sierra Leone, Libéria, Nigéria) » (MAE, 2015). Pareillement, ce contexte de crise permet également de justifier un durcissement des politiques nationales de santé publique devenues coercitives et très violentes face à leur population dans un contexte où celles-ci doutent de la capacité de leurs États à endiguer l'épidémie. Le fait que, suite à trois jours de confinement de la population sierra léonaise, en septembre 2014, on retrouve 70 morts et 150 nouveaux cas, participe à illustrer cette

- 41 De même, les femmes semblent plus touchées que les hommes par cette épidémie, renforçant les inégalités de genre face à la santé, notamment en raison du fait que les femmes sont plus souvent au chevet des malades que les hommes. Par ailleurs, des enjeux éthiques et moraux émergent : les traitements expérimentaux disponibles en très faible quantité ont été dans un premier temps administrés à des occidentaux⁹ et les stocks semblent être réservés prioritairement aux personnels soignants, montrant que le prix d'une vie humaine reste relatif à la race et la classe sociale. La polémique médiatique de l'été 2014 sur l'attribution de traitements expérimentaux à des soignants occidentaux plutôt qu'à des malades locaux a néanmoins ouvert le débat sur la possibilité de la mise en place d'un cadre de gouvernance de réaction rapide au niveau mondial qui devrait être établi comme une question d'urgence, particulièrement pour l'emploi d'interventions non homologuées dans des contextes humanitaires (Singh, 2015).
- 42 Ces événements vont de pair avec un regard condescendant et inadapté comme le montre la nouvelle version du single de 1984 « Do they Know it's Christmas at all ? » contre la Famme avec, comme nouveau cheval de bataille, le virus Ebola, à destination de pays majoritairement musulmans! Le titre est le même, les paroles, ont légèrement changé, on trouve des phrases comme « lorsqu'un baiser d'amour peut tuer et où la mort est en chaque larme [...]. Ce soir, nous nous adressons à vous et espérons vous émouvoir ». Comme l'évoque les Inrock « En clair, 30 ans plus tard, le projet montre l'ignorance de ses concepteurs et est toujours condescendant » et très naïf (Les Inrockuptibles, 2014). Enfin, les enjeux financiers, notamment autour de la recherche vaccinale par les industries pharmaceutiques montre que la lutte contre une pathologie qui sévit dans des pays d'Afrique Subsaharienne s'intensifie quand augmente avec elle le risque de voir des populations solvables contaminées. Dans la même lignée, la critique, longtemps passée sous silence, de l'aide financière d'urgence, plutôt que celle de long terme, peut aujourd'hui être formulée dans le temps même de l'épidémie (Lake, 2015). Les pays touchés par l'épidémie vont avoir besoin de soutien dans le temps long, d'autant que cette épidémie sans précédent creuse encore un peu plus des inégalités sociales plus que criantes.

Conclusion

- 43 Les différentes situations propres à l'épidémie actuelle d'Ebola en Afrique de l'Ouest, montrent les réminiscences de gestions et de stratégies anciennes déjà connues (Bellizzi, 2014), bien que pas toujours adaptées aux situations locales. Nous avons tenté d'illustrer ces répétitions à l'œuvre dans le processus épidémique et sa gestion au regard d'une expérience rétrospective des épidémies d'Ebola en Afrique Centrale. Pourtant, en raison de l'ampleur de l'épidémie et d'un contexte socio-historique et territoriale absolument nouveau, des situations complètement neuves nécessitent aujourd'hui des approches novatrices, différenciées et une capitalisation importante des expériences d'Ebola acquises par le passé (création de réseaux, notamment d'anthropologues).
- 44 Néanmoins ces connaissances doivent être utilisées au regard des contextes locaux, car alors que le Sénégal et le Nigeria ont pu mettre en œuvre des mesures de santé publique adaptée à une gestion sur leur territoire, notamment dans le confinement, les situations du Libéria, de la Sierra Leone et de la Guinée nécessitent à une échelle nationale et internationale des innovations dans la gestion de l'épidémie pour enrayer une situation aujourd'hui encore catastrophique (Bellizzi, 2014).

45 Cette situation soulève plusieurs questions pleinement liées à la mondialisation des phénomènes sanitaires. Avant tout, elle interroge sur notre capacité à communiquer, notamment dans la prise en compte de modèles socio-culturels différents du modèle biomédical. Cette prise en compte permettrait peut-être de former des relais plus crédibles aux yeux des populations et au sein des communautés pour informer sur la maladie, ses risques, les soins possibles, etc. De plus, on peut interroger le modèle de l'urgence : prendre le temps de former, notamment les familles, en vue d'un isolement à domicile de qualité, ne permettrait-il pas de participer à une meilleure gestion de la crise ? Enfin, on constate que chaque vie humaine n'a pas le même prix. La mondialisation nous rapproche de nos concitoyens libériens ou guinéens autant qu'elle nous en éloigne, par les médias, mais aussi par notre indifférence généralisée à une crise majeure (ancienne et latente) où ces pays sont plongés. La crise aigüe est ici révélée quelques mois, alors même que les questions de fonds ne sont pas abordées de front et que les moyens mis en œuvre ne sont pas suffisants à l'endiguer. Et si l'urgence sanitaire est mondiale, il semble que l'engagement, qu'il soit international, national autant que communautaire ou individuel, s'arrête aux frontières que chacun construit.

Je tiens à remercier le Professeur René Migliani, Conseiller du Coordinateur de la lutte contre Ebola en Guinée, pour m'avoir autorisé à utiliser sa production cartographique dans cet article, ainsi que pour le travail qu'il met à disposition dans le cadre du réseau « 2014-2015 Ebola Anthropologie » animé par Alain Epelboin.

BIBLIOGRAPHIE

BAUSCH, D.G., FELDMANN, H., GEISBERT, T.W., 2007, « Outbreaks of Filovirus Hemorrhagic Fever: Time to Refocus in the Patient », *JID*, Suppl. 2-196

BELLIZI, S., 2014, « The current Ebola outbreak: old and new contexts », *Journal of Infection in Developing Countries*, Nov2014, Vol. 8 Issue 11, (p 1378-80).

BERGSTRESSER, S. M., 2015, « Health Communication, Public Mistrust, and the Politics of "Rationality" », *American Journal of Bioethics*, Apr2015, Vol. 15 Issue 4, (p. 57-9).

BUISSONNIÈRE M., 2012. « La nouvelle donne de la santé globale : dynamiques et écueils », *International Development Policy*, 3. Online : <http://poldev.revues.org/953>.

ÉPELBOIN A., ODUGLEH-KOLEV A. & FORMENTY P., 2012. « Annexe 13. Contribution de l'anthropologie médicale à la lutte contre les épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg » in *Épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation*, WHO/HSE/GAR/BDP, (p. 87-93).

FASSIN D., MEMMI D., 2004. *Le gouvernement des corps*. Paris, EHESS.

FORMENTY P., LIBAMA F., EPELBOIN A. & al., 2003. « L'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en République du Congo, 2003 : une nouvelle stratégie », *Médecine Tropicale*, 63(3), (p. 291-5).

FOUCAULT M., 2004 [1978-1979]. *Naissance de la biopolitique*. Paris, Gallimard.

GASQUET, C., 2010, « Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo », sous la direction de Gérard Salem et Eric Leroy, Université Paris Ouest Nanterre la Défense

GASQUET-BLANCHARD C., 2012 (a), « Lieux d'émergence et territoires de diffusion de la fièvre hémorragique à virus Ebola au Gabon et en République du Congo », *Géococonfluences, Dossier Géographie de la santé : territoires et sociétés*, Lyon, ENS Ed.

GASQUET-BLANCHARD C., 2012 (b), « Une géographie de la fièvre hémorragique à virus ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo », *Travaux et Documents*, n°33 (juin 2012), Rennes, (p.19-23)

GASQUET-BLANCHARD C., 2014, « Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : les multiples enjeux d'une approche globale de la santé », *Journal des anthropologues*, n° 138-139, (p. 43-64).

HEYMANN D. L., BARAKAMFITTYE D., SZCZENIOWSKI M. & al., 1999, « Ebola Hemorrhagic Fever: Lesson from Kikwit, Democratic Republic of the Congo », *Journal of Infectious Diseases*, 179 (suppl. 1) : (p. 283-6).

HODGE, J. J., BARRAZA, L., MEASER, G., & AGRAWAL, A., 2014, « Global emergency legal responses to the 2014 Ebola outbreak: public health and the law », *The Journal Of Law, Medicine & Ethics: A Journal Of The American Society Of Law, Medicine & Ethics*, 42(4), (p. 595-601). doi:10.1111/jlme.12179

HOURS B., 1998. L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue. Paris, L'Harmattan.

JEFFS B., RODDY P. & al., 2007, « The Médecins Sans Frontières Intervention in the Marburg Hemorrhagic Fever Epidemic, Uíge, Angola, 2005, I. Lessons Learned in the Hospital », *Journal of Infectious Diseases*, 196 (suppl. 2), (p.154-61).

KEROUÉDAN D., 2013. « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde : émergence de la Global Health en Afrique subsaharienne », *Revue Tiers Monde*, 215, (p. 111-27).

LAKE, S., 2015, « Facing Down the Threat: Canada and the Fight against Global Health Crises-Focus on the 2014 Ebola Outbreak », *USC Medical Journal*, 6(2), (p. 35-6).

LEROY E. M., ÉPELBOIN A., MONDONGE V. & al., 2009. « Human Ebola Outbreak Resulting from Direct Exposure to Fruit Bats in Luebo, Democratic Republic of Congo, 2007 », *Vector-Borne and Zoonotic Diseases*, vol. 9(6), (p. 723-8).

LLOYD E., PERRY H., 1998 (a), *Contrôle de l'infection en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain*. Genève, Publications OMS, Division des maladies émergentes et autres maladies transmissibles, surveillance et lutte. <http://www.who.int/emc>

LLOYD E., PERRY H., 1998 (b), *Guide OMS pour la préparation et la riposte aux épidémies : fièvre hémorragique à virus Ebola*. Genève, Publications OMS, Division des maladies émergentes et autres maladies transmissibles, surveillance et lutte. <http://www.who.int/emc>

MARTIN-MORENO, J.M., 2014, « The international Ebola response: heroes and bystanders in the chronicle of an epidemic foretold », *Journal of Public Health*, Dec2014, Vol. 36 Issue 4, (p. 525-6).

MIGLIANI, R., 2015, Situation de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en Guinée, Bilan des données disponible le 24 mai 2015, Coordination Nationale de la lutte contre Ebola en Guinée

NIANG, C.I., BOIRO, H., NDIONE, M-S., 2015, Note de synthèse ; Quelques résultats et recommandations préliminaires de la recherche socio-anthropologique sur l'épidémie de la MVE dans la préfecture de Dubreka.

POURTIER R., 1999, *Le Gabon (Tome 2). Etat et développement*, Paris, L'Harmattan.

PRESTON R., 1994. *The Hot Zone*. New York, Anchor.

SÉCHET R., 2006, « Quand le risque et l'urgence cachent les vulnérabilités et les inégalités... », in Séchet R. & Veschambre V., *Penser et faire la géographie sociale, Contributions à une épistémologie de la géographie sociale*. Rennes, PUR, (p.117-32).

SINGH, J. A., 2015, « Humanitarian Access to Unapproved Interventions in Public Health Emergencies of International Concern », *Plos Medicine*, 12(2), (p.1-8).

THOMAS, I.-V., 2008, *La Mort*, Paris, PUF, Coll. Que sais-je ?

WHO, 2015, *Ebola Situation Report*, 21 January 2015

ANNEXES

Sources Internet :

Article du monde en ligne (18 septembre 2014): http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/09/18/ebola-menace-la-paix-et-la-securite-internationales-declare-le-conseil-de-securite_4490388_3244.html

Article des Inrockuptibles en ligne (23 novembre 2014): <http://www.lesinrock.com/2014/11/23/actualite/en-pletne-tourmente-projet-band-aid-30-juge-condescendant-lily-allen-11537138/>

Article du Courrier International (30 octobre 2014) : <http://www.courrierinternational.com/article/2014/10/30/les-etrangers-en-quarantaine-ebola-ne-passera-pas-par-pyongyang>

Site du MAE (22 janvier 2015) : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/infos-pratiques-20973/article/virus-ebola-guinee-forestiere>

site de l'UNICEF (22 janvier 2015) : <http://www.unicef.org/french/emergencies/ebola/>

NOTES

1. Ce que l'on aurait pu attendre, en termes de proximité géographique.
2. Récemment identifié comme une espèce de chauve-souris.
3. C'est-à-dire une maladie animale.
4. Qui constitue le seul apport en protéine des familles, avec les poissons de rivière.
5. Décimées dans les années 90 et 2000 par une succession d'épidémies dans la sous région d'Afrique Centrale.
6. Envoi de soldats américains, formation par l'armée russe des soldats guinéens.
7. Aujourd'hui critiquée pour la tardiveté de cette déclaration qui n'intervient qu'en août 2014
8. Début septembre, seules une compagnie marocaine et une compagnie belge assure encore la liaison avec les pays touchés
9. Un prêtre espagnol, deux soignants américains ainsi qu'un soignant britannique.

RÉSUMÉS

L'épidémie qui a sévit en Afrique de l'Ouest depuis plus d'un an a fait, à la date du 15 avril 2015, près de 25 791 cas et 10 689 morts. Au regard des travaux que nous avons menés entre 2005 et 2010, dans le cadre d'une thèse, sur les facteurs anthropiques d'émergence et de diffusion de la Fièvre hémorragique à virus Ebola - FHVE -, nous souhaitons ici éclairer les processus qui participent à faire de ces épidémies des crises sanitaires signées, bien que ces dernières soient avant tout des crises sociales. Nous avons souligné dans notre thèse que les rapports Nord-Sud mondialisés sont particulièrement mis en exergue lors de ces crises, illustrant comment la lutte contre l'épidémie et la gestion de la crise peuvent induire des ruptures de communication qui participent à la contestation des plus démunis et à la reconfiguration durable des territoires après la crise. On souhaite dans ce texte mettre en avant les enseignements tirés des épidémies passées, trop peu pris en compte par les acteurs de la lutte contre l'épidémie actuelle, pour souligner les récurrences des processus sociaux à l'œuvre dans toute épidémie de FHVE, quel qu'en soit son contexte.

On April 15, 2015, the West African Ebola outbreak, for nearly one year, affected 25 791 persons and caused 10 689 deaths. Between 2005 and 2010, we conducted a research, as part of a thesis, on anthropogenic factors of emergence and spread of Ebola virus haemorrhagic fever - EVHF. In this text, we intended to compare the two health crises, in order to highlight the processes that participate in making EVHF outbreaks. We primarily want to show that these crises remain primarily social crises. Those globalized health crises pin point the North-South relations and show how crisis management can induce breaks in communications between health workers and patients. These breaks are participating in the protest of the poorest populations and sustainable reconfiguration of territories after the crisis. Finally, we want to highlight the lessons learned from earlier outbreaks and recommend, their recognition by the actors, to improve the fight against coming epidemics. Regardless of context, social processes at work in all Ebola outbreaks seem recurrent.

INDEX

Keywords : Ebola, globalization, health crisis, social crisis, uprising, inequalities

Mots-clés : Ebola, mondialisation, crise sanitaire, crise sociale, contestation, inégalités

AUTEUR

CLÉLIA GASQUET-BLANCHARD

Enseignante-Chercheuse

Département SHSC, EHESP, UMR CNRS ESO

clélia.gasquet@ehesp.fr

(4) Clélia Gasquet-Blanchard, Karim Tazarourte, Emmanuel Eliot, 2019, « U comme ... Urgence », in *Abécédaire de la géographie de la santé. Dimension territoriale de la santé*, Sébastien Fleuret, Clélia Gasquet-Blanchard et Anne-Cécile Hoyez (Dir.), Editions matériologiques, 2019 ([halshs-02380120](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02380120))

U comme...

Urgence(s)

Clélia Gasquet-Blanchard,
Karim Tazarourte, Emmanuel Eliot

Dans le domaine médical, l'urgence est une situation d'un vécu humain qui nécessite une intervention médicale immédiate, en raison d'un pronostic vital ou fonctionnel engagé. Par extension, «les urgences» correspondent au terme générique utilisé pour définir le service hospitalier qui accueille à toute heure les patients amenés par les services de secours. Elles peuvent être de différentes natures : pédiatriques, chirurgicales, gynécologiques, psychiatriques, etc.

Les urgences sont aussi la vitrine des hôpitaux [voir aussi «H comme Hôpital»]. En France, l'organisation de la prise en charge des urgences est basée sur la complémentarité de structures d'urgences (SU) pré et intra-hospitalières (décret n° 2006-577 du 22 mai 2006). Le SAMU (Service d'aide médicale urgente) a pour mission principale, la régulation téléphonique médicale des appels relevant d'une urgence médicale ou traumatologique, et l'orientation du patient par le moyen le plus adapté vers la structure de soins adéquate et disponible. Un numéro unique (15) et des numéros interconnectés (18 et 112) permettent à tout citoyen, un accès au SAMU qui jugera le niveau de gravité de l'appel, et adaptera les moyens de réponse nécessaires. L'envoi d'une équipe médicale (service mobile d'urgence et de réanimation, Smur), d'une ambulance privée, d'un moyen de secours sapeurs-pompiers, d'un médecin généraliste de garde, ou d'un simple conseil médical, sont les outils habituels de réponse du SAMU.

Les structures d'urgence intra-hospitalières (SAU, pour service d'accueil des urgences) ont pour missions légales d'être en mesure de

recevoir tout type de pathologies chirurgicales ou médicales, d'effectuer un diagnostic, de décider d'une orientation adéquate en transférant si besoin le patient dans une autre structure et d'administrer un traitement adapté. La polyvalence demandée au SAU est telle qu'il doit, entre autres, disposer d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) pour la prise en charge des patients les plus graves, d'une unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD), d'une salle de décontamination chimique et radiologique, de locaux d'accueil pour afflux massifs de victimes (décret n° 2006-577 du 22 mai 2006).

Les structures d'urgence sont le premier maillon organisationnel des plans de secours (Plan rouge, Plan Orsec) et des plans de réponse hospitaliers type « Plan blanc » : il s'agit d'un plan spécifique d'urgence sanitaire qui peut être mis en place dans les établissements de santé publics et privés. Il contient des mesures d'organisations destinées à faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ou une activité accrue d'un hôpital. Il permet d'organiser l'accueil et la prise en charge d'un afflux massif de victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie ou d'un événement climatique meurtrier et durable. Pourtant comme cela a déjà été montré avec l'exemple de la canicule de 2003, l'urgence, imposée depuis les années 1990 comme catégorie de l'action publique, est « inhérente à la gestion des crises sanitaires et au traitement des questions sociales [...] tend à des ciblagés qui font, même involontairement, oublier les inégalités » (Séchet & Fleuret, 2006).

En tant que pivot de l'hôpital, les SU (SAMU et SAU) sont à l'interface de toutes les spécialités comme premier échelon d'une chaîne médicale de prise en charge avec la possibilité – et le devoir ? – de soutenir des compétences médicales nécessaires et disponibles pour optimiser la prise en charge des patients. Une des grandes richesses du SAU est d'être un lieu de convergence de compétences médicales. Historiquement, les SAU ont été créés dans les hôpitaux français pour rationaliser les lieux d'accueil de patients souffrant de symptômes aigus et inopinés requérant la nécessité d'un plateau technique.

Paradoxalement, une des grandes difficultés des SAU est de devoir accueillir tout patient qui s'y présente, quelle que soit la cause du recours. Pourtant le recours trop fréquent « aux urgences » pour un événement qui n'en est pas un met à mal les services de santé. Des motifs de recours aux urgences, comme les malaises (motifs de consultation fréquents dans les SAU qui ne recourent pas les mêmes réalités) illustrent que les SAU sont le recours de premier soin de nombreux patients et que par ailleurs, les malaises y sont fréquemment adressés.

De fait les SAU sont de plus en plus sollicités et leurs dysfonctionnements régulièrement médiatisés (Gedda *et al.*, 2017). La dérive de la notion d'urgence (notamment de l'urgence médicale à l'urgence sociale) participe à emboliser les services en raison de situations sociales de plus en plus complexes et nécessitant une prise en charge médico-sociale que ne peuvent pourtant en raison des sous effectifs et pressions financières traiter les services d'urgence. De fait, tout devient urgence et l'on doit le traiter rapidement et médicalement des situations éminemment sociales. Ces situations ont conduit à la création des PASS (permanence d'accès aux soins de santé) dans de nombreux hôpitaux.

- Dans le continuum de ce paradigme fonctionnel, les services hospitaliers d'urgence ont, depuis plusieurs années, subi trois mutations :
- Humaine, avec l'implication très forte dans le fonctionnement quotidien de médecins non spécialistes qui entraîne le développement d'une spécificité universitaire en médecine d'urgence.
 - Sociale, avec une augmentation constante du nombre de passages aux urgences, la part d'urgence vitale devenant minoritaire au profit de consultations type « permanence de soins » ou de la gestion de problèmes médico-sociaux aggravés par un vieillissement de la population et un désengagement de la médecine libérale, interrogeant alors le lien entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, mais également entre médecine publique et médecine privée. En effet, le nombre de prises en charge aux urgences augmente régulièrement passant de 14 millions de passages en 2002 à 18 millions en 2011 (cf. **tableau 1**, page suivante).
 - Organisationnelle, avec dans l'attente de la publication de nouveaux décrets dans le cadre du SROS 3, l'élaboration d'un cadre réglementaire précisant les modes de fonctionnement des services d'urgence (décret n° 97-615 30 mai 1997) et le poids de plus en plus important du SAU au sein des structures hospitalières. La loi Hôpital-patient-territoire de 2009 prévoit, quant à elle, l'organisation de permanences de soins ambulatoires assurés par des médecins généralistes de ville et destinées à éviter le recours systématique des populations aux services des urgences. Cette évolution vise à renforcer les politiques de proximité et à opérer une régulation de l'accès tout en « détritiofant » les échelons d'action supérieurs dont les héritages en termes de pratiques et d'usages peuvent persister.

	ÉTABLISSEMENTS PUBLICS		ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT NON LUCRATIF	
	2013	Évolution 2012-13 (%)	2013	Évolution 2012-13 (%)
Structures générales	10 115 787	-2,1	711 829	-0,7
Structures pédiatriques	620 808	20,7	55 775	3,2
Structures générales et pédiatriques	4 787 684	6,3	233 040	2,1
Urgences générales	3 367 230	9,8	143 822	0,9
Urgences pédiatriques	1 420 454	-1,2	88 218	4,1
Ensemble	15 524 279	1,1	1 000 444	0,2
	ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF		ENSEMBLE	
	2013	Évolution 2012-13 (%)	2013	Évolution 2012-13 (%)
Structures générales	2 385 233	3	13 212 649	-1,1
Structures pédiatriques	0	-	678 583	19
Structures générales et pédiatriques	0	-	5 020 724	6,1
Urgences générales	0	-	3 511 052	9,4
Urgences pédiatriques	0	-	1 509 672	-0,9
Ensemble	2 385 233	3	18 909 966	1,3

Tableau 1. Nombre de passages aux urgences en 2013 selon le statut et l'autorisation. France métropolitaine et départements d'outre-mer (Y compris Mayotte), Y compris soins de suite et adaptation (source : DREES, SAE 2012-2013, traitements DREES).

Dans ce contexte, un des problèmes majeurs de ces services est alors la réussite de la gestion des flux de patients, notamment en raison d'une tendance croissante d'un recours confirmant tantôt la volonté, tantôt la nécessité de certains patients, d'une consommation d'actes médicaux immédiats, parfois, non assortis d'un soin, mais qui révèle surtout une augmentation croissante des inégalités d'accès aux soins de populations.

Si l'urgence fait d'abord référence aux services médicaux, le terme renvoie plus généralement à l'idée d'une gestion dans un temps très court, celui de l'immédiateté, d'une situation sanitaire ayant un impact pour un individu ou une population à un moment donné et dont l'ampleur nécessite une intervention immédiate. En ces termes, l'urgence s'oppose au temps long et interroge les liens entre santé et politique et à travers le processus de politisation qu'ils génèrent. Cette

politisation met en lumière des acteurs, des temporalités et des modes d'organisation territoriale spécifiques.

La gestion politique de l'urgence trouve ses racines dans les modèles de gestion des épidémies (via notamment le système de quarantaine et donc de mise à distance des malades que l'on retrouve dès l'Antiquité). Plus récemment, l'urgence sanitaire s'est professionnalisée. On peut retracer les grandes étapes de cette évolution. À la suite de la guerre de Crimée (1853-1856), la mobilisation d'un groupe de citoyens genevois donna naissance à la Croix-Rouge, ancêtre du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) de Genève et première organisation non gouvernementale (ONG). Puis les conséquences sociales et politiques au niveau international des Première et Deuxième Guerres mondiales vont donner, entre autre, naissance à de grandes agences internationales dépendantes de la Société des Nations, puis Nations unies, avec l'apparition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la scène internationale. Dans les années 1970, avec la crise du Biafra, on voit apparaître le mouvement des « *French Doctors* » et avec eux, le devoir d'ingérence humanitaire (Laverge, 2014). En opérant un double mouvement de professionnalisation et de privatisation, les acteurs de l'aide humanitaire d'urgence sont de plus en plus financés par les grandes agences de l'ONU, l'Union européenne, de pays comme les États-Unis, mais également de plus en plus par des bailleurs privés (Fondation Bill Gates, par exemple). Les intérêts diplomatiques, politiques industriels et financiers de ces institutions empêchent parfois des interventions militaires, économiques, diplomatiques qui permettraient le retour de déplacés dans leurs foyers, comme ce fut le cas lors de la crise du Darfour en 2003 (Laverge, 2014). L'action humanitaire d'urgence relève dans ce contexte d'un volet de l'action diplomatique (MAEDI, 2016), et est en ce sens bien une action politique et donc orientée vers des intérêts nationaux, ou régionaux, qui fond relativiser l'indépendance annoncée des ONG. En tant qu'interfaces, les ONG constituent ainsi à la fois les relais de transmission des politiques étrangères et des opérateurs d'action locale des politiques globales.

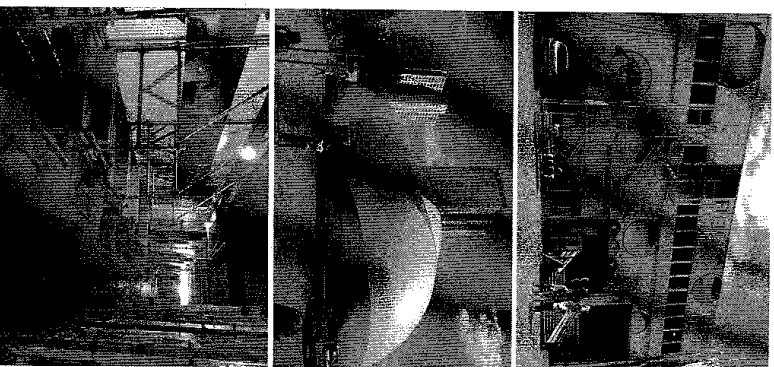
Le versant sanitaire des crises (climatiques, politiques, sanitaires, sociales) rend particulièrement visible ces processus de politisation. En effet, par le biais d'acteurs, notamment associatifs, prenant position en faveur des populations touchées par des événements sanitaires, cette politisation passe par une médiatisation de l'événement en vue de la mobilisation de l'opinion publique et de levée de fonds conséquentes destinées à venir en aide à des populations en danger immédiat. Aussi

légitimes que soient ces démarches, cette professionnalisation de l'intervention sanitaire d'urgence vise, outre sa caution morale d'aide à une population en danger (et d'appui aux États du Sud concernés) et son positionnement institutionnel (levée de fonds privés) et politique (contexte néolibéral), à circonscrire la crise dans les lieux où elle se trouve [voir aussi « G comme *Global Health* »].

Le traitement de l'urgence révèle donc bien d'un positionnement politique en amont, impliquant une prise de décision et de responsabilités fortes dans l'administration des territoires. En Italie, par exemple, la pression européenne pour répondre aux inquiétudes des autres États européens sur la fermeture des frontières est forte (Bassi, 2015). La lutte contre l'immigration irrégulière des demandeurs d'asile suspects de fraudes est constante et est associée à la création de centres destinés à contrôler ces demandeurs d'asile. L'urgence devient une technique de gouvernement au caractère cyclique (Bassi, 2015). De fait, le recours aux mesures d'urgences relatives à « l'afflux » de citoyens non européens est une pratique récurrente. En Italie, l'état d'urgence fut d'ailleurs déclaré en février 2011 sur ces questions et prolongé jusqu'en décembre 2012, plaçant la gestion de l'immigration sous un régime d'exception permanent au cours duquel les interventions extraordinaires devinrent des règles communes (Bassi, 2015). Par ailleurs, l'Italie, avec l'aval de l'UE a signé un accord avec la Libye, similaire à celui avec la Turquie pour « gérer » la détention des migrants souhaitant traverser la Méditerranée, les ONG s'indignent que les droits fondamentaux des personnes ne sont pas respectés dans ces camps. Alors que les états européens déplacent spatialement le problème de l'accueil des « migrants », dans l'urgence de protéger leur territoire national, les morts en Méditerranée continuent d'exister. Rappelons que l'Italie a décidé de fermer ses ports aux bateaux d'ONG ayant sauvé des migrants en mer après avoir préalablement tenté d'imposer aux ONG procédant à ces sauvetages en Méditerranée la présence de policiers à bord de leur bateaux, ce qu'ont refusé les ONG. Ces pratiques illustrent le refus des politiques publiques de penser ces événements dans le long terme et comme problème structurel plutôt que conjoncturel. La question migratoire, particulièrement en Europe et en France apparaît comme relevant de l'urgence, alors même que ce phénomène est loin d'être récent.

Dans ce contexte, la gestion de l'urgence nécessite le recours à des dispositifs législatifs qui organisent la localisation des activités. À Paris, l'ouverture en novembre 2016 du centre de premier accueil

(CPA) – situé porte de La Chapelle, communément appelé « la Bulle », centralisant l'accueil des réfugiés et hébergeant pour 4 à 5 jours les hommes seuls – et du centre d'hébergement d'urgence pour migrant (CHUM) – dédiés aux femmes seules et familles et localisé sur la commune d'Ivry-sur-Seine et où les séjours peuvent s'étaler sur 1 à 2 mois – vise à prendre en charge les migrants sur le territoire français avant de les envoyer dans les structures d'hébergement d'urgences situées sur l'ensemble du territoire national, ce dans un contexte d'arrivée de populations fuyant les guerres du Moyen et Proche-Orient. Si cette initiative de la maire de Paris peut être relevée, il n'en reste pas moins que certains enjeux politiques locaux sont à l'œuvre autour de la localisation même de ses structures. Le CHUM d'Ivry, suite à une négociation entre la mairie de Paris et la mairie d'Ivry, se trouve localisé hors du territoire parisien, mais géré par celui-ci, moyennant l'accueil de 50 personnes issues des campements roms informels localisés dans la commune d'Ivry. Par ailleurs, porte de La Chapelle, l'ensemble des personnes qui se présentent au CPA ne peuvent être accueillies, 70 % des demandes sont, à terme, traitées. De fait, des camps informels se développent à l'entrée du CPA. Des ONG humanitaires comme Médecins sans frontières et Médecins du monde se voient contraintes d'être présentes dans le centre, à défaut d'investissement des établissements responsables des dispositifs de droit commun au sein de ce camp, mais également à l'extérieur de celui-ci (photos 1 à 3). On observe alors aux portes de Paris que politiques locales, régionales et globales



interagissent au sein d'un même territoire déployant leurs compétences parfois paradoxales au sein de lieux communs [voir aussi «L comme Lieu(x)»].

On ne peut donc interroger la gestion de l'urgence sanitaire sans prendre en compte la gestion de la crise, justement effectuée *en et dans* l'urgence. De fait, celle-ci s'oppose bien au temps long alors même que l'idée du soin [voir aussi «C comme Care»] (Morvilliers, 2015) nécessite une prise en charge de l'individu dans sa globalité et dans des temporalités parfois longues. Pourquoi cette gestion d'urgence? Quels freins à penser l'intervention des crises dans le temps long? On peut émettre l'hypothèse que les aléas de gestion de crise, notamment autour de la (mal ou non) communication entre les acteurs de terrains et les autorités nationales, participent en partie aux dysfonctionnements que l'on observe dans le traitement de l'urgence. Cette absence de communication nie la nécessité de prise en compte de temporalités plus longues, notamment par l'élaboration d'une communication et d'amont des événements : déficiences de politiques de prévention et de promotions de la santé aux différentes échelles, manque d'équipements spécialisés pour les situations extrêmes (neige en France, séismes en Amérique Latine – D'Ercole *et al.*, 2007 –, typhons en Asie, ouragans réguliers en Haïti, événements sanitaires graves en Afrique subsaharienne) dont les répercussions en termes de santé sont dramatiques. Ces dysfonctionnements s'accompagnent d'une insuffisance d'attentions portées aux populations locales touchées, selon des délais d'intervention plus ou moins courts pour des situations pourtant définies comme urgentes. Ce paradoxe traduit alors la relativité de l'urgence selon les lieux et territoires touchés par les crises : comme par exemple, la lenteur de la réponse internationale face à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest entre 2013 et 2016.

Conclusion

En somme, en tant que géographe, l'urgence peut interroger à plus d'un titre. D'une part, cette « désacralisation » généralisée de l'urgence en tant que service hospitalier autant que comme événement a des conséquences importantes en termes de état de santé des populations et de recours aux soins, notamment parce que cette évolution peut participer à augmenter les dysfonctionnements des systèmes de santé entre les territoires et à pérenniser des inégalités spatiales de santé. D'autre part, la gestion institutionnalisée et politisée de l'urgence participe à la mise au ban de processus politiques, sociaux

et sanitaires qui ont pourtant besoin d'un temps long pour se développer. Si l'urgence apparaît comme maître mot des politiques de santé publique actuelles, elle met de côté les déterminants de santé, qui doivent être pensés dans le temps long parce qu'ils ont des effets bien en amont de la crise et de l'urgence. Pourtant, ils ne sont que faiblement pris en compte par les politiques publiques. Au delà, les dérives logistiques de l'action humanitaire autant que du soin vers l'urgence, ne permettent alors plus la prise en compte du soin dans son versant du « care », mais seulement du « cure ». Enfin, les évolutions de l'urgence dans ses dimensions organisationnelles et politiques interrogent les modes de territorialisation et l'articulation nécessaire entre les espaces des usagers et des institutions.

Références

- BASSI M. (2015), « Politiques de contrôle et réalités locales : le cas du centre d'accueil (pour demandeurs d'asile) de Mineo en Sicile », *L'Espace politique*, espacepolitique.revues.org/3354.
- BOISGURJIN B. & VALDELLÈVE H. (2014), « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et résultats DREES* n° 889, p. 1-8.
- D'ERCOLE R. *et al.* (2007), « Le séisme de Pisco du 15 août 2007 : entre urgence et reconstruction », *EchoGéo*, echogeo.revues.org/2109.
- DÉCRET n° 2006-577 du 22 mai 2006, legifrance.gouv.fr.
- GEDDA E. *et al.* (2017), « Les malaises adressés aux urgences sont fréquents, bénins et coûteux : étude épidémiologique des facteurs de risque d'hospitalisation en vue de déseconcombrer les urgences », *La Revue de médecine interne* 38, p. 8-16.
- GRAILL J.-Y. (2015), *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, ARS Nord-Pas-de-Calais, juillet.
- LAVERGNE M. (2014), « L'aide humanitaire, entre droit et devoir d'ingérence », *Le magazine de l'Afrique* : Ingérences militaires et humanitaires : assistance ou asservissement?, p. 16-18.
- MORVILLIERS J.-M. (2015), « Le care, le caring, le cure et le soignant », *Recherche en soins infirmiers* n° 122, p. 77-81.
- SAE-DREFFES (2016), *drees.social-sante.gouv.fr*.
- SÉCHET R. & FLEURBAERT S. (2006), *De la difficulté de penser ensemble «risques pour la santé» et «bien-être»*, Presses universitaires d'Angers, p. 157-167.

(5) Gasquet-Blanchard, C., 2017, L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale. *Santé Publique*, 29, 453-464
<https://doi.org/10.3917/spub.174.0453>

DOSSIER

Requestionner les approches de santé publique après Ebola

**L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest :
analyse critique d'une crise avant tout sociale**

*The 2013-2016 Ebola epidemic in West Africa: critical analysis of a crisis
primarily social*

Clélia Gasquet-Blanchard¹

↳ Résumé

La crise sanitaire qui a sévi entre 2013 et 2016 en Afrique de l'Ouest touche à sa fin. Les différents acteurs politiques, sanitaires, institutionnels, intervenant à différentes échelles et directement ou non sur le terrain, ont tiré des enseignements de cet événement dramatique à la gestion mitigée. Pour introduire par ce premier article ce numéro, nous proposons une réflexion de cadrage qui interroge les concepts et notions invoqués durant l'épidémie d'Ebola de 2014-2016 en vue de déconstruire les modalités de la gestion de la crise. Ce regard distancé s'appuie sur notre expérience de terrain entre 2005 et 2007 post-crise Ebola en Afrique Centrale. Nous proposons ici une analyse des crises qui met en lumière les dérives et incohérences relatives au traitement de l'urgence sanitaire. Nous discutons notamment les acceptions de différents termes afférents à Ebola pour illustrer l'idéologie sous-jacente et proposer une approche résolument critique de la gestion qui en découle. Cette dernière met en avant l'importance du développement des approches contextuelles et de long terme qui nécessiteraient d'être plus fréquemment prises en compte en vue d'améliorer la gestion des crises à venir.

Mots-clés : Crise sociale ; Approche de long terme ; Communication.

↳ Abstract

The health crisis in West Africa between 2013 and 2016 is coming to an end. The various political, health, and institutional players, involved at various levels, either directly or indirectly in the field, have drawn lessons from this dramatic event, which comprised a number of management errors. The first article of this issue proposes a framework assessment of the concepts and notions involved during the 2014-2016 Ebola epidemic in order to identify the modalities of management of the crisis. This more objective view is based on our experience in the field between 2005 and 2007 following the Ebola epidemic in Central Africa. We propose an analysis of these health crises that highlights the errors and inconsistencies related to the management of the health emergency. In particular, we discuss the meanings of the various terms used to describe Ebola to illustrate the underlying ideology and propose a resolutely critical approach to the resulting management, emphasizing the importance of the development of contextual and long-term approaches, which need to be more frequently taken into account in order to improve the management of future crises.

Keywords : Social crisis; Long-term approach; Communication.

¹ Département SHS, EHESP, UMR Espaces et Sociétés - CNRS 6590, Laboratoire Rennes 2 - 20 avenue George Sand - 93200 Saint-Denis cedex - France.

Correspondance : C. Gasquet-Blanchard
clélia.gasquet@ehesp.fr

Réception : 10/11/2016 - Acceptation : 23/05/2017

Introduction

Le 29 mars 2016, l'OMS déclare que « la flambée d'Ebola dans les pays d'Afrique de l'Ouest ne constitue plus une urgence de santé publique de portée internationale » [1]. À la date du 2 juin c'est au total, 28 616 cas confirmés, probables et suspects qui auront été notifiés en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone. Parmi ces personnes 11 310 sont décédées. La phase d'urgence est annoncée comme close. Néanmoins il restait en juin un dernier foyer dans les préfectures de N'Zérékoré et Macena (sud-est de la Guinée) ou sept personnes y ont été diagnostiquées comme cas confirmés et trois comme cas probables entre mi-mars et début avril 2016. À Monrovia en Sierra Leone, trois personnes ont également été diagnostiquées il s'agissait de l'épouse et des enfants d'un cas de Macena. Par ailleurs, le cas index du foyer de la sous-préfecture de N'Zérékoré, une femme de 37 ans se serait probablement contaminée suite à une exposition à des liquides biologiques infectés d'un survivant d'Ebola [2].

Ces faits nous informent de la poursuite de circulation transfrontalière de malades et sur la contamination persistante de personnes par voie sexuelle qui atteste d'un risque insidieux de la maladie encore jamais observé concernant Ebola en raison d'une contagion possible qui touche à l'intimité des personnes, notamment celle des survivants. Cela nous amène à interroger les modalités actuelles de gestion de la crise, questionnées dans sa phase aiguë et dans sa continuité ; car le risque de réémergence de nouvelles flambées épidémiques¹ ne peut être écarté, quelle que soit son ampleur. Dans ce contexte, l'anthropologie et plus généralement les sciences humaines et sociales, par leur regard critique sur l'épidémie et sa gestion, pourraient permettre d'améliorer les modalités d'actions des acteurs de terrain.

La crise sanitaire qui a sévi en Afrique de l'Ouest touche à sa fin. Les différents acteurs (politiques, sanitaires, institutionnels, sociaux, scientifiques, etc.) intervenant directement ou non sur le terrain et à des échelles variées, en ont tirés des enseignements, notamment en termes de santé publique (le rôle prépondérant de MSF, la mise en place de cellules de crise dans les pays touchés, la formation de personnels). Ces enseignements ont été également pris en compte, au niveau politique et institutionnel (la communauté internationale reste en alerte, plusieurs armées extérieures aux pays touchés sont intervenues sur le terrain) ainsi qu'en termes scientifiques (la recherche vaccinale et

sur le traitement ont fait de grands pas, tenue en 2015 à Dakar d'un colloque en sciences humaines et sociales – EBODAKAR – sur la question Ebola, le premier en la matière), etc.

Néanmoins il convient de revenir sur certains éléments contrastés dans la gestion de l'épidémie, notamment le trop peu de déconstruction des positionnements de terrain dans l'urgence de l'intervention des humanitaires, le manque de campagnes de communication adaptées, la prédominance et l'omnipotence du discours biomédical. Ces positionnements induisent des dysfonctionnements importants et nombreux comme « des excès d'autoritarisme et des déficiences des pouvoirs en place, des réflexes xénophobes, réprimés ou favorisés, des déficits d'humanisme, des atteintes aux droits de l'homme, de fait « contre productives » (recours aux forces de l'ordre, absence de synergie, des protocoles « sécuritaires » rigides, turn-over des experts et réinvention de l'eau chaude...) » [3]. La gestion de l'épidémie illustre également les dysfonctionnements des systèmes de santé tant dans leurs mécanismes endogènes que dans leurs interactions avec l'extérieur aux différentes échelles opérationnelles (système de santé international défaillant qui induit une crise de gestion en plus des dysfonctionnements locaux).

L'approche proposée interroge avec recul et distance critique la crise sanitaire, sociale et politique que provoque Ebola. Comment, par son impact sur les sociétés locales, la crise amène à repenser la santé publique en Afrique (politiques nationales, les programmes d'intervention comme les pratiques professionnelles, etc.) ? Il nous intéresse de mettre en parallèle la gestion de la crise et ses conséquences dans le long terme et d'interroger le suivi des survivants, l'accès des populations à l'information dans un contexte relationnel qui soit humainement acceptable et qui puisse donc être entendu. De même, la reprise de la scolarisation des filles, la formation des personnels de santé, les moyens politiques, économiques et sociaux mis en œuvre pour un retour pérenne de la cohésion sociale aux échelons locaux comme nationaux des pays qui ont subi de plein fouet cette crise sans précédent, sont fondamentaux.

Méthodes

Dans cet article, nous proposons une réflexion de cadrage qui réinterroge, en les déconstruisant, les concepts et notions évoqués durant l'épidémie d'Ebola de 2013-2016.

¹ Développement et propagation rapide d'une maladie contagieuse, le plus souvent d'origine infectieuse, dans une population.

Pour ce faire, nous proposons une analyse critique des acceptions de différents termes (crise sanitaire, sécurité sanitaire, urgence, crise et intervention humanitaire, santé globale, etc.) pour mieux appréhender leurs usages concrets, qui structurent l'intervention en santé publique. Que recouvrent ces termes selon l'acteur qui l'emploie (expert en épidémiologie, en anthropologie, acteur de terrain humanitaire expatrié ou bien issu d'un recrutement local...)? Cette approche réflexive vise à mettre en lumière les processus et mécanismes qui conditionnent l'intervention en temps d'épidémie et ses revers (quels contextes, quelles communications, quels enjeux, par qui et pour quelles tribunes, etc.). Cette démarche permet d'aborder la pluralité des positionnements et des contextes socio-politiques et représentationnels pour comprendre comment ils participent à conditionner l'action. S'il semble que cette épidémie ne puisse mettre en lumière une évolution réelle des frontières entre disciplines, nous interrogeons la diversité des références en matière de surveillance et de lutte contre la maladie et son émergence, sa diffusion, sa gestion. Cet exercice se fera au regard des corpus disciplinaires d'appartenance (santé publique, virologie, épidémiologie, sociologie, anthropologie, etc.) ou des champs d'intervention (expertise, prévention, traitement, recherche vaccinale, mobilisation psychosociale, contrôle des populations, communication)? Comment cette diversité participe à induire une crise de communication à l'échelle locale?

Fortes de notre expérience d'une recherche doctorale, aboutie en 2010, sur les lieux des épidémies gabonaises et congolaises des décennies 1990-2000, nous interrogeons les tendances actuelles et évolutions dans la gestion des épidémies d'Ebola, par une lecture critique, non exhaustive, des rapports de mission produits et des retours d'expérience publiés dans la littérature scientifique autour de l'épidémie d'Afrique de l'Ouest de 2013-2016. Nous montrons que le recours à certains termes relève d'une idéologie qui implique un traitement spécifique de la crise qui pourrait pourtant être pensée différemment. Cette approche vise à interroger les pratiques, regards et représentations au cœur des institutions des systèmes de santé, aux échelles internationales comme locales, et à questionner avec acuité un discours dominant qui détermine une gestion déshumanisée de l'épidémie.

Nous souhaitons souligner ici la nécessité d'un développement à long terme et à une échelle plus large des enseignements des sciences humaines en vue d'éviter les écueils observés durant cette épidémie. Les apports en anthropologie et plus généralement des autres disciplines des SHS (ethnologie, sociologie, histoire, géographie) sont apparus essentiels dès les années 2000 et, en raison de l'ampleur de

l'épidémie de 2013-2016, encore plus fondamentaux aujourd'hui. Pourtant en amont de l'épidémie d'Afrique de l'Ouest, de nombreux enseignements avaient été tirés des épidémies précédentes, sans pour autant qu'ils aient été pris en compte. Notre regard à distance permet donc une déconstruction critique qui nous fait souligner la nécessité pour les sciences humaines d'interroger par aller-retour la position du chercheur et celle de l'expert mandaté sur le terrain. Cela notamment en vue de mesurer l'instrumentalisation qui est faite des sciences humaines par les sciences biomédicales, qui influencent les politiques de santé, mais également d'objectiver par une mise à distance la demande d'expertise en SHS d'urgence sur le terrain dans un contexte de crise alors même que l'analyse en SHS s'inscrit par nécessité dans le long terme.

Résultats

Acception des termes et idéologie sous-jacente : quels traitements de la crise sanitaire ?

Dans un premier temps, une définition critique des termes qui ont accompagné et balisé la gestion de cette épidémie, semble opportune pour poser les fondements de l'analyse. Tout d'abord la « crise ». Le terme révèle des enjeux de pouvoir qu'il faut identifier. La crise apparaît *a posteriori* du risque, lui-même conjonction d'une vulnérabilité et d'un aléa (ici la circulation d'un virus dans son cycle selvatique). La crise apparaît comme le passage, par rupture, à un dysfonctionnement dans la gestion des risques [4]. Elle implique de fait une réponse décisive [5] et rapide aux procédures extraordinaires mises en place dans l'urgence, alors même que l'ensemble des acteurs de la société (société civile, monde politique, sanitaire, médiatique) impliqués se retrouvent qualitativement déstabilisés. L'événement d'une sévérité intense les confronte à l'inconnu d'une situation en termes de temporalités spécifiques, d'acteurs multiples, de problèmes de communication majeurs. Dès lors, les acteurs institutionnels (politiques et sanitaires) dont l'information paraît suspecte, non légitime [6] se trouvent impliqués et doivent réagir à l'information diffusée par les médias. La logique médiatique prépondérante se développe autour d'une information sensationnelle exposant les failles, les cas particuliers, etc. En cela « la crise » participe à orienter les comportements de panique et influence la prise de décision. La crise, quelle que soit sa nature, est donc toujours éminemment politique

puisqu'elle remet en cause le pouvoir, en raison des problèmes de communications qu'elle implique. L'analyse de la crise doit donc être resituée dans son contexte socio-historique. Concernant Ebola, cette médiatisation alarmante s'appuie sur un socle de représentations très anxiogènes en occident [7] et plus légitimement en Afrique Centrale ou en Afrique de l'Ouest [8] où le risque d'émergence d'une épidémie est réel. Ces représentations se complexifient alors dans des relations Nord-Sud, notamment dans la communication nécessaire à la gestion d'une crise. Loin d'être un fait seulement sanitaire, l'épidémie d'Ebola se révèle alors être un fait politique et social qui, particulièrement en Afrique de l'Ouest, « se développe dans le champ historique du postcolonialisme » [9]. Dans ces conditions les messages de santé publique, de prévention (nécessité de la quarantaine, de ne pas toucher les malades et les morts, de se rendre dans les Centres de Traitement Ebola-CTE) formulés selon des critères biomédicaux par les organismes sanitaires internationaux, les ONG sur le terrain et les états touchés par l'épidémie apparaissent en décalage avec les réalités vécues localement sur le terrain (taux de mortalité élevés dans les CTE, malades et morts en chaîne dans une même famille, un même quartier; nécessité d'honorer ces morts par des rituels traditionnels d'inhumation...). Ce décalage entre les propositions de gestions et les réalités locales induit une rupture de communication qui participe à une remise en cause du pouvoir biomédical associé au pouvoir postcolonial [10] et politique (les enjeux électoralistes sont souvent évoqués) [7, 11]. Pour autant ces pouvoirs ne sont pas niés. Ils peuvent être réutilisés localement. Nous l'avons observé sur les épidémies des années 1995-2005 : Ebola et la gestion qui en est faite donnent des droits (traitement dans les CET, dédommagements, indemnités) qui passent notamment par une revendication par le corps, une « biolégitimité » donnée par Ebola [7, 12] autour des risques pris (pour les soignants, logisticiens de l'épidémie), de la revendication du statut d'ancien malade.

Mais, la crise peut aussi être entendue, souvent *a posteriori*, comme « moment fondateur » permettant de penser la refonte du système en place. La crise sanitaire causée par Ebola interroge la santé globale et son application effective en Afrique : priorisation des traitements, mise en place de programmes de développement et réformes destinées à renforcer les possibilités de contrôle d'émergence de pathologies virales, par exemple. Elle repositionne également les maladies émergentes au cœur des enjeux de santé publique internationaux comme nationaux [13]. De fait, les crises sanitaires doivent être pensées comme s'inscrivant dans leurs contextes socio-politiques généraux et

locaux. La création d'agences nationales et internationales de sécurité sanitaire en réponse à une série de crises sanitaires qui depuis la fin des années 80 (crises du H5N1, du Médiator, etc.) ont provoqué plusieurs scandales (alertes ignorées, conflits d'intérêts majeurs et de pouvoir) qui illustrent un contexte nouveau de diffusion de l'information et une remise en cause des autorités sanitaires sans précédent. Ces agences recomposent alors le paysage de la gestion des risques par l'émergence de normes et d'exigences nouvelles dans le domaine de la sécurité [14]. Alors, la notion de sécurité sanitaire « s'est rapidement imposée et symbolise aujourd'hui une étape nouvelle dans le traitement des questions de santé publique » [15], notamment par une réforme institutionnelle (création d'agences en France, en Europe, dans le monde comme le GOARN²) qui transforme les politiques de santé. Ces crises dépassent les aspects conjoncturels des sociétés touchées et concernent également leurs aspects structurels (faible expertise, dépendances des experts à l'égard des firmes pharmaceutiques, absence - ou inversement trop d'encadrement politique, etc.) [16]. Par ailleurs, la sécurité sanitaire s'inscrit au cœur de la notion de santé globale qui a vocation à garantir l'accès de tout individu à une santé de qualité, en fournissant aux individus de tous pays un accès équitable aux soins, vitaux, de santé primaire et à une couverture universelle de santé indispensable à une bonne santé collective [17]. Pourtant en pratique, cette notion montre vite ces limites particulièrement en Afrique de l'Ouest, en raison de la violence sociale produite par la gestion dans l'urgence de la crise. Comme nous l'avons montré pour les précédentes épidémies d'Ebola en Afrique Centrale, les mesures sanitaires occidentales d'urgence sont légitimées *a priori* par leur dimension « humanitaire » et donnent une caution morale [18] à des actes de pouvoir qui imposent aux populations des contraintes lourdes : « Dans les représentations locales, la crise épidémique et sa gestion se retrouvent associées à des processus de domination. Dans la mesure où les actions de lutte étrangères sont aussi intrusives qu'inefficaces pour la survie des malades » [13]. Identifiés sur les épidémies précédentes d'Ebola, ces processus se donnent encore à voir lors de l'épidémie de 2013-2016.

² Le Global Outbreak Alert Response Network voit le jour en 2000 au sein de l'OMS. Ce dispositif technique de collaboration entre institutions et réseaux mettant leurs ressources en commun pour identifier, confirmer et répondre rapidement aux épidémies de portée internationale s'appuie sur les institutions existantes et de nouveaux partenaires, dans le but de faire face aux menaces mondiales que représentent les maladies à tendance épidémique et les maladies émergentes.

En vue de participer à contrer les dérives inhérentes au traitement de l'urgence, il semble pertinent de relativiser l'importance de concepts issus de l'idéologie dominante de nos sociétés pour amener les acteurs à penser l'action dans le long terme [19]. Déconstruire ces notions et approches permet l'identification des dysfonctionnements profonds à l'œuvre dans les inégalités qui sont mises en lumière par les situations de crises aiguës sur médiatisées mais qui pourtant existent et persistent dans un quotidien qu'inversement les médias participent à invisibiliser. La proximité, l'urgence, le risque ont progressivement émergé en tant que mots-clés des politiques publiques en générale [19] et des médias. Aux niveaux nationaux comme internationaux, des stratégies de réponses rapides aux crises se sont développées pour faire face à ces événements extraordinaires. Les crises humanitaires se distinguent par la multiplicité d'acteurs traditionnels (associations, ONG), public (états – parfois par le biais militaire –, collectivités locales institutions internationales) et on voit apparaître des acteurs privés (grandes entreprises, fondations, etc.) dont les modalités d'actions changent les termes des relations internationales autour de la santé des individus [13, 20, 12]. Avec l'avènement de la santé globale, l'action publique des états comme des grands organismes internationaux, relevant des acteurs traditionnels, connaît une perte d'influence et une crise de leadership lesquelles complexifient ces enjeux de pouvoirs.

Des normes et processus d'interaction générateurs de violence

La crise sanitaire qualifiée « d'humanitaire » ou « d'urgence sanitaire » nous éclaire sur les processus à l'œuvre dans la gestion violente (légitime ou non) des épidémies. À la violence de l'épidémie (morts rapides et en chaîne dû à une maladie sans traitement), s'ajoute celle de la gestion de la crise sanitaire (quarantaine, isolement, prévention inadaptée, soins déshumanisés dans les centres de traitements, etc.). En effet, l'urgence sanitaire implique une situation dans laquelle la vie d'un grand nombre de personnes est menacée. Elle se définit comme s'inscrivant « dans un contexte d'urgence et de post-urgence immédiate ». Les actions humanitaires s'efforcent de respecter « les principes fondamentaux d'impartialité, de non-discrimination et de neutralité, ainsi que le droit international humanitaire » [21]. Mais l'urgence s'oppose parfois aux droits humains, comme l'illustre l'apparition de questionnements éthiques au sein de plusieurs rapports post épidémies durant cette dernière épidémie d'Ebola. Ces questions sont notamment posées dans le rapport de MSF [22] qui s'est vu

notamment refuser des malades dans les centres de traitements ou en appeler à une intervention militaire³. Un rapport conjoint de l'IRD et de l'INSERM souligne également une prise en charge trop longtemps uniquement symptomatique dans les CTE alors que les humanitaires expatriés étaient rapatriés dans leurs pays pour bénéficier de traitements expérimentaux. La non prise en compte du stress majeur que vivent les malades isolés de leur communauté quand ils sont admis dans les CTE [23]. Cette étude corrobore les travaux menés en Afrique Centrale dans les années 2000. « *Durant l'épidémie, la maladie touche les individus d'une population vivant "l'intervention humanitaire" comme une guerre contre leur propre corps social malade, apeuré, en détresse. Celui-ci vit une intolérable intrusion en raison des actions de gestion, de prise en charge, prévention qui paraissent étranges, incompréhensibles (l'hospitalisation inefficace de malades pour la survie), violentes (vécues comme invasion par le groupe dominant) et temporaires (s'interrompant dès la fin de l'épidémie alors que d'autres maladies sévissent dans le village)* » [7, 13]. Néanmoins si on constate certaines similitudes avec les épidémies passées, la crise sanitaire d'Afrique de l'Ouest de 2014 et 2016 connaît des particularités notamment par l'association de différents dysfonctionnements qui aboutissent à la mise en place de dispositifs inadéquats [24].

Déficiences d'organisation

On constate une incapacité des acteurs de santé publique en présence à identifier la menace puis à communiquer autour de celle-ci dans des délais précoces, notamment de reconnaître la réalité de la crise émergente, de capter les signaux d'alerte avant mi-2014, de mobiliser les capacités d'expertises adéquates [24]. L'épidémie devient hors de contrôle [25] et la réponse internationale est qualifiée de trop faible et trop tardive [26]. Les organisations qui ont participé à la réponse avaient besoin d'un large éventail de compétences (expertise de laboratoire, épidémiologique, en soins cliniques, en logistique, en communication de la santé et technologie de l'information, gestion des données, anthropologie, ainsi que la maîtrise de l'anglais, du français, des langues locales et de connaissances approfondies sur

³ « *L'épidémie Ebola a souvent été décrite comme une conjonction parfaite de phénomènes destructeurs : une épidémie transfrontalière dans des pays avec des systèmes de santé publique fragiles, qui n'avaient jamais été confrontés au virus auparavant* », conclut Christopher Stokes. « *Mais c'est une explication trop facile. Pour que l'épidémie d'Ebola devienne à ce point incontrôlable, il fallait que de nombreuses institutions échouent. Et c'est ce qu'elles ont fait, avec les conséquences tragiques et évitables que l'on connaît.* » (MSF, 2015).

les sensibilités culturelles, sociales et religieuses) [27], mais elles n'ont pas toujours été en mesure de les mobiliser. Par ailleurs, le contexte sociopolitique de résistance s'explique, outre l'ampleur de l'épidémie, par la mise de côté des aspects éthiques en général, et la question de l'autonomie en particulier; dans les actions de santé publique, notamment dans l'imposition de la quarantaine au niveau collectif, comme de l'isolement au niveau individuel [28]. Ces actions inadaptées de prévention ont pour effet pervers de participer aux crises de confiance qui aboutissent à des révoltes qui participent aux phénomènes de recrudescence des cas voire à l'exhumation de corps enterrés qui participent à une remise en risque des populations locales [7]. Un des paroxysmes de la crise de confiance est atteint en septembre 2014 dans le village de Womey (N'zérékoré), où huit personnes d'une équipe de Sensibilisation composée de cadres administratifs et médicaux nationaux ont été assassinées par des jeunes déchaînés, soutenus par les femmes [29].

Déficience de gouvernance et de positionnement

L'absence de positionnement précoce de l'OMS, mais également du GOARN, pourtant destiné à ce type même d'événement, mais dont les moyens mis à disposition apparaissent nettement trop faible doit également être soulevé, même si ces positionnements ont évolué au cours de l'épidémie comme l'illustre la publication d'un « Ensemble de documents d'orientation sur la maladies à virus Ebola : Comment inhumer sans risque et dans la dignité les personnes décédées de maladie à virus Ebola suspectée ou confirmée » [30], « Ebola : principaux messages pour la mobilisation sociale Ensemble de documents d'orientation sur la maladies à virus Ebola » [31]...

Néanmoins, la gouvernance précoce de la gestion de l'épidémie révèle une absence de principe clair de gestion : une page seulement est consacrée à la psychologie des familles dans le guide de poche de prise en charge clinique des cas de fièvre hémorragique virale de l'OMS de 2014. De même, on constate une insuffisance de respect des principes établis notamment de la mobilisation sociale et de la prise en charge psychosociale dans la lutte contre Ebola [32] souvent mises de côté.

Pourtant les approches *bottom up* [33], de recherche-action (mise en place d'assemblées communautaires reposant sur l'écoute, le partage de la connaissance et autorisant la construction de réponses communautaires à l'épidémie) [34] et très localement de « réparation » [35] développées par les anthropologues sur le terrain, ont montré leur

absolue nécessité (mobilisation des communautés, parole donnée localement, équipement donnés aux responsables communautaires...) pour endiguer la diffusion de l'épidémie et faire adhérer les populations aux actions mises en place pour gérer l'épidémie. Comme l'illustre « l'expérience réussie de la réparation de la malédiction générale provoquée par l'enterrement sécurisé d'une femme enceinte décédée avec le bébé dans son ventre pendant l'épidémie » [35]. En associant à ce rituel, des institutions comme l'OMS et les autorités administratives locales, en période de fortes réticences communautaires face aux mesures de contention de l'épidémie, l'approche révèle pourtant un renforcement de la confiance des villages concernés antérieurement réticents [35]. Mais ces expériences réussies n'ont pas pu être renouvelées assez fréquemment et l'épidémie s'est perpétuée touchant de nouvelles communautés que les équipes de mobilisations sociales et d'anthropologues mandatées sur le terrain n'ont pas su « sensibiliser et mobiliser de façon adéquate puisque des menaces verbales et des violences physiques ont continué à être exercées à l'encontre des équipes d'intervention » [33].

Il semble donc que le rôle de l'anthropologue mandaté sur le terrain épidémique soit avant tout celui de médiateur entre les gestionnaires de la crise (se positionnant dans une approche biomédicale et de santé publique) et confrontés à une population locale réticente voire franchement hostile. Comme le souligne Alain Epelboin, l'OMS ne fait appel à un ethnologue que quand elle est confrontée à une difficulté, une situation d'échec ou d'impuissance. La présence de l'anthropologue sur le terrain est alors fonction de sa rentabilité, elle doit être justifiée et pertinente [36] au regard épidémiologique. Mais dès que l'angoisse disparaît, « la nécessité du mandat anthropologique » disparaît en même temps que l'angoisse institutionnelle [36], car l'anthropologue apparaît également comme menaçant en ce qu'il questionne également les pratiques et représentations des gestionnaires de la crise. Ce positionnement institutionnel à l'échelle internationale (OMS, GOARN), comme nationale (pays occidentaux comme, pays africains touchés) et également sur le terrain (staff MSF) apparaît comme la perpétuation d'approches fondamentalement biomédicales, basées sur le biologique et axées sur une réponse à la crise dans l'urgence qui met de côté des approches compréhensives, humanisantes et qui relèvent parfois de bon sens [36]. De fait, la présence des anthropologues sur le terrain reste numériquement bien moins importante que celle des épidémiologistes [37]. Et il semble donc que les savoirs de certaines catégories d'experts des sciences humaines en général et en particulier des anthropologues, s'ils émergent aujourd'hui en raison de l'ampleur de l'épidémie de

2013-2016, ne sont pas assez largement pris en compte par les acteurs de la lutte contre l'épidémie alors même qu'ils relèvent de gros enjeux sociétaux, notamment autour de l'humanisation des soins, de la notion de prendre soin, autour d'un ensemble de valeurs et un répertoire d'actions centrées sur les besoins de la personne, mobilisés en parallèle ou en complément des approches visant une efficacité bioclinique [24]. Alors même que « l'étude de la gestion de l'épidémie à Ebola 2013-2015 montre que sont ceux qui avaient anticipé la demande sociale et avaient de longue date commencée à se préparer à apporter les réponses les plus pertinentes » [38].

Dès lors il semble pertinent d'interroger les raisons de la cyclicité de processus connus et déjà identifiés comme violents dans les pratiques mêmes des acteurs. Par exemple, les rapports hebdomadaires nationaux en Guinée ont relevé très fréquemment le refus des malades d'être mis dans l'isolement, voire la contestation des mesures de gestion de l'épidémie et de traitement de la maladie (violence et menace verbale, vandalisme, lapidation de voitures, agression physique envers les équipes de sensibilisation) [28]. À l'échelle moindre de la ville de Kéllé en 2003, une analyse de ces processus qui aboutit au lynchage de quatre personnes lors de l'épidémie congolaise de Kéllé en 2003 avait déjà été effectuée [11]. En Afrique de l'Ouest, cette contestation culmine en janvier 2015 où 32 des 341 sous-préfectures ou communes urbaines ont rapporté des incidents, période à laquelle le Président de la Guinée a autorisé l'utilisation de la force contre ceux qui s'opposaient aux mesures de contrôle d'Ebola. Cette violence existe aussi au sein des CTE où certaines rumeurs effrayantes circulent. Ces centres sont assimilés à des mouvoirs, les malades refusent de s'y faire soigner voire de s'alimenter [39].

Discussion

Quelles leçons tirer d'une crise de gestion

Pour l'épidémie d'Afrique de l'Ouest comme pour les épidémies précédentes, il semble que lorsque la parole est donnée aux populations locales, via notamment le mandat des anthropologues, elle reste soit insuffisamment prise en compte voire controversée car menaçant le mandat biomédical. Il y a donc, en temps d'urgence, impossibilité d'une critique scientifique constructive de la gestion de la crise. Hors événement majeur (soulèvement de population, lynchage, menace des équipes humanitaires...), seule une

faible considération est apportée aux contextes locaux et aux vécus de terrains des populations. La stigmatisation et les représentations à toutes les échelles (locale comme internationale) des populations qui se révoltent contre des pratiques profondément inhumaines sur place ne sont pas toujours énoncées. De fait, les responsabilités plus générales ne sont pas identifiées dans les phases de recrudescence de cas. Pourtant, « les interventions biomédicales sont incontestablement politiques et leur contestation constitue des actes de résistance, non pas tant vis-à-vis des enjeux sanitaires que des motifs implicites qui les sous-tendent répondant à la violence symbolique d'une gestion globale de la santé individuelle » [13].

La catastrophe qui a eu lieu en Afrique de l'Ouest montre les signes de défaillances prévisibles des politiques internationales des dernières décennies pour améliorer la santé publique en Afrique, notamment lorsque la mobilisation internationale croissante culmine avec mise en place d'une force de l'ONU, le déploiement de soldats américains et, par l'écueil du tout sécuritaire, l'isolement du continent africain à différentes échelles (mise en quarantaine du township de Westpoint à Monrovia, mesure de confinement national en Guinée) augmentant les tensions entre états et acteurs extérieurs intervenant pour gérer la crise épidémique, provoquant une crise sociale (confinement à domicile, rassemblement public interdit, fermeture des écoles pour deux millions d'enfants), économique (la mise en péril de la sécurité alimentaire de ces pays et la restriction de voyages induisent une réduction des revenus potentiels de deux à trois millions de personnes [40] et aggravant la crise de confiance des populations envers les autorités). Ces processus révèlent des relations de pouvoirs omniprésentes illustrées par les travaux qui ont été menés en Guinée « où les réticences et rumeurs restent importantes malgré les efforts de « communication » et de « sensibilisation » à destination du public, et malgré les adaptations et ajustements de la part des acteurs de la Riposte »* [41]. Dans ce contexte, où, qui plus est, selon les dernières estimations de l'OMS, publiées en décembre 2016, on a compté en 2015, 212 millions de cas de paludisme et 429 000 décès dans le monde (dont 92 % sont survenus en Afrique Subsaharienne), les moyens déployés pour contrer Ebola, interrogent la notion même de santé globale.

Dans les faits, la prise en charge psychosociale et l'humanisation des pratiques sont rarement approfondies car

*Le terme de Riposte désigne officiellement le dispositif de gestion de la « crise » (l'épidémie), structuré en Guinée selon deux pôles : un Comité interministériel et une Cellule de Coordination nationale regroupant l'ensemble des acteurs internationaux ainsi que les organismes non gouvernementaux nationaux.

noyées par des mesures coercitives plus rapidement mises en place alors qu'on les sait néfastes à la société qui les subit comme aux intervenants qui les gèrent sur le terrain au quotidien. De plus, les approches en sciences humaines mettent à jour des conflits d'intérêts majeurs et considèrent des savoirs profanes non reconnus par la biomédecine, notamment ceux des tradipraticiens, et sont donc des disciplines dont la pertinence scientifique peut être mise en cause. De fait, l'association des tradipraticiens aux actions de santé publique n'est que trop rarement faite [42] alors qu'elles apparaissent primordiales dans la définition de messages de prévention adaptés localement.

Vers des approches contextuelles pour une action intersectorielle

La prise en compte des approches contextuelles paraît fondamentale, en ce qu'elles mettent en évidence les processus contextuels qui participent à déterminer dans les relations existant entre les populations [43] « *L'histoire de la médecine et de la santé publique en Afrique est une histoire faite de militarisation et d'expérimentations, qui a laissé des traces indélébiles qui ont fortement contribué à construire l'image d'un continent repoussoir, berceau des virus et des maladies* » [44], mais également à faire perdurer certaines approches néocoloniales [9] voire xénophobes [45].

De plus, les systèmes de santé sont aussi des institutions sociales, de fait leur dysfonctionnement entraîne l'effondrement des systèmes sociaux. L'épidémie d'Ebola aggrave une situation sanitaire déjà catastrophique (augmentation de la mortalité infantile et maternelle) [46]. Le fait que d'autres malades que ceux d'Ebola puissent décéder en période d'épidémie discrédite les structures de soins locales [47] dont les activités habituelles se trouvent suspendues car ces dernières sont débordées par l'afflux de malades. Durant l'épidémie on y observe le décès en masse des travailleurs de soins, 42,2 fois plus touchés par la maladie que les non soignants [48]. Des épidémies porteuses de stigmatisation comme Ebola ont donc des conséquences générales de long terme sur le rétablissement et la situation socioéconomique des systèmes sociaux. Prendre en compte les dimensions politiques, socioéconomiques, historiques et culturelles des interventions apparaît alors nécessaire pour mieux communiquer en temps de la crise et de l'après crise.

Par ailleurs, en raison du grand nombre de survivants en comparaison des épidémies précédentes, une situation nouvelle s'éclaire avec acuité : la prise en compte par les acteurs de lutte contre l'épidémie des survivants d'Ebola qui, avant 2014, étaient trop peu nombreux pour se poser comme question de santé publique. Aujourd'hui, de fait, le discours

évolue. On prend en considération le fait que les personnes touchées sont susceptibles d'éprouver un traumatisme dû à l'infection et à la violence de cette maladie (peur de sa propre mort et exposition à la mort de proches), mais aussi au fait de survivre à ses proches (sentiment de honte et culpabilité), et aux stigmates économiques et sociaux que provoque la maladie [12, 49]. Ces stigmates existent notamment chez les personnels de santé qui ont été touchés par la maladie (évitement, rejet, refus de réintégration au poste de travail, déni de la maladie) [50]. Les survivants (le terme même, qui souligne que l'on a survécu alors que les autres sont morts, ne serait-il pas lui-même stigmatisant ?) adoptent alors des stratégies d'évitement du traumatisme qui se perpétue via ces stigmates [7, 12, 50]. Il apparaît aujourd'hui nécessaire de reconnaître et de prendre en considération les traumatismes psychiques [51] subis à l'échelle individuelle mais également à l'échelle plus collective. Dans la mesure où une part importante de survivants sont également des soignants, leur stigmatisation, au sein d'une société civile en deuil et apeurée, doit donc être évitée au risque de voir la crise de confiance dans le système de santé perdurer et se complexifier encore à long terme [49].

De même, le non-respect des morts apparaît également de manière récurrente comme argument de contestation en réponse à une violence vécue comme inouïe : « *Le traitement des morts pendant la crise d'Ebola fait violence à la culture des populations touchées par l'épidémie. Au déni de l'altérité par l'absence de respect des rituels, s'associe celui de régimes ontologiques différents pour lesquels l'être ne saurait se limiter à l'incarnation et la vie biologique* » [52]. Car, « *les rites de mort doivent permettre au défunt de continuer à vivre en assurant « la paix des vivants »* » [53]. En cela ils doivent être systématiquement travaillés par des équipes pour être acceptablement sécurisés en vue de participer à conditionner la compréhension, l'acceptation et donc la collaboration aux actions mises en place par les autorités sanitaires pour contrer l'épidémie, comme le souligne le récent guide de l'OMS sur ce thème [54].

La communication au cœur du processus d'une gestion humanisée de la crise

Pour ce faire, la communication doit être au centre de la gestion de la crise. Mais les représentations autour d'Ebola sont très anxiogènes pour les décideurs, les soignants, les soignés... Appréhender les réactions individuelles et collectives face à la crise permettrait une meilleure gestion émotionnelle des crises (diagnostic, anticipation, mobilisation adaptée, leadership) et l'évitement de mouvement d'urgence [55], et une diminution du risque de rupture de communication, alors même que la communication se trouve

au cœur d'une meilleure gestion de la crise. « La communication sur les risques joue un rôle déterminant dans la lutte contre les épidémies et les pandémies (...) Elle permet une riposte efficace en s'attaquant aux difficultés inhérentes à l'environnement social en situation de flambée. Elle y parvient en remplaçant la communication à sens unique par un dialogue bidirectionnel entre les différentes parties prenantes (décideurs, scientifiques, experts techniques, équipes d'intervention, communautés, agents de santé, partenaires, organisations non gouvernementales et personnes physiques), ainsi qu'entre les nombreux secteurs inévitablement impliqués dans les activités de riposte aux flambées. (...) Les principes modernes de la communication sur les risques sont ceux de l'écoute (des préoccupations et des craintes du public), de la transparence et de la confiance » [56].

Le postulat d'une communication efficace demande un changement de paradigme qui suppose une « démarche d'écoute systématique des personnes touchées, ce qui permettra de contextualiser les efforts de mobilisation et de dialogue déployés dans le cadre de la communication des risques afin d'atteindre les objectifs sanitaires visés dans les situations de flambée et d'urgence » [56]. Toute approche qui prend en compte le contexte local se trouve dès lors face aux initiatives locales et donc face à des savoirs acculturés et mixtes. « Les populations ne suivent pas seulement le fil continu de l'apprentissage ; elles développent aussi une capacité à articuler l'adhésion à des comportements prescrits avec le refus d'autres » [41].

Dès le début de la crise, une jeunesse ouverte à la discussion a été observée, par certains chercheurs, « responsable et impliquée, s'organisant en mouvements associatifs, ONG, groupes formels ou informels, de l'échelle du village à celle de la préfecture. Ils ont été doublement médiateurs, en tant qu'individus, et en tant qu'acteurs ayant enrôlé des membres de leur communauté » [41]. Nous noterons pour illustrer ce propos l'exemple de Guéckédou, en Guinée forestière où les premiers cas d'Ebola sont apparus : « Des jeunes se sont spontanément regroupés pour réaliser des opérations d'information et de sensibilisation. Certains d'entre eux sont allés enquêter dans un village périphérique de Guéckédou, ont reconstitué l'histoire des morts et de la crise qui a suivi, ont demandé à la population d'évacuer le village et se sont faits scénaristes et acteurs dans un film qu'ils ont ensuite utilisé pour communiquer et sensibiliser » [41]. Cette autosensibilisation spontanée par des médiateurs ayant fait leurs preuves localement s'est avérée efficace dans un contexte de crise de confiance envers la politique et les acteurs de la « Riposte ». Cette situation illustre la capacité des acteurs locaux à agir en parfaite connaissance de la situation et des non-dits qui forment le fond des résistances et « que la

rupture de confiance et les doutes, pour lutter contre les imaginaires et les dissimulations, ne peuvent être dépassés par les seuls actes et acteurs exogènes, mais qu'il faut aussi laisser la place à un « entre soi », dans les moments de crise intense comme celle de l'Ebola » [41].

Penser le long terme

« Les épidémies surviennent toujours dans des contextes de poudrières sociales, pouvant exploser à tout moment sous la forme de violences exercées à l'encontre des acteurs de la réponse. L'inadaptation de la réponse aux spécificités locales, la rigidité des protocoles et les dysfonctionnements des institutions nationales et internationales intervenantes ont été ici encore des facteurs aggravants en favorisant la pérennisation de l'épidémie d'une maladie mortelle, sans oublier les problèmes d'observance de la population aux mesures sanitaires proposées en fonction de leurs représentations de la maladie et de leur confiance dans les autorités » [45]. Pourtant, les processus ici observés ne sont pas spécifiques à Ebola. Ils sont pour la plupart communs à toute crise sanitaire. Il est alors important de comprendre la genèse des relations de pouvoir afin de répondre aux crises sanitaires mondiales causées par les maladies émergentes, infectieuses potentiellement pandémiques. Il existe donc une réelle nécessité de « repenser la manière dont l'identification, l'évaluation et la gestion des crises sanitaires locales aux implications globales sont effectuées. Une expertise vaste et structurée est sans aucun doute nécessaire, tout comme des forums de discussion et des débats contradictoires ainsi que des formes de contrôle et d'évaluation permettant d'établir un audit des nouvelles preuves lorsque celles-ci apparaissent, de centraliser les doutes et les idées nouvelles en provenance de la plus large palette possible de parties prenantes et de préserver la capacité de mettre en question les choix politiques et les orientations au plus haut niveau. En bref, une large palette de points de vue multi- et interdisciplinaires doit être accessible et on doit continuellement pouvoir s'y référer » [57]. Pour la première fois et dès septembre 2014, des chercheurs en sciences humaines, très majoritairement les anthropologues⁵, via notamment un réseau d'anthropologues initié par Alain Epelboin – (médecin anthropologue) mobilisé de longue date sur les épidémies d'Ebola – se sont mobilisés sur ce terrain épidémique en vue d'intensifier l'aide internationale. Néanmoins, les efforts doivent

⁵ Cette intervention massive notamment des anthropologues français s'inscrit également dans un contexte historique hérité des relations France et Afrique de l'Ouest qu'il serait important de situer.

persister en vue de « *mettre en place un débat et une information plus transparente et de réduire le temps d'adaptation des politiques et de réallocation des fonds, si nécessaire* » [57]. Les situations sanitaires aiguës sont avant tout des crises sociales, que doivent éclairer des enseignements des sciences humaines et sociales, encore trop faiblement pris en compte par les décideurs de santé publique et des politiques publiques, influencés par le discours biomédical de l'urgence [20] pourtant « *l'appropriation du concept (de santé globale) par le politique, ne doit pas faire oublier que la "santé pour tous" se joue avant tout en amont dans des déterminants concrets d'accès au logement, à l'hygiène, à une alimentation équilibrée...* » [13]. De fait, il faut favoriser le développement des soins de santé primaires et les associer à une implication socio-politique forte qui participe à la mise en place d'actions intersectorielles de lutte contre les déterminants sociaux de la santé et à la participation des communautés [42].

C'est la raison pour laquelle il apparaît primordial que les crises sanitaires soient aujourd'hui étudiées « *comme le produit de dysfonctionnements dans la gestion des risques sanitaires, ayant par la suite un retentissement social et politique, ou au contraire comme étant avant tout la conséquence de dynamiques sociales et politiques initiées par des acteurs extérieurs au champ de la Santé Publique* » [4].

Conclusion

Il nous semble alors opportun de penser la crise sanitaire comme événement social et politique, dans le long terme. Elle apparaît comme l'élément d'un système autant produit que conséquence de processus sociaux. Penser le long terme permet d'aboutir à des approches des développements pérennes, notamment dans la mise en place d'un dialogue suivi entre les populations et leur système de santé pour réhabiliter la confiance de la société civile envers des structures de soins qui ont été dévastées [58]. Un engagement durable est nécessaire pour aborder de front les déterminants sociaux sous-jacents qui vulnérabilisent les pays et qui ont complexifié la gestion de l'épidémie de 2013-2016. L'intérêt de l'approche compréhensive par les soins de santé primaire réside donc aussi dans une observation et un investissement à l'échelle locale contrant les facteurs régionaux et globaux qui fragilisent les systèmes locaux de santé et permettent de penser une réponse de moyen et long terme d'une crise épidémique [46]. Il faut penser la crise sanitaire comme élément du système social

pour être en capacité d'appréhender les aspects locaux et temporels de la crise et en améliorer la gestion.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-of-ebola-phaeic/fr/>
2. OMS. Rapport de Situation, Maladie à virus Ebola, 2 juin 2016.
3. Epelboin A. Entre coercitif et compréhensif : approche psycho-anthropologique des épidémies de maladie à virus Ebola. *Le turn-over des experts ou la « redécouverte de la roue »* EboDakar 19/21 mai 2015, Sénégal.
4. Gilbert C. Les différentes facettes des crises sanitaires, Questions de santé Publique 2011, n° 11, IRESP.
5. Redfield P. Doctors, Borders, and Life in Crisis, *Cultural Anthropology*, 2005(20):3-328-61.
6. Emmanuelli X (interview). Pouvoir des médias et crise sanitaire majeure. *Annales des Mines – Responsabilité et environnement*. 2008(3);51:31-2.
7. Gasquet C. Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo, (dir. Salem G., Leroy E) Thèse de doctorat en géographie humaine et physique, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2010.
8. Brunquell F, Epelboin A, Formenty P. Ebola c'est pas une maladie pour rire. *CAPA* © 2007.
9. Niang C.I. Ebola : une épidémie postcoloniale. *Politique étrangère*, 2014;4:97-109.
10. Tondá J. *La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, Paris, Karthala (« Hommes et sociétés »), 2002: 243 p.
11. Epelboin A, Formenty P, Bahuchet S. Du virus au sorcier. Approche anthropologique de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola (district de Kellé, Cuvette ouest, Congo, février 2003). *Canopée*, 2003;24(5-6):10.
12. Gasquet-Blanchard C. Ebola Géographie d'une crise sanitaire, 1994-2005. PUR, Rennes, 2016: 227 p.
13. Gasquet-Blanchard C. Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg, des pathologies exemplaires illustrant de multiples enjeux de la santé globale ; Santé globale & globalisation de la santé. Pour une anthropologie des politiques mondiales de santé, *Journal des anthropologues*, nov-déc. 2014:43-64.
14. Chauveau S. « La demande de sécurité : l'épreuve des crises sanitaires depuis les années 1980 », L'Atelier du Centre de recherches historiques [En ligne]. 02 | 2008, mis en ligne le 28 novembre 2008, consulté le 20 mai 2016. URL : <http://acrh.revues.org/993> ; DOI : 10.4000/acrh.993.
15. Tabuteau D. La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique ? *Sève* n° 16 – automne 2007:87-103.
16. Gilbert C, Raphael L. Vers une gestion politique des crises sanitaires ? *Presses de sciences Po, les Tribunes de la santé*, 2011, n° 32 : 55-60.

17. Yates R, Dhillon RS, Rannan-Eliya RP. Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic-Universal health coverage and global health security, *Lancet* 2015; 385:1884-901.
18. Hous B. L'idéologie humanitaire, ou le spectacle de l'altérité perdue. Paris, L'Harmattan, 1998: 173 p.
19. Sechet R, Veschambre V (dir). Penser et faire de la géographie sociale, PUR, Rennes, 2008:117-32.
20. Gasquet-Blanchard C. « Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spatiaux en Afrique Centrale », *L'Espace Politique* [En ligne], 26 | 2015-2, mis en ligne le 22 juillet 2015, consulté le 1^{er} août 2015. URL : <http://espacepolitique.revues.org/3475> ; DOI : 10.4000/espacepolitique.3475
21. <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/action-humanitaire-d-urgence/>
22. MSF. Poussés au-delà de nos limites. Une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'histoire, 2015: 34 p.
23. Botbol-Baum M, Brodin M, Desclaux A. Du VIH à Ebola, réflexions éthiques sur la recherche en santé dans les pays du « Sud » et propositions de l'Inserm et de l'IRD, juin 2015: 32 p.
24. Helman DC. Culture, Health and Illness, 2007, 5^e édition, Hodder Arno : 372-91.
25. Farrar JJ, Piot P. The Ebola emergency - immediate action, ongoing strategy. *N Engl J Med*. 2014;37.
26. Fower R, Fletcher T, Fischer W, Lamontagne F, Jacob S, Brett-Major D, et al. Caring for critically ill patients with Ebola virus disease. Perspectives from West Africa. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;190(7):733-7. Available from: <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.201408-1514CP>
27. Frieden TR, Damon I K. Ebola in West Africa – CDC's Role in Epidemic Detection, Control, and Prevention, *Emerging Infectious Diseases* - www.cdc.gov/eid - Vol. 21, No. 11, November 2015: 1897-905.
28. Calain P, Poncin M. Reaching out to Ebola victims: Coercion, persuasion or an appeal for self-sacrifice? *Social Science & Medicine*; Volume 147, December 2015:126-33.
29. Ouendeno M. Rapport détaillé de la mission dans la sous-préfecture de Womey, Préfecture de Nzérékoré du 15 septembre 2014: 3 p.
30. OMS. Comment inhumer sans risque et dans la dignité les personnes décédées de maladie à virus Ebola suspectée ou confirmée, Janvier 2015, Genève, 17 p., ref: OMS:WHO/EVD/Guidance/Burials/14.2
31. OMS, UNICEF. Ebola : principaux messages pour la mobilisation sociale Ensemble de documents d'orientation sur la maladie à virus Ebola, août 2014, Genève, 8 p., ref : OMS:WHO/EVD/Guidance/SocMob/14.1
32. Anoko J, Epelboin A, Formenty P. Humanisation de la réponse à la fièvre hémorragique Ebola : une anthropologie en République de Guinée. Rapports de mission mars-juillet 2014, OMS.
33. Anoko J. *Communication lors d'épidémie de maladie à virus Ebola avec des communautés révoltées en Guinée: approche anthropologique, Colloque EBODAKAR 2015 Dakar*, 19-21 mai 2015.
34. Gomis D, Niang CI, Boiro H, Kabile M, Ndione S, Nkoum N, et al. In : « Résistances » à la riposte contre l'épidémie de la MVE et contribution socio-anthropologique dans la construction des réponses en Guinée : l'exemple des actions mises en œuvre dans la commune de Matam à Conakry; EboDakar 19/21 mai 2015, Sénégal.
35. Anoko J. La réparation de la malédiction générale suite à l'enterrement d'une femme enceinte avec le bébé dans le ventre. Une approche anthropologique pendant l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola en Guinée, 2014.
36. Epelboin A. « L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? », *Bulletin Amades* [En ligne], 78 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2010, consulté le 23 janvier 2017. URL : <http://amades.revues.org/1060>
37. Desclaux A, Sow K. « Humaniser » les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 09 novembre 2015, consulté le 13 juillet 2017. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1751> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1751
38. Decaillet M. Ebola: face à la rumeur. Étude des rumeurs et de leur gestion par l'organisation Médecins Sans Frontières durant l'épidémie à virus Ebola 2013-2015, Mémoire de Master 1 (direction de M^{me} Catherine Déchamp-Le Roux), Université Lille 1, 2015 : 137 p.
39. Moulin AM. « L'anthropologie au défi de l'Ebola », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 30 novembre 2015, consulté le 13 juillet 2017. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1954> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1954
40. World Food Programme. Special Focus Ebola, November 2014 [Internet]. 2014. Available from: <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp268882.pdf>
41. Fribault M. « Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute », *Anthropologie & Santé* [En ligne], mis en ligne le 16 novembre 2015, consulté le 16 novembre 2015. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1761>
42. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, et al. Culture and health, *The Lancet*, 2014;384,9954:1607-39.
43. Frohlich KL, Corin E. A theoretical proposal for the relationship between context and disease, *sociology of health & illness*, 2001(23):6776-97.
44. Dozon JP. D'un tombeau à l'autre. *Cahiers d'études africaines*, 1991(31):121:135-57.
45. Epelboin A. La maladie à virus Ebola : un passé dramatique et un futur incertain. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2016;109:213-215 DOI 10.1007/s13149-016-0523-4.
46. Scott V, Crawford-Browne S, Sanders D. Critiquing the response to the Ebola epidemic through a Primary Health Care Approach, *BMC Public Health* (2016) 16:410 DOI 10.1186/s12889-016-3071-4.
47. Piot P. Ebola's perfect storm. *Science*. 2014;345(6202):1221. Available from: <http://science.sciencemag.org/content/345/6202/1221.full>
48. Grinnell M, Dixon M G, Patton M. Ebola Virus Disease in Health Care Workers – Guinea, 2014, *MMWR* / October 2, 2015(64), 38: pages.
49. Van Bortel T, Basnyake A, Wurie F. Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels, *Bull World Health Organ* 2016;94:210-4.
50. Sow S, Desclaux A, Taverne B, Groupe d'étude PostEboGui. Ebola en Guinée : formes de la stigmatisation des acteurs de santé survivants, *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, October 2016(109),4:309-13.
51. Feuchte F. Towards an understanding of how Ebola and Ebola Response affected Liberia : Mental Health and Psychosocial Program Director International Medical Corps Liberia EboDakar 19/21 mai 2015, Sénégal.
52. Le Marcis F. Traiter les corps comme des fagots » Production sociale de l'indifférence en contexte Ebola (Guinée), *Anthropologie et Santé*, n° 11, 2015 [consulté en ligne].

53. Cros M. Du sida à Ebola : Rites de mort à fonction apotropaïque, *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, 2015(16):3:263-74.
54. OMS, 2014, *Prise en charge Clinique des cas de fièvre hémorragique virale : Guide de poche pour l'agent de santé en première ligne*, 30 mars 2014, Genève : 104 p.
55. Crocq L, Huberson S, Vrai B. *Gérer les grandes crises, Sanitaires, Écologiques, Politiques et économiques*, Paris, Odile Jacob, 2009: 289 p.
56. Gamhewage G. La communication sur les risques – Une cible mouvante dans la lutte contre les risques infectieux et les épidémies, *Weekly Epidemiological Record*, 19 February 2016;7:73-88.
57. Forster P, Chamois O. « La production de connaissances en temps de crise sanitaire. Que nous apprend la réponse internationale à la grippe aviaire en Indonésie ? », *Revue d'anthropologie des connaissances* 2013/1 (Vol. 7, n° 1), p. 112-144. DOI 10.3917/rac.018.0112
58. Li W, Jalloh MF, Bunnell R. Public Confidence in the Health Care System 1 Year After the Start of the Ebola Virus Disease Outbreak – Sierra Leone, July 2015, *MMWR*, June 3, 2016(65):21.

(6) Clélia Gasquet-Blanchard, 2017, L'espace partagé du soin en temps d'urgence. Approche comparée du vécu des patients et des soignants en service de néonatalogie (Paris et Lille) et en centre d'isolement d'Ebola (Gabon et République du Congo). *L'espace en partage* – Yves Bonny, Nicolas Bautès et Vincent Gouëset (dir.) Presses universitaires de Rennes, 2017, www.pur-editions.fr, 2017, 978-2-7535-5670-6 ([hal-01578037](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01578037))

L'ESPACE PARTAGÉ DU SOIN EN TEMPS D'URGENCE APPROCHE COMPARÉE DU VÉCU DES PATIENTS ET DES SOIGNANTS EN SERVICE DE NÉONATOLOGIE (PARIS ET LILLE) ET EN CENTRE D'ISOLEMENT D'EBOLA (GABON ET RÉPUBLIQUE DU CONGO)

Clélia GASQUET-BLANCHARD

L'espace hospitalier, et *a fortiori* l'espace du soin en accueil d'urgence, est le lieu de comportement, de représentation, et d'instrumentation de ses différents acteurs (Hoarau, 1999). Appréhender dans ces termes la description de ces interactions permet d'éclairer les représentations et le vécu des espaces de soins, aussi espaces de travail, notamment en vue de révéler comment les lieux spécifiques de la prise en charge sanitaire sont partagés et vécus par le malade, ses proches et les soignants. Les situations que nous proposons d'analyser portent sur le contexte d'urgence sanitaire, bien que recueillies après la phase d'accueil en urgence/de crise aiguë (entretiens réalisés en cours d'hospitalisation, parfois proches du moment de la sortie pour les nouveaux nés et en période post-épidémique pour les survivants d'Ebola et les familles des victimes). Cette crise est ici entendue selon les entrées respectives de deux terrains. La première est celle de la gestion d'une épidémie et de la prise en charge hyper sécurisée de malades de la fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) au sein des cellules d'isolement, dans les centres de traitements d'Ebola ou dans les hôpitaux de provinces en Afrique centrale. La seconde relève de l'urgence vitale prodiguée à des enfants grands prématurés dans les chambres des services de réanimation des unités de néonatalogie, en vue de les amener à un lien autonomisé avec leur mère, hors du soin médical. Nos interrogations portent sur l'analyse d'un espace spécifique à ces deux terrains, très dissemblables et pourtant comparables dans l'accueil fait aux patients. C'est au sein de l'espace d'accueil d'urgence, partagé entre patients, soignants et proches des malades, que l'on peut penser ce parallèle dans les manières qu'ont les différents acteurs d'occuper et d'investir cet espace.

On observe dans ces espaces spécifiques de soins, en dépit de contextes sociaux et culturels différents, des similitudes dans le traitement de l'urgence sanitaire et dans les interactions entre soignants et soignés :

- une opposition entre les temporalités des soignants, celles des patients et celles de leurs proches, notamment la temporalité de l'urgence du soin vital des soignants qui se confronte à celle plus longue des patients. Cette dernière se lit dans l'attente durable de l'évolution de la maladie, vers la guérison, et alors la sortie de la quarantaine ou du service de réanimation, de néonatalogie. Les lieux du soin sont alors tantôt partagés et tantôt pratiqués comme espace d'affrontement et de négociation. Les logiques temporelles s'opposent et relèvent d'un quotidien à la fois perturbé et envahi par la situation d'urgence :
 - arrivée massive d'équipes soignantes internationales habillées de la tête aux pieds dans un village d'Afrique centrale, incompréhension des parents devant des nouvelles qui viennent et varient au jour le jour ;
 - un investissement particulier des lieux par les familles qui s'installent au cœur d'un espace traditionnellement dévolu au soin et qui devient un lieu d'interactions entre patients et soignants. Dans les deux cas, l'investissement de la famille au chevet du malade est particulièrement important (même s'il faut souligner que le phénomène est plus récent concernant Ebola). En néonatalogie, la chambre du tout petit enfant peut être organisée pour que les parents, et particulièrement la mère, s'installent au chevet de l'enfant autant qu'ils le souhaitent. Concernant les malades de FHVE, l'isolement à domicile et alors de la maisonnée induit la mise en quarantaine des membres de la famille, et de fait une présence fréquente de l'entourage immédiat du malade durant les soins. Dans un cas comme dans l'autre, le soignant est en contact régulier avec les proches du patient, dès qu'un acte de soin doit être effectué. Les interactions (questions, demandes, observations, conseils, etc.), elles aussi fréquentes, se situent au cœur des temporalités décrites plus avant. Cette situation d'investissement des lieux par les proches est également induite par un contexte particulier qui pousse à un partage des tâches à effectuer au chevet du malade entre soignants et parents ;
 - enfin, des projections affectives très fortes se manifestent dans les espaces du soin, pour les patients, leurs accompagnants, mais également pour les soignants. La relation soignant-soigné est dans les deux cas très forte ; elle se situe dans un contexte d'urgence vitale en raison de l'extrême vulnérabilité des malades. Des éléments matériels et immatériels à forte charge symbolique témoignent de l'intensité des sentiments éprouvés et mobilisés dans ces espaces d'urgence, attestant d'interactions profondes entre soignants et soignés pendant et après l'événement sanitaire.
- Bien que les espaces du soin d'urgence apparaissent parfois comme des lieux d'affrontement, de dialogue impossible ou de temporalités opposées, il n'en reste pas moins que ces lieux où se déroule l'expérience intense de la fin de vie ou de la survie apparaissent au final surtout comme des lieux de partage intense. Ce texte met en regard le vécu de deux « espaces en partage » très particuliers, celui des pavillons d'isolement visant à juguler la diffusion de l'épidémie de FHVE au Gabon et au

Congo avec une prise en charge sécurisée des malades dans des hôpitaux de province, et celui des unités de soins intensifs et de réanimation des services de néonatalogie de grandes agglomérations françaises accueillant les enfants nés prématurément.

Cette démarche a émergé en raison d'un questionnement général qui vise notamment à mieux comprendre les inégalités de santé en situation de crise sanitaire. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons mettre ici en perspective la question de l'espace partagé du soin en temps d'urgence, dans les deux contextes différents que nous avons successivement étudiés. Pour ce faire nous revenons sur les observations que nous avons réalisées tout d'abord sur un terrain de thèse entre 2005 et 2007, dans le cadre d'une approche ethnographique rétrospective auprès des survivants et parents des victimes des épidémies de FHVE ayant sévi au Gabon et en République du Congo entre 1996 et 2005 (une cinquantaine d'entretiens semi-dirigés de type biographique et analyse des représentations des pavillons d'isolement ou lazarets à destination des malades), puis la même méthode a été utilisée dans les services de maternité et néonatalogie de 4 hôpitaux parisiens et lillois en 2013 (observation des chambres et plus largement des services de néonatalogie et réalisation d'entretiens biographiques auprès d'une soixantaine de femmes), dans le cadre d'une recherche portant sur les facteurs défavorables aux grossesses et participant à induire une situation de prématurité ou un petit poids de naissance chez l'enfant.

Les résultats présentés ici découlent de ces terrains qualitatifs et alimentent une réflexion autour de la relation patient/soignant, notamment dans le traitement du corps et de l'individu, dans un espace partagé de fait : celui de l'accueil d'urgence. Plus globalement, on interroge l'idée de la possibilité d'une prise en charge totale de la personne, plus particulièrement dans les situations où le patient ne peut s'exprimer en raison de son immaturité, de sa grande faiblesse physique, ou d'une impossibilité de trouver une manière intelligible de communiquer. Cela dans une situation de soin qui se trouve être également très anxiogène pour le soignant ou les parents, confrontés au risque de décès du patient, voire de leur propre mort. Nous souhaitons mettre ici en regard les similitudes dans les processus en œuvre, notamment dans les pratiques des usagers (soignants, soignés, accompagnants) et dans les interactions spécifiques (usage de liens, relations d'affrontements, etc.) observées et rapportées dans ces lieux de soins particuliers, marqués par l'urgence sanitaire. Nous présenterons au préalable les objets et contextes de recherche nous ayant conduit à cette perspective.

**EN PRÉLUDE À LA COMPARAISON :
PRÉSENTATION DES OBJETS ET DES CONTEXTES DE RECHERCHE**

La fièvre hémorragique à virus Ebola : endiguer l'épidémie par l'isolement

Le virus Ebola est une zoonose endémique en Afrique centrale qui apparaît chez l'homme lorsqu'il entre en contact direct avec un animal contaminé, une carcasse ou le réservoir du virus (Georges, 1999). Il infecte les populations de chasseurs-cueilleurs vivant dans les forêts. Au sein d'une population humaine, la maladie (EHVE) se transmet par contact direct avec les liquides biologiques des sujets infectés. L'apparition de cas secondaires se développe dans le milieu familial lors des soins prodigués au malade, des cérémonies funéraires ou en milieu sanitaire (recours aux soins dans un centre de santé, un hôpital, médecin traditionnel ou passeur-guérisseur).

En raison de son taux de mortalité (jusqu'à 88 %) et de sa contagiosité élevée, l'émergence de ce virus au sein d'une population humaine constitue un réel problème de santé publique, comme l'illustre la situation actuelle en Afrique de l'Ouest. La maladie se caractérise par une fièvre d'apparition aiguë accompagnée d'une faiblesse intense, de myalgies, céphalées, vomissements, diarrhées, éruptions cutanées, maux de gorges intenses, puis souvent en phase terminale d'hémorragies.

Lorsque le diagnostic est posé, le patient doit être pris en charge et soigné. Il n'existe à ce jour ni vaccin, ni traitements (autres qu'expérimentaux). Les mesures thérapeutiques restent symptomatiques (antipyrétique, anti-diarthétique et réhydratation). Les malades sont placés en isolement dans des centres de traitements spécialement dédiés à cette maladie, où les soignants peuvrent leur prodiguer des soins médicaux et les nourrir, les laver ou les changer. Ces soins sont très impressionnants car les malades sont très faibles et les soignants, même équipés de tenues de protection, sont quasiment au contact d'un virus mortel. Les protocoles de conduite à tenir dans le traitement des malades d'Ebola sont stricts et définis par l'OMS :

« Les établissements de soins doivent instaurer des mesures d'isolement strictes de ces cas dans une pièce à l'écart du passage, si possible. Cette salle doit se trouver dans un bâtiment séparé des autres services où se trouvent les malades, ou dans une chambre séparée, et l'accès doit en être strictement limité. Le personnel ou le matériel de ce local ne doit pas aller d'un service à l'autre. [...] L'accès de la zone [doit être limité : il faut installer] autour de la zone d'isolement des panneaux indiquant clairement que l'accès est limité. On peut aussi tendre des cordes autour de la zone d'isolement et y suspendre des feuilles de plastique » (Lloyd, Perry, 1998).

Dans ces espaces (figure 1), le changement de chambre indique soit une amélioration (situation de rémission), soit une détérioration effective ou à venir du statut du patient (de cas probable à cas confirmé), notamment si le pronostic vital est engagé. Cette situation est anxiogène pour les patients comme les soignants.

Figure 1 : Centre de traitement et d'isolement Ebola de MSF Conakry 2014.

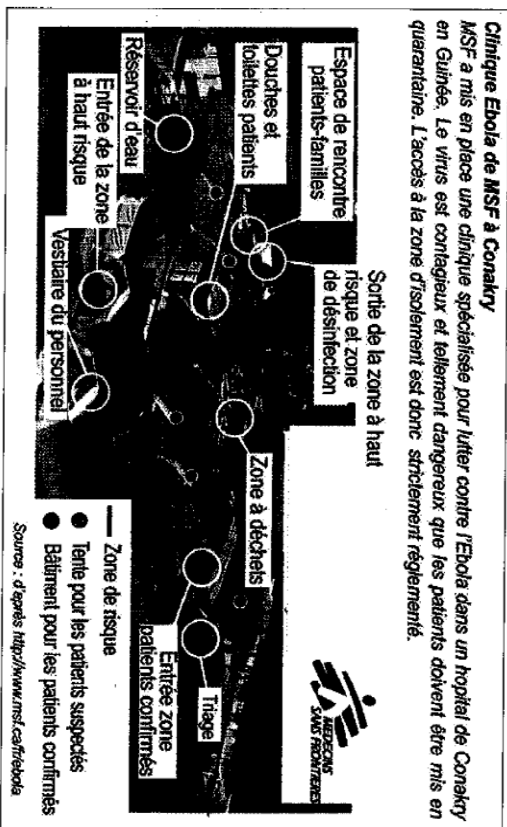


Figure 2 : Éviter la diffusion : se protéger et désinfecter les matériaux contaminés.



La protection est nécessaire pour endiguer la diffusion de l'épidémie, particulièrement la diffusion nosocomiale. Au regard de l'état dysfonctionnel du système de santé des pays touchés, l'aide internationale est souvent dépeçée sur les lieux pour appuyer la lutte contre l'épidémie, à travers l'OMS, MSF, la Croix Rouge et plusieurs laboratoires de diagnostic (Gasquet-Blanchard, 2014). Les soignants pratiquant les soins en isolement ont donc un profil varié, bien que cela soit peu visible

pour les malades en raison des tenues de protection. Des mesures drastiques leur sont imposées pour leur sécurité et pour l'endigement de l'épidémie. Le personnel hospitalier doit porter blouses, gants, masques individuels et lunettes de protection, qui ne doivent pas être réutilisés sans avoir été désinfectés (comme l'ensemble du linge et de la literie consacrés au malade). Les gestes liés aux actes médicaux sont réduits au minimum et les contacts prohibés, sauf quand ils appliquent strictement les techniques de soins en isolement, normées par l'OMS (cf. figure 2).

La prise en charge par les services de néonatalogie d'un enfant né prématurément

La prématurité (c'est-à-dire une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée – SA) est spontanée dans 60 % des cas. Les causes ne sont pas toujours connues et sont le plus souvent attribuées à un environnement infectieux. Induite dans 40 % des cas, la naissance prématurée fait suite à une décision médicale motivée par une pathologie sévère engageant le pronostic maternel ou fœtal (Hypertension artérielle – HTA – gravidique, pré-éclampsie, placenta prévia, Retard de croissance intra utérin – RCIU). Dans ce cas la naissance est souvent obtenue par césarienne. Les conséquences de la prématurité sont d'autant plus sévères que l'accouchement a lieu précocement : handicaps neuro-moteurs (incapacités à vie, troubles visuels, auditifs ou de l'apprentissage), voire décès de l'enfant (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Degrés de sévérité de la prématurité en fonction du terme de grossesse.

Prématurité extrême	Très grande prématurité	Grande prématurité	Prématurité moyenne
Naissance avant 26 SA (durant le 5 ^e mois)	Entre 26 et 28 SA (durant le 6 ^e mois)	Avant 32 SA (durant le 7 ^e mois)	Après 32 SA (durant le 8 ^e mois)

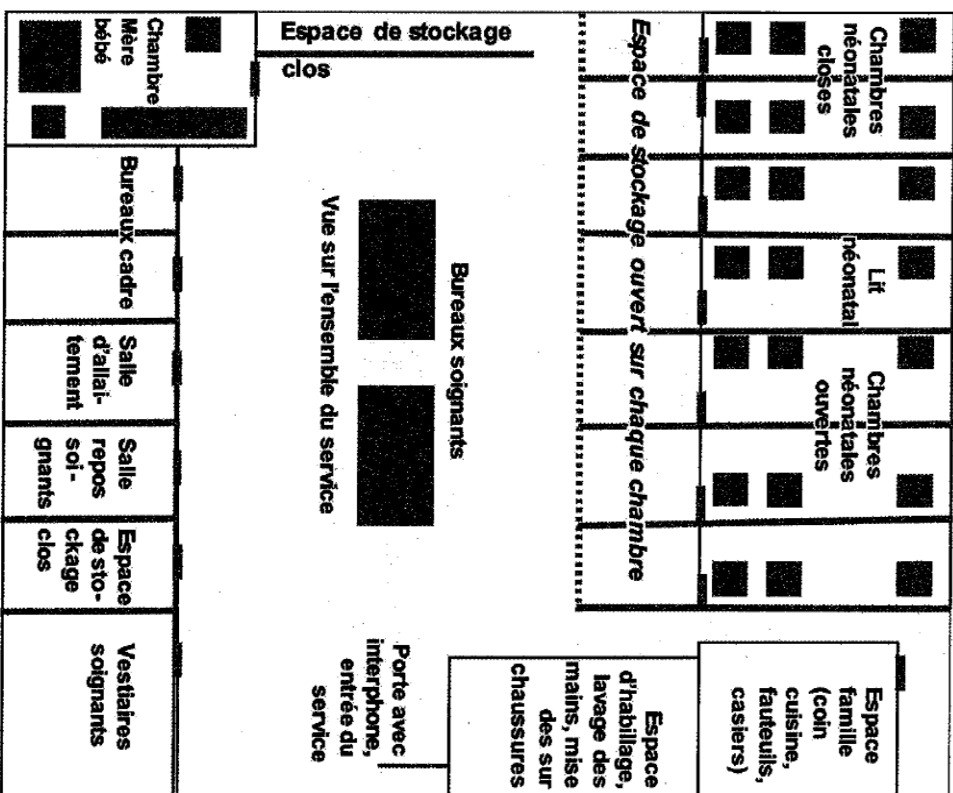
SA : semaines d'aménorrhée.

Le petit poids de naissance (PPN) est considéré comme pathologique dans le sens où il peut être un facteur de risque accru à la naissance pour différents troubles de l'adaptation et de l'alimentation, puis durant la croissance pour le développement psychomoteur de l'enfant, avec à long terme des risques de maladie coronaire ou de syndrome métabolique par exemple. Après plusieurs plans de périnatalité (le dernier ayant eu lieu de 2005 à 2007), la France présente une situation mitigée en ce qui concerne la morbidité, avec une proportion de naissances vivantes prématurées en augmentation (6,3 %) et une proportion de nouveau-nés avec un PPN parmi les plus élevées d'Europe (7,3 %) (DGS, 2010).

En cas d'accouchement prématuré, l'enfant est hospitalisé dans un service de néonatalogie, en soins intensifs ou en réanimation selon la sévérité de son état.

Son séjour peut s'échelonner de quelques jours à plusieurs mois. Comme pour les malades d'Ebola, il existe un lien entre les mobilités des patients au sein des services et l'évolution de leur état de santé (passage de la réanimation aux soins intensifs, à la pouponnière, à la chambre mère-enfant, à la sortie).

Figure 3 : Schéma simplifié de l'organisation d'un service de néonatalogie.



Source : Observations de terrain, Casquet-Blanchard, 2015.

Avant d'entrer dans le service, les parents doivent sonner à un interphone ou se présenter à un accueil. Le plus souvent, les services sont ouverts aux parents quelle que soit l'heure. Certaines précautions d'hygiène doivent être respectées (dans le sas d'entrée : port de sur-chaussures et d'une blouse, lavage des mains et des bras ; dans la chambre : désinfection des mains à chaque nouveau contact). La politique d'hygiène varie d'un service à l'autre, selon qu'il privilégie les mesures de protection sanitaire ou le lien de l'enfant avec son entourage plus ou moins élargi (mère et autres parents) (cf. figure 3).

Dans les services d'urgence néonatale, les parents peuvent être choqués par le matériel qui entoure l'enfant (incubateur, sonde thermique, scope¹ relié à des électrodes placées sur le torse de l'enfant, capteur diffusant une lumière rouge, lunettes à oxygène si nécessaire), par les traitements (perfusions, photothérapie) ou par les examens qui peuvent être réalisés (prélèvements, radiologies pulmonaires, échographies transfontanelles, etc.). De même, les soins de base (prise de température, pesée, soins de cordon, de visage, toilette, change ainsi que l'alimentation, par perfusion, gavage ou biberon) sont très impressionnants pour les parents d'un nouveau-né qui peut peser moins de 800 grammes.

LA PRATIQUE DES ESPACES PARTAGÉS DU SOIN D'URGENCE

Dans ces deux espaces très spécifiques, on observe des mobilités diverses et parfois opposées selon les différents acteurs qui pratiquent ces espaces. Nous souhaitons mettre en lumière plusieurs points de comparaison permettant l'identification de similitudes spatiales, temporelles ou relationnelles, à travers l'analyse d'entretiens menés auprès de personnes ayant côtoyé ces services. Ces situations illustrent notamment la confrontation des soignants et des accompagnants des malades présents dans ces espaces, dans un contexte contraint et stressant. Aux négociations et confrontations entre les soignants, dont c'est le quotidien, s'ajoutent celles des patients et des familles pour qui il s'agit d'un lieu exceptionnel.

Organisation des services et traitement des corps

Dans un premier temps, il ressort de nos observations que l'organisation des services d'urgence induit dans les deux cas un traitement spécifique du corps malade ou immature. En effet, les corps présentent un même état de souffrance et de besoin vital de soin. Un fait illustré par les propos de cette femme ayant accouché prématurément en raison d'un important RCTU² la mettant en danger avec son enfant :

1. Il permet de surveiller la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène dans le sang.

« Il est mieux à l'extérieur qu'à l'intérieur, c'est dur, je le trouve trop petit, trop fragile, là ce n'est pas normal, c'est bizarre qu'il soit dans cet état-là. »

Cette mère reconnaît l'utilité du soin en même temps qu'elle souffre de voir hors d'elle ce corps trop petit et fragile. Pour Ebola, on observe des constats similaires, comme le raconte un survivant de l'épidémie de 2001-2002 au Congo :

« La maladie m'a attrapé à la maison, et après une nuit d'hospitalisation on m'a isolé. Ma femme ne m'a jamais quitté même à l'isolement, aux Grandes Endémies, 21 jours d'isolement j'ai fait. Je ne pouvais même pas m'exprimer tellement j'avais mal à la tête, la fièvre, le mal aux articulations. Je ne mangerais plus. Ma femme avait des gants, des bottes pour me soigner. Je ne sais pas qui m'a soigné, car ils étaient tous couverts jusqu'aux yeux. C'est fini, je ne suis plus avec eux [...] Si je n'avais pas [eu] mon épouse je serais mort, les agents étaient constamment sur moi nuit et jour. »

On note ici la souffrance et la faiblesse dont est victime cet homme qui reconnaît alors la nécessité de l'isolement.

Ces situations peuvent être vécues par les malades et les accompagnants comme une mise en danger, une peur de « casser » son enfant, une peur d'être contaminé par une maladie mortelle en soignant un proche. Dans les deux cas le corps meurtri est mis à rude épreuve et les soins prodigués malmenés ce corps trop petit ou trop faible qui se retrouve piqué, manipulé, examiné pour sa survie dans des espaces d'apparence inhospitalière.

D'une part le corps est isolé. Cet isolement est mal vécu par le malade et son entourage, comme l'illustre le récit de cette survivante de l'épidémie Ebola de 2001-2002 :

« Chacun avait sa douche, ses toilettes, fallait pas qu'on se croise entre malades, pour faire pipi on faisait la queue. On avait laissé le portable, y'a même une personne qui m'a appelée du Rwanda, des appels de soutien. On m'a bien traité. L'isolement, c'est que tout le monde veut que tu reviennes, c'est que tu es isolé psychologiquement. »

D'autre part, cet isolement essuie encore davantage le patient lorsque son corps est exposé aux machines, au regard des soignants, au traitement :

« L'isolement ça nous faisait aussi peur et nous étions déjà dans l'abus du traitement. Je disais : mon Dieu tout ça sur nous : On nous a bien remplis des litres et des litres de glucosés², j'étais la première isolée à Makokou quand on m'a dit que j'avais Ebola, j'ai pleuré. »

Cet isolement se produit en outre dans une ambiance très pesante, avec en néonatalogie une humidité souvent réduite, le bruit constant du scope, l'odeur des gels

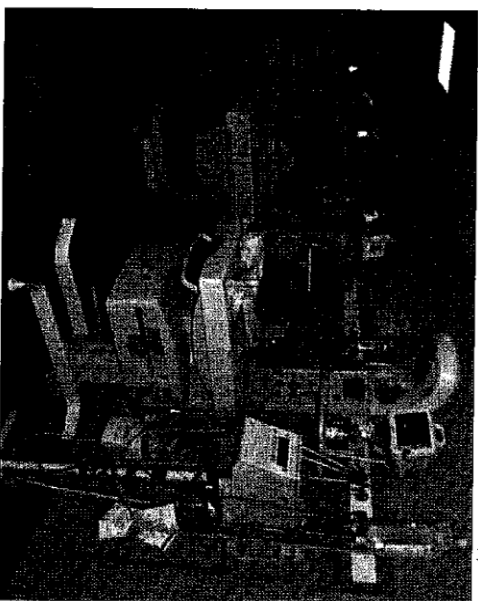
2. La femme parle de l'administration de sérum physiologique en voie de la réhydrater.

désinfectants, de « l'hôpital », et dans les cellules d'isolement, l'odeur des fluides corporels mêlée à celle de l'eau de javel. De plus, bien qu'isolé, le corps se retrouve sans intimité en raison de l'organisation de ces espaces pensés pour l'intervention médicale et pour permettre au soignant d'avoir une vue sur l'ensemble des patients. Ces espaces dépourvus d'intimité peuvent affecter la dignité des patients concernant Ebola et complexifier la mise en place du lien mère-enfant en cas de prématurité, comme l'illustre cette jeune femme critiquant l'organisation du service qui permet aux familles de voir le nouveau-né à travers une vitre :

« Le pire c'est quand on va voir le petit et les gens sont de l'autre côté de la vitre, c'est comme au zoo. »

La mise en place de l'allaitement par exemple, particulièrement recommandé pour les enfants prématurés, peut être mise à mal dans ce type d'espace (cf. figure 4).

Figure 4 : Salle de soins intensifs en service de néonatalogie.



Surveiller et avoir une vue d'ensemble pour le soignant : une vision qui s'oppose à la mise au lien intime mère-enfant

Ce traitement du corps nous interroge sur l'humanisation des pratiques médicales. Si lors des épidémies d'Ebola, l'isolement à domicile est de plus en plus évoqué, il n'est pas encore majoritaire, tout comme l'hospitalisation en chambre double ou individuelle dans les services de néonatalogie, qui en France est encore

majoritairement organisé autour d'un rôle de soignants s'occupant d'une salle de 7 ou 8 bébés. La question de l'humanisation des pratiques passe par une prise en charge où la médicalisation et la nécessité du lien malade-proches peuvent prendre différentes formes sur le plan spatial. On note par exemple des cas de transposition des espaces de l'intime dans celui du soin, quand l'état de santé du malade le permet (présence quotidienne de proches ou présence d'affaires personnelles dans la chambre pour Ebola ; hospitalisation conjointe mère-enfant pour les grands prématurés).

L'institutionnalisation du rapprochement d'un espace intime pour les proches à proximité du lieu d'hospitalisation se développe également (mise à disposition de chambres à des tarifs préférentiels à proximité de l'hôpital pour les parents d'enfants prématurés) par des biais publics (mise à disposition de chambres dans les bâtiments décalés d'infirmières par exemple) ou privés (fondations entre autre). Enfin pour Ebola il est parfois possible de transposer l'espace du soin au domicile, en isolant les patients chez eux, ce qui implique également la mise en quarantaine de l'ensemble de la famille. Ces traitements différenciés, dus à la diversité des situations pathologiques, interrogent d'un point de vue moral. C'est ce qu'évoque une jeune femme qui, enceinte de 7 mois, est partie avec son mari en WE à Genève, où elle a accouché à 30 SA d'une petite fille de 1 400 kg. Le couple est resté à Genève 15 jours, grâce à une fondation qui leur a permis d'être hébergés près de leur fille hospitalisée en néonatalogie au CHU de Genève, le temps que celle-ci soit dans une situation assez stable pour être rapatriée en France :

« On a vraiment trouvé ça très bien, que ça soit pour elle ou pour moi, c'était 15 jours vraiment très bien. Le passage entre Lyon et Genève, bon au départ ce n'était pas les mêmes méthodes, le même encadrement on a eu un petit peu de mal. Ils prennent vraiment soin de nous [à Genève], c'est une autre dimension. Il y a plus de pièces, y'a jamais une pièce avec sept enfants. Il y a quatre à cinq bébés maximum quand il y a du monde et ensuite, c'est une personne pour deux enfants, ici c'est une pour trois. Les pièces sont plus petites et le personnel plus disponible, elles sont deux par bébé pour faire les soins, voilà, du coup on était habitué à ça et en arrivant ici [à Lyon] on a trouvé ça différent. Il y avait un effet cocooning, on était pris en charge, plus écouté. C'est une question d'organisation, je ne sais pas si c'est une question de personnel, car ils sont beaucoup ici [...] On voyait les même personnes [à Genève]. »

Cet extrait d'entretien révèle l'importance de l'humanisation des pratiques de soins, particulièrement l'information aux patients et aux familles, ou encore la proposition d'un isolement à domicile, dont les anthropologues de terrain ont beaucoup parlé durant les années 2000 concernant Ebola, suite à plusieurs ruptures de communication entre les équipes soignantes et les populations subissant l'épidémie (Gasquet-Blanchard, 2014). De même, la prise en charge du prématuré passe par la création

d'un lien entre soignant-accompagnant-soigné, fondé sur la communication (expliquer par exemple à un parent qu'une surveillance « allégée » de son enfant implique que ce dernier va mieux et qu'il peut être transféré dans un service moins surveillé) et qui se joue également dans l'organisation de l'espace du soin.

L'affrontement de temporalités et de logiques parfois opposées

On observe dans ces espaces l'affrontement de temporalités et de logiques parfois opposées (Gasquet-Blanchard, 2012). Ces temporalités s'opposent en effet car les soignants vivent l'urgence du soin vital, tandis que les patients et leurs proches subissent l'attente difficile de l'évolution (positive ou négative) de la maladie, d'un mieux, d'une sortie, de la quarantaine pour Ebola, du service de réanimation pour l'enfant prématuré. Les lieux sont alors tantôt partagés, tantôt pratiqués comme espace d'affrontement en raison de logiques temporelles opposées qui relèvent d'un quotidien perturbé et envahi par la situation de l'urgence (arrivée massive d'équipes soignantes internationales habillées de la tête aux pieds dans un village d'Afrique centrale ; arrivée d'une multitude de soignants autour du berceau de l'enfant, à laquelle s'ajoutent l'incompréhension et la frustration des parents devant des nouvelles qui arrivent et varient de jour en jour et donnent peu de chance de projection vers la sortie de la néonatalogie). Ces situations contribuent à complexifier les relations entre parents et soignants dans les services de néonatalogie, comme le souligne le témoignage de cette jeune femme :

« Au début, quand j'ai accouché, ils m'ont dit 3 semaines, 1 mois. Quand ça faisait 2 semaines qu'il était là, j'ai posé la question de dans combien de temps il pourrait sortir. Ils m'ont dit : au mois de mai [au bout de 3 mois]. Et là, quand je pose la question, c'est : peut-être plus. Ils ne savent pas. C'est méchant pour eux de dire qu'il sortira au mois de mai. Je pensais que pour le mois de mai, c'était fini, qu'on allait pouvoir fêter son anniversaire avec les deux petits bouts à la maison. Mais au final, on ne pourra pas. »

Dans le cas présent, l'équipe médicale souhaite garder l'enfant plus longtemps car elle est inquiète pour son développement, qui pourrait souffrir de carence éducative si l'hospitalisation était arrêtée trop tôt, en raison d'une situation complexe de la mère sur le plan social, familial et affectif. Cette jeune femme de 21 ans est déjà mère d'un enfant de 3 ans et le lien mère-enfant a mis du temps à se mettre en place. L'impossibilité de prendre en charge elle-même son enfant, avec une hospitalisation longue et l'intrusion que représente pour elle chaque intervention d'un soignant, remet en cause sa légitimité en tant que parent. Un fait mal vécu par les mères en général, comme l'illustre un autre extrait de l'entretien avec la jeune femme ayant accouché à Gemève :

« C'est vraiment dur, quand l'hospitalisation se prolonge, on sature, la date du terme c'est dur. Avant, on arrive à se dire, elle aurait dû être dans mon ventre, elle n'aurait pas dû naître, mais le fait que le terme soit passé, qu'elle grandisse bien [...] c'est dur. On a tout le temps quelqu'un derrière soi, on voit arriver plein de bébés qui parent, nous on sort toujours pas. Si c'est une nouvelle infirmière, elle lui donne la tétée devant moi... Au début je me demandais : comment je vais changer une couche à une toute petite, pleine de fils partout ? En fait je ne suis pas mécontente de venir souvent et longtemps car si je ne viens pas, il y a plein de petits détails que je remarque, qu'elles ne font pas [les puéricultrices]. Si elle se met à hurler quand je ne suis pas là, elles ne vont pas la prendre, parce qu'elles sont occupées avec un autre bébé, ça c'est dur. »

Dans ce cas, la légitimité maternelle est mise à mal notamment lorsqu'une infirmière donne par exemple un biberon à son enfant devant elle. En retour les soignants se trouvent également critiqués en raison de soins parfois « non donnés » aux enfants, comme le fait de les laisser pleurer, qui apparaît insupportable aux mères et qui rend la durée de l'hospitalisation encore plus difficile. Autant elles comprennent l'urgence de l'hospitalisation, autant elles trouvent impossible de supporter sa durée. L'équipe soignante doit-elle prendre conseil auprès des unités d'accompagnement et de soins palliatifs, qui sont des dispositifs pensés pour pouvoir substituer un temps apaisé au temps rapide et saccadé des soins curatifs ? Il faut du temps pour que le patient et ses proches accèdent à cet état de confiance sereine, qui permet de faire contrepois face à l'idée de la mort à venir (Alric, 2011).

Des relations ambivalentes et complexes entre les malades ou accompagnants et les personnels soignants

Ces situations amènent à des relations ambivalentes et complexes entre soignants et malades ou accompagnants. L'isolement à domicile ou la possibilité de visite de parents concernant Ebola, ou la présence fréquente des parents dans les services de néonatalogie induisent de fait un contact fréquent entre les soignants et les proches du patient. Les relations entre accompagnants et soignants sont une fois encore mises à l'épreuve dans la mesure où la sphère intime se mêle à celle du médical dans un contexte de survie.

Car si tous les patients peuvent être considérés comme vulnérables, le malade d'Ebola qui n'a plus la force de s'exprimer ou le nouveau-né immature, qui n'a pas la capacité de le faire, induit chez les soignants des représentations qui peuvent contribuer à redoubler la fragilité de la victime. Dans le domaine du soin, l'asymétrie de la relation soigné-soignant est génératrice d'une vulnérabilité qui vient s'ajouter à la fragilisation déjà engendrée par la maladie (Lemoine *et al.*, 2014) et qui fragilise également les proches, pourtant acteurs du soin apporté au malade. Or, c'est dans

cette relation soigné-soignant, au sein d'un espace contraint, fondée sur la confiance et la confiance, que l'autonomie du patient, comme celle des proches, se développe (Lemoine *et al.*, 2014). Pourtant les soignants, pris dans la pression du quotidien des soins, se retrouvent face à des familles qui ont besoin d'un temps intime qu'il leur est impossible d'offrir. Les familles peuvent apparaître comme des entraves au soin, notamment quand le service ou la cellule ne sont pas organisés pour penser leur accueil, alors même que leur présence semble clairement favoriser l'amélioration de l'état de santé du nouveau-né ou la guérison du malade.

En néonatalogie, passé le discours premier, toujours positif, sur les équipes ayant sauvé leur enfant : « ils sont formidables », « on peut y aller jour et nuit », « on nous laisse pas à l'abandon », la frustration de ne pas pouvoir materner son enfant prend rapidement le dessus dans le ressenti des parents :

« On n'a pas le choix, on subit complètement, c'est leur décision. Par exemple, elle devait être opérée, j'appelle un matin et l'opération avait été avancée de 3 jours, on me dit qu'elle part au bloc, je leur dis qu'ils auraient pu m'appeler, "oui on allait le faire". Je trouve qu'ils ne nous ménagent pas. Il y a des fois où on comprend, mais il y a des fois où on n'a pas envie de comprendre, il y a des médecins, dans leur façon de parler, dans leur façon de dire des choses, ils ne se rendent pas compte. C'est comme à la Sécurité sociale, où on m'a demandé : "Votre bébé, il est viable ou pas ?" »

L'hospitalisation en urgence et les soins entraînent des conséquences plus ou moins graves sur le plan physique et psychique, pour le patient mais également pour ses proches (Polomeni *et al.*, 2014), comme cela peut être le cas pour un traitement inefficace, ou perçu comme tel, qui introduit une crise de confiance des soignés et de leur entourage envers les soignants et plus largement la santé publique. Ces événements entraînent également les soignants et peuvent mettre à mal l'alliance thérapeutique soigné-soignant, socle de toute relation de soins (Polomeni *et al.*, 2014). C'est particulièrement le cas pour Ebola (Gasquet-Blandhard, 2015), avec un sentiment de frustration et d'amertume qui se retrouve sous diverses formes. Face aux mesures d'isolement proposées par les équipes d'intervention, les attitudes des populations sont contradictoires :

« Isolés, c'était pour les tuer même. Ça, une personne est malade de la fièvre, on dit c'est Ebola. Isolé ! La diarrhée, c'est Ebola. Isolé ! Même l'avortement c'est Ebola. Isolé ! Mal de dos c'est Ebola. Isolé ! Maux de tête c'est Ebola. Isolé ! C'est pourqu'on les gens ne veulent plus entendre parler d'Ebola [...]. On nous a tués plus de 100 personnes pour rien. »

Le chef de village interrogé ne comprend pas l'utilité de l'isolement et remet en cause l'existence même de la maladie, dans la mesure où les techniques de soins prodiguées ne semblent pas utiles à la rémission des malades.

Inversement, on observe aussi une dimension affective très forte pour les soignants dans les espaces du soin d'urgence. Pour les patients et leurs accompagnants, mais également pour les soignants, comme l'illustre le récit de cette infirmière survivante de l'épidémie de 2001-2002, qui met en perspective l'activisme thérapeutique des soignants qui l'ont entourée en isolement, avec un sentiment d'impuissance :

« L'isolement c'était pénible, ils m'ont remplie de litres de pertuison, là-bas. C'était comme si on parlait déjà à la lune, parce que les médecins qui nous traitaient, on lisait les remords sur leurs faces. »

On retrouve cette situation de l'autre côté du masque, comme l'illustre très bien cet extrait du journal de bord de Luis Encinas, publié en 2007 dans le quotidien espagnol *El Mundo*. Infirmier de MDM travaillant sur l'épidémie d'Ugè, en Angola en 2005, il nous donne une idée des conditions d'exercice des soignants sur ces sites :

« 27 mars 2005, 18 h : Je n'arrive pas à croire que je suis ici, à l'épicentre de l'épidémie [...] déjà 124 cas recensés et 119 morts. [...] Uigè a l'éclat d'une ville impériale [...]. Le plus frappant, c'est la sensation de vide qui règne ici. Peter est expert des épidémies d'Ebola. C'est avec lui que je vais réaliser une évaluation de la zone d'isolement [...]. Lorsque nous arrivons à la morgue, le directeur de l'hôpital nous regarde et nous invite à entrer. Nous enfions notre tenue de protection : un équipement médical, une veste, des boîtes en caoutchouc, trois paires de gants, un masque, un bonnet, un tablier et des lunettes protectrices. La chaleur tropicale devient encore plus insupportable [...]. Nous continuons d'avancer et passons devant les patients étendus sur le sol. Deux sont déjà morts [...]. La scène tourne au cauchemar. Je butte sur une patiente en marchant, elle me regarde et m'appelle à l'aide. Je ne sais pourquoi – si c'est dû à la chaleur ou au sentiment d'impuissance qui m'envahit à ce moment – mais je suis soudainement pris de vertige [...]. Les cris de désespoir sont assourdissants... Nous sortons. Et puis, pendant deux minutes, nous restons sans voix. Sans même nous regarder. »

« 4 avril 2005, 16h30. Antonio entre la tête basse [...] Je laisse le silence faire le travail. Je réalise alors que ça ne va pas être facile. Je lui demande son nom et d'où il vient. Il est difficile de comprendre ce que ses lèvres nerveuses prononcent difficilement. J'essaie de fermer les yeux et de prendre un peu de distance [...]. Je suis glacé d'effroi, j'ai les larmes aux yeux. Une rage incontrôlable me prend aux tripes et j'ai envie de tout casser. À quoi cela rime-t-il ? Pourquoi faisons-nous cela si de toute façon ils sont condamnés à mourir ? J'agrippe le bras d'Antonio et je le fais entrer dans le centre d'isolement. »

On perçoit ici la peur de la maladie comme celle de la mort, la sienne autant que celle de ses patients. La violence du lieu même de l'isolement : la morgue marquée dès l'arrivée de ce soignant les conditions de l'exercice des soins. Le lien entre le soignant

vécu des soignants en néonatalogie. En effet, les travaux étudiés les concernant montrent l'aspect insupportable de la pathologie foetale, renvoyant chacun à sa propre mort, à la fragilité de la transmission de la vie, mais aussi aux limites des dispositifs de soins, réduisant à l'impuissance, source de culpabilité (Wailly-Galambert, 2012).

Les soignants de néonatalogie comme des centres d'isolement d'Ebola peuvent être comparés à ceux des services de soins palliatifs, en ce qu'ils répondent à un mandat médical particulier, celui de soigner sans toujours guérir. Dans ce type de contexte, pour éviter de lutter contre la souffrance au travail, les soignants peuvent développer des stratégies qui visent à une division du travail plus large que dans les services habituels, mobilisant notamment les intervenants paramédicaux, dans des réunions pluridisciplinaires par exemple. Ces cadres permettent de rendre le travail possible (Schepens, 2015). Différents profils de soignant peuvent également être identifiés. Pour la majorité des professionnels travaillant dans les services de réanimation, la dimension technique des soins est une source de valorisation et détermine le choix de travailler dans ce type de service, ce qui est le cas dans les centres de traitement d'Ebola et dans les services de néonatalogie, lieux d'exercice prestigieux. En retour, cette technicité a un impact sur la manière d'appréhender le patient, perçu à travers la gravité de sa pathologie. La relation patient-soignant ou proche-soignant est alors mise à distance avec parfois une absence de communication et d'empathie envers le patient ou ses proches (Laurent *et al.*, 2014).

Néanmoins, un second profil de soignants peut être identifié : ceux qui parviennent à se représenter le patient comme conscient de son environnement et en souffrance. Chez ce type de soignant, on observe la possibilité de développer une relation spécifique avec le patient (Laurent *et al.*, 2014). Il n'en demeure pas moins qu'il existe une difficulté des professionnels – inhérente à la haute technicité des soins – à prendre en compte la réalité subjective du patient et l'intensité des émotions dans la prise en charge, ce qui peut conduire à une perte de repères et des modalités de communications patients-soignants. Les soignants de ces services ressentent un sentiment fort de pression au travail, lié à la nécessité de maîtrise de procédures et de moyens techniques des patients, à la douleur des familles). La gestion de la mort fréquente chez patients – ou de leurs conditions de survie – apparaît comme une difficulté centrale pour les soignants (Chahraoui *et al.*, 2011). Face à cette difficulté dans la relation patient-soignant, l'entourage des patients joue un rôle important. Vecteurs de la relation, ils aident les professionnels à inscrire le patient dans une relation intersubjective (Laurent *et al.*, 2014). Un fait observable et bien pris en compte dans les services de néonatalogie, mais plus difficilement repéré dans les centres de traitement d'Ebola.

Enfin la promotion du bien-être du patient dépend de la culture du service dans lequel il se trouve (Kentich-Barnes *et al.*, 2010). Celle-ci oppose de façon sommaire la

prise en charge occidentale des services de néonatalogie, très humanisée, et celle des patients gabonais et congolais dans les centres de traitements d'Ebola par des équipes de soignants humanitaires généralement issus de pays du Nord. En effet, la prise en charge psychosociale est trop souvent mise de côté lors des épidémies d'Ebola et des tentatives pour l'endiguer, alors qu'inversement, les expériences humanisantes au sein des services de néonatalogies se multiplient dans une visée qui prend en compte le nouveau-né comme être social, dans une relation d'échange.

L'intensité des situations vécues dans les espaces de soin d'urgence est marquée par des éléments matériels et immatériels symboliquement très forts, qui attestent d'interactions profondes entre soignants et soignés pendant et après l'événement sanitaire. Il n'est pas anodin que chaque service de néonatalogie dispose d'un panneau de photos d'enfants qui sont passés dans le service et qui ont été envoyées par les familles en remerciement des soins qui ont sauvé la vie de leurs nouveau-nés. Dans les villages frappés par la FHVE, les survivants et leur famille se souviennent très précisément des soignants qui se sont occupés d'eux et des lieux où ils ont été malades. L'inverse est réciproque, les soignants intervenus sur ce type d'épidémie se souviennent souvent du nom des malades. La gestion de l'urgence sanitaire, particulièrement si celle-ci aboutit souvent ou régulièrement au décès et à des situations affectives intenses, induit des pratiques soignantes, tantôt compréhensives, tantôt détestatives. Ainsi, ces expériences marquent durablement les individus et le collectif.

CONCLUSION

Le bien-être est une notion multidimensionnelle, difficilement mesurable, cependant il existe une condition fondamentale au bien-être du malade (ou de ses proches) qui est d'être reconnu en tant que sujet, acteur de son parcours de soins. En milieu hospitalier, notamment dans le contexte des soins d'urgence, cela implique de ne pas être un simple objet de soin, mais d'être reconnu comme une personne capable de donner un sens à son expérience (Kentich-Barnes *et al.*, 2010). Cela n'est possible que lorsque l'espace hospitalier est organisé pour permettre cette reconnaissance et pas uniquement organisé pour « lutter contre la maladie », l'urgence ou la crise aiguë. Pourtant les services d'accueil d'urgences (SAU), par leurs locaux, leur organisation, leurs intervenants et l'affluence des patients, constituent un environnement particulier qui n'est pas toujours propice à la communication et à la reconnaissance du malade comme sujet, ce qui peut favoriser des situations de maltraitance (Benoit *et al.*, 2015), comme nous avons pu le constater pour Ebola (Gasquet-Blanchard, 2015). De fait, dans l'approche qui se situe en continuité avec les travaux de Strauss (1992), le bien-être doit être entendu comme un système : l'entourage du patient joue un rôle important puisque l'action des soignants et le bien-être des familles peuvent

avoir un retournement sur celui du patient. Ce système se trouve au cœur même de l'espace du soin, qui doit pouvoir être également appréhendé par les acteurs en présence comme un espace d'échange. Celui-ci doit pouvoir être partagé entre les différents cercles qui participent pleinement à la guérison du malade. D'autant plus qu'aujourd'hui de plus en plus d'approches sociologiques montrent la nécessité de la prise en compte du cadre contextuel (règles institutionnelles, incidences sur les organisations) du soin, trop souvent mis de côté (Pennec *et al.*, 2014). Cette prise en compte permet notamment la recherche de l'altérité et des compromis dans la relation médecin-malade. Ces derniers apparaissent comme les leviers majeurs des négociations au sein de la trajectoire d'une maladie (annonce d'un diagnostic, association ou non du malade et des proches dans le choix d'un traitement, etc.) (Pennec *et al.*, 2014). Ces leviers passent par la construction d'une relation de confiance dans le soin.

L'organisation de l'espace n'est pas toujours pensée pour la communication : espace collectif, manque d'intimité, peu d'espace de parole à proximité des malades, ou de temps dédié à une communication sur l'état des malades, etc. Cette situation peut complexifier la trajectoire d'un patient. En retour, il semble que quand la gestion de l'urgence sanitaire aboutit régulièrement au décès des patients et donc à des situations affectives intenses liées au deuil, cela induit des pratiques soignantes tantôt compréhensives, tantôt défensives, participant aux critiques qui peuvent être formulées dans les discours des proches des malades. Ces discours, au regard de la gestion actuelle de l'épidémie d'Ebola, se justifient pleinement. Alors que depuis le milieu des années 2000, un isolement à domicile peut être proposé dans certains contextes, notamment en vue de favoriser l'accompagnement psychosocial des familles des victimes, il n'est pas toujours possible de le mettre en œuvre, pour des raisons logistiques, humaines ou financières, mais aussi du fait de représentations et de positionnements éthiques et moraux différenciés selon le lieu d'exercice du soin, car la prise en compte du patient comme sujet n'est pas toujours de rigueur. Dans certaines maternités, quand l'état de santé de l'enfant le permet, la mère peut être ré-hospitalisée en unité mère-bébé, ou unité dite « kangourou », mais il faut pour cela que ces lits existent et dans les services où c'est le cas, les soignants rapportent souvent que garder ces lits est une bataille administrative quotidienne, au regard des politiques hospitalières de rendement et de cotation à l'acte. Pourtant, ces lits présentent de nombreux avantages : ils favorisent la mise en place du lien mère-enfant, ils relancent l'allaitement, etc. La prise en charge du patient s'humanise dans ces espaces, prenant de plus en plus en compte l'importance du lien avec les proches dans le processus de guérison. Mais l'humanisation de ces espaces dépend aussi d'enjeux politiques et financiers qui s'opposent à cette logique de soin et rendent ces initiatives encore trop rares.

BIBLIOGRAPHIE

- ALRIC J., « De la transformation des unités de soins palliatifs en courts séjours. Essai sur le temps, les soins et le coût », *Éthique et Santé*, 2011, p. 184-190. DOI : [10.1016/j.eteq.2011.06.001].
- BENOT J., BERDAH L., CARLIER-GONOD A. *et al.*, *L'éthique dans les services d'accueil des urgences pédiatriques : accès aux soins, communication et confidentialité*, Archives de pédiatrie, 22(5), 2015, p. 554-561. DOI : [10.1016/j.arcped.2015.02.013].
- CHARBAOU K., BLOY A., CRAS E., GILLES F., LAURENT A., VALACHE B., QUENOT J.-P., « Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 30, Issue 4, 2011, p. 342-348.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, *Rapport d'évaluation du plan péritatité 2005-2007*, mai 2010.
- HOARAU H., « Espaces de soins, espaces de travail : Représentations et vécus particuliers des soignants et soignés », *Anthropologies et ethnographies*, Performances Humaines & Techniques, n° 101, 1999, p. 27-31.
- KENTISH-BARNES N., CHAIZE M., « Critères de jugement du « mieux vivre » en réanimation », *Réanimation*, vol. 19 (3), 2010, p. 204-211.
- LAURENT A., MAGALIE B., ANSEL D., AUBERT L., MELLER D., QUENOT J. et CAPELLIER G., « Les professionnels de réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient », *L'évolution Psychiatrique*, 80 (4), 2015. DOI : [10.1016/j.evopsy.2014.12.007].
- LEMOINE E., LANGE I., CHAPIUS F., VASSAL F. et GROUPE DE RÉFLEXION ÉTHIQUE (GRE), « Relation soigné soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie », *Éthique & santé*, vol. 11 (2), 2014, p. 85-90.
- LLOYD E., PERRY H., *Contrôle de l'hygiène en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain*, Genève, Publications OMS, Division des maladies émergentes et autres maladies transmissibles, surveillance et lutte, 1998. URL : [https://www.cdc.gov/vhf/abroad/pdf/african-healthcare-setting-vhf-fr.pdf], consultée en mai 2016.
- GASQUET-BLANCHARD C., « Une géographie de la fièvre hémorragique à virus ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo », *ESO Trajectoires et Documents*, n° 33, 2012, p. 19-23.
- GASQUET-BLANCHARD C., « Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg, les multiples enjeux d'une approche globale de la santé », *Journal des anthropologues*, n° 138-139, 2014, p. 43-64.
- GASQUET-BLANCHARD C., « Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spatiaux en Afrique Centrale. Perspectives pour l'Afrique de l'Ouest », *L'Espace Politique*, n° 26, 2015-2.
- GEORGES A.-J., LEROY E.-M., RENAUT A.-A., « Ebola Hemorrhagic Fever Outbreaks in Gabon, 1994-1997 », *Epidemiologic and Health Control Issues*, JD (suppl. 1) : 179, 1999, p. 65-75.

- PENNEC S., LE BORGNE-UGUEN F., DOUGUET F. (dir.), *Les négociations du soin, les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, PUR, coll. « Le Sens Social », 2014, 283 p.
- POLOMENI A., LE BIHAN A., « L'événement indésirable associé aux soins : la relation soignant-soigné mise à mal », *Ethique & Santé*, vol 11 (4), 2014, p. 209-215. DOI: [10.1016/j.etds.2014.05.003].
- SCHIPPENS F., « Participer pour rendre le travail possible. Les "staffs" en unités de soins palliatifs », *Sociologie du travail*, n° 57, 2015, p. 39-60.
- STRAUSS A., BASZANGER I., *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, 319 p.
- WAILLY-GALEMBERT D. et al., « Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes? Réflexions pour une élaboration des pratiques », *Dossier*, 2, vol. 24, 2012, p. 117-139.

(7) Gasquet-Blanchard C., Collombier M., Parkins K., 2018, Processus socio-territoriaux urbains à l'œuvre dans les trajectoires des femmes enceintes ayant accouché prématurément. *Revue francophone sur la santé et les territoires*, hypotheses.org, 2018
[\(hal-01737086\)](#)



Revue francophone sur la santé et les
territoires
Miscellanées | 2018

Processus socio-territoriaux urbains à l'œuvre dans les trajectoires des femmes enceintes ayant accouché prématurément

Clélia Gasquet-Blanchard, Madeleine Collombier et Kristina Parkins



Édition électronique
URL : <https://journals.openedition.org/rfst/704>
DOI : 10.4000/rfst.704
ISSN : 2492-3672

Éditeur
Espaces et Sociétés (UMR 6590)

Ce document vous est offert par Ecole des hautes études en santé publique



Référence électronique
Clélia Gasquet-Blanchard, Madeleine Collombier et Kristina Parkins, « Processus socio-territoriaux urbains à l'œuvre dans les trajectoires des femmes enceintes ayant accouché prématurément », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Miscellanées, mis en ligne le 17 janvier 2018, consulté le 17 janvier 2023. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/704> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.704>

Ce document a été généré automatiquement le 12 avril 2021.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International - CC BY-NC-SA 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Processus socio-territoriaux urbains à l'œuvre dans les trajectoires des femmes enceintes ayant accouché prématurément

Clélia Gasquet-Blanchard, Madeleine Collombier et Kristina Parkins

Introduction

Contexte épidémiologique

- 1 Des disparités importantes (liées aux revenus, à l'accès aux soins, à l'état de santé, etc.) existent entre pays développés et pays en développement, concernant les naissances prématurées. Ces disparités existent aussi au sein même des pays développés (Torchin, 2015). En 2010, 21,5 % des femmes en situation précaire ont eu moins de sept consultations durant leur grossesse contre 7,9 % pour les autres (PSR, 2011). La situation est particulièrement marquée concernant la grande prématurité en France, plus élevée chez les salariés des services aux particuliers que chez les cadres (0,7 % contre 2,2 %) et le petit poids de naissance (respectivement 4,7 % et 9,9 %). La santé périnatale n'échappe donc pas aux inégalités sociales, en France comme dans d'autres pays comparables (Weightman, 2012), où le taux de naissances prématurées est en hausse ces dernières années. La prématurité est passée de 5,9 % des naissances en 1995 à 7,4 % en 2010.
- 2 Entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85 % sont des prématurés moyens (32-37 SA- Semaine d'Aménorrhée), 10 % sont des grands prématurés (28-32 SA) et 5 % sont des très grands prématurés, nés à moins de 28 SA¹.
- 3 Les facteurs de risque associés à une prématurité spontanée sont nombreux et entrent en corrélation les uns avec les autres. L'âge, les grossesses multiples, les infections, les conditions médicales liées à la grossesse peuvent se corréler à des facteurs socio-

comportementaux et environnementaux comme la nutrition, la consommation de tabac, l'utilisation de drogues, une activité physique intense, un contexte familial violent (Gayral-Tammh, 2005, Blencowe, 2013). La précarité et la pauvreté vont également souvent de pair avec un suivi médiocre ou nul des grossesses, responsable d'une augmentation de fréquence des pathologies périnatales et en particulier de la prématurité (Lejeune, 2008). Certains auteurs ont montré une association entre défaveur socio-économique et prématurité (Zeitlin, 2011), et il semble que la précarité puisse être associée à une augmentation des complications de la grossesse et de la période néonatale ainsi qu'à un allongement modéré de la durée d'hospitalisation (Gayral-Tammh, 2005).

- 4 Ces inégalités sont également marquées par de forts contrastes aux échelles régionales comme infrarégionales, justifiant une approche comparative de la question. Comme le montre l'indicateur de mortalité infantile, l'Île-de-France avec 4 pour 1000 est, au regard de la moyenne nationale (3,3 pour 1000), une région plus touchée par ces questions que d'autres régions françaises, comme la Bretagne par exemple qui a le taux de mortalité infantile le plus bas (3 pour 1000) (Rapport IGAS, 2011). De plus, on constate localement des variations importantes : en Île-de-France, le taux de mortalité infantile varie de 3,8 à 13,4 pour 1000 naissances vivantes entre les Yvelines et la Seine-Saint-Denis (Rapport IGAS, 2011). Dès lors c'est l'ensemble des déterminants sociaux de la santé qui doivent être considérés (éducation, niveau de revenu, logement, conditions de travail). Ils jouent un rôle important dans l'exposition à certains de ces facteurs et participent au stress de la femme enceinte. Depuis plus de 15 ans, des recherches ont montré que celui-ci peut provoquer des effets pathogènes (McEwen, 1998). Il participerait notamment à augmenter le cortisol dans le sang de cordon qui régule la croissance fœtale (Keshavarzi, 2014). Les situations de défaveur socio-économique, implique du stress et augmente le risque d'accouchement prématuré ou d'un enfant de petit poids de naissance (Kramer, 2001 ; Roy-Matton, 2011 ; McDonald 2014).

Positionnement scientifique et théorique

- 5 Néanmoins, les interactions entre ces différents déterminants de santé ne sont pas identiques selon les lieux. C'est la raison pour laquelle l'examen des contextes sociaux et territoriaux nous renseigne sur la multiplicité des situations sociales des femmes et sur une prise en charge sociale et médicale des femmes enceintes différenciée selon les lieux. Dès lors les mécanismes contextuels, conjoncturels comme structurels, à l'œuvre dans ces interactions sont identifiable par l'examen des trajectoires de vie des femmes. Cette approche est menée au sein de différents projets de recherche, autour de l'accès aux soins et des trajectoires de soins de femmes enceintes. Nous évoquons ici les résultats issus du projet DISPARITES (2012-2014), qui s'intéresse aux issues de grossesse à travers l'examen de trajectoires de femmes qui ont accouché prématurément ou d'un enfant de petit poids. Notre approche vise à articuler les dimensions spatiales et sociales des trajectoires de ces femmes. « Il existe un réel enjeu théorique et méthodologique à éclairer les modalités de recours aux soins en prenant en compte les contextes spatiaux : villes, quartiers, habitat, réseaux sociaux dans lesquels ils prennent place » (Gasquet-Blanchard & Hoyez, 2015). Deux grandes questions de fond se posent pour nous. D'une part, celle évoquée par Demazières et Samuel (2010) : qu'est-ce qui, dans le parcours biographique, fait contexte ? Dans ce cadre, on s'interroge sur les processus de

mobilisation du contexte : en quoi il participe à expliciter les états de santé et les modalités d'accès aux soins pour les femmes durant leur grossesse. D'autre part, nous cherchons à savoir comment articuler ce qui relève du parcours de soins, du parcours de vie et des trajectoires de soins dans le cas d'une naissance prématurée.

- 6 Pour ce faire, nous proposons, à la suite de l'exposé de notre positionnement théorique et de notre méthodologie, une analyse des trajectoires de soins de femmes enceintes qui ont accouché prématurément. Cette analyse passe par une contextualisation sociale et institutionnelle des territoires urbains au sein desquels ces femmes évoluent. C'est à dire que nous appréhendons les territoires urbains au sein desquels nous avons menés cette étude dans une perspective historique participant à expliquer les fonctionnements sociaux actuels qui y sont observés et décrits. Nous présentons une analyse sous forme de biographies synthétiques qui permettent de mettre en lumière les ressources, ruptures et continuités telles qu'elles sont agencées du point de vue des femmes au sein de leur environnement contextuel. Dans un second temps, nous proposons d'interroger l'articulation existant entre trajectoires professionnelles et trajectoires maternelles. Cette entrée permet d'interroger la place de la maternité (et de la parentalité) dans les trajectoires de ces femmes tout en les incluant dans un contexte territorial influençant leur devenir.

Positionnement théorique

- 7 La notion de trajectoire permet de privilégier une approche globale des relations entre individus et sociétés au regard des orientations, choix, contraintes en lien avec leurs positions sociales (Caradec, Ertul, Melchior, 2012). Cela permet de prendre en compte les « bifurcations » qui illustrent concomitamment les évolutions conjoncturelles, voire structurelles qui « font contexte » pour ces trajectoires (Beaun et al., 2010) et souligne les ré-agencements dans les dynamiques et les configurations des trajectoires de vie (Beaun, 2009). Dans nos travaux, avec Hoyer « nous avons été confrontées à la nécessité de contextualiser des parcours de soins des femmes interrogées et l'analyse par « parcours de soins » s'est révélée insuffisante : n'indiquant que du non-recours, de la sur-utilisation ou sous-utilisation des services de santé » (Gasquet-Blanchard & Hoyer, 2013). Nous avons donc intégré la notion de « trajectoire de soins » telle qu'elle a été théorisée par Strauss (Strauss, 1978 ; Strauss et Baszanger, 1992). Celle-ci, mobilisée dans le cadre du processus de soin ou d'un événement comme la grossesse, met le contexte au cœur de la réflexion. Elle permet d'aborder comment la grossesse (comme état physiologique néanmoins potentiellement pathologique) déclenche un travail spécifique chez les soignants et les proches des patients, notamment par le passage de « trajectoires de routine » à des « trajectoires problématiques ». Cette notion englobe le caractère imprévisible des processus de maladie et de la vie quotidienne (Beaun et al., 2010) et comporte autant une dimension biographique que collective. La notion de « trajectoire » donne ainsi un cadre théorique pour entrevoir les soins et l'accès aux soins dans leur complexité, qui permet d'introduire les notions de « rupture » et de « continuité » dans un même ensemble d'analyse. Ce cadre associe les dimensions spatiales, temporelles et sociales qui permettent de prendre en compte les liens entre acteurs (associations, patients, familles, professionnels de santé et du social) mais également entre acteurs et institutions (quel accès, quel fonctionnement ?) selon

différentes temporalités et spatialités au sein des différents mondes sociaux (Gaoquet-Blanchard & Hoyer, 2015).

Méthodologie

- 8 La méthodologie de cette recherche se base sur une étude de type ethnographique, mobilisant, sur un terrain hospitalier, les outils de l'observation, des carnets de terrain et de la conduite d'entretiens semi-directifs et biographiques. Elle s'est déroulée en maternité de technicité différente (maternité de niveau II et III). Ces maternités peuvent accueillir le nouveau-né en hospitalisation dans la mesure où elles disposent toutes de services de néonatalogie. Le niveau III, le plus technique, comporte une unité de réanimation néonatale où sont accueillis notamment les prématurés extrêmes ou très grands prématurés, nés avant 32 SA (semaine d'aménorrhée).
- 9 Dans cette étude, on s'interroge sur les agencements des différents facteurs observés dans les trajectoires de ces femmes (forme de grossesse, couverture maladie et intégration, sentiment d'isolement). L'analyse des déterminants du parcours de santé de ces femmes permet d'approfondir les rôles respectifs de ces déterminants dans la persistance, voire l'augmentation des inégalités de santé chez la femme et le nouveau-né.
- 10 Entre 2012 et 2014, nous avons conduit cette enquête auprès d'un échantillon de 126 femmes. Dans chacune des agglomérations, nous avons mené un terrain de 15 jours, réparti entre les 2 structures hospitalières retenues par site pour l'étude. Sur chacun des sites, suite à l'examen des dossiers par un soignant de néonatalogie, celui-ci nous informait en début de terrain des femmes pouvant être incluses dans l'étude et un soignant de maternité nous informait tous les deux jours des femmes ayant accouchés dans le service et pouvant être incluses dans l'étude. Les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir accouché depuis moins de 3 mois (pour la néonatalogie) d'un enfant né prématurément ou de petit poids de naissance (inférieur au 5^{ème} percentile quelque soit le terme). Les femmes incluses bénéficient de différents types de couverture sociale (aucune couverture sociale, Aide Médicale Etat - AME -, Couverture Maladie Universelle - CMU -, Sécurité Sociale, Mutuelle) et résident dans l'une des 4 villes de l'étude Paris, Lille, Lyon, Marseille. Les entretiens semi-directifs ont été conduits au sein des services de maternité et de néonatalogie.
- 11 Élément de contexte, important à préciser : à Paris les entretiens se sont déroulés dans deux structures de l'APHP du Nord-Est Parisien, c'est à dire d'hôpitaux situés parmi les quartiers les plus populaires de la capitale. Dans les autres villes, nous avons tenté d'enquêter au sein d'établissements situés sur des territoires aux caractéristiques socio-économiques similaires, sans que cela soit toujours possible, pour des raisons de localisation des structures, ou bien de possibilité d'accès au terrain. Dans l'agglomération de Lille, les entretiens ont été menés au CHU de Lille et à celui de Roubaix (seule autre maternité disposant d'une néonatalogie dans l'agglomération). A Marseille, nous avons pu choisir de travailler dans deux CHU équipés de néonatalogie de niveau III également localisés dans des quartiers populaires. Enfin à Lyon, les contacts établis avec les équipes des hospices de Lyon nous ont orientés vers deux maternités qui, pour l'une d'entre elle, ne respectent pas, les conditions d'une localisation au sein de quartiers socio économiquement défavorisés, sans pour autant

que cela exclu la possibilité que des femmes en situation de précarité puissent accoucher dans cette maternité.

- 12 Selon les hôpitaux, les soignants proposaient aux femmes de s'entretenir avec nous, ou nous communiquaient leur numéro de chambre (sans nous communiquer leur nom en vue de respecter leur anonymat) pour que nous leur propositions, lors d'une première visite dans leur chambre pour exposer l'étude, un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien. Une affichette explicitant l'étude a été réalisé pour que les femmes puissent disposer d'un support expliquant le but de l'étude. Environ une dizaine ont refusé d'être incluses dans l'étude.
- 13 Les femmes interrogées sont représentatives des situations rencontrées au sein de ces différentes structures, dans la mesure où 1) les maternités de niveau III sont peu nombreuses sur l'ensemble du territoire et que leur bassin de recrutement est donc important, 2) sur une période de 15 jours, l'ensemble des femmes ayant accouché et répondant aux critères d'inclusion et l'ensemble des femmes dont l'enfant était hospitalisé en néonatalogie depuis moins de 3 mois pour cause de prématurité ou de petit poids ont été sollicitées pour être incluses dans cette étude. Le recrutement est donc exhaustif sur la période de terrain. Relativement aux femmes en situation de migration, nous avons pris en considération dans cet article uniquement celles dont la grossesse s'est déroulée en France. Ces femmes ont donc passé suffisamment de temps en France pour que les contextes socio-territoriaux locaux puissent participer à avoir un impact sur leur trajectoires, notamment dans l'accès aux soins et au logement.
- 14 Dans la majorité des cas les entretiens ont été enregistrés après que nous ayons obtenu un consentement verbal. Pour les femmes refusant l'enregistrement, nous avons pris des notes durant l'entretien. Ces derniers ont été réalisés dans la chambre des enfants, dans les services de néonatalogie ou de soins intensifs, ou dans la chambre des femmes, dans les services de maternité en suite de couche. Nous nous intéressons dans ces entretiens aux modalités, stratégies, pratiques et contextes des trajectoires de soins des femmes (itinéraires et comportements) à travers les thèmes suivants :
 1. les connaissances (état de santé, droits et possibilités d'accès aux soins),
 2. les ressources (familiales, amicales, professionnelles, institutionnelles),
 3. les mobilités (journalières, liée à la santé, etc.),
 4. les comportements (mode de vie : activité, nutrition, etc.),
 5. les pratiques de soins (type de suivi de grossesse, préparation à l'accouchement, accouchement, allaitement),
 6. le bien-être (conditions d'habitation, de travail, activités ludiques, sorties, etc.),
 7. les conditions de la migration et du parcours migratoire de ces femmes lorsqu'il s'agit de femmes en situation de migration,
 8. le contexte de leur suivi de grossesse,
 9. les relations des femmes avec les soignants
- 15 L'ensemble des entretiens est classé et retranscrit, en partie sur le logiciel Sonal[®] et en partie par une professionnelle. Les analyses du contenu de ces entretiens se fait par thématique, entretien par entretien, en vue de dresser des profils récurrents des pratiques et des logiques des femmes, pour décrire les processus de recours aux soins et les modes d'organisation individuels qui participent à déterminer les trajectoires de ces femmes.

- 16 Les femmes qui ont été enquêtées à Paris, Lille, Lyon et Marseille sont âgées de 17 à 47 ans. Relativement à l'issue de grossesse :
- environ 1/3 des femmes ont accouché d'un enfant de petit poids
 - 2/3 des femmes ont accouché d'un enfant né prématurément (les cas de grande prématurité représentent 1/3 des cas de prématurité rencontrés et les cas de prématurité légère 2/3).
 - 2/3 d'entre elles étaient primipares, bien que certaines aient pu avoir un ou plusieurs épisodes de fausse couche dans des situations antérieures.
 - 2/3 d'entre elles étaient des femmes nées à l'étranger, parmi elles la plupart sont des femmes ayant migré récemment (depuis moins de 5 ans).
 - Enfin, si la moitié des femmes sont bénéficiaires de la Sécurité Sociale et d'une mutuelle,
 - 1/4 d'entre elles sont affiliées à la Couverture Médicale Universelle (CMU),
 - 1/8 d'entre elles dépendent de l'Aide Médicale d'Etat (AME)
 - et 1/8 d'entre elles n'ont aucune couverture sociale.
- 17 Nous ne pouvons exclure une prédisposition biologique en amont pouvant participer à la naissance prématurée d'un enfant, ou à son petit poids. Néanmoins, il est manifeste que des processus de précarisation observés chez les femmes enquêtées sont générateurs de stress et de fatigue. En cela on révèle que le cumul de différentes situations précarisantes augmente les situations de stress aigu chez les femmes enceintes et ont un impact sur leur grossesse. Ces situations ont été classées selon :
1. le rang de la grossesse, projet d'enfant, santé de l'enfant à naître
 2. une addiction chez la femme enceinte (notamment chez les jeunes femmes, en réponse primaire ou secondaire à une grossesse non souhaitée)
 3. un conflit avec le conjoint ou dans l'entourage familial ou départ du conjoint
 4. la qualité du logement (exigu, hébergée chez un tiers, temporaire, voire absent)
 5. la migration récente et intégration dans le pays d'accueil
 6. le travail : pénibilité physique ou psychique liée au travail (surmenage, pression, stress, licenciement)
 7. la fréquence et la durée des déplacements journaliers (ou réguliers).
- 18 Ces facteurs se déclinent différemment au sein de chaque trajectoire et s'articulent de manière singulière pour chacune des femmes rencontrées, selon leur appartenance sociale, économique, culturelle, l'âge, le territoire où elles résident et les lieux qu'elles pratiquent. Sans prétention d'exhaustivité, nous centrerons ici l'analyse sur la question du logement et du travail pour montrer comment les contextes territoriaux, et urbains, participent à structurer pour les trajectoires étudiées une issue défavorable de grossesse.
- 19 Il semble important de souligner que les éléments de description et d'analyse qui suivent sont également à mettre en regard des contextes institutionnels (hôpitaux et néonatalogique) et émotionnels (naissance prématurée, séparation d'avec leur enfant, non accomplissement des rites symboliques autour de la naissance, etc.) propres aux femmes rencontrées dans cette étude (Gagnon-Blanchard, 2017).
- 20 Dans un premier temps, nous centrerons l'analyse sur les trajectoires de femmes en situation de précarité et/ou d'instabilité résidentielle, bien que bon nombre de femmes rencontrées aient été dans des situations sociales et économiques favorables. Toutefois, l'entrée par la précarité permet de mettre en lumière de manière aiguë les dysfonctionnements à l'œuvre au sein des territoires étudiés. Ces trajectoires sont

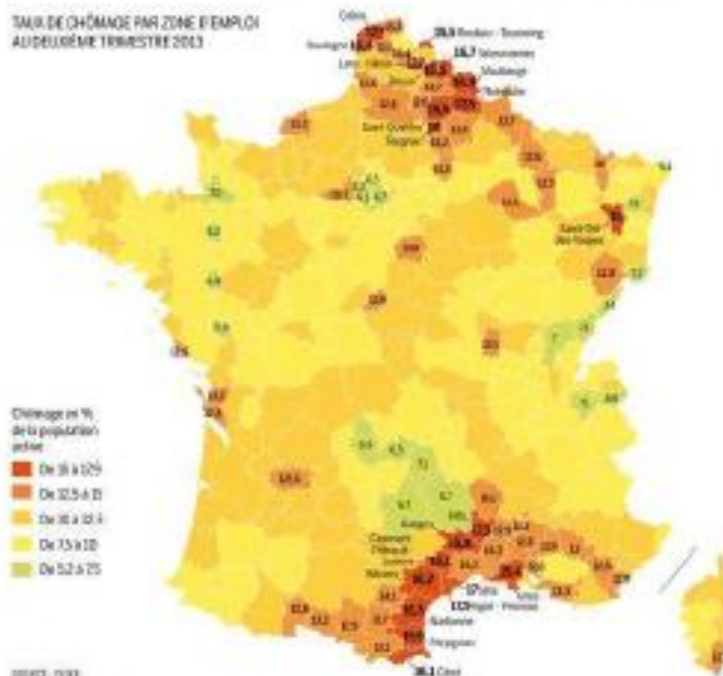
mises en regard des contextes urbains dans lesquels évoluent ces femmes pour mieux appréhender l'articulation existant pour ces femmes entre leurs trajectoires professionnelles et leurs trajectoires maternelles. Cette entrée permet de positionner la question de la maternité ainsi que celle de la parentalité dans les trajectoires des femmes.

Une lecture par trajectoires qui renseigne sur les contextes urbains d'étude

A Lille, une trajectoire illustrant la précarité socioéconomique des populations jeunes autochtones

- 21 A Lille, il apparaît que certains profils de femmes ayant accouché prématurément sont en lien avec le déclin industriel de la région et associé à la crise économique qui a durement touché le Nord de la France notamment depuis 2008. « Le Nord-Pas-de-Calais affiche globalement le niveau de développement humain le plus faible des régions de France métropolitaine, les contrastes sont importants à l'échelle infrarégionale » (Marlier, 2015) montrant des disparités territoriales importantes au niveau de la région. Aujourd'hui, le taux de chômage reste très important (figure 1) dans cette région², notamment chez les jeunes, qui peuvent se trouver dans des situations de précarité importante. Les 15-24 ans sont confrontés à des situations de fortes inégalités socio-économiques en comparaison du reste de la population (Marlier, 2015)

Figure 1 : Taux de chômage par zone d'emploi au deuxième trimestre 2013



- 22 Par ailleurs, la population féminine nordiste est plus jeune qu'ailleurs : 4% est âgée de moins de 20 ans. « Les Nordistes effectuent des scolarités plus courtes et sont donc globalement

moins diplômées, avec pour conséquence des difficultés accrues en matière d'insertion professionnelle. Le Nord-Pas-de-Calais présente en outre davantage de familles nombreuses notamment parmi les familles monoparentales ». (Capot, 2012), dont 84 % de parents en charge de la famille sont des femmes (Insee, 2017).

- 23 Nous constatons au sein de notre corpus que les femmes ayant moins de 25 ans présentent des profils de vulnérabilité complexe. Elles déclarent plus fréquemment subir des pressions au travail, qui apparaissent plus importantes que les femmes plus âgées et plus diplômées (comme l'évoque une jeune femme nous décrivant son licenciement en raison de sa grossesse et de ses retards, qui peut être qualifié d'abusif). Ces jeunes femmes peuvent être en situation d'addiction, notamment en raison de l'ambivalence qu'elles ressentent face à une grossesse plus ou moins désirée. On peut également souligner une reproduction des schémas familiaux (elles deviennent mère à l'âge où leur mère le sont devenues).
- 24 « Fréquemment, ces jeunes femmes sont carencées affectivement, isolées socialement et se trouvent au cours de la grossesse ou peu après la naissance de l'enfant en situation de conflit, de rejet ou de rupture avec leur conjoint et leur entourage familial » (Wendland, 2010). Parmi les mères célibataires qui représentent environ ¼ des familles monoparentales en France, les jeunes mères célibataires, notamment celles hébergées dans des centres maternels, constituent alors une population plus vulnérable que les autres.
- 25 Ce contexte socio-économique de l'agglomération lilloise donne à voir, dans les trajectoires de vie des femmes avec qui nous nous sommes entretenues, une grande précarité notamment chez les jeunes femmes natives de la région, plutôt jeunes multipares en situation socio-économique vulnérable (incarcération, accouchement sous X, subissant des violences conjugales impliquant un accouchement causé par un hématome rétro-placentaire, etc.). On retrouve également ces situations dans les cas extrêmes des trajectoires de jeunes femmes rencontrées à Lyon. Evoquons le cas d'une jeune femme de 24 ans, vivant dans l'agglomération lilloise et qui accouche à 36 SA (prématurité légère) d'une seconde grossesse imprévue. Sa situation familiale apparaît incertaine. Il s'agit du deuxième enfant du couple, qui se sépare durant la première grossesse, mais continue à se voir occasionnellement. Son ex-compagnon reste investi dans sa paternité. La jeune femme vit avec son fils et son père s'en occupe de temps en temps le week-end. Face à cette nouvelle, ils décident de poursuivre cette grossesse, notamment car la jeune femme est opposée à l'avortement. L'arrivée de la petite fille implique un effort du couple parental :

« on ne ré-habite pas ensemble, mais disons qu'on essaie de faire pour que... peut-être qu'on se remettra ensemble, qui sait ? ».

- 26 Durant sa première grossesse, elle était hôtesse de caisse dans une enseigne de grande distribution. Ses conditions de travail et notamment son rythme de travail sont éprouvants et provoquent des contractions telles que durant le 6^e mois de grossesse, les pompiers viennent la chercher sur son lieu de travail pour l'emmener à l'hôpital. En menace d'accouchement prématuré (MAP), elle est donc hospitalisée puis mise en arrêt de travail par son médecin à l'hôpital. Au sein de cette grande surface, elle a des contrats à durée déterminée à répétition. Lors de sa reprise de travail après sa première grossesse,

Les employeurs « s'arrangeaient bien pour ne pas embaucher. Ils faisaient des avenants, des coupures... Je ne sais plus combien de contrats j'ai eu. Mais j'ai changé plusieurs fois de travail. J'ai eu deux employeurs différents après avoir accouché [de son fils]. ».

- 27 Sa seconde grossesse démarre au moment où elle « décroche » un contrat à durée indéterminée pour des ménages, qui la fatiguent énormément. Elle est alors souvent en retard et finit par être licenciée pour faute. Elle nous explique « être arrangée » par cette situation car demander un arrêt maladie durant sa grossesse, en raison de sa grande fatigue, ne lui permet pas de se faire indemniser par la sécurité sociale :
- « Mais au niveau de la Sécu, quand j'étais en arrêt maladie, je n'étais pas payée par la Sécu parce que je n'avais pas cotisé assez d'heures pour pouvoir avoir des indemnités journalières. Ça fait qu'à des moments, j'ai été arrêtée une semaine, pendant une semaine je n'avais pas d'indemnités journalières. C'est pour ça, ça m'intéressait d'autant plus d'être licenciée ».
- 28 Elle ne préfère donc pas entamer de recours administratif après son licenciement. Depuis elle est au chômage. Le père des enfants l'aide financièrement pour s'occuper de leur fils, gardé par une assistante maternelle. Un mode de garde pour lequel elle bénéficie d'aides de la CAF (Caisse d'Allocations Familiales). Concernant la santé de l'enfant, comme le père, ouvrier, dispose d'une mutuelle d'entreprise, c'est lui est en charge des soins. Elle souhaite pour le moment s'occuper de ses enfants et ne pas reprendre immédiatement le travail. Au moment de l'entretien, elle arrive en fin de droits de ses allocations chômage. Pour pouvoir prétendre au RSA (Revenu de Solidarité Active), elle doit prouver qu'elle est séparée de son conjoint et que ses enfants sont à sa charge. Elle doit donc entamer une procédure judiciaire.
- 29 Les conditions de travail pénibles et la situation sociale précaire de la jeune femme, au profil fréquemment rencontré dans les Hauts de France participent à compliquer les relations de couple. Cette situation « nécessaire » de séparation (administrative) du couple pour des raisons qui semblent tant relationnelles que socio-économiques participe à précariser cette jeune femme, induisant un stress durant sa grossesse. Cette situation illustre aussi la fragilité de la relation conjugale dans des situations socio-économiques complexes, car la relation conjugale peut également être affectée par le contexte de tension qu'engendre une situation de précarité économique (Devault & Gratton, 2003).

A Marseille, l'exemple d'une trajectoire d'exil en cours d'intégration

- 30 À Marseille, des situations de précarité importantes (Insee, 2011) ont également été observées, particulièrement chez les femmes migrantes (situation de mal-logement avec plusieurs enfants en bas âge, conjoint peu présent et/ou capital social faible). Marseille apparaît comme une porte d'entrée sur le territoire français, favorisant un afflux migratoire important, notamment depuis l'Italie. Marseille est de longue date une « ville de migrants », (Gastaut, 2009). En cela le corpus marseillais et parisien se rejoignent, par la part importante de jeunes femmes migrantes arrivées récemment sur le territoire. Spécifiquement, à Marseille, le corpus d'entretien met en lumière le fait que plusieurs femmes enquêtées connaissent des situations de grande précarité, que corroborent le taux très élevé de pauvreté de 25% dans certains arrondissements (1^{er}, 2^e, 3^e, 13^e, 14^e et 15^e arrondissements) affectant 36 % de la population de la ville (Maurin, 2014). En 2009, 43 % des enfants vivaient dans un foyer à bas revenu, un pourcentage pouvant atteindre 60 % dans le 3^e arrondissement, où le taux de pauvreté était estimé à 55 % (Maurin, 2014).

- 31 Nous présentons le cas d'une jeune femme guinéenne, rencontrée à Marseille. Agée de 17 ans, elle est arrivée récemment sur le territoire français, après un passage par l'Espagne où elle rencontre le père de son enfant. Elle tombe enceinte durant son parcours migratoire. Lorsqu'ils arrivent en France, ensemble, celui-ci lui impose de se prostituer. Elle refuse et s'enfuit. Elle se retrouve à la rue et dort devant un commerce. Un passant l'oriente vers un réseau qui s'occupe du droit des migrants, la CIMADE³¹ (Comité Inter-Mouvements Auprès Des Évacués). Cette association la réfère à une autre association qui lui trouve un foyer pour les personnes mineures et s'occupe de sa situation administrative. Un dossier de mineur isolé étranger (MIE) est constitué, il s'agit d'un statut administratif légal qui existait jusqu'à récemment (aujourd'hui MINA : Mineurs non accompagnés), dédié aux personnes migrantes mineures non accompagnées en France, qui donne le droit à la CMU, mais aussi à une prise en charge sociale donnant accès à un logement. Dès lors, elle est repérée par les services sociaux. Ce statut lui donne aussi accès à un suivi de grossesse : rendez-vous avec la sage-femme, échographies, prise de sang et préparation de cours à la naissance. C'est durant l'une de ces séances qu'elle entre en travail. La sage-femme présente peut alors immédiatement la référer vers l'hôpital pour sa prise en charge. Cet accompagnement global apparaît comme un heureux concours de circonstances (passant indiquant la CIMADE, sage-femme présente au moment du début de son travail) qui permettent une trajectoire de soins positive malgré la naissance de son enfant à 31 SA, avec un poids de 1 230 g. Suite au séjour de son enfant en néonatalogie, au moment de sa sortie de l'hôpital, elle change de foyer et passe d'un foyer pour jeunes à un foyer pour jeunes mères où elle accède à un logement de 2 pièces.
- 32 Ce cas est emblématique des conditions de grande précarité observées en général, particulièrement à Marseille et Paris, où certaines femmes rencontrées ont un profil de femmes primo-arrivantes (seules ou en couple), dans des situations socio-économiques très vulnérables, relevant de grand mal-logement (vétuste, temporaire...). Dans le cas de cette jeune femme, le contexte associatif, médical et social permet la mobilisation d'un ensemble de professionnels et d'associatifs autour d'elle et son enfant et alors une prise en charge globale, notamment l'accès à un logement et une prise en charge médicale (préparation à la naissance, hospitalisation de l'enfant en néonatalogie et de la mère pour qu'elle puisse rester auprès de son enfant) adaptée permettant d'engager une trajectoire d'intégration.

A Lyon, la trajectoire décousue d'une femme congolaise en situation de rue

- 33 Différemment, l'exemple de la situation d'une autre femme rencontrée à Lyon, illustre que la grossesse ne suffit pas toujours à induire la mise en route d'une prise en charge par les services sociaux comme médicaux, notamment dans le cas d'une mobilité fréquente de la femme. Sa mobilité semble en lien avec la nécessité de trouver un cadre stable qui n'émerge pas dans les lieux qu'elle fréquente. De fait, cette situation renseigne un contexte actuel de plus en plus fréquent de parcours de rue de femmes enceintes, qui ne peuvent pas toujours trouver une stabilisation d'hébergement même auprès des hôtels du Samu Social, particulièrement dans des villes où les structures d'accueil des primo-arrivants ne s'appuient pas sur un réseau d'acteurs aussi solidement ancré dans le territoire, comme c'est le cas à Paris ou Marseille.

- 34 La trajectoire de cette femme congolaise de 35 ans qui accouche de sa fille à 25 SA (une très grande prématurée) éclaire la manière dont les facteurs environnementaux d'exposition aux risques d'une isomé de grossesse défavorable peuvent interagir et se cumuler entre eux. Cette femme arrivée de Kinshasa en Italie s'y installe en 2007. Suite à une demande d'asile politique qu'elle obtient en Italie, elle trouve un logement et un travail d'aide-soignante dans une maison de retraite. Les retombées de la crise de 2008¹ lui font perdre son emploi en 2010, car l'institution où elle travaille ferme ses portes. Après 3 mois de loyer impayé, elle est mise à la rue et arrive dans un centre social où elle reste 1 an. Elle y rencontre le père de sa fille en 2011 qui est d'origine congolaise et de nationalité française. Il loue de temps en temps une chambre d'hôtel qu'elle partage avec lui. A l'annonce d'une première grossesse en 2012, il la fait venir à Paris où il vit. Elle fait une fausse couche et est prise en charge à Lyon. De nouveau enceinte, à l'annonce de cette seconde grossesse, son conjoint lui interdit l'accès à leur logement car il ne désire pas cette grossesse. Elle refuse l'idée de l'avortement que lui propose son conjoint. Elle connaît alors un parcours de rue à Paris avec un hébergement périodique au 115, puis retourne à Lyon où elle a été hospitalisée pour sa première fausse couche car elle connaît l'équipe médicale et y a son dossier gynécologique (Figure 2). A Lyon, elle est sans ressources et à la rue et elle accouche alors à 25 SA. Au moment de l'entretien, sa fille est hospitalisée en néonatalogie. Si sa fille a pour le moment un « toit » à l'hôpital, la mère appelle chaque soir le 115 pour demander une chambre dans un hôtel social et retourne chaque matin auprès de sa fille pour l'allaiter. Elle est très inquiète pour sa fille, née avec un poids inférieur à 800 g, et pour sa situation sociale. Elle souffre de l'injonction de l'équipe médicale d'allaiter et de tirer son lait (ce qu'elle souhaite pour sa fille) mais sa situation de rue épuisante l'empêche d'avoir une lactation suffisante pour alimenter sa fille, ce qui culpabilise énormément cette femme.

Extrait : De toutes les façons, en 2012, j'en avais perdu 1 ici à Mère Enfant [Hôpital Femme Mère Enfant], et en 2013 quand on m'a dit que je suis enceinte, c'est de la joie. Donc toute de suite j'ai commencé sans arrêt de toucher mon ventre, d'imaginer déjà l'enfant et tout. Et quand je suis venue à la maison, il m'a dit « non je veux pas de l'enfant », et du coup : « il faut que tu avortes, il faut que je t'amène, tu avortes tu avortes ». Et je l'ai dit « non, si tu veux pas de l'enfant, je suis capable de m'occuper moi toute seule de mon enfant donc je le garde moi de toutes les façons je suis chrétienne je veux pas l'avorter ». Bon c'est à partir de là que tout a commencé la semaine suivante, la violence, les insultes et tout, il m'a dit que « si tu le gardes ton enfant... ». Comme j'avais nulle part où aller. En Italie quand il est venu me chercher là-bas, je travaillais pas, parce qu'il n'y a pas de boulot... Et j'ai appelé 115 de Paris et je les ai expliqué que j'étais enceinte et je suis fatiguée. Et 115 de Paris, après 2 mois et demi, jusqu'à 5 mois j'étais à 115 de Paris, c'était pas facile pour moi... [...] Il n'a pas voulu [de l'enfant], il m'a dit qu'on allait prendre quelque chose à Mac Do et on est parti, il m'a donné 100 euros à la main, je suis allée aux toilettes... il a disparu comme ça, je suis venue [à la maison]... c'est là où j'ai trouvé que même la maison, j'avais [pas] accès à l'intérieur, donc frappé frappé frappé il ne répond pas, il disait que c'est pas des blagues, donc je me rappelle des premières semaines, je faisais que pleurer... pleurer toute la journée j'étais dehors... Quand il pleuvait, quand il faisait froid, parfois tu sais enceinte il faut être forte et très dure. Je parlais au Carrefour et parfois... [elle pleure] un jour j'ai demandé à manger. Le Seigneur me pardonne, j'ai même volé pour manger parce que ce jour j'avais tellement faim, j'en pouvais plus donc je suis allée, j'ai pris des biscuits, j'ai mangé, mangé...

Figure 2 : Une trajectoire européenne en pointillés



Source : enquête DISPARITES

- 38 La situation de cette femme illustre un cumul de facteurs de précarité et une dépendance à un conjoint néfaste et maltraitant et un grand isolement social. Le vécu affectif et culturel de cette femme et la reconnaissance sociale que procure la maternité la conforte par ailleurs dans son désir d'enfant (une femme congolaise de 35 ans, croyante, ayant vécu il y a peu une fausse couche). Sa situation de grande précarité à Paris complée à l'état d'avancement de sa grossesse la pousse alors à retourner à Lyon où elle a bénéficié de soins durant sa première grossesse. Sa mobilité vers Lyon est motivée par la recherche d'un étayage de son entourage qui reste pourtant très faible et ne répond pas à ses attentes dans la mesure où elle se retrouve à la rue, la laissant dans un grand désespoir. Transcendant les contextes urbains cette trajectoire illustre parfaitement comment la ville, qu'il s'agisse de Paris ou Lyon apparaît comme territoire où peuvent exister des poches d'extrême pauvreté.

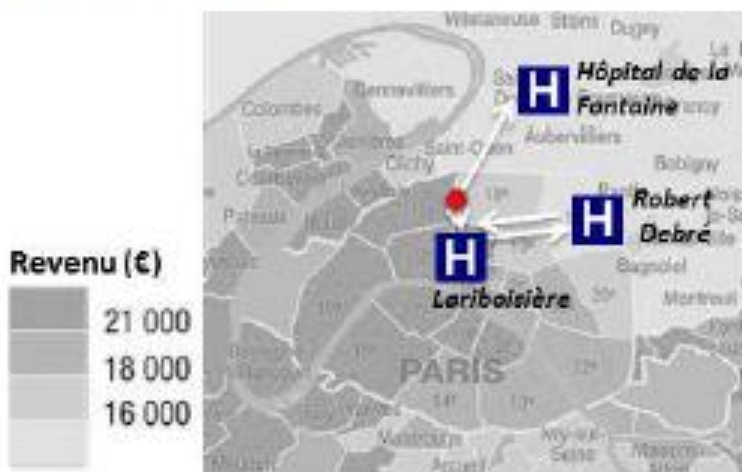
Un contexte hospitalier parisien sous pression qui complexifie l'accès aux soins

- 39 Nous présentons maintenant le cas d'une femme ivoirienne qui a 26 ans au moment de l'entretien. Elle vit avec son conjoint dans un logement exigu au 6^e étage, mais l'ascenseur ne va que jusqu'au 4^e. Elle est enceinte de son 4^e enfant. L'aîné de ses enfants est en Côte d'Ivoire, il a 9 ans et est né en 2005. Le second né en 2009 a 3 ans et le 3^e né en 2011 a 20 mois ; tous deux vivent avec elle. La mère et les sœurs de cette femme sont en France. Arrivée en France il y a 5 ans, en 2007, son parcours d'accès aux droits est complexe. Son AME arrive à terme à la fin du mois. En raison de cette situation administrative difficile, elle a un suivi tardif dans la mesure où elle s'inscrit dans une maternité du Nord de Paris (hôpital Lariboisière) à 5 mois de grossesse. Différemment, son conjoint, lui, est bénéficiaire de la sécurité sociale et d'une mutuelle. Durant son 6^e mois de grossesse, elle entre en menace d'accouchement prématuré (MAP) à la suite d'une chute dans la rue. Elle consulte aux urgences de sa maternité d'inscription. Mais en raison du manque de place, elle est transférée dans un hôpital de la banlieue Nord de Paris à Saint-Denis (Hôpital de la Fontaine). Elle y reste hospitalisée 5 jours. Le mois suivant, bien qu'elle souffre, elle ne souhaite pas consulter, en raison

de ses obligations quotidiennes (emmener les enfants à l'école notamment). Elle finit par appeler le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) dans la matinée. Le même jour, elle subira une césarienne en urgence à 31 semaines + 5 jours à Lariboisière. Son nouveau-né sera immédiatement transféré et hospitalisé à Robert Debré. Elle restera hospitalisée à Lariboisière et effectuera des trajets journaliers en taxi pour rendre visite à son fils à l'hôpital (figure 3).

- 27 La trajectoire de cette femme, notamment au regard de son réseau relationnel et de sa trajectoire de soins illustre que, bien que son capital social potentiel puisse être mobilisé (famille présente, conjoint installé en France avec un titre de séjour), elle reste dans un étayage relationnel avec son entourage plutôt précaire en raison :
- de la non-mobilisation de sa mère et ses sœurs pour lui offrir de l'aide
 - du statut administratif de son conjoint (statut légal dont elle ne dispose pas)
 - de la relation de couple qui pose question sur l'emprise potentielle que le conjoint pourrait avoir sur elle comme l'illustre la situation : bien qu'il y ait un risque vital pour elle au moment de son accouchement, elle doit demander à son mari s'il autorise la césarienne.

Figure 3 : Une trajectoire de soins découpée au sein de différents hôpitaux



Source : INSEE, enquête DISPARITES

- 30 Cette situation nous renseigne sur l'existence de dysfonctionnements et d'incohérences dues à une pression forte exercée par les tutelles sur les hôpitaux du service public pour réduire leurs coûts tout en augmentant leur activité, particulièrement complexe, dans les institutions du Nord-Est parisien qui accueillent les populations les plus en difficulté. Par ailleurs, cette situation spécifique, haut mal-logement, trajectoire migratoire, prise en charge médicale non adaptée par deux fois (lors du transfert vers une maternité loin de chez elle qui n'est pas sa maternité d'inscription et lors du transfert ex-utero de son enfant post accouchement sans que l'on transfère également la mère), montre un contexte institutionnel et hospitalier parisien contraint et sous pression. Celui-ci implique des spatialités diffusées, désorganisant les pratiques du quotidien de ces femmes. De plus, cela interpelle l'existence potentielle de discriminations dans les prises en charge proposées aux migrants, particulièrement aux femmes d'Afrique subsaharienne comme l'ont montré les travaux de Sauvagnan (2012). Si ces dispositifs de prise en charge existent, ils se retrouvent ambolisés par des trajectoires complexes qui empêchent un fonctionnement

optimal des prises en charge et influencent en retour les trajectoires de vie des individus.

Une lecture thématique de l'articulation entre travail et maternité : pression sociale et mise en risque de la grossesse

- 39 Par ailleurs, hors de ces trajectoires révélant des situations de grande précarité. On constate aussi certains traits communs à l'ensemble du corpus quelque soit le statut socio-économique des femmes rencontrées. Dès lors, la prise en compte des contextes urbains permettent également de souligner la diversité des profils d'activité professionnels des femmes enquêtées dans ces 4 agglomérations aux profils socio-économiques très différents. On distingue en fonction de la ville des variations dans les environnements professionnel et relationnel de ces femmes. Ces situations spécifiques à chaque contextes urbains interrogent la manière dont le travail et la maternité s'agencent dans un cadre plus large que le cercle familial et les enjeux de réalisation individuelle. On repère alors des formes de fragilisation des parcours professionnels et familiaux chez certaines femmes enquêtées. Nous illustrons ce processus à travers deux études de cas.
- 40 Le premier cas concerne une femme chinoise de 35 ans en couple, active, mère de plusieurs enfants en bas âge, arrivée en France il y a 7 ans, travaillant comme vendeuse jusqu'à 6 mois de grossesse, ayant accouché prématurément à 32 SA de son 3^e enfant, et dont le conjoint apparaît peu investi dans les tâches domestiques et d'éducation des enfants. L'extrait d'entretien présenté ici met parfaitement en lumière la complexité de l'enchevêtrement des facteurs concourant la prématurité de son enfant.

Combien vous en avez ?

J'ai déjà 2 c'est le 3^e.

Est-ce que, lui, vous avez voulu l'avoir ?

(hochement de tête) : non.

D'accord. Les autres ont quel âge ?

Le 1^{er} à 3 ans et demi.

Oui ils sont petits.

C'est pour ça que c'est dur

Vous étiez fatiguée.

Très fatiguée

Vous aviez une contraception ?

Si mais c'est raté

Vous avez discuté avec votre mari et décidé de le garder ?

En fait au début j'ai décidé que je garde pas (silence) jusque là la 2^e elle a 15 mois, en fait pour moi c'est un bébé

Oui bien sûr, c'est normal. Et le papa qu'est ce qu'il dit ?

Il veut bien garder le bébé, mais en fait, les Chinois sont tous comme ça c'est les femmes qui soignent les bébés

- 41 Cette femme vit avec son époux et leurs deux premiers enfants dans un appartement de 30 m² dans le 3^e arrondissement à Paris. Elle s'occupe de l'intégralité des tâches domestiques et de l'éducation des enfants. Elle travaille également comme vendeuse. Apprenant cette 3^{ème} grossesse, une surprise, elle se demande si elle va garder cet enfant, et réfléchit sérieusement à la possibilité d'un avortement, notamment en raison des complications possibles qu'elle entrevoit dans son lien avec son deuxième enfant âgé alors 15 mois et qu'elle considère encore comme étant fortement dépendant d'elle. Mais le sujet d'une interruption de grossesse semble trop difficile à aborder au sein de son couple, pour des raisons tant familiales que culturelles. La situation socio-économique et familiale de cette femme semble donc la fragiliser de manière importante pendant sa grossesse : perturbation des liens qu'elle peut entretenir avec ses autres enfants, grand état de fatigue qu'elle décrit.
- 42 Dans la trajectoire de cette femme, plusieurs éléments attirent notre attention, l'accès à la contraception, la question du travail de la femme et celle du lien mère-enfant, mais également père-enfant et homme-femme. La faible implication du père émerge dans les discours de plusieurs entretiens, particulièrement chez ce profil de femmes. Ces dernières semblent également subir des pressions familiales et sociales plus fréquemment. Ces situations entravent voire limitent les possibilités d'investissement chez ces femmes de leurs enfants, et aussi la réalisation des diverses tâches qu'elles ont à accomplir. Inversement quand le père est investi dans l'éducation et les tâches domestiques, cela participe à l'amélioration de l'exercice professionnelle de la femme.
- 43 Nous présentons maintenant la trajectoire d'une femme de 36 ans et relatons les pressions qu'elle subissait durant son arrêt maladie et son congé maternité de la part de son employeur alors qu'elle venait d'accoucher à 32 SA de son premier enfant :
- Vous vous êtes quand même arrêtée bien avant, mais avec un travail et une pression importante ?
- Oui, j'étais stressée par mon remplacement. Ça fait 3 ans que je suis dans la boîte, on s'entend bien avec ma chef. Elle m'appelle une fois par semaine. On n'est pas copines, mais on a un rapport amical. Et là, ça m'a saoulée qu'elle m'appelle tous les jours. Elle ne m'appelle jamais tous les jours. En plus, j'étais chez moi. Elle m'a appelée à 16 h 30 le 31 décembre.
- Elle avait un positionnement un peu compliqué.
- Oui, bizarre. Je trouve qu'elle a exagéré. Les Américains, ils sont comme ça. Il n'y a pas de droits pour les femmes chez eux. Pour personne d'ailleurs. Mais là, elle ne respecte pas l'arrêt de travail. Elle voulait que je revienne en avril. Je lui ai dit : légalement, ce n'est pas autorisé, je peux ne pas revenir avant juin.
- 44 Son statut de jeune femme urbaine, cadre supérieure active la positionne dans des injonctions sociales contradictoires (être mère ou être une femme active). Son désir d'être mère interroge également le rôle de l'injonction à être mère au regard de l'expérience de cette femme comme l'illustre le contexte complexe dans lequel elle débute sa grossesse :
- « Quand j'ai voulu être enceinte, j'avais 36 ans. J'avais une endométriose sévère depuis 7 ans. Opérée en 2005, j'ai consulté des spécialistes de l'endométriose qui m'ont tous dit de faire une FIV [Fécondation In Vitro], que je n'arriverai pas à avoir une grossesse naturelle. J'ai fait une FIV. Avec mon partenaire, on est sa vie cachée. Il vit à La Réunion avec sa copine et nous, on est sa deuxième vie. On est allés faire une FIV en Espagne, parce qu'on n'est pas mariés, on ne peut pas le faire en France.

On m'a implanté deux embryons et il y en a un qui est resté. Ça a marché du 1^{er} coup. C'était au mois de juin l'année dernière, et en juillet, j'ai appris que j'étais enceinte ».

- 45 Cette grossesse inclut une rupture avec le père, qui après avoir effectué les démarches avec elle en Espagne, décide de ne plus prendre de nouvelles et d'arrêter de venir la voir. Bien que le conjoint apparaisse ici démissionnaire, la grossesse résulte d'un projet de couple. La démarche de FIV est très médicalisée et souvent mieux prise en charge par le système de santé qu'une grossesse ordinaire, car considérée comme à risque.
- 46 Néanmoins, ces trajectoires mettent en évidence que la grossesse participe à la fragilisation des parcours professionnels, et par conséquent familiaux. La faible prise en considération des femmes enceintes sur leur lieu de travail, voire leur discrimination (Balde, 2009), la durée du congé maternité, « l'exigence sociale de paraître bonne mère, bonne épouse, bonne amante et bonne maîtresse de maison... tout en restant performante dans sa vie professionnelle » (Nadel, 2008) sont autant d'injonctions ne prenant pas en considération les temporalités spécifiques de la grossesse puis celles nécessaires à la mise en place du lien mère-bébé. Ceci alors même que ces temporalités sont nécessaires au positionnement de la femme devenue mère (maternage, allaitement, etc.) face à son nouveau né, à la famille, plus ou moins élargie, mais également face à son statut d'épouse, de femme active (Nadel, 2008).

L'articulation entre grossesse et travail : réinterroger les temporalités sociales

- 47 Les pressions au travail apparaissent fréquentes dans notre corpus d'entretiens et vont parfois jusqu'à la suppression de poste ou au licenciement annoncé à la femme durant sa grossesse. Après une naissance, les femmes seraient d'ailleurs davantage incitées à quitter leur travail dès lors qu'elles se trouvent dans une situation d'emploi défavorable (emploi peu qualifié, contrat court etc.) et/ou avec des conditions de travail pénibles (Samuel, 2012). Concernant la situation d'emploi, de nombreux travaux relatifs aux trajectoires professionnelles féminines ou aux effets de l'allocation parentale d'éducation, ont montré que les femmes les moins stabilisées sur le marché du travail et les moins qualifiées connaissent davantage un éloignement temporaire de l'emploi après une naissance (Bonnet et Labbé, 1999 ; Algrava et Bressé, 2005 ; Pallié et Solaz, 2007). Aujourd'hui environ le quart des Françaises interrompent leur activité consécutivement à une naissance (Pallié et Solaz, 2007). La maternité apparaît alors comme un moment charnière dans l'itinéraire de nombreuses femmes. « Cet événement biographique constitue toujours un catalyseur d'un nombre élevé de transitions professionnelles et engendre donc des itinéraires plus complexes que ceux des hommes » (Samuel, 2012). Les études convergent pour suggérer que les conditions d'emploi et de travail jouent un rôle sur la cessation de l'activité des mères (Battagliola, 1998 ; Méda et al., 2003 ; Marc, 2004), notamment lorsque pour certaines femmes ce désengagement répond à des situations de travail éprouvantes (harcèlement, pressions, menaces, etc.) (Caroly et Cholez, 2009). Ces situations peuvent donc participer à une précarisation professionnelle des femmes, dont les décrochages peuvent s'observer au moment de la grossesse, chez toutes catégories socioprofessionnelles avec néanmoins un gradient dans la gravité des situations de harcèlement.

Conclusion

- 40 Ces résultats interrogent alors à plus d'un titre, d'une part l'importance de la différenciation des contextes urbains, et d'autre part, l'hébergement comme élément déterminant des trajectoires de bien-être des individus.

Paris, Lille, Lyon, Marseille : des contextes régionaux de pauvreté différenciés

- 40 Paris comme Marseille, bien que moins frontalières que Lille, voire Lyon, sont des portes d'entrée sur le territoire français. Dans ces métropoles, les inégalités sociales observées sont très importantes. Elles se caractérisent également par un tissu associatif dense, notamment autour de l'accueil des migrants (CTMADE, COMÉDE - Comité pour la Santé des Exilés -, Défenseur des Droits, Médecins Du Monde, etc.), qui permet alors une entrée dans le droit commun, particulièrement lorsque la personne précaire entre dans une catégorisation de personne dite « vulnérable », ce qui est le cas de la femme enceinte, et plus encore de la femme enceinte mineure, comme nous l'avons montré pour le cas de Marseille.
- 50 D'ailleurs, les situations de grande précarité observées à Paris et à Marseille relèvent plus de femmes en situation de migration, arrivées récemment sur le territoire français (primo-arrivante accouchant dans le camion des pompiers en raison d'un recours tardif ou d'un non recours aux soins de peur de se faire expulser du territoire, femmes en situation socio-économique très précaire, en couple en situation de mal-logement avec plusieurs enfants en bas âge, un conjoint peu présent et un capital social faible). Les situations sont plus nuancées dans les profils observés à Lyon, bien que les situations soient similaires à celles observées à Paris, mais dans des proportions moins extrêmes.
- 51 Ces contextes de grande précarité doivent être soulevés et pris en considération par les politiques publiques dans la mesure où ils ont un impact important sur les états de santé et de bien-être des populations. « Si le devenir mère et l'être mère s'ancrent dans l'histoire psychique des femmes, les situations de conditions de vie défavorisées ne sont pas sans incidence sur la construction de leur identité maternelle, leur conjugalité, leur rôle et place auprès de l'enfant » (Zaouche-Gaudron, 2007).

L'hébergement et l'accès à un logement décent transcendant tout territoire

- 52 A l'échelle urbaine, on peut également opposer les sites d'étude, notamment en raison de leur situation (la situation quasi-frontalière de Lille, à celle plus centrale de Paris) mais également de contextes historiques et sociaux différents (notamment Marseille et Paris, villes d'accueil et Lyon et Lille villes industrielles). En effet, l'hyper-centralité de Paris, avec sa myriade attirante d'infrastructures sanitaires, connaît pourtant une importante crise du logement, avec des situations de précarité extrême (mal-logement, femmes à la rue relevant du « 115 » - Sans Social), que l'on observe également à Marseille. A Lille, via le réinvestissement et la réhabilitation par la région et les municipalités d'un parc de logement déserté par les ouvriers, ces institutions sont en mesure de proposer un vaste éventail de logements de qualité (petite maison avec jardin) et accessible aux populations bénéficiant des minima sociaux. Les femmes

interviewées ne déclarent pas de problèmes relatifs au logement lors de l'enquête, sauf en cas de séparation du couple durant la grossesse avec un départ de la femme du foyer. Différemment, à Marseille, la pauvreté est régulièrement accompagnée de problématiques de logement extrême (mal-logement, parcours de rue), avec un taux de surpeuplement dépassant 20% des ménages résidant dans les 2^e, 3^e, 14^e et 15^e arrondissements de la cité phocéenne, alors qu'il est en moyenne de 14% sur l'ensemble de l'agglomération (Laporte, 2014). De fait, une femme évoquait son angoisse liée à l'idée de rentrer avec son enfant né prématurément dans un logement d'une pièce où elle réside avec ses deux autres filles et où vivent également des courts (Gasquet-Blanchard, 2015). Depuis la crise économique de 2008, la situation de mal-logement s'aggrave (Laporte, 2014) et a un impact sur la santé infantile. En 2011-2012, le département des Bouches-du-Rhône est le seul à afficher une augmentation des nouveaux cas de saturnisme infantile. En 2012, l'incidence était de 15 pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône contre pour 2 pour 100 000 habitants en France. En 2013, 47,5% des enfants du département étaient exposés à un risque d'exposition au plomb et le nombre moyen de cas diagnostiqués sur la période 2011-2013 avoisine les 24 +/-4,8 cas par an, soit une augmentation de + de 224 % (Laporte, 2016).

- 53 Les résultats ici présentés montrent que les pratiques et logiques spatiales associées aux soins durant la grossesse de ces femmes sont largement dépendantes de leur capital social et de leurs rapports avec les systèmes de santé.
- 54 Considérer les contextes socio-historiques et géographiques et les territoires du quotidien au sein desquels les femmes enceintes évoluent a permis de mettre en évidence leur influence sur la production des déterminants qui influencent les trajectoires de ces femmes. Cet angle d'analyse révèle également certains enjeux des politiques sociales, comme l'organisation des services sanitaires, dans le cas de la femme enquêtée à Paris, mais aussi des politiques économiques à travers l'articulation entre maternité et travail.
- 55 Les trajectoires décrites révèlent bien que chaque ville s'inscrit dans une dynamique régionale spécifique (comme nous l'avons montré pour Lille) qui participe à déterminer les trajectoires des femmes durant leur grossesse. Mais les représentations associées à ces villes (Lyon, porte d'entrée en France depuis l'Italie) et les stratégies individuelles qui en découlent influencent en retour le vécu de ces femmes et leurs trajectoires de soins comme de vie, mais existent aussi dans les représentations et le vécu des femmes en fonction de leur trajectoires, tant dans leurs trajectoires de soins que dans leurs trajectoires de vie.
- 56 Enfin, nous constatons en amont comme en aval de l'accouchement, par l'analyse des articulations d'échelles spatiales et institutionnelles à l'œuvre dans les territoires, que les contextes socio-historiques participent à la production de déterminants de santé spécifiques de manière différenciée, selon les lieux. Ils peuvent impliquer des situations défavorables à la grossesse et son issue, comme l'ont montré également les exemples du logement et du travail et des modalités de leurs interactions avec la grossesse et sa prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- Algava E., Bressé S., 2005, Les bénéficiaires de l'allocation parentale d'éducation : trajectoires d'activité et retour à l'emploi, *Études et résultats*, n° 399
- Battagliola F., 1998, Les trajectoires d'emploi des jeunes mères de famille, *Recherches et Prévisions*, n° 52, p. 87-99
- Bessin M., 2009, Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique, CNAF, *Informatiers sociales*, 2009/6-15612-21.
- Bessin M., Bidart C., Grossetti M., 2010, Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement, Paris, La Découverte.
- Blencowe H., Cousens S., Chou D et al., 2013, Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm birth, *Reprod Health*, n° 10 (Supp. 1) : S2
- Bonnet C., Labbe M., 1999, L'activité des femmes après la naissance de leurs deux premiers enfants. L'impact de l'allocation parentale d'éducation, *Études et Résultats*, n° 37
- Capot R., Rogriguez P., Turban, N., 2012, Les femmes en Nord-Pas-de-Calais : entre vie familiale et vie professionnelle, *INSEE Nord Pas de Calais*, janvier 2012, n° 100, 6 p.
- Caradec V., Ertal S., Melchior J.-P., 2012, Les dynamiques des parcours sociaux : Temps, territoires, professions, Rennes, PUR
- Caroly S., Cholez C., 2009, Santé et itinéraires professionnels des moins de 35 ans : insertion, apprentissage et construction identitaire, Document de travail, DREES, série Études et Recherche, n° 96, 80 p.
- Demazière D., Samuel O., 2010, Inscrire les parcours individuels dans leurs contextes, *Temporalités* : 11. <http://temporalites.revues.org/1167>
- Devault, A., Gratton, S., 2003, Les pères en situation de perte d'emploi : l'importance de les soutenir de manière adaptée à leurs besoins, *Pratiques psychologiques*, 2, 79-88
- Gasquet-Blanchard C., Hoyez A.-C., 2015, Parcours et trajectoires dans le domaine de la santé. Quelques réflexions issues de l'analyse d'entretiens effectués auprès de femmes migrantes enceintes ou ayant récemment accouché dans la ville de Rennes, *ESO, travaux & documents*, octobre 2015, n° 39 : 85-89
- Gasquet-Blanchard C., 2015, Trajectoires de grossesse de femmes accouchant d'enfants nés prématurément ou avec un petit poids de naissance, *Cahiers de la publicistique*, Novembre 2015, n° 291 : 14-18
- Gasquet-Blanchard C., 2017, L'espace partagé du soin en temps d'urgence. Approche comparée du vécu des patients et des soignants en service de néonatalogie (Paris et Lille) et en centre d'isolement d'Ebola (Gabon et République du Congo), in *L'espace en partage : Approche interdisciplinaire de la dimension spatiale des rapports sociaux* (dir.) Bonny Y., Baudès N., Gousset V., PUR, 2017, 97-118 pp.
- Gastaut Y., 2009, Histoire de l'immigration en PACA : le cas unique de Marseille, *Accueillir*, n° 248 pp 12-13

- Gayral-Taminh, M., 2005, Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Vol 34, n° 1-C1, pp. 23-32
- HALDE, Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité pour la France, 2009, Grossesse, maternité et discriminations au travail. Sondage de l'Institut CSA, Paris : CSA Politique-Opinion
- Insee Etudes, 2011, Marseille Provence Métropole, précarité, vieillissement, déplacements... de nombreux défis à relever, Synthèse INSEE Etude Provence Alpes Côte d'Azur, n° 22, 2 p.
- Insee, 2016, Insee Flash Nord-Pas-de-Calais-Picardie, Avril 2016, n° 2 2 p.
- Insee analyses, 2017, 204 600 familles monoparentales dans les Hauts-de-France, *Insee Analyses*, février 2017, n° 43, 4 p.
- Keshavarzi F, Farnia V, Yazdchi K et al., 2014, Effect of maternal anxiety on maternal serum and fetal cord blood cortisol. *Asia Pac Psychiatry*. 2014 ; 6 :435-9.
- Kramer M, Goulet L, Lydon J et al., 2001, Socio-economic disparities in preterm birth : causal pathways and mechanisms, *Pediatr Perinat Epidemiol*, 001;15 (Suppl. 2) :104-23
- Laporte R., 2014, Projet de PASS mère-enfant, Rapport interne APHM, 52 p.
- Laporte R., Dagazan A., Hadji K., 2016, Saturnisme et accès aux soins en région PACA, *La santé en action*, n° 457, sept 2016, pp. 46-7
- Lejeune C., 2008, Précarité et prématurité, 2008, *Journal de Pédiatrie et de Pédiatrie*, Vol 21, Issue 8 : 344-8
- Marlier G., et al., 2015, Le Nord-Pas-de-Calais, entre mutations économiques et développement humain, *Revue de l'OFCE* 2015/7, n° 143) p. 225-275. Maurin L, Mazery V., 2014, Les taux de pauvreté des 100 plus grandes communes de France, *Le Compas*, 11 : 1-4. http://www.lecompas.fr/doc/composetudes11_janvier2014.pdf
- McDonald SW, Kingston D, Bayrampour H et al., 2014, Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth, *Arch Womens Ment Health*, 17 : 559-68.
- McEwen BS., 1998, Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med*, 338 : 171-9.
- Nadel D., 2008, Transmettre et accueillir la vie..., *Spirale* 2008/3 n° 47, pp. 41-52
- Pailhé A., Solaz A. 2007, Inflexions des trajectoires professionnelles des hommes et des femmes après la naissance des enfants, *Recherches et prévisions*, n° 90, p. 5-27.
- Rapport IGAS, 2011, Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, Les inégalités sociales de santé dans l'enfance, 2011.
- Roy-Matton N, Moutquin JM, Brown C et al., 2011, The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. *J Obstet Gynaecol Can*, 33 : 344-52.
- Samuel O., Martiskainen de Koenigswarter H., Viller, S., 2012, Inactivité professionnelle féminine, maternité et santé, *Série Etudes et Recherches*, DREES, Document de travail, n° 122
- Sauvegrain P., 2012, La santé maternelle des « Africaines » : racisation des patientes et trajectoires de soins, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28 (2), pp. 81-100.
- Strauss A., 1978, *Negotiations. Varieties, contexts, processes and social order*, San Francisco, Jossey-Bass, 270 p.

Strauss A., Baszanger I., 1992, *La trame de la négociation*, Sociologie qualitative et interactionnisme, L'Harmattan, 319 p.

Torchin H, Ancel PY, Jarreau PH, Goffinet F, 2015, Epidemiology of preterm birth : Prevalence, recent trends, short-and long-term outcomes, *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* . 44(8) : 723-31.

Weightman AL & al., 2012, Social inequality and infant health in the UK : systematic review and meta-analyses. *BMJ Open* . 2012 Jun 14;2(3).

Wendland, J., 2010, *Grossesse, désir d'enfant et parentalité dans les maternités céliataires à risque*, *La psychiatrie de l'enfant* 2010/1 (Vol. 53), pp. 167-201.

Zaouche-Gaudron C., 2007, Être mère en situation de précarité économique. Étude exploratoire qualitative, *La revue internationale de l'éducation familiale* , 2007/1 - n° 21, pp. 51-69

Zeitlin, J., 2011, Neighbourhood socio-economic characteristics and the risk of preterm birth for migrant in Europe, *PubMed Central. Europe PubMed Central* , 25(4) : 347-56

NOTES

1. <https://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-prematuration-un-monde-a-explorer>

2. La région Nord-Pas-de-Calais-Picardie est la région métropolitaine la plus touchée par le chômage. Au 3^{ème} trimestre 2015, 12,8 % de la population active régionale était sans emploi, contre 10,2 % en France métropolitaine (INSEE, 2016).

3. Association créée en 1939 dans le contexte de la seconde guerre mondiale, « La Cimade manifeste une solidarité active avec les personnes opprimées et exploitées. Elle défend la dignité et les droits des personnes réfugiées et migrantes, quelles que soient leurs origines, leurs opinions politiques ou leurs convictions. Elle lutte contre toute forme de discrimination et, en particulier, contre la xénophobie et le racisme ». <http://www.lacimade.org/nous-connaître/organisation/>

4. En 2008, la France compte 2 millions de chômeurs au sens du BIT, contre 2,8 millions en 2013. « ce que l'Insee relève surtout, c'est que le chômage de longue durée s'est accru nettement plus. Il a augmenté de 56%, ce taux passant de 1,5% à 4% de la population active pour atteindre, à la fin de l'an dernier, 1,1 million de personnes. » *Ce sont les actifs les plus fragiles qui ont particulièrement souffert: les plus fortes augmentations du chômage de longue durée sont en effet observées parmi les ouvriers, les immigrés, les habitants des zones urbaines sensibles et les personnes sans diplôme* ». *Key*. http://www.huffingtonpost.fr/2014/11/18/consequences-sociales-crise-economique-insee-portrait-social-france_n_6178932.html

(8) [Gasquet-Blanchard C.](#), [Vaguet A.](#), [Lucas-Gabrielli V.](#), [Renevier B.](#), [Azria E.](#), « Les paysages thérapeutiques de deux maternités à Paris et en petite couronne », *Géoconfluences*, avril 2021

URL : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/geographie-de-la-sante-espaces-et-societes/articles-scientifiques/paysages-therapeutiques-maternites>

Ressources de géographie pour les enseignants



[Dossier] Géographie de la santé : espaces et sociétés

Les paysages thérapeutiques de deux maternités à Paris et en petite couronne

Publié le 06/04/2021

Auteur(s) : [Clélia Gasquet-Blanchard](#), maîtresse de conférences en géographie - département SHS, EHESP, UMR CNRS ESO, Laboratoire Rennes 2

[Alain Vaguet](#), maître de conférences en géographie - université de Rouen

[Véronique Lucas-Gabrielli](#), directrice de recherche - Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES)

[Bruno Renevier](#) - service de gynécologie obstétrique, CHI André Grégoire, Montreuil

[Élie Azria](#), professeur agrégé - université de Paris

 Mode zen

L'article mobilise le concept de paysages thérapeutiques, pour étudier l'agencement des lieux dans deux maternités et leur appropriation par les professionnels de santé et les patientes. Si l'engagement des soignants se retrouve sur les deux sites, le bassin de population, le management et la mission de ces établissements diffèrent. Le soin ne peut être identique voire équitable selon les locaux, leur agencement et les symboles qu'ils portent.

SOMMAIRE

1. La maternité comme paysage thérapeutique
2. Des maternités situées dans des contextes socio-historiques différenciés

[Bibliographie](#) | [citer cet article](#)

Introduction. Positionnement théorique en géographie : appréhender les lieux comme espace de situation et d'interaction

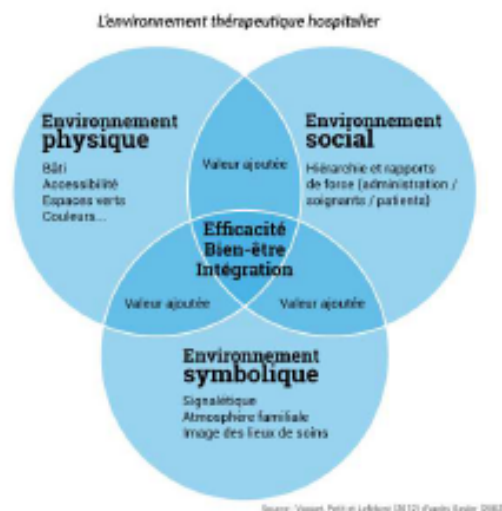
Beaucoup de disciplines de sciences humaines et sociales, comme la sociologie, l'anthropologie, l'histoire et la géographie, ont proposé des lectures des lieux des soins. L'histoire et la géographie des hôpitaux (Labasse, 1980) traitent de l'évolution de l'architecture hospitalière au fil du temps et des conséquences des diverses options choisies sur les usagers et les professionnels de santé. Si l'étude des lieux s'est longtemps focalisée à une autre échelle sur la distribution spatiale de l'offre de soins, les perspectives de la géographie humaniste contemporaine s'intéressent au sens subjectif des lieux (« Quel sens j'attribue à cet hôpital ? Un sentiment

crainte, de confiance ? »). On peut considérer dans cette perspective qu'il n'est de **lieux** que lorsqu'il se produit une relation sociale, une rencontre entre des personnes. C'est la raison pour laquelle certains chercheurs ont défini les **non-lieux** (Augé, 1992) comme suscitant plus de croisements (aéroports, hypermarchés...) que de rencontres. **Dans ce contexte, l'hôpital est-il un non-lieu ?**

Les observations des sciences sociales à une échelle fine semblent plus rares (Granier, 2002, Vaguet *et al.*, 2012). Elles sont pourtant nécessaires : elles permettent de prendre en considération des enjeux de perception, d'utilisation et de qualité des soins, de repérer la structuration du lieu et par là, de renseigner les espaces de pratiques des professionnels et patients.

Les recherches sur l'« humanisation » des soins à l'hôpital témoignent ainsi d'expériences d'amélioration, dont les plus répandues se traduisent souvent par une dimension matérielle du bâti (Briand, Pary, 2011). Pourtant la dimension relationnelle avec les soignants, ainsi que l'usage des lieux est primordiale dans le processus de guérison du patient. Pour Gesler *et al.* (2004) « *la valeur thérapeutique d'un lieu de soins serait liée à la combinaison de ses dimensions physique, sociale et symbolique* ». C'est dans cette optique que l'on envisage de traiter la comparaison des deux maternités visitées. Pour ce faire, nous utilisons le concept de paysage thérapeutique (document 1) en déclinant ses trois composantes.

Document 1. Le paysage thérapeutique (ou environnement thérapeutique) hospitalier



« Les trois composantes des paysages thérapeutiques s'ajoutent pour contribuer à caractériser ce qui constitue le bien-être dans un environnement thérapeutique : les éléments physiques, sociaux et symboliques. Ensemble qui participe à l'efficacité des soins, au bien-être du patient et à son intégration ». Cet environnement prend au sein d'un triptyque environnemental, différents sens tantôt symbolique (selon une signalétique plus ou moins travaillée et faisant référence à différents imaginaires), tantôt social (dans la relation de soin, d'équipe), tantôt physique (et en capacité de proposer des usages autres que le soin ou le travail)...

Source : Gesler (2002), Vaguet, Petit, Lefebvre (2012).

La géographie anglophone a produit de nombreux travaux sur la santé en prenant comme entrée les *lieux de santé* (Gesler & Kearns, 2002) et en leur donnant une portée générale qui interroge la place de l'identité, de l'expérience humaine, du corps, de l'environnement, de la culture. C'est ainsi que des lieux qui ont la réputation de soigner, d'agir sur la santé, de guérir (Lourdes, Bath, Épidaure...) ont été documentés par des chercheurs qui ont mis en avant le concept de « **pa**

thérapeutique », (Hoyez, Gasquet-Blanchard, 2019). Au-delà de cette première étape, beaucoup de travaux interrogent désormais les lieux de soins, en se demandant s'ils sont également lieux de santé : l'architecture d'un espace de soins peut-elle prétendre avoir une dimension thérapeutique, voire améliorer la qualité des soins, la qualité de vie des personnes malades fréquentant ces lieux ? Des éléments de paysages ont été pris en considération (vue sur la nature, ouverture sur la ville, amélioration de l'éclairage, des couleurs, du repérage) au fil des programmes de construction ou de rénovation récents. Malgré leur intérêt, ces améliorations se focalisent surtout sur les aspects physiques des bâtiments et ne règlent pas les difficultés rencontrées par les personnes soignantes dans leur exercice professionnel et les patients et patientes dans leur recours aux soins. Or, les lieux de soins fonctionnent mieux si une congruence harmonieuse s'établit entre le bâti et ses habitants et visiteurs (personnel lié aux soins, administratif, personnes malades, accompagnants).

En mettant en regard et en replaçant dans leurs contextes sociohistoriques deux maternités visitées en 2018, la maternité du Groupe Hospitalier Saint-Joseph et celle du Centre hospitalier intercommunal de Montreuil, nous identifions certaines spécificités d'interactions qui y existent en précisant sur quels symboles reposent les pratiques des patientes, de leurs accompagnants et des soignants et en quoi ces derniers participent à la différenciation sociale dans les rapports aux lieux.

Encadré 1. Méthodologie de l'article

Cet article fait suite à deux visites commentées et collectives organisées, l'une fin 2018, l'autre début 2019, par une chercheuse sollicitée par la commission santé du Comité National Français de Géographie (CNFG), en vue d'ouvrir ses « terrains » de recherche parisiens à la réflexion collective. Ces ateliers ont été conduits essentiellement par un groupe de géographes travaillant sur les thématiques sanitaires. L'objectif de la commission santé du CNFG était de structurer une dynamique collective de réflexion scientifique articulant vécu collectif empirique et théorisation autour de notions usitées en géographie de la santé. Les visites se sont déroulées sur une demi-journée. Elles ont commencé avec l'accueil des universitaires par l'équipe de la maternité et la présentation de celle-ci, et se sont poursuivies par une visite des locaux commentée par un ou une professionnel de santé (le chef de service à la maternité de Montreuil, la cadre de pôle à la maternité de Saint-Joseph) ainsi que la rencontre avec les professionnels de santé des différents services. En raison des temporalités de ce terrain particulier (collectif et très court), nous avons pris le parti de nous situer uniquement du point de vue des professionnels de santé et de ne pas axer notre propos sur les patientes et usagères de ces services. L'analyse et le propos se centrent volontairement et subjectivement sur le ressenti des chercheurs durant la visite, les verbatims des visites commentées par l

équipes soignantes et leur analyse, puis des échanges entre chercheurs et professionnels ayant eu lieu durant les discussions issues des restitutions. Cette méthodologie peu orthodoxe, se rapproche de « *focus group in situ* » et a nécessité des échanges de points de vue et ajustements nombreux pour l'écriture de l'article.

Bien que l'objectif poursuivi n'ait pas été de lancer une recherche systématique, ces visites ont été enregistrées, retranscrites intégralement et analysées individuellement par les géographes puis ces éléments ont été croisés et discutés entre les scientifiques pour produire une trame d'analyse. Dans un but de diffusion et échange des connaissances, les éléments d'observations ont été retravaillés et mis en lien avec la littérature scientifique sur le sujet et recontextualisées pour chacune de ces structures.

Ce travail a été délivré lors de deux réunions de restitutions de ces visites en avril et juin 2019 (comportant un temps de présentation puis un temps d'échange collectif avec les professionnels des services concernés) en vue de mettre en discussion les éléments présentés. Ces restitutions ont pris notamment la forme d'un séminaire ouvert à l'ensemble du service dans la maternité du CHIM (Centre hospitalier intercommunal de Montreuil).

Nous avons la même présentation pour les deux services. Les débats issus de ces présentations ont participé à alimenter la réflexion développée dans cet article, ainsi que les allers-retours entre les universitaires et professionnels de santé, durant l'écriture de cet article. De façon symptomatique, on a remarqué qu'ils ont assez systématiquement porté sur les paysages thérapeutiques différenciés entre structures du secteur public ou privé [1], une des particularités du système de santé français, que nous discuterons au fil de l'article.

Notre objectif consistait à nous interroger plus particulièrement sur l'agencement des lieux de soins et leur appropriation par les professionnels dans le contexte spécifique de la prise en charge de la grossesse en maternité. Mais ces maternités se situant et s'inscrivant dans des territoires, quelles relations à l'espace pouvait-on observer dans la pratique des lieux ?

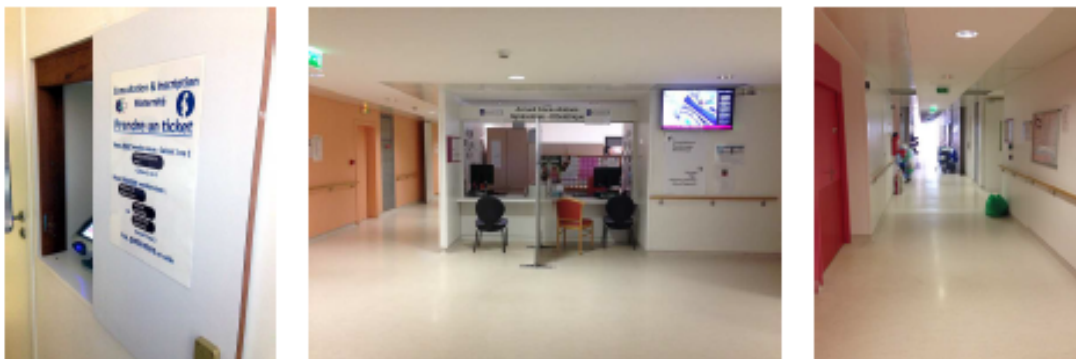
1. La maternité comme paysage thérapeutique

Cette partie reprend les trois dimensions du paysage thérapeutique : environnement physique, engagement des équipes soignantes et environnement symbolique, pour comparer les deux maternités étudiées.

1.1. L'environnement physique entre sobriété et fonctionnalité à Montreuil et chaleur d'un accueil architecturalement travaillé à Saint-Joseph.

La première composante du paysage thérapeutique qui peut être évoquée est l'environnement physique. « *Il concerne ce qui semble le plus simple à mesurer et à caractériser par les cinq sens du chercheur, particulièrement son sens visuel : surfaces, luminosité, propreté, vue sur la nature... mais aussi de tous les autres éléments permettant la caractérisation du site ou du service (accessibilité, relégation, centralité...)* » (Vaguet, Petit, Lefebvre 2012). De ce point de vue, si les deux bâtiments visités sont récents, clairs, la signalétique est plus classique et sobre à Montreuil. Dans l'ensemble, la dimension physique, sur le versant hôtelier, donne un avantage certain à des établissements comme Saint-Joseph, comparativement à la plus stricte frugalité du site de Montreuil, orienté vers la seule fonction socio-médicale. On le remarque dès l'entrée à Montreuil, par le versant administratif (prise de ticket immédiat photographie 7) quand on entre par l'entrée principale de l'hôpital, le positionnement face à l'entrée du secrétariat (photographie 9), grande largeur des couloirs (photographie 10), participent à une entrée fonctionnelle dans les lieux. L'entrée propre de la maternité (photographie 11) à l'arrière de l'hôpital, s'orne de sculptures qui illustrent la diversité des femmes y accouchant.

Photographies 1 à 3. Fonctionnalités des lieux de soins de l'hôpital public



Clichés : Clélia Gasquet-Blanchard.

Photographie 4. L'entrée de la maternité de Montreuil : symbole de diversité



Source : compte twitter « EDH Promotion Louis Lareng (2020-2021) », consulté le 7 juillet 2020.

Photographies 5 et 6. Sobriété de l'affichage à l'hôpital public



Clichés : Clélia Gasquet-Blanchard.

Photographies 7 et 8. Un affichage coloré, floral permettant l'appropriation par les soignants des postes de soins



Clichés : Clélia Gasquet-Blanchard.

Cette fonctionnalité sobre s'oppose à l'affichage, plus chaleureux et travaillé, observé à Saint-Joseph. On peut y remarquer des éléments reliés à la nature (photographie 7) ou se référant à l'idée de bien-être à destination des patientes et, de fait, des soignants. Cette initiative, amorcée par la direction de la communication du poste de soins, peut être réappropriée, comme l'illustre la décoration par les professionnels de santé (photographie 8). Cela participe à la création d'un environnement offrant la possibilité pour les soignants d'investir collectivement et personnellement cet espace.

Photographie 9 à 12. L'aménagement des chambres



Fauteuil d'allaitement/d'accompagnant à Saint-Joseph.



Chambre avec vue sur la tour Eiffel à Saint-Joseph.



Boiseries dans l'espace nurserie à Saint-Joseph.



Chambre hospitalière standard à Montreuil.

Clichés : Clélia Gasquet-Blanchard.

Les chambres de Saint-Joseph sont emblématiques d'un bâtiment et d'un mobilier pensés en vue du bien-être des patientes et de leur conjoint (avec par exemple une chauffeuse dépliant pour un repos, utile après la nuit de l'accouchement...). Les clichés 9 à 12 montrent une chambre, à la vue agréable, au fauteuil dans lesquels les accompagnants peuvent être confortablement installés, et au cadre de décoration soigné. Ce type de chambre s'oppose une fois encore à la frugalité de la chambre de la maternité de Montreuil (photographie 12), qui révèle une fonctionnalité brute, dépourvue de toute personnalisation, au fauteuil d'appoint partiellement inclinable, et à la blancheur d'une chambre toute hospitalière.

Photographies 13 et 14. Salles (et modalités) d'attente à Montreuil (13) et à Saint-Joseph (14)



Clichés : Clélia Gasquet-Blanchard.

Dans la continuité du confort des chambres ou de l'accueil, et de la clarté de l'affichage, les espaces dédiés à l'attente renseignent également sur la facilité de l'appropriation des lieux. À Montreuil, la salle d'attente permet plus difficilement une attente confortable et détendue en raison de son austérité et de son aspect basique. Le mobilier sobre en bois est moins accueillant qu'à Saint-Joseph. Lors de notre visite, les femmes qui attendent sur ces chaises ne retirent pas leur manteau. De plus, l'affichage multiple, bien que signe de la mission assumée de cet hôpital de contribuer aux campagnes de prévention, ne reste que peu visible selon la place où l'on se trouve, en même temps qu'il s'impose à la vue des patientes.

À l'inverse, à Saint-Joseph, l'espace d'attente est pensé pour que l'on puisse s'y projeter, s'y installer : l'espace est ouvert sur l'extérieur, les banquettes confortables invitent à poser ses affaires, un mobilier adapté aux petits est présent pour faciliter l'attente, l'accès à l'information peut être choisi par la femme si elle souhaite accéder aux prospectus disposés le long de la fenêtre.

S'opposent ici deux tendances qui révèlent des types d'approches de prise en charge différenciées des patientes, l'une (Montreuil) propose une pl

d'information en amont de la consultation, quand l'autre (Saint-Joseph) démedicalise l'espace d'attente. La mise en comparaison de ces aspects de l'environnement physique de ces maternités renseigne sur une prise en considération en amont, par les services de communication, de direction, d'aménagement des lieux et des espaces, d'une politique différenciée à l'égard du public accueilli, mais également peut-être des types de modèles financiers et d'arbitrages de ces deux établissements.

L'existence d'une fondation du groupe hospitalier Saint-Joseph permet la collecte de dons en parallèle des recettes générées par l'activité hospitalière (recette de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et des subventions de l'Agence Régionale de Santé. À Montreuil, le Centre hospitalier intercommunal a reçu des aides de l'Agence régionale de Santé Île-de-France, notamment durant une période de difficulté entre 2012 et 2014 à la suite d'un placement sous administration provisoire en raison d'un déclin important d'activité. Cette situation est aujourd'hui résolue.

Il semble important d'évoquer dans un second temps l'environnement social comme espace de négociation.

1.2. L'environnement social, enjeu de négociation autour de bâtiments neufs

Concernant la dimension de l'environnement social, comme élément de l'espace thérapeutique, on entend celui-ci comme se rattachant pour « *beaucoup au biopouvoir [2] mis en avant par Michel Foucault (1975) dans ses travaux. Ceci demande une approche plus qualitative, comme par exemple des sessions de discussion engageant des soignants, des soignés ou leur entourage, pour qualifier les nuances entre ce qui relève de la sécurité pour les uns et de la surveillance pour les autres* » (Vaguet, Petit, Lefebvre 2012). Plusieurs questions ont dû nécessairement être résolues lors des constructions de ces deux maternités : Faut-il pouvoir observer les patients en permanence ou leur laisser un espace d'intimité ? Ouvrir les espaces collectifs, pour faciliter les rencontres ou élargir les espaces privés pour faciliter le sentiment d'intimité ? La somme de ces options construit un paysage social, déjà appréhendé dans les éléments énoncés concernant l'environnement physique et qui peuvent être discutés en profondeur dans cette section, notamment au regard des échanges lors des restitutions que nous avons eues avec les équipes.

Au sein de la maternité Saint-Joseph, les discours corroborent les observations que nous avons pu faire lors de la visite. Les équipes décrivent une ambiance agréable de travail, associée à une appropriation possible de l'environnement professionnel par les équipes, en raison de la prise en considération d'éléments d'organisation du travail soignant (existence d'un système de pneumatiques [3] par exemple), mais aussi d'un aménagement au fil du temps du bâtiment, ouvert en 2009. Celui-ci est clair (les baies vitrées sont très appréciées, même si les volets électriques, extrêmement bruyants, sont très critiqués), ouvert avec de nombreux espaces d'attentes. Les discours dénotent un sentiment d'optimisation du po

technique d'un bâtiment à taille humaine. Les conditions de travail sont décrites comme bonnes, les unités de soins comme bien conçues. Ces aménagements et ajustements au fil de l'eau du bâtiment montrent un investissement institutionnel, de la direction et des services administratifs qui permettent un dialogue avec les équipes soignantes et participent à un bon investissement des lieux par l'ensemble des professionnels.

Dans la maternité de Montreuil, dont le nouveau bâtiment émerge en 2012, l'un des premiers éléments qui nous est présenté est la création, dans les anciens locaux de la maternité, d'une crèche d'entreprise avec 40 places pour le personnel de la structure et 10 places municipales. Cet élément participe à la satisfaction de l'équipe et rappelle les enjeux initiaux de la création de cet hôpital intercommunal et sa vocation également municipale inscrite dans un bassin de population et avec un objectif d'ouverture de l'hôpital vers la ville. En revanche, l'espace prévu pour les chambres de garde dans le projet initial a été affecté à un autre service, sans que des solutions alternatives satisfaisantes soient proposées dans le nouveau bâtiment. Cette situation interroge la prise en considération du travail soignant qui implique une organisation complexe des équipes autour des espaces dédiés au repos durant la garde (replis vers des espaces tiers, des chambres dédiées aux patientes, ou des lits d'appoints dans les bureaux...). Elle témoigne vraisemblablement d'une absence de soutien de la direction administrative, illustrant peut-être des techniques de management moins soucieuses des conditions de travail des employés.

Que ce soit dans l'une ou l'autre des maternités visitées, l'organisation de l'espace nous renseigne sur la manière dont peut être conceptualisé l'hôpital comme lieu de bien-être et de soins pour les patients mais également pour les professionnels de santé.

La communication, notamment en vue de la promotion des deux maternités (quasi inexistante pour Montreuil et plutôt bien développée pour Saint-Joseph, sur son site internet notamment : plans, photographies, visite de la maternité en vidéo), nous renseigne également sur les stratégies différenciées pour attirer et entretenir une patientèle différente.

Photographies 15 à 17. L'affichage (clinique Saint-Joseph)



Les posters affichés dans l'espace des différentes salles de naissance montrent un lien qui se veut rassurant entre science et intimité des patientes, en vue d'un décloisonnement du pouvoir médical et des hiérarchies au sein du service de la maternité de Saint-Joseph. Cette vulgarisation scientifique indique une réflexion de l'équipe de la maternité sur des sujets « connexes » qui importent aux femmes, et sont liés à leurs représentations, et à certaines idées reçues autour de l'accouchement : naît-on plus le jour, la nuit ? Une nuit de pleine lune ? Sous quelle étoile ? Cet affichage, scientifiquement décalé, présentant de manière détournée l'équipe soignante, participe à structurer un travail d'équipe et l'interaction avec la patiente.

Clichés : Clélia Gasquet-Blanchard.

Comme l'illustrent les posters affichés à l'entrée de la salle de naissance de Saint-Joseph, « les projections identitaires conduisent à des attentes spécifiques sur l'organisation des lieux et interrogent également sur l'image renvoyée par ces lieux » (Larceneux, 2011). Ces affichages renseignent sur l'exercice de décloisonnement des relations entre l'équipe soignante et les personnes soignées et sur les relations hiérarchiques au sein du service.

Si nous ne retrouvons pas d'affichage de ce type à Montreuil, cela ne signifie pas nécessairement une persistance des hiérarchies médicales au sein de l'équipe car l'ambiance de travail qui règne est décrite comme conviviale, bienveillante et non descendante. Cette ambiance renseigne davantage sur la nécessité ressentie de structurer le service autour d'un projet collectif, vraisemblablement implicite pour les professionnels qui travaillent dans le service public ou sur la mise en place d'actions envers un public en situation de précarité ? En ce sens il relèverait du troisième versant de l'espace thérapeutique : l'environnement symbolique.

1.3. Environnement symbolique et engagement soignant

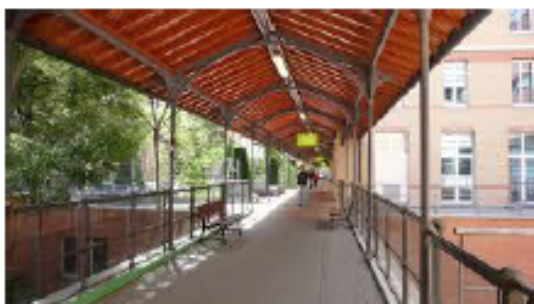
L'environnement symbolique constitue, lui aussi, un point central de l'environnement thérapeutique. Il nécessite de passer du design à l'écoute de l'expérience du *design*, en allant vers les usagers des espaces (Vaguet, Petit, Lefebvre 2012). En géographie de la santé, ce domaine a surtout été renseigné dans les hôpitaux psychiatriques (Curtis 2007, 2011). Les attributs symboliques sont toujours décrits comme importants dans la littérature : la présence d'un mobilier personnel (personnalisé, personnalisable) pour se sentir chez soi, la possibilité de rencontrer le sexe opposé, ou au contraire la volonté de rester entre femmes ou entre hommes, sont autant d'éléments qui participent à cet environnement, comme la mise à disposition d'espaces de culte, la manière de s'exprimer du personnel, la possibilité de le comprendre aisément etc., L'ensemble de ces éléments concernent cette dimension symbolique.

On retrouve dans le discours de l'équipe de Montreuil un vocabulaire guerrier (bataille, lutte), repris également par le personnel de Saint-Joseph ayant par le passé travaillé dans le service public hospitalier. Comme l'évoque une sage-femme parlant de son passage à l'APHP [4] : « *C'est une lutte pour qu'on vous répare un volet, une lutte pendant 6 mois, (...) on lutte avec les patients, mais aussi av*

situations administratives, qui vous épuisent ». La symbolique transcende l'espace matériel (le volet) et social (l'administration) de l'exercice professionnel, révélant une posture morale de sa profession : mener la bataille de l'équité face à l'injustice sociale. Même si celle-ci tourne autour d'un volet, elle reflète la nécessité pour les soignants de revendiquer un espace de soins serein et non bruyant pour les femmes, les nourrissons et eux-mêmes. Ce discours apparaît de manière récurrente dans les échanges avec le personnel de la maternité de Montreuil. Cette lutte quotidienne révèle également l'engagement des équipes du service public. Énoncé lors de l'exposé de restitution, cet élément a été discuté par certains professionnels de Saint-Joseph qui indiquent d'ailleurs se « sentir public », faisant référence à leur mission de soins. Ce sentiment d'appartenir, de faire fonctionner le bien public même dans un établissement privé existe au sein de l'équipe de Saint-Joseph chez l'équipe soignante. Cette autojustification questionne la valorisation actuelle du métier de soignant, et les valeurs morales et symboliques du soin, et la difficulté pour certains soignants à assumer un exercice de soins dans un établissement privé, bien qu'il soit d'utilité publique. Durant les discussions, d'autres membres de l'équipe soulignent que leur exercice relève néanmoins dans leur représentation d'un management privé.

Ces éléments donnent des indications sur la qualité du travail en équipe et les postures professionnelles dans l'institution. Ces pistes sont corroborées par l'ambiance qui émane de Saint-Joseph. Pour autant, comme l'évoque une sage-femme (travaillant dans une maternité publique) et avec qui nous déambulons dans le groupe hospitalier Saint-Joseph : « *Ici, les patients et les soignants ont l'air épanouis (...) ce ne sont pas les mêmes patients (sous entendant, ceux auxquels elle est habituée), c'est sûr ! (...) mais je ne travaillerais pas là* » signifiant, par cette affirmation, son attachement au service public, représentant pour elle la nécessité d'exercer auprès d'un public plus mixte voire en situation de précarité en invoquant le choix du lieu de son exercice (une maternité publique d'une ville populaire) comme élément de son engagement.

Photographies 18 et 19. L'hôpital de Saint-Joseph et ses symboles historiques



Avec ses coursives extérieures, cette vue sur la chapelle représente l'articulation entre modernité et mémoire des lieux. Photographies extraites du site internet du Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph.

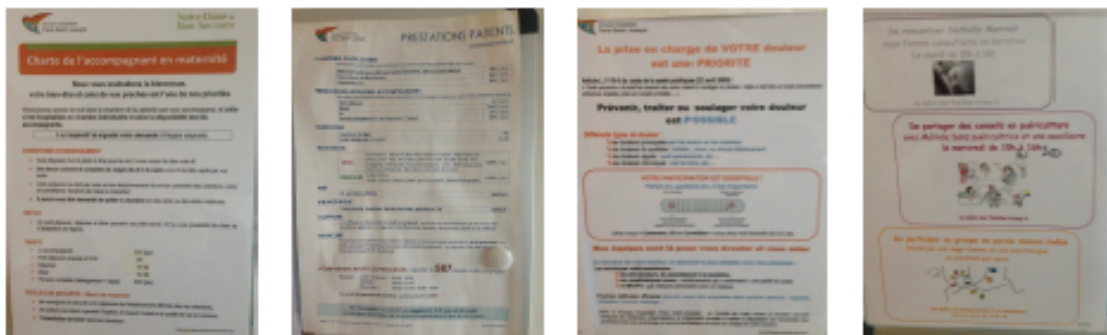
Ce sentiment d'appartenance à un établissement participe à l'idée d'exercer dans un établissement ancien, chargé d'histoire. Cela se lit dans le paysage hosp

ponctué de signes, de constructions à la charge symbolique forte qui participent à l'effet thérapeutique des aménagements sur les patients et les soignants, dans un jeu de frontières/barrières et d'ouverture.

Ces différents éléments participent à développer ou entraver la création d'un lien affectif avec le lieu, qui dans le cas présent est particulièrement sensible puisque c'est celui de la mise au monde d'un enfant. Dans son historicité, la chapelle, construite au centre de l'hôpital pavillonnaire, favorise la reconnaissance du lieu et une intimité pour la communauté catholique, mais peut également participer à un aspect communautaire, n'autorisant pas/peu cette appropriation de l'espace du soin par une population appartenant à une autre communauté religieuse ou à aucune.

Ces éléments contribuent à une « bonne qualité de travail » comme l'évoque lors de la visite une sage-femme cadre de Saint-Joseph et comme en témoignent les discussions autour du management des équipes qui décrivent peu de conflictualité entre les personnels administratifs et les soignants de la maternité de Saint-Joseph, en regard de ce qu'ils ont pu connaître dans le public pour ceux qui y ont travaillé. Il semble exister un dialogue entre la direction et l'univers des soignants et soignantes. On constate également dans le discours, l'importance de voir l'établissement à l'équilibre financier, avec en toile de fond le souvenir de la fusion des différents hôpitaux et des plans sociaux associés, éprouvants pour les équipes, des contraintes que ne connaissent pas sous cette forme les équipes du service public, soumises à des difficultés autres, notamment d'accueil inconditionnel, postes non pourvus et avec, si ce ne sont des moyens moindres, des tutelles différentes et des arbitrages et justifications budgétaires différenciés. À l'inverse, à l'issue de la présentation de la synthèse de nos observations lors des visites, les discussions issues des restitutions par l'équipe à la maternité de Montreuil ont surtout porté sur les différences de moyens entre les deux maternités – la leur étant présentée dans le discours des soignants de Montreuil comme moins bien dotée, du fait du financement (uniquement public) et du public accueilli (le bassin de population étant d'origine beaucoup plus populaire et le public plus vulnérable qu'à Saint-Joseph).

Photographies 20 à 23. Affichage à Saint-Joseph d'une prise en charge individuelle



Vers une « médecine personnalisée » (Charte de l'accompagnement en maternité et prestation pour les patients (payantes), Gestion de la douleur, atelier bébé)

Clichés : Clélia Gasquet-Blanchard.

Photographie 24 à 26. À Montreuil, l'accueil est à visée collective et opérationnelle



L'affichage montre une prise en considération des questions de médecine préventive et une orientation vers des parcours pour les femmes correspondant aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Clichés : Clélia Gasquet-Blanchard.

La différence de patientèle participe à une forme de prise en charge opposant les deux maternités. Nos observations renseignent sur un affichage pour des ateliers collectifs (photographie 24), en lien avec les recommandations des instances sanitaires, qui rappellent le contexte social environnant et la population accueillie mais qui renvoie aussi cette population à certaines de ses vulnérabilités (CEGIDD) (photographie 25) ou à des assignations identitaires (besoin de soutien, de groupe de parole : arbre à palabre – photographie 26). Elles s'opposent à la prise en charge affichée à Saint-Joseph plus personnalisée et individuelle (photographies 20 à 23).

Ces visions différenciées de la maternité comme paysage thérapeutique interviennent dans le cadre de contexte socio-historique très différents pour ces deux maternités et nous renseignent sur les processus à l'œuvre dans les constats observés.

-

2. Des maternités situées dans des contextes socio-historiques différenciés

Relativement à leur activité et leurs pratiques, ces deux maternités sont comparables : environ 4 000 accouchements à Montreuil dont 19,6 % de césariennes, et environ 3 500 à Saint-Joseph, dont 17 % de césariennes. Elles ont toutes deux été emmenagées dans un bâtiment neuf, ouvert en 2011 à Saint-Joseph et en 2017 à Montreuil. En revanche, l'histoire de ces deux institutions diffère.

Encadré 2. Présentation des deux établissements d'après leurs sites internet

Le Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph est une fondation privée issue de la fusion de différents hôpitaux. L'hôpital Saint-Joseph résulte de la construction de différents pavillons entre 1878 et 1910 dans Paris. À cette époque l'établissement est dirigé et géré par la congrégation des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, ce jusqu'en 1958. En 1976, l'hôpital est admis à participer au service public hospitalier, en lien avec l'hôpital Broussais. Il devient une fondation en 1977. Une politique de modernisation des bâtiments débute en 1995 et se poursuit aujourd'hui encore. Celle-ci va de pair avec la fusion avec les hôpitaux Saint-Michel et Notre-Dame-de-Bon-Secours (qui existe depuis 1887 et dont l'activité de gynécologie obstétrique remonte à 1910).

Source : <https://www.hpsj.fr/qui-sommes-nous/historique/>

Le Centre hospitalier intercommunal André Grégoire de Montreuil voit le jour grâce à une politique d'aménagement d'infrastructures de services publics pour un bassin de population d'une banlieue populaire. Cet hôpital public est un projet porté par la volonté de 9 communes de Seine-Saint-Denis et limitrophes (Bagnolet, Fontenay-sous-Bois, Les Lilas, Montreuil-sous-Bois, Noisy-le-Sec, Romainville, Rosny-sous-Bois, Villemomble, Vincennes). Proposant un établissement de santé à leur population (bassin de population d'environ 400 000 habitants) le Centre Hospitalier de Montreuil ouvre ses portes le 5 juillet 1965 avec son premier service : la maternité.

Source : <http://www.chi-andre-gregoire.fr/lhopital-fete-ses-50-ans/>

Photographie 27. La maternité Saint-Joseph



Source : Site internet consulté le 7 juillet 2020 :

<https://www.kopines.com/etablissemments/maternite-notre-dame-de-bon-secours-paris-saint-joseph/>

Photographie 28. L'hôpital de Montreuil



Source : Site internet de l'hôpital, consulté le 7 juillet 2020

Deux prises de vues proposées par les services de communication des établissements soulignent en toile de fond une appropriation différenciée des espaces, plutôt dédiés à la promenade à Saint-Joseph et à la circulation des véhicules de service à Montreuil. Inscrits dans des contextes historiques et architecturaux très différents, les bâtiments de ces maternités sont pensés dans une optique d'ouverture sur l'extérieur, au cœur de leurs complexes hospitaliers respectifs (articulation du moderne et de l'ancien pour Saint-Joseph dont le passé d'hôpital pavillonnaire est utilisé pour un aménagement piéton des déplacements entre bâtiments à l'intérieur de l'enceinte de l'hôpital, les véhicules circulant autour. À Montreuil, le nouveau bâtiment de la maternité s'encastre dans des constructions s'échelonnant des années 1970 à 2000, privilégiant des accès aux véhicules de services aux différents bâtiments. Les usages piétons, se font par l'extérieur de l'enceinte de l'hôpital ou par des galeries reliant les bâtiments entre eux.

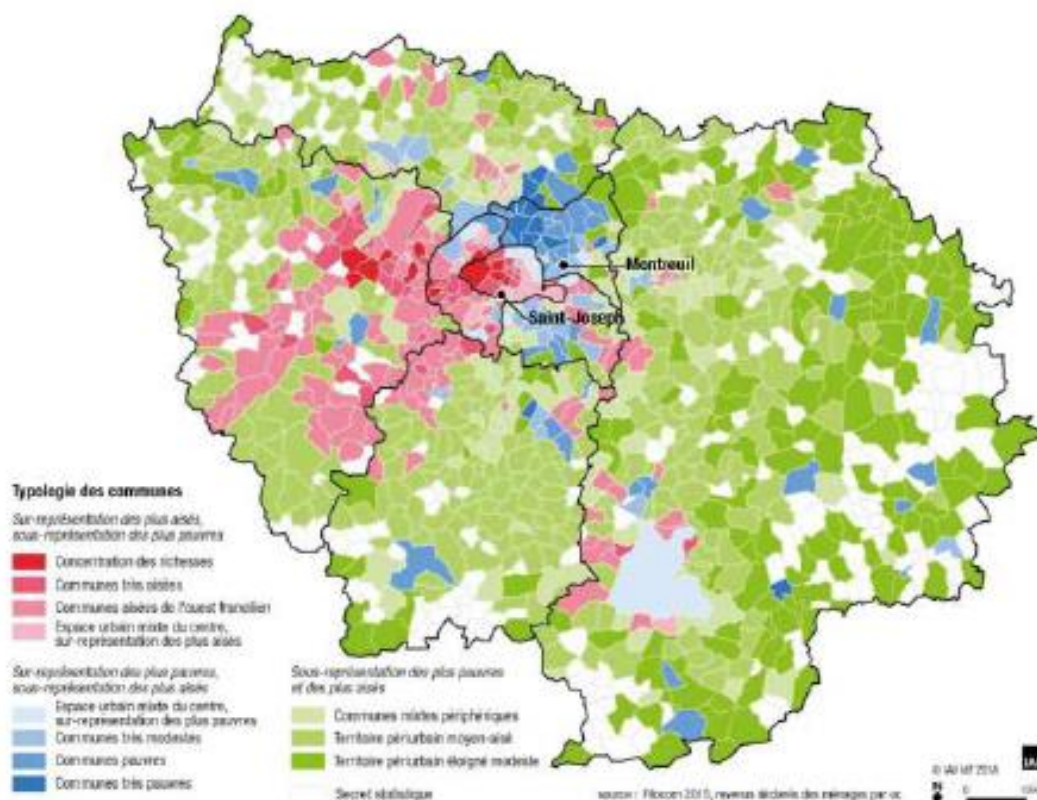
En comparant ces prises de vues qui sont les premières données à voir sur internet quand on effectue une recherche sur les maternités visitées, on constate au premier regard une unicité de forme, qui s'estompe toutefois lors de l'analyse des deux photographies. S'opposent sur la gauche des clichés, une barre d'immeubles à des pavillons réaménagés dont le style a été préservé ; de la même manière, les bâtiments centraux blancs s'opposent par leur ouverture : l'un en arrondi, sans beaucoup d'ouvertures, l'autre très ouvert. L'espace vert au premier plan des clichés est dans les deux cas visuellement appropriable, mais plus ou moins mis en valeur : l'un est bordé d'une allée piétonne, l'autre d'un accès véhicule sans réelle possibilité pour un piéton d'accéder à la pelouse.

2.1. Mise en regard des contextes sociaux des deux maternités

Les maternités visitées sont situées en Île-de-France. L'une est située dans la commune de Montreuil, une commune du département le plus pauvre d'Île-de-France et de métropole, la Seine-Saint-Denis (document 2). Bien que l'on note un phénomène de **gentrification** très avancé dans cette ville, ce front n'atteint pas (encore) le quartier enclavé où se situe l'hôpital. C'est une maternité publique de type 3 (le niveau de technicité le plus important, notamment en termes de prise en charge néonatale). L'autre maternité, Saint-Joseph, est de type 2b. Elle est située à Paris dans le 14^e, un arrondissement favorisé, localisé dans la partie sud des espaces desservis par le RER B, et classé dans la typologie de l'IAU illustrée par la carte 1 comme un « espace aisé de l'Ouest ». Ces quartiers ont des espérances de vie parmi les plus élevées d'Île-de-France d'après les travaux d'Emmanuel Vigneron sur « la ville, la vie, la mort à Paris au long du RER B » (Vigneron, 2011). C'est une maternité privée à but non lucratif [5] qui participe à la mission de service public en proposant des consultations sans dépassement d'honoraires, mais pouvant proposer des formules d'hôtellerie « *premium* » occasionnant un surcoût à destination de patientes étrangères. Cette formule reste toutefois anecdotique dans l'activité de la maternité et ne concerne que quelques patientes par an. Même si ce n'est pas le cas à la maternité de Montreuil, ce type d'offre se développe de plus en plus dans certaines maternités publiques, montrant la progression de la privatisation de certains pans du service public.

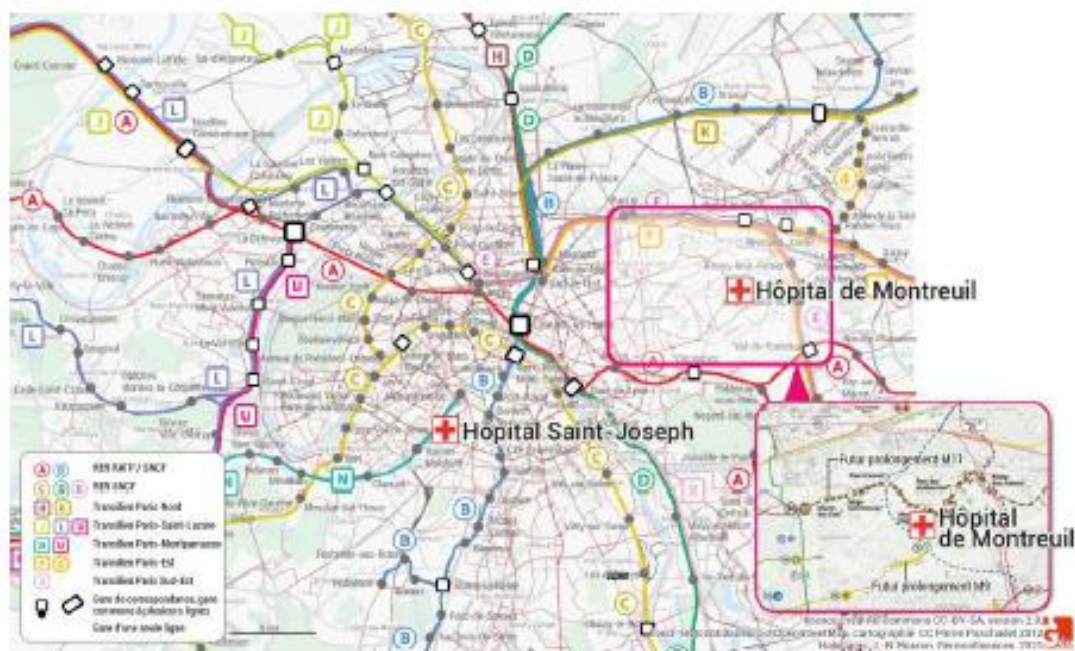
Document 2. La géographie sociale des Franciliens selon le profil de

revenus des ménages en 2011



Source : IAU Île-de-France, 2015, *Gentrification et paupérisation au cœur de l'Île-de-France. Évolutions 2001-2015*, 163 p. Lire en particulier la notice accompagnant cette carte (p. 16-17).

Document 3. Plan régional des transports d'Île-de-France



Licence Creative Commons CC-BY-SA, version 2.0. Fond : les contributeurs d'OpenStreetMap, cartographie CC Pierre Poschadel 2012. Cartouche : C. Gasqui

Située dans le Sud de Paris, la maternité Saint-Joseph est facilement accessible en transport en commun (tram, métro, bus). Celle de Montreuil est accessible en bus, mais surtout en voiture, comme l'illustre la localisation de l'hôpital sur un plan de transport francilien (document 3). Il faut dire que l'hôpital Saint-Joseph est situé dans la première zone de densité et d'accessibilité car il est situé dans Paris intramuros alors que la maternité de Montreuil se situe au milieu d'une enclave du Réseau Express Régional (RER). Au moment de la visite, l'accès de cette dernière est difficile car son environnement immédiat est en travaux. En effet, **l'hôpital se trouve au cœur de la dynamique d'aménagement du Grand Paris, avec l'arrivée prochaine du métro via le prolongement de la ligne 11 qui situera, à l'horizon 2022, l'hôpital à 10-12 minutes de Paris [6]**, avec la station de métro « Montreuil hôpital ». À l'échelle des villes, de nombreux travaux montrent que l'hôpital est un pôle de référence, de formation universitaire, important pourvoyeur d'emplois (Fleuret, 2012). Mais la communication sur cet aspect positif n'est que peu développée. Dès lors, pour vaincre cette stigmatisation, les établissements comme l'hôpital de Montreuil cherchent à rétablir une vision plus globale de la situation, celle d'un établissement qui offre des services pointus et qui s'adapte aussi à la population de l'Est parisien. Pour l'hôpital de Montreuil, au cœur d'enjeux liés à l'aménagement du grand Paris, l'échelle urbaine est cruciale : beaucoup d'éléments non médicaux semblent interférer sur l'évolution et le type d'offre de soins. Pour la maternité intercommunale de Montreuil, au cœur d'un bassin de population en **gentrification**, se pose la question de l'évitement du CHIM par certaines patientes, notamment les plus aisées, au profit des maternités prisées de l'Est parisien ou de proche banlieue comme la Maternité des Lilas, la maternité des Bleuets ou encore les Diaconesses (pour leur approches physiologiques de la grossesse) ou inversement les grandes maternités de haute technicité de l'AP-HP (comme Trousseau ou Robert Debré). C'est actuellement le cas d'une grande partie des femmes résidant dans le bas-Montreuil, un quartier situé au sud de la mairie de Montreuil et parmi les plus gentrifiés de la ville en raison de son accessibilité depuis Paris. Ce phénomène est lié notamment à des représentations négatives que peuvent avoir certaines populations d'un hôpital de service public non universitaire, particulièrement celles de classe moyenne habitant le centre-ville et souhaitant par exemple des accouchements moins médicalisés. Ce phénomène se couple aux représentations stigmatisantes liées à l'importante fréquentation de l'hôpital de Montreuil par des populations paupérisées, vulnérables, et migrantes.

Bien que le quartier de Saint-Joseph, aux portes de Paris, connaisse à l'inverse une dynamique de paupérisation de certains îlots, la localisation de la maternité la situe dans un bassin de recrutement d'une population plus aisée (les patientes de Saint-Joseph proviennent notamment des 14 et 15^e arrondissements, et des communes alentour) et n'implique pas les mêmes enjeux face aux politiques d'urbanisme actuelles, puisque par sa localisation *intramuros* Saint-Joseph deviendra à terme une maternité centrale du Grand Paris, dans l'espace favorisé de la capitale comme l'illustre la document 2.

2.2. Des écarts sociaux entre les patientèles accueillies

Les localisations différentielles influencent la prise en charge d'une catégorie sociale de femmes propre à chacune des deux maternités. La maternité de Montreuil, bâtiment inspiré par les constructions standardisées des années 1960, se présente comme recevant de longue date des femmes en situation de précarité voire de grande précarité : sur 17 000 consultations annuelles d'obstétrique, 700 femmes suivies sont bénéficiaires de l'AME - Aide Médicale d'État (l'information ne nous a pas été transmise concernant la maternité de Saint-Joseph). En raison d'un nombre conséquent de patientes victimes de violences, une consultation sage-femme est dédiée à cette question, et une gynécologue spécialisée dans la reconstruction vulvaire des femmes excisées a été recrutée. Plus récemment une unité d'accompagnement personnalisée à destination des femmes en situation de vulnérabilité a été mise en place également. En raison d'un nombre important de femmes allophones, parfois récemment arrivées sur le territoire, les professionnels de santé de la maternité de Montreuil font également régulièrement appel à une entreprise d'interprétariat. La maternité est adossée au Centre d'IVG (9 places de bloc par semaine) en lien avec le planning familial, permettant la réalisation de 1 100 IVG par an. Cet acte n'est pas réalisé à la maternité de Saint-Joseph, qui renvoie, pour cette pratique médicale, vers l'Institut Mutualiste Montsouris.

La maternité de Saint-Joseph s'inscrit dans le Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, relevant d'une fondation. Parmi ses 3 500 accouchements annuels, 609 séjours de grossesses à hauts risques (831 à Montreuil) et d'hospitalisation de médecine obstétricale sont pris en charge à Saint-Joseph. En unité de soins intensifs, 264 nouveau-nés sont pris en charge (377 à Montreuil) et 486 en médecine néonatale (210 à Montreuil).

Si ces établissements sont de taille et d'activités équivalentes, leurs spécificités participent à nous éclairer sur les bassins de populations qu'elles desservent et comment elles doivent s'adapter aux réalités de leur territoire.

Conclusion

« Pour une partie de la population, notamment les classes les plus populaires, l'hôpital apparaît comme un univers hostile et non rassurant pour tout usager dépourvu de connaissances et d'argent » (Ebang Ondo, 2012). Cet état de fait met en lumière la nécessité pour les structures qui accueillent ce public d'être alors encore plus attentives aux aspects relevant du paysage thérapeutique pour qu'en pratique tout soit fait pour un accueil bienveillant à destination de cette population. D'autant que, dans les contextes sociaux précaires, *« l'absence de repères physiques, d'indications écrites peu explicites et incompréhensibles pour les non-alphabétisés, explique que les nouveaux arrivants soient souvent perdus »* (Nikiema, 2014).

L'opposition théorique public/semi-privé n'est pas toujours opérationnelle. En fait, bien des aménagements du privé ne sont que de petits ajouts qui pourraient très facilement être faits dans le public mais ne le sont pas toujours pour des raisons tant budgétaires que de *management*. Malgré l'écart important dans les publics accueillis (en termes de capital économique et culturel), les deux équipes soignantes retirent de la satisfaction et de la fierté de leur travail, avec, à la maternité de Montreuil, en plus, le sentiment d'être encore plus utile socialement. Si on ne peut pas clairement objectiver des prises en charge différenciées sur la base d'échanges avec des équipes soignantes et l'observation de leurs lieux de travail, on pressent néanmoins une tendance à cette différenciation plurifactorielle que donne à voir l'environnement physique et social observé également émergeant en fonction du public qui y a recours et aux équipes qui habitent ces lieux en montrant des investissements tantôt symboliques tantôt matérialisés.

La perception dichotomique qui semble résulter de ces travaux n'a pas été recherchée. Le choix des établissements a été établi précisément pour respecter la diversité de l'offre de soins, sans chercher à la caricaturer. Pour autant, la différenciation qui est perceptible *in fine*, dans les témoignages des professionnels de santé et dans les paysages thérapeutiques des établissements, constitue une piste à suivre dans de futurs travaux.

Bibliographie

- Augé Marc, 1992, *Non-lieux Introduction à une anthropologie de la sur-modernité*, Le Seuil, 160 p.
- Briand p., Pary A., 2011. « L'hôpital : un indicateur de solidarité sociale ». *Centrale sanitaire suisse romande*, cahier n° 5, p. 3.
- Cléménçon Anne-Sophie, 2002. « Le rôle de l'institution hospitalière dans l'urbanisation : le cas des Hospices civils de Lyon ». Actes du colloque Hôpital, urbanisme et architecture, *Grand Lyon Mission Prospective et Stratégie d'agglomération*, p. 13-14.
- Curtis S., Gesler W., Fabian K., Francis S., Priebe S., 2007. "Therapeutic landscapes in hospital design: a qualitative assessment by staff and service users of the design of a new mental health inpatient unit", *Environment and Planning C: Government and Policy*, volume 25, p. 591-610.
- Gesler, W. M. , Bell, M. , Curtis, S. , Hubbard, p. and Francis, S. 2004. "Therapy by design: evaluating the UK hospital building program". *Health and Place* 10, 117-128.
- Gesler, Wilbert M. 1998. "Bath's reputation as a healing place". In Kearns, R. and Gesler, W. (ed.), *Putting health into place*, Syracuse, NY: Syracuse University Press, 17-35.
- Curtis S., 2016, *Space, Place and Mental Health*, Routledge, 1 avr. 2016 - 316 pages
- Curtis, Gesler, Priebe & Francis, 2009. "New spaces of inpatient care for people with mental illness: A complex 'rebirth' of the clinic?", *Health & Place*, Ma

2009, Pages 340-348

- Coldefy M., 2010. *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la santé mentale en France*. Thèse de géographie, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne.
- Ebang Ondo E., 2012. « Perception de l'hôpital public et offre de soins de santé au Gabon : analyse des enjeux des interactions entre personnels et usagers du Centre Hospitalier de Libreville (CHL) ». *Bulletin Amades*, n° 85, 6 p.
- Femand C., 2002. « Pour une histoire urbaine et architecturale de l'hôpital ». Cahier Millénaire 3, *Actes du colloque « Hôpital, urbanisme et architecture »*, 3 avril 2002, Hôtel de la Communauté urbaine de Lyon, p. 10-11.
- Fleuret S., 2012. « L'évolution des savoirs en santé et la place de la médecine dans la société, dans les territoires et dans la ville ». *Espaces et sociétés*, UMR 6590 CNRS, Université d'Angers, 33, p. 43-55.
- Foucault, Michel, 1975, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, p. 197.
- Gesler Wilbert, 1992. Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography. *Social science and medicine*, vol 34, n° 7, p 735-746.
- Gesler W., Belle M., Curtis S., Hubbard p., Francis S., 2004. "Therapy by design: evaluating the UK hospital building program". *Health and place*, 10, p. 117-128.
- Gesler et Kearns 2002, *Culture/Place/Health*, Psychology Press.
- Hoyez Anne-Cécile, Gasquet-Blanchard Clélia, 2019, *Lieu(x), 26 mots pour situer la santé*, Abécédaire de la santé et des territoires, Materilogiques
- Hoyez, Anne-Cécile, 2005. *L'espace-Monde du yoga. Une géographie sociale et culturelle de la mondialisation des paysages thérapeutiques*. Géographie. Université de Rouen, 2005.
- Labasse, J., 1980, *L'Hôpital et la ville, Géographie hospitalière*, Paris, Hermann, 241 p.
- Larceneux F., 2011. « J'habite donc je suis ». *Études foncières*, n°23-26, 6 p.
- Nikiema A., « **Approche spatiale d'un centre hospitalier, le CHU pédiatrique de Ouagadougou (Burkina Faso)** », *EchoGéo* [Online], 30 | 2014.
- Vaguet A., Lefebvre B., Petit M., 2012, « **Lieux de soins et paysages thérapeutiques. Du concept à la méthode** ». *Bulletin de l'Association de géographes français*, 89^e année, 2012-2. « La géographie de la santé en France ». p. 214-223.
- Vigneron, Emmanuel, *Les inégalités de santé dans les territoires français - État des lieux et voies de progrès*, 2011, Elsevier Masson.

[1] La distinction entre public et privé peut être présentée dans le texte en raison des statuts différenciés de ces maternités (ESPIC – établissement de santé privé d'intérêt collectif – pour la maternité de Saint-Joseph et maternité d'un centre hospitalier intercommunal public à Montreuil) et la manière dont cet élément de distinction peut faire sens pour les équipes, particulièrement celles de la maternité publique ou ceux ayant travaillé préalablement au sein du service public.

[2] Le biopouvoir est utilisé ici, comme concept défini et entendu au sens où l'emploie Michel Foucault, et issu du concept de biopolitique participant à définir comment les individus, leur état de santé et de manière plus générale leur santé, peuvent être au centre d'enjeux de luttes politiques et de stratégies économiques et alors utilisés à des fins capitalistiques et néolibérales.

[3] Le système de pneumatiques permet grâce à un réseau de tuyaux dans l'ensemble du bâtiment d'envoyer et de recevoir dans des cartouches sécurisées et répondant aux normes d'hygiène, des messages, prélèvements, etc.

[4] L'APHP (ou Assistance publique – Hôpitaux de Paris) est l'établissement public de santé qui exerce le rôle de centre hospitalier régional pour Paris et une partie de l'Île-de-France, notamment la petite couronne, il regroupe plus de 39 établissements et accueille plus de 8 millions de patients par an.

[5] Il s'agit d'un ESPIC – un Établissement de santé privée d'intérêt collectif.

[6] Les attentes et inquiétudes autour de cet aménagement sont d'ailleurs importantes pour les équipes de la maternité de Montreuil : cette accessibilité induira-t-elle une fuite des patientes de classe moyenne vers Paris ou parallèlement une recrudescence de patientes toujours plus en situation de précarité ?

Remerciements :

Au CNFG, pour cette initiative, aux différentes personnes présentes lors des visites (Isabelle Siffert, Josianne Tanchou, Pétronille Reme-Harnay), aux chefs de services des deux maternités de nous avoir ouvert les portes de leurs services et aux professionnel.le.s des services visités.

À Jean-Benoît Bouron de Géoconfluences et aux relecteurs anonymes de la revue pour leur relecture et conseils critiques et avisés sur le texte. Il a paru dans une forme plus longue à l'adresse suivante : <https://rfst.hypotheses.org/gasquet-blanchard-clelia-vaguet-alain-lucas-gabrielli-veronique-renevier-bruno-azria-elie>

Clélia GASQUET-BLANCHARD,

Maîtresse de conférences en géographie, Département des sciences humaines, sociales et du comportement de l'EHESP, UMR CNRS 6590, Laboratoire Espaces et Sociétés, Rennes 2

Alain VAGUET,

Maître de conférences en géographie, université de Rouen, laboratoire IDEES, CNRS, président de la commission géographie de la santé du Comité National Français de Géographie

Véronique LUCAS-GABRIELLI,

Directrice de recherche, Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la santé (IRDES), secrétaire de la commission géographie de la santé du Comité National Français de Géographie

Bruno RENEVIER,

Service de gynécologie obstétrique, CHI André Grégoire, Montreuil

Élie AZRIA,

Professeur agrégé, université de Paris, INSERM UMR 1153 / Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé) CRESS

Mise en web : Jean-Benoît

(9) [Gasquet-Blanchard C.](#), 2018, Le provisoire qui dure. Géographie comparée de deux centres humanitaires parisiens, *Géococonfluences*, Lyon : École normale supérieure de Lyon DGESCO, 2018 ([hal-01737112](#))

Le provisoire qui dure. Géographie comparée de deux centres humanitaires parisiens

Publié le 13/02/2018

Auteur(s) : [Clélia Gasquet-Blanchard](#), maîtresse de conférences en géographie - département SHS, EHESP, UMR CNRS ESO, Laboratoire Rennes 2

Par Clélia Gasquet-Blanchard. Le fonctionnement de deux lieux, dits d'accueil, illustre la nécessité de repenser le positionnement des interventions humanitaires et d'urgence des différents acteurs (étatiques et non étatiques) et les interactions qu'elles engendrent dans le long terme et qu'elles induisent pour les publics primo-arrivants. L'objectif est de montrer comment l'aménagement et l'organisation interne et externe de ces deux centres humanitaires donnent à voir les enjeux politiques et institutionnels de l'accueil éphémère et les interactions qui en découlent.



SOMMAIRE

1. [1. Des contextes politiques différenciés au cœur de territoires urbains](#)
2. [2. Des temporalités de l'accueil différenciées à l'image de l'aménagement de ces centres humanitaires \(quelles appropriations possible de l'espace ?\)](#)
3. [3. Quels liens avec la ville ?](#)

Suite à l'annonce fin septembre 2017 dans les médias de la fermeture du CPA*[1] (Centre de Premier Accueil) de La Chapelle, à Paris en mars 2018, les autorités préfectorales ont vite évoqué l'ouverture prochaine de plusieurs autres centres d'accueil* pour « migrants » dans le cadre du dispositif de pré-orientation des populations primo-arrivantes* sur le territoire[2]. Un de ces centres d'accueil serait construit dans un département de la région Île de France et un second à Paris intra-muros. Chacun devrait avoir une capacité d'accueil de 200 à 250 places et vise à réduire les situations de campement de rue et orienter rapidement des personnes vers des structures d'hébergement d'urgence.

Encadré 1. Cadrage des termes et notions utilisés dans l'article

Bidonville : Pour définir le bidonville nous reprenons la [définition utilisée par le cartographe.net](#). Le bidonville est un logement en surpeuplement, informel, de piètre qualité et majoritairement situé en périphérie des centres-villes, dont l'accès à l'eau potable et à une hygiène de base est insuffisant, et dont il existe, pour ses résidents, une insécurité, notamment quant à la conservation de la jouissance du domicile. Voir aussi [bidonville](#) dans le glossaire de *Géococonfluences*.

Campement de rue : Nous entendons par campement de rue toute installation sommaire (dormir avec son sac de couchage à même le sol, étendre son linge sur une barrière ou un buisson) au sein de l'espace public de personne en situation de grande précarité en vue de pouvoir subvenir à ses besoins primaires (dormir, manger, se reposer, etc.).

Camps : Selon le collectif Babels (2017) les camps (« de migrants ») sont ces lieux édifiés à la frontière pour permettre l'identification des personnes arrivées de façon irrégulière et où les personnes sont censées restées quelques jours.

Centres d'accueil : Nous utilisons le terme de centre auquel nous adjoignons les terme d'accueil ou d'hébergement pour respecter la terminologie administrative choisie pour ces structures tout en les dissociant des **centres de rétention** où les allers et venues des personnes sont contraintes. Au cours du texte, les références et citations notamment anthropologiques font souvent référence au terme de **camp** (de travailleurs, humanitaires, etc.), les situations observées sur le terrain nous autorisent un parallèle sans pour autant que l'appellation de camps nous satisfasse pour les structures étudiées. Ici, le centre d'accueil fait donc bien référence à un espace, une parcelle de

terrain mis à disposition par un gouvernement, un pays, une municipalité, dans le but de loger des primo-arrivants (réfugiés, exilés, ...) comme le souligne Destremau (1994).

CHUM (Centre d'hébergement d'urgence pour migrants) : Le CHUM est situé dans la commune d'Ivry-sur-Seine, sur le site d'une ancienne usine des Eaux de Paris. Ce centre, d'une capacité d'hébergement de 350 personnes, accueille les familles entre 15 jours à plusieurs mois selon la situation familiale.

CPA (Centre de Premier Accueil) de La Chapelle : Le CPA est un centre d'accueil humanitaire comprenant 1) une bulle d'accueil « inconditionnel » de jour pour toute personne se présentant et 2) une halle d'hébergement de 5 à 10 jours, non renouvelable, de 450 places pour hommes seuls.

Primo-arrivant : Dans la continuité des travaux de l'équipe du programme ANR MIGSAN, porté par Anne-Cécile Hoyez, nous choisissons d'utiliser la dénomination et la notion de **primo-arrivants** pour définir les populations sur lesquelles nous entendons travailler. Selon l'Insee, « le qualificatif de primo-arrivant est appliqué à toute personne étrangère qui arrive pour la première fois en France en provenance de l'étranger » (*Source*). Dans le texte, le terme **migrant** sera donc utilisé entre guillemets pour marquer une prise de distance, par rapport aux usages, notamment médiatiques, qui sont faits du terme.

Réfugiés : Le terme de réfugié sous-entend un statut administratif déjà acquis, impliquant de fait le principe de non refoulement. C'est le cas des demandeurs d'asile (en attente de leur demande) ou des personnes ayant reçu le titre de réfugiés.

Errance : Sauvage (2011), oppose l'**exil** (au sein duquel la prégnance du territoire s'impose au migrant), à la **migrance** (qui autorise une juxtaposition des espaces) et à celle d'**errance**, au sein de laquelle seule la mise en relation des interstices est possible au migrant).

>>> Voir aussi dans Géococonfluences : [demandeur d'asile](#) | [migrant](#) | [réfugié](#)

Cécilia Gasquet-Blanchard

Dès lors cette question d'actualité apparaît pertinente car « l'espace des camps* n'est pas neutre, il est porteur d'un ou de plusieurs sens qui diffèrent selon l'origine de ceux qui le perçoivent, la société qui l'occupe et les gens de l'extérieur » (Dedenis, 2006). Ces espaces apparaissent hétérogènes, (tentes, casernes désaffectées, gymnases, sites temporaires de regroupement) (Babels, 2017), autant qu'éphémères, situant les primo-arrivants dans un entre deux (Le Gall, et Rougé, 2014) de déplacements et de mobilités constantes. Très vite se pose alors la question de l'accueil fait au primo-arrivant et de l'espace social qu'on lui attribue. L'accueil comme ouverture du lien social, est « ritualisé avec et par des automatismes sociaux et culturels. Il n'a de sens que par la finalité de la rencontre, mais il peut avoir une influence sur cette dernière par l'organisation sociale qu'il engendre, et la persistance des impressions qu'il laisse » (Formarier, 2003). De fait, ces centres d'accueil interrogent plus largement sur les enjeux qui traversent la société d'accueil. La crise « migratoire » ne révèle-t-elle pas plutôt une crise de l'accueil ? Comme le souligne Alexandra Galitzine-Loumpet « habiter l'exil, c'est habiter plusieurs centres dans la durée et non seulement dans le déplacement, c'est privilégier les temporalités. [...] L'exil ne s'oppose pas à la migration, ni le migrant à l'exilé, mais relie le déplacement dans l'espace au déplacement entre les espaces, aux recompositions de vécus de territoires dans le temps. » (Galitzine-Loumpet, 2016). Penser une spatialité bienveillante de l'accueil demande un positionnement dans le temps long et l'émergence d'espaces d'accueil pérennes possiblement appropriables par les personnes accueillies sur le territoire. Dès lors l'idée même d'accueillir le primo-arrivant soulève un positionnement politique qui se traduit dans l'espace et qui n'est pas neutre. En effet, le centre d'accueil humanitaire possède une spatialité propre et s'insère au sein d'un territoire avec lequel il interagit. La spécificité de ces espaces, observée et analysée, éclaire une pensée critique connectée à la géographie sociale.

Encadré 2. Précisions méthodologiques et contextuelles

L'idée de cet article a émergé dans le cadre d'un terrain ethnographique réalisé en juin 2017. Des observations ont été menées durant une semaine et des entretiens exploratoires, puis thématiques, ont été conduits auprès de personnes travaillant dans ces deux structures mais également auprès des personnes accueillies dans ces centres d'accueil humanitaires.

Le terrain a eu lieu durant la semaine de canicule qui précéda la fin du Ramadan en juin 2017. Durant cet épisode caniculaire, le système d'aération de la bulle ne permet pas l'accueil de jour des familles. Il fait plus de 40 degrés à l'intérieur, 52 C° au plus chaud de la canicule. Ce contexte spécifique implique une activité réduite des personnes hébergées en journée en raison de la

chaleur, particulièrement difficile à supporter, pour les personnes respectant le jeûne du Ramadan. Cette conjonction d'événements remobilise les acteurs du sanitaire et du social surpris par la situation qui nécessite une adaptation des dispositifs et services qui n'ont pas été pensés pour un contexte caniculaire et d'événement religieux. Les pratiques professionnelles habituelles s'en trouvent également modifiées : horaires de restauration différés, installation de brumisateurs, ou bâches protectrices.

Céilia Gasquet-Blanchard

L'approche géographique de ces espaces éclaire sur les modalités (relations et enjeux) de l'exercice du pouvoir, notamment municipal et régional, au sein de l'espace urbain autour de la question de l'accueil. Cette question se lit jusque dans la localisation et l'insertion dans le tissu urbain et l'architecture de ces centres humanitaires Porte de la Chapelle et à Ivry.

Nous développons cette question à travers les imbrications d'échelles observées, qui structureront notre propos : dans une première partie, nous montrons que la localisation de ces centres d'accueil dans l'espace urbain traduit certains enjeux des politiques publiques ; dans une seconde partie, nous évoquons l'organisation spatiale interne des centres et les aménagements. Cet aspect souligne une gestion par la logique de l'urgence et un impensé de l'accueil. Enfin, dans une troisième partie nous montrons que l'insertion de ces centres d'accueil, dans le tissu urbain alentour éclaire la manière dont les autorités accompagnent (en favorisant ou en entravant) le tissage des liens entre ces centres humanitaires et le tissu urbain. De cette insertion du bâti, dépend celle de ses habitants

1. Des contextes politiques différenciés au cœur de territoires urbains

Les deux centres s'inscrivent dans des espaces urbains différents mais présentant des similarités : les terrains qui leur ont été consentis sont des interstices urbains situés dans des quartiers populaires.

1.1. L'ancienne gare de fret de La Chapelle : centre de premier accueil ou campus universitaire ?

En vue de faire face à un nombre croissant de personnes en errance* et vivant dans des campements de rue à Paris, la Ville de Paris avait réquisitionné, auprès du Campus Condorcet Paris-Aubervilliers Cité des humanités et des sciences sociales[3], le terrain d'environ un hectare de l'ancienne gare de fret de la Chapelle pour y construire un centre humanitaire. Le CPA (Centre de Premier Accueil) ou Centre Humanitaire Paris-Nord, géré par Emmaüs Solidarité a donc ouvert ses portes en novembre 2016, par un portage financier réunissant la Ville de Paris et l'État pour accueillir « inconditionnellement » tous les primo-arrivants. Pourtant le Centre Humanitaire Paris-Nord sera démonté fin février 2018[4]. Situé dans l'extrême Nord du 18ème arrondissement de Paris (figure 1), entre les boulevards des maréchaux, d'anciens rails, le boulevard périphérique et l'entrée de l'autoroute A1, le CPA est localisé au cœur d'un quartier dont l'ensemble des espaces sont classés en « Politique de la Ville » (Porte Montmartre, Porte des Poissonniers – Moskova, Porte de La Chapelle – Charles Hermite).

Figure 1 : Le CPA construit au cœur de cinq quartiers prioritaires de la Politique de la Ville
Quartiers de la Porte de La Chapelle – Charles Hermite, Porte Montmartre – Porte des Poissonniers – Moskova, La Chapelle – Évangile, Plaine Trezel Chaudron, et Michelet Les Puces Debain



Sources : enquêtes de terrain et <http://sig.ville.gouv.fr/>
 Conception, recherches et photographies au sol : Clélia Gasquet-Blanchard, 2017
 Réalisation : C. Gasquet-Blanchard et J.-B. Bouron, Géoconfluences, 2018.

Encadré 3. Quartiers prioritaires de la politique de la ville (2014-2020)

« Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (2014-2020) sont issus d'un zonage de la [loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine](#) promulguée le 21 février 2014 qui réforme la géographie prioritaire de la politique de la ville en se basant sur un critère unique, celui du revenu, la méthode d'identification des nouveaux quartiers prioritaires repère les zones de concentration urbaine de population à bas revenus selon deux références : le décrochage, d'une part, par rapport aux revenus de l'agglomération dans laquelle se situe le quartier et, d'autre part, par rapport aux revenus de la France métropolitaine. Elle aboutit ainsi au repérage d'environ 1 300 quartiers de plus de 1 000 habitants, situés dans les agglomérations métropolitaines de plus de 10 000 habitants. Une géographie unique a remplacé les Zus et les Cucs par les seuls quartiers prioritaires ».

Source : *Système d'information géographique de la politique de la ville*, <http://sig.ville.gouv.fr/>

Cet espace en pleine restructuration et aux indicateurs soulignant une situation très défavorisée nous renseigne sur la précarité des populations y résidant (tableau 1).

Tableau 1 : Situation sociodémographique des quartiers prioritaires observés autour de la Porte de la Chapelle (Porte Montmartre - Porte des Poissonniers – Moskova et Porte de La Chapelle – Charles Hermite)

	Porte Montmartre – Porte des Poissonniers – Moskova	Porte De La Chapelle – Charles Hermite	Ville de Paris (a)
Part des ménages imposés	46,6 %	37,2 %	71 %
Part des familles monoparentales parmi les ménages	18,6 %	15,7 %	8 %
Part des ménages de 5 personnes et plus	13,4 %	16,8 %	2,5 %
Part des ménages locataires	94,8 %	n. d.	61,6 %
Part des ménages dont l'origine principale du revenu déclaré repose sur des indemnités de chômage	5,7 %	6 %	n. d.
Taux de pauvreté (au seuil de 60 %)	35,8 %	39,3 %	16 %
Taux de bas revenus déclarés (au seuil de 60 %)	51 %	54,6 %	n. d.

Source : Secrétariat général du CIV - SIG Ville - Insee, 2013, <http://sig.ville.gouv.fr/>
(a) Chiffres pour Paris : Insee 2014.

Devant le CPA, les primo-arrivants ne pouvant pas entrer attendent alentour. Ces quartiers très défavorisés deviennent alors lieu de campements de rue*, notamment sous les ponts et rails et dans chaque interstice urbain le permettant (pelouses des pentes du périphérique par exemple). Ces campements de fortune sont régulièrement délogés par les forces de l'ordre. Un campement* rom, aux allures de bidonville*, est installé sur les rails de l'ancienne petite ceinture.

Figure 2. Une entrée contrôlée et soumise à un parcours balisé



Aux abords du CPA, porte de La Chapelle, les espaces apparaissent fragmentés, de fait, par les travaux en cours, mais aussi plus insidieusement, par la présence permanente de cars de CRS (photographie 1) et patrouilles de police, devant la bulle et alentours, ou par les barrières Vauban qui orientent la file d'entrée des primo-arrivants (photographie 2) autant qu'elles empêchent l'installation de campements de rue devant le CPA, ou des bénévoles renseignent les personnes qui se présentent et en contrôle l'accès. Ces campements aux abords du CPA existent comme l'illustre la photographie 3 ou l'on voit des personnes assises sur le terreplein central du carrefour de la porte de la Chapelle, au troisième plan, on distingue du linge qui sèche. (Clichés de Clélia Gasquet-Blanchard, juin 2017)

Cette localisation du CPA indique une volonté des autorités de maintenir ce projet dans un « entre-deux » (Rougé, Le Gall 2014), au cœur de l'Île de France en même temps qu'en marge de la capitale, en le situant sur un terrain disponible dans l'urgence en vue d'une réponse rapide à la « crise migratoire ». Dans la mesure où ce terrain appartient à la ville de Paris en vue de la construction du Campus Condorcet, il est donc rapidement réquisitionnable sans pour autant garantir la pérennité de cet espace.

1.2. Ivry : les bassins d'une usine des eaux de Paris comme soubassement du centre d'hébergement d'urgence pour familles primo-arrivantes

La situation au CHUM d'Ivry est très différente. Toute personne hébergée dans ce centre humanitaire y arrive accompagné par transfert depuis le CPA. Le CHUM est situé sur les bassins de l'usine des eaux de Paris (appartenant à la ville de Paris) au cœur de la commune d'Ivry-sur-Seine. Le lieu cédé à la Ville de Paris s'étend sur 4 800 m². Le CHUM est financé à 80 % par la Mairie de Paris et 20 % par l'État. Le CHUM ne s'en trouve pas moins dans un quartier plutôt défavorisé (Tableau 2).

Tableau 2 : Situation sociodémographique des quartiers Politiques de la ville observés à Ivry
(Gagarine et Ivry Port)

	Gagarine	Ivry Port	Ville de Paris (a)
Part des ménages imposés	43,1 %	43,2 %	71 %
Part des familles monoparentales parmi les ménages	16,4 %	12,4 %	8 %
Part des ménages de 5 personnes et plus	11,6 %	18,2 %	2,5 %
Part des ménages locataires	81 %	84 %	61,6 %
Part des ménages dont l'origine principale du revenu déclaré repose sur des indemnités de chômage	n. d.	5,6 %	n. d.
Taux de pauvreté (au seuil de 60 %)	36,5 %	46,7 %	16 %
Taux de bas revenus déclarés (au seuil de 60 %)	49,3 %	55,4 %	n. d.

Source : Secrétariat général du CIV - SIG Ville - Insee, 2013, <http://sig.ville.gouv.fr/>
(a) Chiffres pour Paris : Insee 2014.

Bien que populaires, les alentours directs du CHUM ne sont pas classés en quartier prioritaire de la Politique de la Ville. Situé dans une zone industrielle notamment côté Seine (photographie 4) et plus enclavé que le CPA en terme d'accès aux transports en commun, le CHUM se situe néanmoins à proximité directe d'une promenade en bord de Seine, de bâtiments d'habitation, de commerces et de différentes commodités (restaurants, crèche, etc.) (figure 3), permettant de se projeter plus facilement dans une vie de quartier.

Figure 3 : LE CHUM construit à proximité des quartiers prioritaires Gagarine et Ivry Port



Sources : enquêtes de terrain et <http://sig.ville.gouv.fr/>
Conception et recherches : Clélia Gasquet-Blanchard, 2017
Réalisation : C. Gasquet-Blanchard et J.-B. Bouron, *Géocofluences*, 2018

Photographie 4



On distingue en arrière-plan, derrière deux bâtiments industriels, le CHUM d'Ivry en bois clair, notamment le toit d'une yourte et les quartiers d'habitation. (Cliché : Clélia Gasquet-Blanchard, juin 2017)

La situation est toute différente du CPA : la ville de Paris externalise sur un de ses terrains l'accueil des familles primo-arrivantes au sein du territoire municipal d'Ivry tout en finançant, avec l'État, le projet ; cela aux conditions posées par la ville d'Ivry (que les travailleurs du centre soient des habitants de la

commune et que le centre d'accueil puisse héberger 50 personnes roms vivant dans des campements de rue à Ivry). Administré par Emmaüs Solidarité, le CHUM a ouvert partiellement en janvier 2017. L'ensemble des bâtiments a été livré en février 2017. Sa capacité d'accueil est d'environ 350 personnes, (femmes seules, avec enfants, ou familles primo-arrivantes*). Celles rencontrées durant notre terrain sont majoritairement originaires d'Afrique Subsaharienne et d'Asie Centrale.

1.3. Le CPA, Porte de la Chapelle et le CHUM d'Ivry : Espaces ségrégués, espaces intégrés ?

La localisation du CPA et du CHUM illustre un processus « *de gestion spatiale d'une population* » et comment cette gestion (logement en périphérie, dans des zones industrielles), traduit un dispositif au cœur de la politique migratoire (Bruslé, 2015), notamment dans le contrôle de celle-ci que caractérise l'approche « hotspot » (Babels, 2017) des politiques européennes. Cette dernière s'illustre notamment par cette « *tendance croissante à sécuriser la gouvernance de l'immigration, à minorer la spécificité des flux de réfugiés et à recourir à une législation d'urgence pour gérer les migrations.* » (Bassi, 2015). Le CPA en est un exemple probant par la procédure même de réquisition du terrain et sa fermeture prochaine qui montre une réaction dans l'urgence et un impensé de long terme pour une question sociale et politique pourtant loin d'être résolue. **Cette organisation de l'espace et des procédures participe à assigner le devenir des primo-arrivants.** En effet, leur statut d'hébergé au sein de ces structures n'est que temporaire et caractérise ces individus à un moment de leur parcours. Cet accueil reste temporaire et induit une dépossession des populations de la maîtrise du temps (Le Courant, 2014). Par ailleurs, « *aucun de ces choix ne coïncide avec celui des exilés, non consultés à ce propos les niant comme sujet* » (Vollaire, 2016). À cette tendance s'associe celle d'assimilation des différents statuts (étrangers en situation irrégulière, demandeurs d'asile, etc.)

2. Des temporalités de l'accueil différenciées à l'image de l'aménagement de ces centres humanitaires (quelles appropriations possibles de l'espace ?)

La situation des deux centres d'hébergement interroge sur les temporalités de l'accueil et aménagement des lieux.

2.1. Le CPA, un espace hors sol

Le CPA s'organise selon deux types d'accueil :

- Un accueil de jour dit inconditionnel sous la Bulle (photographie 5), et qui permet d'orienter les personnes, et notamment les femmes seules et familles vers le CHUM d'Ivry, un hébergement en hôtel, ou tout autre CHU (Centre d'hébergement d'Urgence).
- Un centre humanitaire de premier accueil pour les hommes seuls, pour une durée de 5 à 10 jours, sans renouvellement possible, dispose d'environ 400 places sur une surface de 10 000 m²: la halle d'hébergement.

Au sein de ce centre humanitaire, le pôle santé, administré par le Samu Social de Paris, est localisé à proximité de la Bulle. **Depuis novembre 2016, plus de 11 491 personnes ont été hébergées dans la Halle, 5 000 bilans infirmiers et 3 700 consultations médicales ont été réalisés par le pôle santé du Samu Social de Paris Nord** (Samu Social de Paris, Rapport interne 2017).

La Bulle comme le pôle santé, construits dans une enfilade de conteneurs, font miroir à la politique d'accueil de court terme de ce centre de transit (photographies figure 4) et apparaissent en opposition avec la Halle, seul vestige « en dur ».

Figure 4. Signifier le provisoire par le choix des matériaux

Photographie 5

Photographie 6



Photographie 7



Photographie 8



Ces espaces sont construits entièrement avec des matériaux démontables. Dans la Bulle, l'accueil dit « inconditionnel » s'effectue également dans des conteneurs (photographie 6). Après avoir pris un ticket, vient l'entretien qui détermine si l'on sera hébergé ou bien réorienté vers une autre structure. Les locaux, dans une ancienne gare de fret aux murs jonchés de tags et de graffs, soulignent l'abandon par les pouvoirs publics de cet espace. Cela rappelle aussi sa démolition prochaine en vue de la construction de bâtiment du Campus Condorcet (photographie 7), malgré la présence d'une halle d'hébergement d'urgence au sein du bâtiment. Les chambres sur pilotis de contreplaqué, dont l'entrée est protégée par des bâches (photographie 8), rappellent l'idée d'une construction hors sol. Clichés de Clélia Gasquet-Bianchard, juin 2017.

Le plan de la halle (figure 1) montre une organisation des quartiers par couleurs, pour permettre aux personnes de se repérer. Pourtant, à l'intérieur de la halle hébergement, l'architecture et les matériaux utilisés renvoient au sentiment d'un espace hors sol.

L'un des arguments pour justifier du caractère démontable de la structure est la fragilité de la gare de fret qui ne pouvait pas supporter le poids conséquent de matériaux plus pérennes. De fait, la halle d'hébergement s'étale sur deux étages, mais elle n'a pas pu être construite sur l'ensemble de la structure, comme initialement prévu. Cette situation souligne une fois encore l'impensé de long terme autour de ce centre d'accueil qui aurait potentiellement pu accueillir un nombre plus important d'homme seuls.

La faible appropriation des espaces qui en résulte se donne aussi à voir via une ségrégation de fait s'opérant entre les groupes pratiquant quotidiennement le centre d'accueil.

Figure 5. Des espaces faiblement appropriés

Photographie 9

Photographie 10

Photographie 11



Photographie 12



Photographie 13



Photographie 14



Pour les hommes qui résident dans les chambres de quatre (photographie 9), des équipements ont été installés mais l'appropriation du lieu par les hébergés (pour quelques jours) apparaît difficile au moment de nos observations.

Des pochoirs géants de couples « migrant-accueillant » sous un parapluie, dont on postule que le thème est celui de la mise à l'abri, apparaissent en décalage total avec ce lieu hors sol. Ils ont parfois été collés sur d'anciens tags (photographie 10). Même les arbustes n'ont pas été plantés (photographie 11). De même, les équipements sportifs, qu'il s'agisse des cages mobiles de football pour enfants installées sous la Bulle alors qu'il y fait 52 C° (photographie 12), ou bien des équipements de type parcours sportif (vélo, aîères... photographie 13) ou équipement collectif (ping-pong, babyfoot, photographie 14) ne semblent pas appropriés par les hommes hébergés au moment de nos visites. Clichés de Clélia Gasquet-Blanchard, juin 2017.

Figure 6. Des espaces favorisant la ségrégation

Photographie 15



Photographie 16



Photographie 17



Primo-arrivants, bénévoles et chercheurs se côtoient tout en constituant des groupes séparés qui se rencontrent dans des espaces dédiés mais qui se mélangent difficilement hors de ces cadres (photographies 15 et 16). De manière plus visible, on distingue entre le premier étage de la Halle et le rez-de-chaussée, un inter-étage climatisé et équipé de double vitrage qui héberge les locaux de

l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) (photographie 17). Clichés de Clélia Gasquet-Blanchard, juin 2017.

Cette ségrégation des espaces participe à la destitution des identités humaines des primo-arrivants, à qui l'on rappelle constamment l'éminence de leur départ. De plus, ces dispositifs participent à rappeler des phénomènes de « permanence de la catastrophe, urgence sans fin, mise à l'écart des « indésirables », dispense de soins conditionnée par le contrôle, le filtrage, le confinement ! » (Agiar 2008). Ce phénomène rappelle l'urgence des interventions des humanitaires qui s'opposent pourtant à la lenteur des temporalités nécessaires aux primo-arrivants (souffrance, ennui, mélancolie, tissage de nouveaux liens...) (Agiar, 2013). Cette nécessité se donne à voir dans l'isolement de certains hébergés qui se mettent volontairement en retrait dans certains espaces du CPA justement hors des structures hors-sol construites, illustrant la nécessité de s'isoler. Ces processus d'appropriation du lieu de vie, aussi éphémère soit-il, ont été montrés par Céline Bergeon (2014) qui décrit par l'analyse du squat comment l'habitat précaire et temporaire apparaît néanmoins comme ressource pour les primo-arrivants, en terme d'« être au monde » et de quotidienneté (créer un chez soi).

Figure 7. Créer un chez soi dans un hébergement collectif



Photographies 18 et 19 : *La nécessité de s'isoler est ici illustrée par cet homme à l'écart, dans un espace non aménagé de la Halle, ou cet autre homme regardant son téléphone sur un banc près du « patio » à l'entrée du 1er étage de la Halle. Clichés de Clélia Gasquet-Blanchard, juin 2017.*

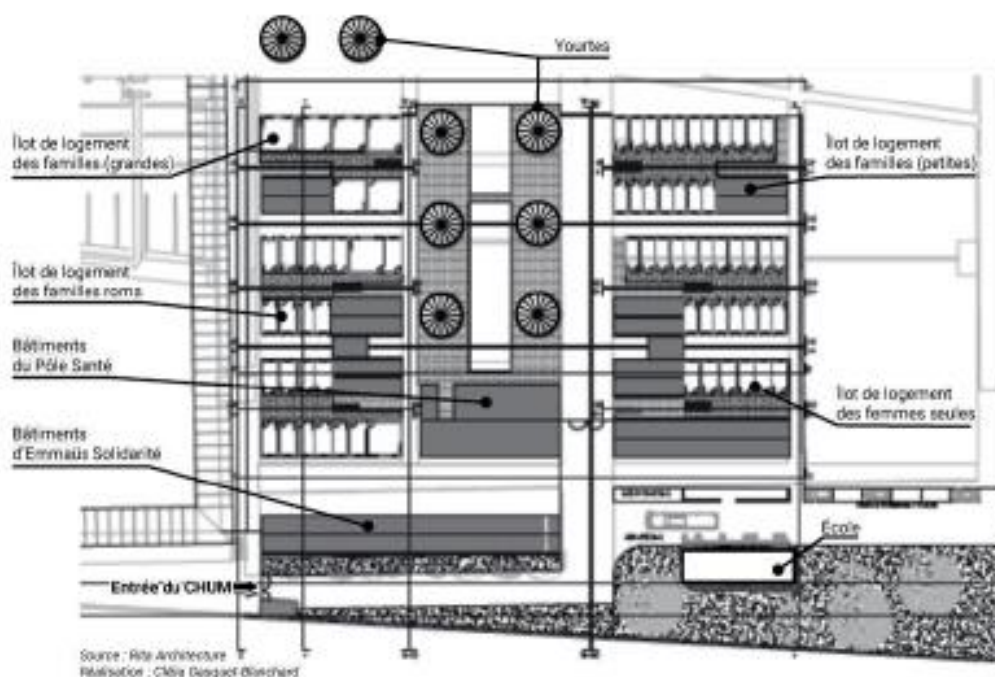
Si au CPA, la structure du centre ne semble pas permettre la prise en compte de ces temporalités de moyen et de long terme, au CHUM d'Ivry, la pérennité de la structure permet une appropriation des lieux, plus chaleureux, qui autorise un tissage des liens.

2.2. À Ivry, un accueil à moyen terme dans une structure pérenne

Le CHUM d'Ivry est composé de six îlots d'hébergement avec des appartements en bois, chauffés. Il se veut être conçu comme un village dont les îlots (figure 8), construits sur pilotis, (en raison du caractère inondable de la zone), sont disposés autour de yourtes, espaces de convivialités, et de repas. À l'intérieur de ces blocs, les logements sont modulables en fonction du nombre de personnes accueillies dans les logements (allant de 12 m² à 45 m², selon la structure familiale des personnes hébergées).

Figure 8. L'organisation spatiale du CHUM d'Ivry

Une structure en îlots d'hébergements répartis autour de yourtes :



Photographie 20



Photographie 21



Photographie 22



Photographie 23



Photographie 24



Photographie 25



De part et d'autre de l'allée centrale minérale du CHUM d'Ivry, qui devient fréquemment un terrain de foot pour les enfants qui y sont hébergés, les yourtes sont construites en regard des îlots d'hébergement (photographie 20). Durant la canicule de juin 2017, le long du pôle santé, les habitantes cherchent l'ombre en ce jour de ramadan (photographie 21 et 22), entre les deux photos

prises à quelques jours d'intervalle, des bâches pour ombrager le site ont été installées, prenant en considération les pratiques habitantes des lieux. À l'intérieur des yourtes, espaces collectifs de restauration et de convivialité, les coloriages des enfants ont été affichés pour égayer les lieux (photographie 23). Les coursives entre les îlots d'habitation sont appropriées par les familles qui sortent des chaises devant leur logement pour discuter entre voisins (photographie 24). L'aménagement de bacs pour la plantation de fleurs et de plantes aromatiques s'oppose aussi aux arbustes observés au CPA (photographie 25). Clichés de Clélia Gasquet-Blanchard, juin 2017.

Les familles y sont donc accueillies pour des durées pouvant aller de quelques semaines à plusieurs mois. Elles sont ensuite transférées dans des CADA (Centre d'accueil pour Demandeurs d'Asile) sur l'ensemble du territoire national.

Comme au CPA, au sein de ce centre, le Samu Social de Paris a la responsabilité d'un pôle santé qui structure le premier pas vers l'accès aux soins pour les familles résidant dans le CHUM. C'est un lieu de consultation de santé primaire au cœur du CHUM qui a ouvert ses portes mi-février 2017. Il est perpendiculaire aux différents blocs d'habitation et est de fait le premier bâtiment vers lequel les populations ont accès, puisque situé en amont des bureaux d'Emmaüs. Au moment de l'enquête, le pôle santé est en train de se structurer, son activité se développe au fur et à mesure de l'identification des besoins des populations accueillies sur le site. Depuis son ouverture en février 2017, le CHUM d'Ivry a déjà accueilli 105 femmes enceintes, dont 23 ont accouché durant leur séjour au CHUM (Samu Social, Rapport interne, 2017). Dans ce contexte, un accent particulier a été mis par le Samu Social de Paris sur les soins périnataux. Les acteurs partenaires de l'extérieur (maternités alentours) ou intervenant au sein du pôle santé d'Ivry sont nombreux (entre autre Médecins du Monde, la Protection maternelle et infantile, etc.).

Cette organisation des soins, structurée au fur et à mesure de l'identification des besoins des populations, illustre les enjeux de l'accueil de moyen terme, autour d'une prise en charge médico-sociale de qualité. En effet, s'appuyant sur le milieu associatif et le dispositif de droit commun, le pôle santé structure une offre de soin de proximité particulière, car localisée à l'intérieur du CHUM d'Ivry et due à une intervention pluri-institutionnelle associative et de service public. Ce dispositif (pilote pour le Samu Social) induit une réflexion sur la prise en charge sanitaire de l'ensemble des personnes prises en charge par le Samu Social de Paris, puisque le pôle santé permet aux personnes un accès aux soins rapide.

2.3. Temps court et temps long, quand l'organisation spatiale donne à voir les temporalités et contraintes de l'accueil

La comparaison entre le CHUM et le CPA informe sur l'importance des temporalités de l'accueil qui participent à contraindre l'investissement des lieux par les populations qui y sont accueillies.

Par ailleurs, cette différenciation s'observe aussi au travers de la contrainte qui est faite des mobilités vers ces structures. Hors de ces choix, les possibilités sont maigres et soulèvent la question de mobilités contraintes. Effectivement, « la non fixité du domicile provient aussi des choix politiques, législations et règlements eux-mêmes. Pour celles et ceux qui ne désirent pas particulièrement "vivre à la rue", c'est-à-dire l'immense majorité, les possibilités d'accueil ou hébergement sont en effet très limitées » (Orfeuil, Ripoll, 2015). **Les interdictions y sont d'ailleurs telles (interdiction de visite, de conjoint, d'y consommer de l'alcool, de cuisiner...) que certains préfèrent dormir à la rue ou trouver d'autres alternatives (squat, campement...).** On interroge dans une dernière partie, à travers les observations effectuées le lien, pour les personnes hébergées, entre ces centres et la ville.

3. Quels liens avec la ville ?

Les centres d'accueil ne sont pas des isolats géographiques, ils sont en relation avec leur environnement.

3.1. Le CPA, construit au milieu du très populaire quartier de La Chapelle

Régulièrement, des campements de rue s'organisent autour du CPA, régulièrement ils sont évacués par la police (notamment en août 2017) et se reforment de fait en raison de l'impossibilité du CPA et

des autres dispositifs mis en place sur le territoire national d'accueillir l'ensemble des primo-arrivants. Des collectifs de riverains très actifs leur apportent une aide. Néanmoins, on observe aux alentours du CPA des primo-arrivants invisibilisés, et des forces de l'ordre constamment présentes pour empêcher les installations et donc leur visibilité. Ce phénomène s'observe jusque dans les entraves spatiales faites pour empêcher toute installation.

Figure 9. L'appropriation des lieux hors du CPA

Photographie 26



Photographie 27



Photographie 28



S'il y a bien une appropriation de l'espace, elle s'insère aux confins des espaces urbains et tout est fait pour l'entraver, comme l'illustrent les photographies 26 et 28. De grosses pierres ont été disposées sous les voies pour éviter l'investissement des espaces protégés des intempéries (photographie 31), des barbelés sont installés devant chaque grille qui pourrait être escaladée pour accéder à un morceau de pelouse (photographie 26). L'appropriation se réduit donc à une présence éphémère, comme les restes d'un campement de fortune, sous cette rambarde de pont jouxtant le périphérique, où une femme a tenté de s'abriter pour la nuit (photographie 28). Cette appropriation existe également plus au cœur de la ville comme ici le long du tram, entre la porte d'Aubervilliers et la porte de La Chapelle où l'on distingue deux corps de personnes au petit matin dormant encore sur des bouches d'aération propulsant de l'air chaud (photographie 27).

Elle existe aussi dans une démarche active de la part des hébergés comme le soulignent, au crayon rouge, les dessins d'un homme tenant un parapluie entre deux collages (photographie 29) ou cet oiseau (photographie 30). Ils illustrent cette nécessité de laisser une trace en se réappropriant l'existant, une manière d'encre sa singularité et son passage dans cet « entre-deux » de transit. Clichés de Clélia Gasquet-Blanchard, juin 2017.

Photographies 29 et 30 :

Clichés de Clélia Gasquet-Blanchard, juin 2017.



Cette appropriation souligne une territorialisation de l'espace public par sa transformation en espace intime par les personnes à la rue, non hébergées (Zeneidi-Henry, 2008). Cette appropriation territoriale a un effet sur les pratiques urbaines alentours (évitement, contournement, ou mobilisation et visite par les riverains, répression par les forces de l'ordre), ce qui montre qu'elles perturbent l'ordre social et qu'elles ne sont pas tolérées par les autorités qui usent de stratégies pour empêcher les installations dans l'espace public (photographie 28), comme cela a été très récemment médiatisé par la Fondation Abbé Pierre (*Le Monde*, 07/12/2017).

L'appropriation fine des espaces interroge des processus observables à l'intérieur du CPA malgré les temporalités courtes de l'accueil. Tristan Bruslé (2015) souligne que l'appropriation des travailleurs migrants, notamment de leur dortoir, est indispensable pour en faire un espace de résistance face à la dépersonnalisation qui est faite de leur identité. On observe effectivement les traces de certains passages soulignant la nécessité de marquer les lieux où l'on passe et où on a existé/résidé.

3.2. Au CHUM, un investissement des lieux envisageable en raison de temporalités différenciées

À Ivry, des liens se développent avec la ville. On observe différents cas de figure pour les personnes résidant dans le CHUM. En effet, certaines personnes évoquent peu de déplacements en raison de contraintes budgétaires, des transports en commun, d'autres ne sortent que peu du CHUM, par peur. Inversement, certains se promènent dans Ivry, le long des quais qui bordent le CHUM se rendant à Paris, notamment Gare du Nord – un lieu fréquemment évoqué – pour retrouver des compatriotes ou regarder les boutiques. Il semble que l'espace social extérieur au CHUM puisse être approprié en fonction de facteurs individuels, familiaux, contextuels. **Par ailleurs, des sorties collectives sont organisées par le pôle social : fête de la ville, match de football, etc. Ces dernières structurent le lien entre le CHUM et la ville, dans un quartier pourtant en plein aménagement, demandant un réel effort (aux acteurs du CHUM) pour développer et entretenir ce lien.**

Photographie 31



Photographie 32



Photographies 31 et 32: Malgré la construction du CHUM dans une zone industrielle d'Ivry, en plein réaménagement, en été, certains espaces de proximité comme les quais peuvent être appropriés par les résidents du centre. Clichés de Clélia Gasquet-Blanchard, juin 2017.

Dès lors, la pérennité de ces structures interroge les possibilités qui sont offertes aux primo-arrivants en termes d'intégration au sein d'un territoire plus ou moins valorisé par les politiques publiques et de ce fait plus ou moins appropriable par les populations primo-arrivantes accueillies comme riveraines. Le lien de ces structures à la ville, plutôt cloisonné au CPA et plutôt ouvert au CHUM, révèle leur ancrage au sein du territoire urbain et traduit également les faibles (au CHUM) voire nulles (au CPA) possibilités d'établir du lien sur le territoire pour les populations qui y sont accueillies.

Conclusion

Le CPA, comme le CHUM, inscrits dans leurs territoires respectifs et pratiqués, apparaissent comme des « espèces d'espaces ». Comme le souligne Le Gall et Rougé (2014) ces centres et leurs alentours « ne se laissent pas facilement nommer, définir, délimiter, ni dans l'espace, ni dans le temps d'ailleurs. Espaces résiduels ou de ruptures, de jonctions, de transitions, voire de transactions, ouverts, fermés, bâtis, non bâtis ..., présentant des natures, des fonctions, des temporalités, des statuts incertains, flous ». Qu'il s'agisse de leur construction, de leur organisation et de leur possible appropriation par les populations qui y sont accueillies, ou encore leur lien avec la ville, la mise en regard de ces deux centres humanitaires aux portes de Paris nous renseigne sur une politique d'accueil fondée sur l'insuffisance des structures mises en place, et localisées dans des espaces en mutation permettant de garantir l'aspect provisoire de ces structures si besoin au regard de l'évolution de l'aménagement urbain. Les évacuations régulières par les forces de l'ordre des campements de rue aux abords du CPA le rappellent et soulèvent des questions éthiques (traitement des individus, [assignations identitaires](#) imposées aux primo-arrivants). Celles-ci mettent en lumière la juxtaposition de ces statuts identitaires (« hébergés », primo-arrivant à la rue) selon des temporalités, illustrant la précarité des statuts. Ces situations interrogent sur les intrications existant entre le social et le spatial. En effet, « la réflexion sur le socio-

spatial invite à examiner les rétroactions que le spatial exerce sur le social. Agir directement sur le spatial pour agir indirectement sur le social, c'est ce que peut l'aménagement, entendu comme mise en cohérence de l'organisation du territoire avec un projet de société » (Bret, 2010). Penser alors l'aménagement des espaces d'accueil dans le temps long permettrait de penser un accueil de moyen, voire de long terme pour permettre aux primo-arrivants de trouver des repères, de localisation et d'aménagement, suffisant pour répondre à une possible intégration sociale.

Bibliographie

- Agier, Michel, 2008, *Gérer les indésirables : des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Flammarion, Paris, 350 p.
- Agier, Michel, 2013, « [Espaces et temps du gouvernement humanitaire](#) », *Pouvoirs* 2013/1 n° 144, p. 113-123.
- Babels (collectif), 2017, *De Lesbos à Calais : Comment l'Europe fabrique des camps*, Le passager clandestin, 51 p.
- Bassi, Marie, 2015, « [Politiques de contrôle et réalités locales : le cas du centre d'accueil \(pour demandeurs d'asile\) de Mineo en Sicile](#) », *L'Espace Politique* 25 – 1.
- Bergeon, Céline, 2014, « [Habiter l'éphémère. Le squat comme lieu de vie et comme ressource dans les parcours de migrants internationaux](#) », ESO Travaux et Documents no. 37, juin 2014, p.7-15 [PDF]
- Bret Bernard, Gervais-Lambony Philippe, Hancock Claire, Landy Frédéric, 2010, *Justice et injustices spatiales*, Presses Universitaires de Paris-Ouest, coll. Espace et Justice, 315 p.
- Bruslé, Tristan, 2015, « [Habiter un camp de travailleurs. Appropriation, usages et valeurs du dortoir en milieu contraint](#) », *Annales de géographie* 2015/2 : 702-703, p. 248-274.
- Dedenis, Julien, 2006, « [La territorialité de l'espace des camps des réfugiés sahraouis en Algérie](#) », BAGF 83e 2006-1 (mars). Territoires d'exil : les camps de réfugiés. p. 22-34.
- Destremeau, Blandine, 1994, « L'espace du camp et la reproduction du provisoire : les camps de réfugiés palestiniens de Wihdat et de Jabal Hussein à Amman », in Bocco R. et Djalili M. (dir.) : *Moyen Orient : migrations, démocratisation et médiations*, Paris, PUF, p. 83-89.
- Formanier, Monique, 2003, « [Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité](#) », *Recherche en soins infirmiers* n° 75, décembre 2003, p. 15-20 [pdf].
- Galitzine-Loumpet, Alexandra, 2016, « [La mobilité immobile : exil et dispersion](#) », communication in *Les rendez-vous métropolitains*, décembre 2016, Université Paris-Descartes.
- Lecourant, Stefan, 2014, « [Être le dernier jeune. Les temporalités contrariées des migrants irréguliers](#) », *Terrain*, n° 63, p. 38-53.
- Le Gall, Julie et Rougé, Lionel, 2014, « [Oser les entre-deux !](#) », *Carnets de géographes* [En ligne], 7 | 2014, mis en ligne le 01 décembre 2014.
- Legros, Olivier, 2010, « [Les pouvoirs publics et les grands "bidonvilles roms" au nord de Paris, \(Aubervilliers, Saint-Denis, Saint-Ouen\)](#) », *EspacesTemps.net*, Travaux, 27 septembre 2010.
- Levy-Vroelant, Claire, 2006, « [Migrants et logement?: une histoire mouvementée](#) », *Plein Droit*, n° 68, avril 2006.
- Orfeuil, Jean-Pierre et Ripoll, Fabrice, 2015, *Accès et mobilités les nouvelles inégalités*, Infolio, Archigraphy Poche – Futurs urbains, 211 p.
- Sauvaire, Marion, 2001, « [De l'exil à l'errance, la diversité des sujets migrants](#) », *Amerika* 5 | 2011, mis en ligne le 20 décembre 2011.
- Séchet, Raymonde, 2004, « [Quand le risque et l'urgence cachent les vulnérabilités et les inégalités...](#) » in Séchet R., Veschambre Vincent (dir.), *Penser et faire la géographie sociale, contribution à une épistémologie de la géographie sociale*, 2004, PUR, p. 117-132.
- Schreyers, Louise, 2017, « [Le jardin et la tente : "habiter" un camp de réfugiés](#) », image à la une de *Géoconfluences*, mars 2017.
- Vollaire, Christiane, 2016, « [Immobiliser les migrants : les enjeux d'un oxymore](#) », in *Les rendez-vous métropolitains*, décembre 2016, Université Paris-Descartes.
- Zeneidi-Henry Djemilia, 2008 « ["Ce n'est pas nous qui sommes à la rue, c'est la rue qui est à nous." Pour une autre lecture de l'espace à partir des modes d'appropriation des espaces publics par les sans domicile fixe](#) » in Séchet R., Garat I., Zeneidi D. (dir.) *Espaces en transaction*, PUR coll. Géographie Sociale, 359 p., p. 269-278.

Webographie

- Sur les bidonvilles : Alexandre Nicolas, « Les bidonvilles dans l'espace urbain », [blog Le-Cartographe.net](http://blog.Le-Cartographe.net)

- Actualité de Médecins du monde à la Porte de La Chapelle : « [La chasse à l'homme perdue](#) »
- [Blog du collectif militant La Chapelle en Lutte](#)
- Blog de recherche [Les non-lieux de l'exil](#)
- Un numéro spécial du *Bulletin de l'association des géographes français* : Véronique Lassailly-Jacob (dir.) « [Territoires d'exil : les camps de réfugiés](#) » ; BAGF, 83e année, 2008-1 (mars).

[1] Les astérisques renvoient aux définitions des termes de l'encadré 1

[2] FranceTVinfo, « [La préfecture d'Île-de-France va ouvrir trois nouveaux centres pour migrants](#) », 25 novembre 2017

[3] <https://www.campus-condorcet.fr/>

[4] « [Porte de la Chapelle : Paris s'engage à mettre le terrain à disposition du Campus à l'été 2018](#) », page sur le site du Campus Condorcet, 12 juillet 2017.

Clélia GASQUET-BLANCHARD
maîtresse de conférences en géographie au département SHS, EHESP, UMR CNRS ESO,
Laboratoire Rennes 2
Mise en web : Jean-Benoît Bouron

(10) EXTRAITS : Clélia Gasquet-Blanchard, Anne-Cécile Hoyez, Ana Millot, 2019, La prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg. [Rapport de recherche] UMR ESO 6590 CNRS. 2019
[halshs-03016990](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03016990)



**La prise en charge des femmes enceintes récemment
arrivées en France. Approche comparative
Rennes-Strasbourg**

Clelia Gasquet, Anne-Cécile Hoyez, Ana Millot

► **To cite this version:**

Clelia Gasquet, Anne-Cécile Hoyez, Ana Millot. La prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg. [Rapport de recherche] UMR ESO 6590 CNRS. 2019. halshs-03016990

HAL Id: halshs-03016990

<https://shs.hal.science/halshs-03016990>

Submitted on 20 Nov 2020

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.

RAPPORT DE TERRAIN

LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES
RÉCEMMENT ARRIVÉES EN FRANCE.
APPROCHE COMPARATIVE RENNES - STRASBOURG.

Conduit dans le cadre de l'ANR MIGSAN « Migrations et santé : expériences de la
santé et trajectoires de soins des primo-arrivants en France ».

GASQUET-BLANCHARD Clélia

HOYEZ Anne-Cécile

MILLOT Ana

Décembre 2019

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	3
REMERCIEMENTS	3
CONTEXTE ET OBJECTIFS.....	4
1. ENTRE L'UNIVERSEL ET LE SINGULIER : LES ENSEIGNEMENTS DE LA COMPARAISON DE DEUX PASS	6
1.1. LA PASS DE RENNES.....	6
1.2. LA PASS DE STRASBOURG	8
1.3. DES REGISTRES COMMUNS MAIS DEPLOYES DANS DIFFERENTES FORMES A L'ECHELLE LOCALE	10
1.4. LA CENTRALITE DES PARTENARIATS LOCAUX POUR PENSER UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE.....	12
2. LES TRAJECTOIRES DES FEMMES : RETOURS SUR LEURS EXPERIENCES AUPRES D'UNE MULTIPLICITE DES PROFESSIONNELS	16
2.1. DIVERSITE DES PARCOURS MIGRATOIRES ET SINGULARITE DES EXPERIENCES	20
2.2. LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT.....	24
2.2.1. <i>Points de satisfaction et points aveugles autour de la prise en charge médicale</i>	24
2.2.2. <i>Une prise en charge sociale en nuances : entre satisfaction et incertitudes</i>	30
2.3. VECU DES DIFFICULTES AVANT/APRES GROSSESSE.....	31
2.3.1. <i>Réseau social</i>	31
2.3.2. <i>Logement</i>	34
2.3.3. <i>Difficultés administratives</i>	35
2.3.4. <i>Les difficultés de communication avec les soignants</i>	38
2.4. SYNTHESE	41
3. EXPERIENCES DES PROFESSIONNELS : PLURALITE DES COMPETENCES MOBILISEES, COMPLEXITE DES CONDITIONS D'EXERCICE	43
3.1. L'INTENSITE DE L'EXERCICE EN RESEAUX DE PARTENARIAT	43
3.2. LES RETOMBES SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL	44
3.3. DE LA PERCEPTION D'UN « PUBLIC SPECIFIQUE » A LA MISE EN ŒUVRE DE SOINS DIFFERENCIES	48
3.4. SOIGNER EN SITUATION D'INTERPRETIARIAT	49
4. ANALYSE DES EXPERIENCES DIFFERENCIES PATIENTES/MEDICINS.....	52
4.1. UN REGARD SUR LES CURSEURS EXPERIENTIELS DIFFERENTS.....	52
4.2. PRENDRE EN CHARGE : UN EXERCICE EN TENSION.....	53
4.3. EVALUER LA PRECARITE : UN POINT AVEUGLE DE LA CONSULTATION MEDICALE ?	57
CONCLUSIONS : ENJEUX, DEBATS, LIMITES	60
ANNEXE 1 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE	62
ANNEXE 2 : L'ACCES AU TERRAIN A RENNES	64
ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES FEMMES.....	65
ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES PROFESSIONNELS.....	66
ANNEXE 5 : AFFICHE DE PRESENTATION DE L'ETUDE AUX FEMMES.....	67
5. BIBLIOGRAPHIE	68

Glossaire

AS : Assistante Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

DDCSPP :

PADA : Plate Forme des Demandeurs d'Asile

PASS : Permanence d'Accès aux soins de Santé

PRADO : Programme de retour à domicile des patients hospitalisés

Remerciements

- Anaïk Pian, MCF en sociologie à l'Université de Strasbourg / UMR DYNAMIE, pour la coordination du terrain strasbourgeois et l'accueil des chercheuses
- Les PASS de Rennes et Strasbourg, en particulier : Sarah Obergfell, Geneviève Espinasse, Jérôme Penot, Sophie Pelois, Véronique Peltier-Chevillard, Jean-Marc Chaplain pour leur appui et leur aide inestimable sur le terrain
- Les femmes et les professionnels qui ont dédié du temps aux enquêtrices ou ont accepté leur présence lors des consultations
- Le collectif MIGSAN pour les échanges fructueux



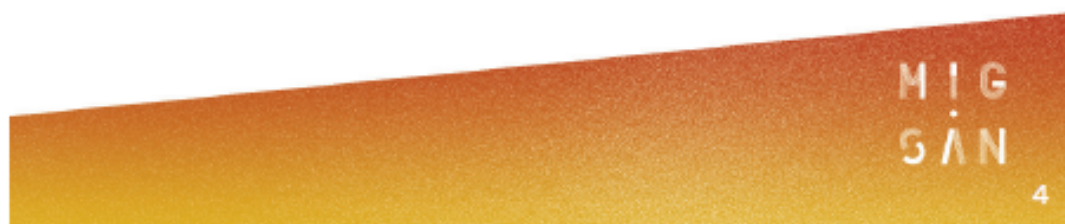
Contexte et objectifs

Ce rapport a pour objectif d'analyser, au travers une recherche qualitative, les spécificités de la prise en charge des femmes migrantes récemment arrivées en France. L'étude se déploie dans deux sites (Rennes et Strasbourg), dans la volonté de prendre en compte les situations des femmes et des professionnels à l'échelle locale. L'objectif de la comparaison est de pouvoir mettre en perspective les fonctionnements des mêmes services publics dédiés aux publics précaires (sur le plan économique mais aussi administratif)¹ mais dans des formes de prises en charge qui diffèrent en raison des spécificités locales, comme l'a exprimé une personnes interrogée dans cette étude :

« [A la PASS] on est au cœur de l'accès aux soins mais aussi de l'accès aux droits. Et c'est l'intérêt » (assistante sociale –PASS).

Ce rapport aborde à la fois le contexte de vie en migration des femmes dans le cadre de leur grossesse ainsi que les conditions d'exercice des professionnels qui les prennent en charge. Il s'inscrit dans le cadre des activités du programme de recherche MIGSAN « Expériences de la santé et trajectoires de soins des primo-arrivants en France » (voir encadré 1). Il a été mené par Ana Millot (diplômée du M2 « Promotion en Santé et Prévention » de l'EHESP et formée initialement aux soins infirmiers), Clélia Gasquet-Blanchard (MCF en géographie à l'EHESP), Anne-Cécile Hoyez (CR CNRS à l'UMR ESO/Université Rennes 2). Toutes trois ont pris en charge la méthodologie de recherche et ont conduit à Rennes et Strasbourg les entretiens auprès de femmes et soignants et travailleurs sociaux, des observations de consultation, entre avril 2018 et avril 2019, en étroite collaboration avec les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) des deux CHU (Centre Hospitalier Universitaire) qui nous ont aidé à entrer sur le terrain et à appréhender les particularités de la prise en charge médicale et paramédicale et sociales de ces femmes.

¹ Comme nous le verrons par la suite, ces dispositifs PASS, rattachés le plus souvent aux structures hospitalières publiques, visent à prendre en charge de manière globale les populations précaires en leur permettant d'avoir un accès aux soins et de les accompagner vers les dispositifs de droits communs existants. Une entrée par la PASS est donc pertinente car cela nous permet de rencontrer des femmes migrantes (cf encadré *infra*), le plus souvent sans couverture sociale, se trouvant sans hébergement et/ou ayant d'importants problèmes financiers.



Encadré 1 : Programme de recherche MIGSAN

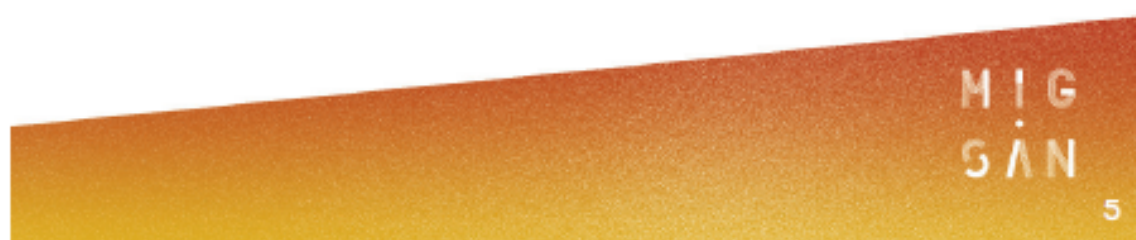
Le programme de recherche MIGSAN, financé par l'ANR (Agence Nationale de Recherche) 2016-2019 et porté par Anne-Cécile HOYEZ, traite des inégalités sociales en se focalisant sur celles qui concernent la santé et l'accès aux soins des primo-arrivants et des dynamiques sociales et spatiales en jeu dans le continuum des soins. Il s'agit d'une réflexion sur les expériences des primo-arrivants et leurs trajectoires de soins, avec l'analyse des pratiques des professionnels prenant en charge ces personnes, notamment la trajectoire de soins en lien avec la grossesse.

A Rennes, les femmes enceintes ou ayant accouché rencontrées lors de cette étude ont toutes été suivies par la PASS du CHU de Rennes. Elles ont accepté de répondre à des entretiens conduits en français, en anglais ou en portugais par les chercheuses (annexe 3 à 5).

A Strasbourg, suite à un imprévu dans l'encadrement des recherches de terrain, l'équipe n'a pas pu mener à bien les objectifs de recueil d'entretiens. Suite à des discussions au sein de l'équipe et avec les équipes médicales et médico-sociales, nous avons privilégié des observations de « consultations PASS » en gynécologie-obstétrique.

Dans les deux villes, les professionnels de santé ont été interrogés, individuellement ou collectivement, par les chercheuses afin de bien comprendre leurs trajectoires personnelles et leurs contextes d'exercice ; des professionnels ont été observés en situation de consultation -incluant les avant/après/entre deux consultations.

Ce protocole de recherche s'est déployé sur une année (avril 2018 à mars 2019), au cours de deux grandes vagues d'enquêtes (printemps/été 2018, puis printemps 2019), entre lesquelles s'est intercalé un séminaire de recherche au cours duquel ont été discutés les résultats de la 1^{ère} vague. Ces échanges ont le statut de matériaux de recherche, car dans ce travail, nous avons souhaité que l'analyse soit collective et inclue la réflexivité des acteurs de terrain, que nous considérons à même de prendre des positions critiques (Boltanski, 2009).



Conclusions : enjeux, débats, limites

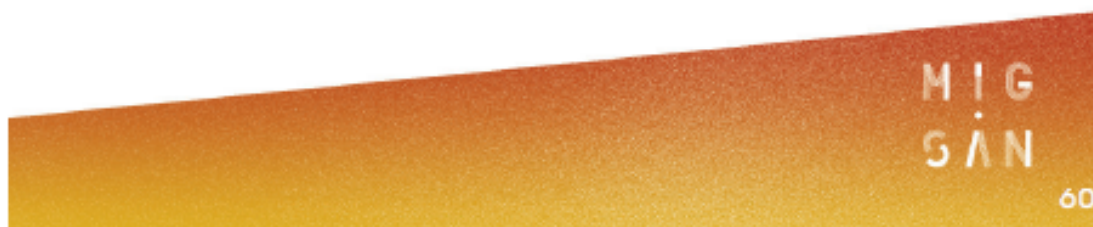
Cette étude fait ressortir que les PASS observées s'imposent comme des dispositifs-clés dans l'orientation des femmes enceintes, à l'interface entre la ville et l'hôpital, le social et le médical. Les femmes suivies par ces deux PASS soulignent leur satisfaction tout au long de leur grossesse, tout en mentionnant des difficultés des ruptures surgissant post-accouchement, où le suivi s'arrête de fait.

Cette étude apporte également une vision sur les pratiques des professionnels de deux PASS gynéco-obstétrique, qui révèle la polyvalence des compétences de ces soignants et un niveau très élevés de connaissances pointues dans différents domaines (médical, social, mais aussi administratif –aussi bien du côté de l'administration hospitalière que de l'administration du droit au séjour). Les compétences et la portée des actions des professionnels de la PASS sont plurielles, mais elles sont aussi vertigineuses et peuvent décourager les soignants et travailleurs sociaux à s'y engager. Par ailleurs, dans les hiérarchies hospitalières, elles sont peu valorisées, peu connues et reconnues. Les PASS apparaissent comme des dispositifs souples mais fragiles, destinés à des populations précaires, coordonnées dans la pluridisciplinarité par des professionnels surchargés.

Les débats sur les actions et les financements des PASS observées sont perpétuellement en cours. Elles ne répondent à aucune forme fixe et bougent aussi vite que les réglementations hospitalières, de protection sociale et de réglementation des droits au séjour évoluent, tout en restant connectés aux partenariats locaux. De ce fait, il importe de rendre en compte, dans leurs dynamiques, plusieurs postures :

Décloisonner les rapports professionnels (notamment les hiérarchies) entre professionnels du médical, du médico-social et du social, notamment autour de la question des temporalités différenciées entre le travail social (régit par l'urgence mais efficace seulement s'il peut se déployer à moyen terme) et le travail médical (contraint aux temporalités de l'urgence médicale et sociale) ;

Porter l'attention sur les initiatives disponibles localement et qui encadrent les consultations médicales et la prise en charge sociale (exemple de l'interprétariat, des initiatives d'apprentissage de la langue, des initiatives autour de l'acquisition d'autonomie chez les femmes). Nous avons constaté que plusieurs dispositifs existent, mais ils ouvrent/ferment, se composent et recomposent sous l'effet de ruptures de financements. Ce sont des dispositifs importants mais précaires (ils ont une finitude, ils sont peu valorisés). Par exemple, les ateliers linguistiques assez prisés des femmes et des professionnels ont été fermés plusieurs mois, les groupes de parole de femmes ont pris fin... alors même que ces dispositifs agissent sur le temps long et une intégration durable des femmes et de leurs familles, mais les



financements dont ils dépendent sont contraints dans le temps et souvent non pérennes (dépendant d'appels à projet) ;

Lors de discussions collectives entre acteurs de terrain et chercheurs a émergé l'idée de créer un système qui donnerait la possibilité d'avoir du temps, et de donner à tous les professionnels de santé, la possibilité de « savoir faire » avec tous les profils sociaux de patientes.



(11) Clélia Gasquet-Blanchard, Anne-Cécile Hoyez, 2019, L comme Lieux. in *Abécédaire de la géographie de la santé. Dimension territoriale de la santé*, Sébastien Fleuret, Clélia Gasquet-Blanchard et Anne-Cécile Hoyez (Dir.), Editions matériologiques, 2019
([halshs-02430837](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02430837))

L comme...

Lieu(x)

Anne-Cécile Hoyez & Clélia Gasquet-Blanchard

Le concept de lieu fait l'objet d'une importante littérature en géographie, en particulier depuis les années 1970 quand les géographes ont mobilisé leurs analyses rendant compte de processus complexes et hétérogènes de l'expérience humaine, pour promouvoir une géographie qui allait au-delà de l'intention de « localiser ». Les non-géographes ont également contribué à interroger le concept de lieu. Les philosophes Michel Foucault et Henri Lefebvre ont produit des textes phares sur le concept, ou en s'en sont inspirés comme c'est le cas des hétérotopies chez Foucault. Pour Lefebvre, le discours du quotidien discerne implicitement un espace social mobilisant les lieux sans les isoler : le « coin de la rue » ; la « place du marché » ; la « pièce » d'un appartement ; le « centre commercial ». À ces différents lieux sont assignés et associés des usages sociaux et donc une pratique spatiale (Lefebvre, 2000). Dès lors, le lien entre le langage verbal comme corporel et les pratiques spatiales s'associent et se donnent à voir au sein de ces lieux.

Pour les géographes Relph, avec le concept de « *placelessness* », et Tuan, avec le concept de « *topophilia* », le lieu n'est alors plus un point dans l'espace mais bien un concept géographique qui renvoie non seulement à une matérialité mais aussi à des processus d'interaction situés dans l'environnement physique, construit, social. Le fait même de nommer les lieux (toponymie) renvoie à cette dimension humaine – collective ou individuelle – et reflète aussi bien l'identité du lieu que celle des personnes qui y vivent où y transitent. Partant de là, le courant de la géographie humaniste considère que tous les

processus sociaux ou politiques ne sont pas situés que *dans* les lieux, mais *avec* les lieux. On entend par là que les processus de l'expérience humaine sont modelés, modulés, affectés, organisés, coordonnés et modifiés par les lieux (Adams, 2017). Par ailleurs, il n'y a pas que la géographie qualitative qui conceptualise le lieu dans sa dimension matérielle et humaine : la géographie quantitative, notamment la *time-geography*, a introduit la notion dans ses méthodologies et ses fondements théoriques, particulièrement dans ses analyses sur la position relative des lieux entre eux au regard des contraintes spatio-temporelles rencontrées dans les systèmes de relations sociales et des jeux de pouvoir/autorité. Ces approches quantitatives ont également été menées à travers des jeux d'échelles, utilisant notamment des analyses de modélisation multiniveaux mobilisant alors des échelles très fines et permettant d'appréhender la question des inégalités [voir aussi « I comme Inégalités »] au regard par exemple de la notion de capital social (Mohan *et al.*, 2005).

La géographie de la santé s'est très vite saisie de ces concepts pour faire écho aussi bien aux approches qualitatives (introduction et développement de la notion de *sense of place*, identité, *betweenness of place*) que quantitatives (dépasser la localisation et introduire les notions telles que le temps et différents aspects de l'expérience individuelle).

Dans ce texte, nous soulignons tour à tour l'importance des échelles locales pour appréhender les questions de santé, l'importance de localiser et de contextualiser pour comprendre les états de santé et l'accès aux soins, et d'aborder le lieu comme espace de vie et dans ses relations avec les acteurs institutionnels.

Lieu(x) et échelles

Le lieu, les lieux : quelle est la bonne échelle d'observation ? Où commence et où fini le lieu ? Quelle est l'étendue d'un lieu ? Les géographes s'intéressent aux lieux de toute taille, de la plus petite unité (le corps) à la plus vaste (le monde), prenant le parti que la notion d'échelle est en soi un construit de la part des chercheurs. L'idée est alors que le lieu doit être défini en fonction de l'échelle choisie : une pièce d'un logement, un quartier, une ville, un pays peuvent être conçus comme des lieux. Ce qui compte alors c'est la pertinence de l'échelle d'observation aux vues de la problématique et de la portée des analyses scientifiques. C'est par une entrée par le lieu et une certaine échelle d'analyse que les géographes cherchent à mieux comprendre les contextes institutionnels, sociaux, économiques, culturels

dans lesquels évoluent les individus et/ou les groupes sociaux. Ce type d'approche montre bien l'importance des contextes pour appréhender les trajectoires des individus.

Dans le champ de la santé, cette posture a été affirmée dans le numéro fondateur de la revue *Health and Place* (1995) par exemple où Moon proposait de «(re)placer la recherche sur la santé et les soins» dans un contexte de géographie élargi et où Litva et Eyles allaient jusqu'à inciter les chercheurs à faire leur «*coming out*» et faire état de leur engagement dans les théories de la géographie sociale. Notons que les géographes anglophones utilisent le mot *place* pour caractériser un espace approprié et socialement construit ; dans la géographie francophone c'est le mot territoire qui a pris cette signification (Hoyez, Collins & Fleuret, 2016).

Peu importe l'échelle, l'important est que le lieu permette de penser la santé à l'échelle individuelle et donc d'appréhender l'ensemble des interactions à l'œuvre dans cette unité spatiale. Comment les lieux s'agent et sont appropriés par les groupes ? Comment ils se situent au sein du territoire ? Quels types de relations à l'espace peuvent être soulevées ? Comment les espaces non conventionnels ne produisent pas simplement de la marginalité mais de véritables procédés d'exclusion ?

Se saisissant de ces approches, la géographie de la santé a produit de nombreux travaux en prenant comme entrée des «lieux de santé» (Gesler & Kearns, 2002) et en leur donnant une portée générale qui interrogent la place de l'identité, de l'expérience humaine, du corps, de l'environnement, de la culture. En effet, ces travaux portant sur des lieux ayant la réputation de pouvoir soigner, agir sur la santé ou guérir (Lourdes, Bath, Epidaure ; mais plus largement : visite des sources chaudes et des thermes, pratiques de plein air et attrait pour «la nature sauvage», fréquentation des lieux de calme et de retraite spirituelle) ont permis de réinterroger la place des systèmes de santé (biomédicaux ou autres) dans les pratiques des individus, de discuter du caractère «naturel» de certains lieux, de préciser les modalités des interactions humaines telles qu'elle se jouent dans un lieu «parce qu'il est spécifique», de produire des réflexions critiques sur la force du symbolisme dans la culture et les croyances collectives, de travailler sur les différences sociales dans les rapports aux lieux (notamment sous l'angle des pratiques spatiales des groupes marginalisés : les patients atteints de troubles mentaux, les personnes âgées, les groupes vivant dans des territoires réduits, etc.).

En somme, cette géographie de la santé qui propose une entrée thérapeutique des lieux permet, en traitant et rassemblant des éléments éclectiques et pluridisciplinaires, sociaux, culturels et politiques, d'insister sur le fait que des lieux peuvent être construits à la croisée entre identités et santé/soins, et enfin de souligner et discuter les pratiques consuméristes opérant dans le secteur de la santé. En effet, Kearns, Barnett & Newman (2003) ont montré la construction d'une « médecine glamour » liant guérison et lieux artificiels dans le discours dominant des hôpitaux privés en Nouvelle-Zélande (*ibid.*) illustrant le positionnement idéologique des hôpitaux des pays occidentaux d'économie néolibérale.

Lieux et identités

Dans les théories de la géographie sociale et culturelle, le lieu reflète les identités collectives et individuelles. En géographie de la santé, cette entrée par le lieu a permis la réalisation d'études pionnières dans l'affirmation d'une géographie de la santé incluant le bien-être des populations, et a permis de changer certaines modalités de l'action publique en santé. Partant des travaux sur l'attachement, l'enracinement ou encore du *sense of place*, la géographie de la santé a su se connecter sur la géographie des émotions, des ressentis en termes d'identité (notamment dans les enjeux identitaires entre groupes sociaux dominés et dominants). Ainsi, les travaux de Kearns (1993) sur le système de santé néo-zélandais, qui montrent à quel point les Maoris, longtemps restés en marge et discriminés, a abouti à une grande attention sur le concept de lieu comme unité spatiale. L'objectif est d'aider à mieux comprendre à la fois les pratiques de consommation de soins et les expériences collectives et élaborer des outils pouvant aboutir à une réorganisation du système de santé plus inclusif.

Le concept de « *therapeutics landscapes* », traductible par « paysages thérapeutiques », développé au début des années 1990 (Gesler, 1992) apparaît central dans ces approches. Il permet une approche du lieu comme espace de bien-être ou encore espace de contestation, mettant en avant comme ces lieux sont à l'œuvre dans les processus identitaires des individus et des groupes. Ce concept de paysage thérapeutique, peu développé, en France repose sur l'idée d'un attachement psychologique positif aux lieux, trouvant une résonance culturelle, sociale, politique, corporatiste pour les individus et participant dès lors à leur bien-être. Cette notion apparaît alors centrale et fondatrice pour appréhender les expériences et les constructions de la santé des individus.

Le lieu, dans le domaine de la santé, est marqué par des identités : identité des lieux, des patients, des soignants, des identités qui peuvent être mises à mal comme refondées, réagencées.

Prenant l'exemple d'une étude ethnographique que nous avons menée en service de néonatalogie auprès de femmes ayant accouché prématurément (Gasquet-Blanchard, 2017), nous montrons que les lieux de soins sont aussi des lieux d'émotion et d'identité. Cet espace du soin, strictement médical, assigne les corps à une identité de malade. Or, les femmes avec qui nous sommes entretenues accèdent à la maternité, non par la maladie mais par l'épreuve traumatique, retirer celle de l'accouchement prématuré. Celui-ci induit une expérience de la séparation corporelle immédiate entre la femme et son enfant en vue de la survie de l'enfant qui doit être placé en couveuse et être rapidement pris en charge par les pédiatres réanimateurs. De plus, cet événement se traduit par une hospitalisation longue de l'enfant dans un service spécifique (la néonatalogie) qui n'est pas le même que celui où sont hospitalisées les femmes. En plus de la dimension spatiale du confinement et de la séparation, cette entrée dans le processus de « devenir mère » connaît une temporalité spécifique dans la mesure où la grossesse, un temps de préparation psychique et physique nécessaire, se trouve écourté. Enfin, cette maternité prend place dans l'hôpital et plus précisément dans le service de néonatalogie, haut lieu sacralisé de la biomédecine par la grande technicité qui y est déployée et les questions éthiques qui s'y jouent. L'entrée dans l'étape de maternité et de la rencontre avec l'enfant ont lieu dans un espace médicalisé, pour un temps déterminé par l'hospitalisation de l'enfant. Dans ces situations, l'accès psychique comme physique à la position sociale de mère se trouve bouleversé tant par la charge émotionnelle de l'accouchement prématuré que par la situation d'hospitalisation. Cette situation coupe la femme, l'homme, le couple, des acteurs sociaux accompagnant traditionnellement l'arrivée d'un enfant (entourage social et familial) tout en les confrontant durablement à des acteurs institutionnels omniprésents (soignants). Cette étude montre aussi le lien entre lieu et corporéité individuelle comme familiale dans la mesure où l'intimité du corps de l'enfant (corps de l'enfant prématuré exposé *ex-utero*), de la femme (allaitement en néonatalogie), de l'homme (peau à peau) est exposée au corps médical et mise à mal. L'enfant et la mère sont peu en contact avec l'entourage en raison des règles hygiénistes strictes. Inversement, les liens avec les professionnels de santé se développent dans le long terme. Dans

Le lieu, dans le domaine de la santé, est marqué par des identités : identité des lieux, des patients, des soignants, des identités qui peuvent être mises à mal comme refondées, réagencées.

Prenant l'exemple d'une étude ethnographique que nous avons menée en service de néonatalogie auprès de femmes ayant accouché prématurément (Gasquet-Blanchard, 2017), nous montrons que les lieux de soins sont aussi des lieux d'émotion et d'identité. Cet espace du soin, strictement médical, assigne les corps à une identité de malade. Or, les femmes avec qui nous sommes entretenues accèdent à la maternité, non par la maladie mais par l'épreuve traumatique, retirer celle de l'accouchement prématuré. Celui-ci induit une expérience de la séparation corporelle immédiate entre la femme et son enfant en vue de la survie de l'enfant qui doit être placé en couveuse et être rapidement pris en charge par les pédiatres réanimateurs. De plus, cet événement se traduit par une hospitalisation longue de l'enfant dans un service spécifique (la néonatalogie) qui n'est pas le même que celui où sont hospitalisées les femmes. En plus de la dimension spatiale du confinement et de la séparation, cette entrée dans le processus de « devenir mère » connaît une temporalité spécifique dans la mesure où la grossesse, un temps de préparation psychique et physique nécessaire, se trouve écourté. Enfin, cette maternité prend place dans l'hôpital et plus précisément dans le service de néonatalogie, haut lieu sacralisé de la biomédecine par la grande technicité qui y est déployée et les questions éthiques qui s'y jouent. L'entrée dans l'étape de maternité et de la rencontre avec l'enfant ont lieu dans un espace médicalisé, pour un temps déterminé par l'hospitalisation de l'enfant. Dans ces situations, l'accès psychique comme physique à la position sociale de mère se trouve bouleversé tant par la charge émotionnelle de l'accouchement prématuré que par la situation d'hospitalisation. Cette situation coupe la femme, l'homme, le couple, des acteurs sociaux accompagnant traditionnellement l'arrivée d'un enfant (entourage social et familial) tout en les confrontant durablement à des acteurs institutionnels omniprésents (soignants). Cette étude montre aussi le lien entre lieu et corporéité individuelle comme familiale dans la mesure où l'intimité du corps de l'enfant (corps de l'enfant prématuré exposé *ex-utero*), de la femme (allaitement en néonatalogie), de l'homme (peau à peau) est exposée au corps médical et mise à mal. L'enfant et la mère sont peu en contact avec l'entourage en raison des règles hygiénistes strictes. Inversement, les liens avec les professionnels de santé se développent dans le long terme. Dans

Par ailleurs, les expositions environnementales et leurs variations selon les lieux favorisent également une entrée par les lieux [voir aussi «F comme Facteur de risque»], y compris dans les situations de non-maladie. C'est le cas par exemple dans les travaux sur la question de l'habitat et de l'habiter qui étudient les impacts du mal-logement sur les expositions ou les dégradations des états de santé des personnes au cours des trajectoires résidentielles (Bergeon & Hoyez, 2015).

Enfin, pour bien cerner les liens entre lieu et états de santé, il faut aussi aller explorer les contextes institutionnels qui se jouent autour du système de santé publique. L'organisation du système de soin est fortement marqué par la territorialisation et la mise en réseau des acteurs et pose un certain nombre de questions : quels sont les liens entre politiques publiques, organisation des soins et impacts locaux sur l'accès aux soins [voir aussi «R comme Réseaux»] ? Quels sont les pouvoirs et contre-pouvoirs qui se mettent en place avec quelle place pour les décisions «d'en bas» ?

Références

- ADAMS P. (2017), "Place", in D. Richardson, N. Castree, M.F. Goodchild, A. Kobayachi, W. Liu, R.A. Marston (eds), *The International Encyclopedia of Geography*, John Wiley and Sons.
- BERGEON C. & HOYEZ A.-C. (2015), «Être migrant et vivre en squat», *L'Espace politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique* 26, espace-politique.revues.org/3517.
- GASQUET-BLANCHARD C. (2017), «L'espace partagé du soin en temps d'urgence. Approches comparées du vécu de patients et soignants en service de néonatalogie en France et en centre d'isolement Ebola au Gabon et en République du Congo», in N. Bautès, Goueset & Y. Bony (dir.), *L'espace en partage*, Presses Universitaires de Rennes.
- GESLER W.M. (1992), "Therapeutic Landscapes : Medical Issues in Light of the New Cultural Geography", *Social Science & Medicine* 34(7), p. 735-746.
- GESLER W.M. & KEARNS R.A. (2002), *Culture/Place/Health*, Psychology Press.
- KAPLAN R. & KAPLAN S. (1989), *The experience of nature: a psychological perspective*, Cambridge University Press.
- HOYEZ A.-C., COLLINS D. & FLEURET S. (2016), "Parallel worlds? French and anglophone perspectives on health geography", *Social Science & Medicine* 165, p. 196-200.
- KEARNS R.A., BARNETT J.R. & NEWMAN D. (2003), "Placing private health care: reading Ascot hospital in the landscape of contemporary Auckland", *Social Science & Medicine*, *Vulnerable Places: Contextualizing Health Practices*, 56(11), p. 230-315.

- KEARNS R.A. (1993), "Place and Health: Towards a Reformed Medical Geography*", *The Professional Geographer* 45(2), p. 139-147.
- MOHAN J., TWIGG L., BARNARD S. & JONES K. (2005), "Social capital, geography and health: a small-area analysis for England", *Social Sciences & Medicine* 60(6), p. 1267-1283.
- PAMPALON R. & RAYMOND G. (2003), «Indice de défavorisation matérielle et sociale: son application au secteur de la santé et du bien-être», *Santé, société et solidarité* 2(1), p. 191-208.
- VALLÉE J., LE ROU G., CHAIX B., KESTENS Y. & CHAUVIN P. (2014), "The 'Constant Size Neighbourhood Trap' in Accessibility and Health Studies", *Urban Studies*, mars.

(12) Anne-Cécile Hoyez, Céline Bergeon, Clélia Gasquet-Blanchard. Health systems and immigrants - a focus on urban France, 2019, Vojnovic Igor; Pearson Amber L.; Asiki Ghersim; DeVerteuil Geoffrey; Allen Adriana. *Handbook of global urban health*, Routledge, 2019 ([halshs-02110145](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02110145))



Health systems and immigrants - a focus on urban France

Anna-Cécile Hoyez, Céline Bergeon, Clélia Gasquet

► To cite this version:

Anna-Cécile Hoyez, Céline Bergeon, Clélia Gasquet. Health systems and immigrants - a focus on urban France. Vojnovic Igor; Pearson Amber L.; Asiki Ghersim; DeVerteuil Geoffrey; Allen Adriana. *Handbook of global urban health*, Routledge, 2019. halshs-02110145

HAL Id: halshs-02110145

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02110145>

Submitted on 23 Sep 2019

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.

Book title: Handbook of Global Urban Health

Editor: G. DeVerteuil

Section: Health Care Policy and Urban Health Services

Chapter title: Health System and Immigrants – a focus on urban France

Authors:

A.-C. Hoyez (CNRS Research Fellow, UMR 6590 ESO/University Rennes 2 – France)

C. Bergeon (Lecturer, University of Poitiers/UMR MIGRINTER – France)

C. Gasquet-Blanchard (Lecturer, School for Public Health – EHESP – UMR ESO – France).

The study of immigrants' living conditions in urban Europe has prompted researchers to question the notions of precarity, poverty, and marginality in terms of their impact on immigrants' health and access to healthcare (Castaneda et al., 2015; Darlington-Pollock, Norman, Exeter, & Shackleton, 2018; Davies, Basten, & Frattini, 2016; Newbold, 2018; Thomas, 2016; Thomas & Gideon, 2013). Urbanisation and urban environments do not in themselves, constitute a threat to the health of populations, as shown by the experience in various cities in both developed and developing countries (Witten & Ivory, 2018). However, when urban growth is combined with economic and/or political difficulties in managing urban services and administrations, cities might not be able to protect inhabitants from environmental and human hazards. This is the case in European cities, in which urban poverty and inequalities have reemerged and are characterized by difficulties for vulnerable populations to find housing and access basic services. This situation raises the question of social insecurity as it is experienced by marginal populations, especially immigrants (Jordan et al. 2017), as well as healthcare professionals, social workers, and voluntary organisations, who provide care and support to these vulnerable people in various spatial environments (DeVerteuil, 2017). Urban areas, characterised by various forms of concentration, proximity, and plurality, are challenged by analyses that highlight the role of various economic and

social processes in increasing precarity and marginalising vulnerable groups (Amin and Thrift 2016). Precarity among some segments of the population, generated by different processes of classification, social hierarchisation, social differentiation in urban contexts, is part of a more global tendency towards an increasingly exclusive collective identity, based on the weakening of social links, which, in turn reinforces the exclusion of immigrants, racial minorities and asylum seekers (Amin 2012).

In this chapter, we aim to present the nexus between urban living and health as it occurs in France. We then focus on the particular situation of immigrants in terms of health. Our observation of their situation enabled us to make inferences not only about immigrants' experiences but also about the healthcare system, whose efficiency is not only challenged but called into question, particularly in urban environments. In this article, we focus our attention on the links between precarity and access to healthcare. Regarding social contexts, newly arrived immigrants are highly represented among economically deprived and precarious populations. In particular, they are more than others excluded from access to resources (by effects of direct or indirect discrimination processes), they are more represented among people who attend specific' healthcare centres (such as dispensaries run by humanitarian NGOs), and their healthcare pathways are mostly constrained by their living conditions, notably residential precarity.

French national statistical data can shed light on the 'concentration' of immigrants in urban areas. Thus, the data provided by the INSEE concerning the population distribution indicates that immigrants are more spatially concentrated than natives (Brutel 2016): 8 out of 10 immigrants reside in urban centers (against 6/10 for nonimmigrants). More specifically, 38% of all immigrants living in France, reside in the Paris area (against 17% for the nonimmigrant population). This reflects a historical tendency of the geographical concentration of immigrants in urban areas, which has recently been reinforced by new

migratory contexts: 89.6% of newly arrived immigrants (<5 years) settle in urban areas and one-third of these live in the Paris area. It must also be noted that immigrants represent an important part of the total population in urban centres outside of Paris. Apart from these demographic configurations, large cities have the particular characteristic of being home to sites considered as 'places of exception'. This is the case of Calais, in Northern France (it embodies the border between France and the UK) and La Chapelle (a neighbourhood of Paris), which have, in recent years, been in the spotlight of the media for being precarious forms of collective shelter for newly arrived migrants.

Thus, issues related to health and precarity among immigrants living in urban environments have given rise to major political and social debates. We will establish a state of the art of how French academics approach these issues, issues which have led us to examine 'the normalised city' vs its 'interstitial margins', its constants/variables. To illustrate this we present two case studies based on our fieldwork, which reveals that the existence of an urban continuum should also be questioned in light of immigrants' social realities, including their ability or inability to access healthcare services. For this purpose, we will analyse two local initiatives: one related to a specific sector of public action (mother-child-care), one related to living conditions (living in squats). The first one concerns Paris and the institutional organisation of the sector of perinatal healthcare: how does one approach the question of socio-medical services (pregnancy, childbirth, and mother and child care) and that of social services (for newly arrived immigrant women who find themselves in a highly precarious situation) in a specific area: Paris and its suburbs? The second initiative will show how and why local social and medico-social actors are mobilised around housing/living related questions. Through these two examples, we will underline the major issues related to the dynamics of urban environments, taking into account their social and political dimensions.

The nexus between urban living and health in France: the effects of precarity on immigrants' access to healthcare

The subject of urban health in France—just as in other industrialized countries—has been widely investigated and described (Bouchayer et al. 1994; Charvin and Farizot 2005; Fassin 1998; Marmot and Wilkinson, 2005; Townsend 1987; 1993; Vallée 2009). Studies have shown the differences in mortality or morbidity rates between rich and poor populations for example. However, social and economic indicators appear to be limited in their ability to explain those differences and in their potential as levers for change, as they do not take into account the individual level (how living conditions are experienced effectively and emotionally) and collective responsibilities (“new” social determinants of health such as phenomena of social exclusion that characterize processes of precarisation, inclusion/exclusion in the sphere of employment, social integration, psycho-social characteristics of individuals or family composition and dynamics). Let us emphasize, furthermore, that people experiencing these social and economic conditions cannot be excluded from the scope of public policies, which, as is implied by the principles underlying the welfare state, must aim to reduce inequalities.

France has adopted several laws and mechanisms to combat poverty, precarity, and exclusion. These mechanisms involve various partnerships between the state, public or semi-public organisations, healthcare centres and professionals, local authorities, institutional associations and various charities (Labbe 2007), which mostly involve the sector of socio-medical services. Precarity is defined by J. Wroński (1987, p. 6) as:

the absence of one or more of the forms of security, particularly employment, which enable individuals and their families to meet their professional, familial or social obligations and enjoy their fundamental rights. The resulting insecurity may be more or less extensive and have more or less serious and permanent consequences. It leads to extreme poverty when it affects several areas of existence and becomes persistent,

and jeopardizes a person's chances of re-assuming his/her responsibilities and regaining his/her rights by him/herself, in the foreseeable future.

This definition illustrates the importance of considering a person's environment as having an impact on his/her well-being and therefore state of health.

Precairety affects various areas of existence, and differs from poverty and social inequalities in health in that precarity involves no social gradient, whereas poverty involves a gradual process of downward social mobility in which individuals or families find themselves due to an accumulation of unfavorable factors. Townsend (1987) and Wrezinski (1987) examined these aspects more closely by defining the EPICES score, which is now used in the field of public health and by French researchers specialized in spatial epidemiology, in order to identify and gain a better understanding of healthcare inequalities as they are experienced by individuals in their social worlds. Individuals in a situation of precarity have a higher incidence of more advanced stages of diseases, particularly homeless people and undocumented immigrants.

Spatial approaches to precarity help to grasp differences between territories and to identify populations who experience healthcare inequalities and are therefore victims of injustice: studying poverty or precarity always amounts to identifying situations perceived as unfair in a given context. Cases of poverty correspond to a particularly unacceptable degree of inequality between those at the bottom of the social scale and the rest of the population concerned. One's relationship to norms is therefore fundamental. In a society, like ours, which strives for some form of social justice and equity, situations of poverty are even more difficult to tolerate. They are associated with, among other things, ills that are perceived as those of a bygone era (inadequate housing conditions, malnutrition, difficult access to healthcare etc.), which immediately places people identified as poor in a humiliating position (Zaeffel 2012).

The connection between urban environments and the presence of immigrants raises many questions for social sciences, particularly for those that focus on the categorisations of populations, on administrative measures implemented to facilitate or prevent immigration in France and Europe, and on the body of knowledge and competencies used to address migrants' needs. Recent trends in the immigration landscape have prompted us to reframe academic thinking on the question of cities and immigration: recent arrivals of refugees/exiles/immigrants/asylum seekers have been accompanied by the re-emergence of undesirable urban forms inhabited by populations who, by extension, are also considered "undesirable" (Agier 2010, p. 4): 'camps, squatter camps, shanty towns, insalubrious housing' ... 'Calais, La Chapelle (Paris), La Poterie (Rennes)' ... 'refuge-cities, frontier-cities, crossroad-cities', places in which immigrants concentrate but which are often the types of places we thought had disappeared from European cities.

Since the implementation, between the end of the Second World War and the early-1970s, of measures to eradicate shanty towns, these types of informal settlements have had a stigmatising effect on the people living in them and their existence has been considered as inappropriate in welfare state countries in which people facing housing precarity are supposed to be given access to collective housing programmes. Thus, the recent re-emergence of informal settlements and slums, and more specifically, their high visibility in urban public spaces has reawakened a kind of "national nightmare" combining extreme poverty, economic delinquency, rising numbers of people in situations of exclusion, particularly among immigrants.

Researchers interested in the field of immigrant integration services pay particular attention to the health aspects of the type of housing, in which immigrants live, particularly in urban areas. Indeed the health and safety argument is often used to legitimise the expulsion of people and is therefore not always useful for initiating constructive debates on the type of

actions that should be implemented in order to give populations living in squatter camps access to healthcare (Bergson and Hoyer 2015). Furthermore, the notion that the increase of immigration flows is due to the existence of a healthcare system that is open to all regardless of national origin is largely questionable (Carde 2009). France adheres to the principle of 'universalism', in which each and every citizen has universal access to the same fundamental rights regardless of race, gender, religion or nationality and 'could be said to hold one of the most liberal and progressive healthcare systems in the world'(Larchanché 2012, p. 858). Thus, French institutions are governed by two principles enshrined in the constitution: (1) the Republic is one and indivisible and citizens should therefore not be categorised into distinct groups on the basis of race or ethnicity (2) public policies are guided by a strong sense of equality in the national territory and in each territorial unit that composes it (Hoyer and Thomas 2016). However, the imperative of controlling immigration—in France and other European countries—collides with the imperative of universal access to fundamental rights for immigrants. This generates different processes of discrimination (immigrants are for example more often excluded from health insurance coverage) as well as a tendency towards differentiation in the practices of healthcare professionals who find themselves having to 'do something at all costs' in a hurry to place immigrants in the mainstream healthcare system. This is reflected, in the field, by the wide range of healthcare and social care initiatives intended specifically for immigrants.

Beyond being a question of 'public nature', the question of where immigrants who have come to France live has become one of an 'urban nature': these places have to be incorporated into the 'life cycle' of cities, and into the continuity of immigrants' healthcare trajectories. They represent the exact opposite of the 'sustainable city', as defined by public policy objectives, in that they are places of exception, exclusion and extra-territoriality (Agier

2016)¹, places characterised by living conditions unworthy of human habitation. They are places that are difficult to integrate into other public spaces; they are interstitial spaces that escape the city's institutional apparatus (Agier 2010; Agier et al. 2011). However, an analysis at micro level shows that these places are fully part of people's lives: as places of passage or as places of settlement, albeit short-term, they allow for some forms of socialization to develop or offer their inhabitants the possibility of being connected to the mainstream system; but this is only possible if the social and institutional actors do not dissociate the place from its inhabitants (Bergeon and Hoyer 2015).

In this context, the question arises of immigrants' access to the city in all its dimensions, and more specifically two of them: housing and other resources present in the city (here we will more specifically examine health resources). In order to better understand the current situation in France, it is therefore important to focus on the local effects of these issues on the way immigrants are received (what places and networks are set up to help immigrants access the resources of the city?), and to take into account the process of integrating immigrants in the city (what place are they given in the city, whether in common or specific urban spaces?).

Local healthcare initiatives:

The example of a mother-child-care network in the Paris area.

The question of the high levels of poverty and precarity among certain population groups arises acutely in the Ile-de-France region (whose capital is Paris) where most of the immigrant population lives. To cope with situations of growing inequalities in the urban context, some initiatives are being undertaken at the local level. Pregnant women and/or mothers with young children who do not have housing are the object of various initiatives, especially in the North of Paris: in 2006, the SOLIPAM network (SOLidaritéPARisMaman –

¹Michel Agier replaces the « 3E » of the sustainable city (economic, ecologic, ethic) by the « 3E » of indignity (exception, exclusion, extra-territoriality).

'Paris Mother Solidarity') was formed as a public sector initiative to help better coordinate the medical and social dimensions—generally disconnected—of the care services provided to women living in highly precarious conditions. In parallel, in 2007, another network was formed in the North of Paris, with the aim of bringing together the hospitals with similar patient profiles; since 2013, this network has been extended to cover the whole Paris region (implying that more healthcare actors have recognized the network's usefulness.)

All these initiatives seek to better coordinate the various professionals, to better communicate with and better understand the populations that they serve, in order to improve their healthcare situations. Healthcare professionals took it upon themselves to create this network, after observing that their patients were experiencing extreme difficulties and realizing that it was imperative to take some specific actions to prevent them from foregoing healthcare. This indicates that an unprecedented crisis is arising in the French public healthcare system, which until recently was praised worldwide for being guided by the principle of universalism. This crisis results in a specific institutional positioning, an 'in-between' where healthcare professionals from the public sector are pushed to create private organizations to meet the healthcare needs of all, especially immigrants.

(insert fig 1, with legend: *Reception desk at a shelter center in Paris. Conceived as a place where to welcome and offer spaces for discussions, the office offers children facilities and a professional interpreter to interact with families*).

The SOLIPAM network was originally formed as a non-profit medical organisation whose purpose was to better coordinate the healthcare services provided to pregnant women living in situations of extreme precarity. The network brings together medical and social professionals in the Ile-de-France region who care for this population. The network is intended to serve as a cross-organisational tool for coordinating and facilitating the activities of structures and actors involved in providing healthcare and social assistance to those

pregnant women, and for ensuring that adequate follow up care is provided to them. Furthermore, the network also seeks to raise awareness among, and train medical, social and institutional professionals. The Regional Health Agency (*Agence régionale de santé*) funds the SOLIPAM network because it considers that this network contributes to ensuring healthcare "continuity and quality". SOLIPAM aims to provide women living in extreme precarity with more comprehensive and more localized healthcare, but also to implement actions in order to help these women gain autonomy as well as stability in their living situations. But achieving this objective is dependent on the concrete ability to ensure continuity in the follow-up process.

Indeed, when health professional partners involved in the network encounter a woman in a situation of extreme precarity, they contact SOLIPAM to apply for the enrolment of the patient in the scheme. If the needs of a woman can effectively be met by SOLIPAM, and if the patient herself accepts the assistance offered by the network, she is contacted to set up an 'inclusion interview'. The interviews, generally conducted face-to-face (sometimes over the phone), consist in a medical check-up (performed by a midwife) or in a social interview (performed by a social worker)—even though, once enrolled, the patient will always be followed up by a team made of a midwife and a social worker. Once the patient is enrolled in the programme, this team works in collaboration with other professionals in the social and medical fields to ensure that comprehensive and coherent care is provided to the patient during her pregnancy (particularly around core issues such as housing, access to welfare benefits, coordination of prenatal and infant care until the child reaches the age of 3 months). By the time the mothers are supposed to leave the network (three months after the birth of their baby), they are supposed to have gained autonomy; but not all of them have been incorporated in the national mainstream system. This can be due to the complexity of their administrative situation, to the fact that many of them have not yet secured housing and their

administrative situations still uncertain. The limitations of these transversal measures, in time and space, quickly become clear:

Yet, SOLIPAM has developed an experimental scheme ('support scheme') to further assist women who cannot apply for medical or social follow-up services (this is the case of undocumented immigrant women): this helps to facilitate access to healthcare benefits and opening of health rights, and to other existing schemes, etc. This initiative is supported by both public and private funds (*FondationSanofiEspoir*). The need for private funds to support this type of initiative, and more broadly, the very existence of private organizations dedicated to providing assistance to a population living, locally (historically in the North of Paris), in conditions of precarity raises the question of the differential treatment of certain population groups by the State, and of the latter's disengagement from healthcare and social issues affecting parts of the urban population. The network was then extended to cover the whole Paris region (*Solidarité Paris Maman – Ile de France*). This regionalisation is taking place as part of the development of partnerships in healthcare networks, particularly in the perinatal healthcare networks of the public sector and charitable associations (working in the social, cultural and psychosocial sectors)' (*Activity report, 2015*).

Given the migratory context in the Paris region, immigrant pregnant women account for between 80 and 90% of the total number of women enrolled in the programme. For them, and for the network, housing is a major question. Indeed, a recent study (*Rietsche 2014*) underlines that at the time of their enrolment in the programme, women either rely on emergency housing ($N=488$) or are given shelter by third parties ($N=318$). The study also shows a decrease (-80%) in the use of makeshift accommodation by women, once they have left the maternity ward and receive post-natal care from the network, and a decrease in the use of housing provided by third parties (-50%), whereas the use of emergency housing, of accommodation in social centres and of social or private housing has increased by 5.5%,

119%, and 29% respectively. This tends to reveal at what stage the issue of housing becomes central for these women, not only in terms of basic housing comfort and safety but also in terms of medical follow-up and access to healthcare benefits.

The coordination activities of the network seem to have an impact on the housing situations of these women, as well as on their access to welfare benefits. In France, the type of residence permit (granted by the authorities) plays a central role in the type of healthcare and social services these women are entitled to. About two thirds of the women do not have any healthcare coverage at the time of their enrolment in the network; 15% are waiting for their application for residency to be processed, only 6% have a valid residence permit, 2% are waiting to know what type of residence title they will be applying for. It also should be noted that a large majority of these women have temporary residence permits (3 months to 3 years) and that each change in their status has an impact on their healthcare insurance. Moreover, there are many cases of women who do not take up their welfare benefits (about a quarter of the women are eligible for social welfare benefits but do not have access to them because they have not applied for them, either for economic reasons, or because they think they are not entitled to them.)

(insert fig. 2, with legend : "Temporary housing solution for immigrant women in 2017. Behind the fence (at the back of the picture) figure freight rails deservring Paris' suburbs.")

(insert fig. 3, with legend: "At the entrance of the health office in a temporary housing unit for immigrant women in Paris' suburbs in 2017".)

The evolution of SOLIPAM's actions must be analyzed from the point of view of public healthcare professionals who operate in a difficult context due to the exponential increase in the number of women in perinatal stages living in extreme precarity. This Paris-based network had to be extended to include other areas around Paris due to a double-sided situation. In effect, women in highly precarious situations are not all located within Paris

proper, indeed many of them live in other areas outside Paris in equally precarious conditions. The work carried out by the network has gradually been recognized throughout the whole region which has contributed to legitimizing the actions undertaken by an increasing number of professionals (in relation to coordination, training, advocacy, etc). At the same time, the network has great difficulty coordinating the medical care provided to patients at the local level. Paris is characterized by a serious shortage of housing, and there seems to be no room for debates on the possibility of facilitating access to housing for women living in highly precarious conditions and/or waiting for residence permits. Consequently, these women relocate mostly to other areas in the Paris region, which implies a necessity for collaboration at the regional level between professionals of the healthcare sector. Finally, in terms of research, this example brings to light the importance of taking into account the socio-historical and institutional contexts in urban areas, in order to better analyze the life trajectories of immigrants. The urban context highlights how a large number of actors work together thanks to a network, even though the latter faces severe budgetary limitations. This network addresses a major public health issue (perinatal care for women in precarious situations) and plays a central role in coordinating actions at the level of the Paris region, and therefore provides a good illustration of professional cultures, and of inter-disciplinary and inter-sector work such as it ought to be organized. This research study shows how partnerships in the healthcare sector consider immigrants, and highlights the importance of coordinating medical services in a more holistic manner, that is to say by taking into account immigrants' housing realities and their residential status.

Local actions in 'squats and slums'

The issue of housing for immigrants in France generates much heat in the media, which largely cover operations to evacuate illegally occupied sites in French cities or border crossing points. Moreover, a large number of immigrants live in situations of residential

precarity and poor housing conditions, such as in squats or camps. Today, these forms of 'housing' sometimes seem to be the only way for recently arrived immigrants to put a roof over their head: 'living in a squat is better than living on the street' is a comment often heard in the field. Places such as squats are often characterised by precariousness and insalubrity. This is often used by the local authorities to justify the evacuation of people from those places. These arguments are in keeping with the hygiene-related considerations put forward in the 1960s when measures were implemented to eradicate places of insalubrious housing and shantytowns. These precarious living spaces were then considered as hot spots in the 'sick city', as Fijalkow (2013, p. 137) puts it, with eradication being seen as the solution to prevent 'the spread of infection throughout the country'. The reappearance of this type of space has awakened the collective memory; and squats, because of their characteristics (unfit for living in, unsafe, lack of waste management, lack of access to water, electricity, fuel and communication, overpopulation), are associated with strongly negative representations that have to be deconstructed (Bergeon and Hoyer 2015). Moreover, there is a persistent shortcut linking immigrants (especially those living in illegal situations and precarious places) to a 'problematic' population whose presence is illegitimate in the local area. These representations fail to consider the daily problems immigrants face and deny their difficult life realities.

(insert fig 4, with legend : " *Roofs with no people. For people without a roof: requisition!*", translation of the slogan of an association's banner occupying an empty church sheltering approximately 200 immigrants in Rennes in 2015 ")

Analysing health and access to healthcare through the prism of residential precariousness requires a threefold approach: (1) that of migrants (the difficulties they encounter in accessing/understanding the healthcare system and being cared for on a daily basis); (2) that of healthcare professionals and voluntary organisations (responding to the

needs of a vulnerable population sometimes difficult to access and for whom health is not a priority given the housing and administrative difficulties they are confronted with), and (3) that of local authorities (who use the health and safety argument to put pressure on the residents to vacate the premises). Thus, we conducted fieldwork in various squats in the cities of Rennes and Poitiers (France), to try to understand how a squat works, and to analyze the healthcare issues facing individuals living in precarity, in relation with their daily living environment. Housing precarity encompasses several dimensions: lack of housing, difficulties in accessing and maintaining housing, lack of comfort, insalubrity, forced mobility (Rapport, Abbé and Pierre 1995; Dietrich 2007; Fijalkow 2013). All these aspects of squatting have a direct impact on the squatters' state of health, and a detrimental effect on patients' adherence to treatments prescribed for specific conditions.

Most of the squats we investigated in Rennes and Poitiers had no running water, no electricity nor heating at the very beginning of the occupation. This was the case, for example, in the Squat of La Poterie in Rennes, until December 2016. Like many other squats in Rennes, La Poterie is a very organised and 'regulated' place. To help ensure the best possible functioning of the collective dwelling, a 'Squat Council' composed of representatives of each migrant community has been established. Every two weeks, they come together with the members of the support association for homeless immigrants, to take stock of the difficulties encountered by the residents.

(insert fig 5, with legend : "A social gathering at the squat 'La Poterie' in Rennes, sheltering 200 to 300 immigrants in Rennes in 2016-2017")

As part of our research, we attended those meetings on a regular basis and observed the exchanges, negotiations or tensions between the inhabitants. In December, with winter well on its way, the issue of heating was at the centre of the discussions. The members of the association were highly invested in the running of the collective dwelling and it was decided

that the installation of the heating equipment would be financed, in part by the residents (according to their means) and in part by the association. Basic comfort needs are identified and prioritized: making the premises habitable is of paramount importance for the residents, who also work together to fight against insalubrity in the collective dwelling. The layout of the space, the population density in the squat and the quality of the dwelling also affect the implementation and efficiency of the care processes for physically impaired immigrants. Besides physical health problems, a number of residents suffer from psychological disorders related to the context and conditions in which their migration took place, on the one hand, and to the uncertainty of their housing situation, on the other hand. Many of the immigrants we met told us about the anguish they experience in relation to their administrative status in France and their housing situation. The threat of being evicted is a constant source of stress for the families and gives rise to symptoms such as insomnia, anxiety attacks or night breathing difficulties. This stress is further amplified by their daily struggle, in a restrictive political context, to obtain residential rights, housing, and access to healthcare.

In the case of the immigrants we met, it is in fact precarity in its various manifestations, which compromises the efficiency of social care and healthcare. The accumulation of administrative and/or housing obstacles maintains individuals into situations of extreme precarity, which forces them to make day-to-day survival choices rather than medium-or long-term decisions. In the interviews we conducted, it became clear that, for these immigrants, their residential status and housing situation had priority over health issues. And that is one of the problems facing health professionals. Uncertainty about one's housing situation inevitably results in a lack of continuity and stability in care processes. Thus, the evacuation of a squat can result in the "loss" of a patient for a healthcare professional, who therefore can no longer follow up on his/her health status. Eviction can have a significant impact on healthcare in that it can put an end to the professional relationship between the

patient and the healthcare provider, a relationship which was often established before or while the patient was living in the squat. Once a patient has consulted a healthcare professional and trust is established between them, the latter often becomes a prominent figure in the daily life of the immigrant. A patient's care trajectory depends on the squat's temporality and life.

In the course of our fieldwork, particularly during the observation phases, we identified three stages in the life cycle of a squat, stages during which targeted actions can be implemented, particularly around healthcare. The first stage is the 'establishment of the squatter dwelling': this is when the future inhabitants settle down and familiarize themselves with their new living space. The priority is then to familiarize and position oneself in the space, to start negotiations about the sharing of the space in the dwelling. Thus, this is a time of excitement, albeit brief. The second stage in the life of the squat is when the occupants have settled and each occupant has his/her own space within the dwelling, and the squat is stabilised. It is precisely at this point that social, legal, or health actions can be implemented. Immigrants and associations know that once the squat is established, eviction cannot take place until a lengthy court process has been completed. In this regard, this phase is a 'period of calm' and housing stability during which residents can pay more attention to their health and professionals can identify health issues requiring urgent attention and treatment—in particular in the case of people with physical or mental disabilities—and follow up their patients' conditions more easily. Healthcare plans can be put in place for people suffering from serious pathologies, and monitoring becomes easier. Housing stability also facilitates the setting up of 'care routines' for individuals who could not care for their health when they were homeless. The squat is a dynamic place, a 'micro-society', the moves in and out set the tempo for the life of the squat. However, the population density in the dwelling increases continuously, which generates tensions between the residents, less peaceful cohabitation and conflicts related to the use of water, electricity, fuel and communication facilities. This

gradual emergence of tension marks the onset of the squat's last stage of life, before its evacuation. The local authorities then put forward the increasing insalubrity related to the overpopulation in the dwelling to legitimise its evacuation. The residents, aware of this development, start experiencing growing psychological distress, and healthcare becomes, once again, secondary. Following the residents' eviction, their trajectories change: some immigrants move to another squat in the city, others access temporary accommodation, while others are displaced to other cities or countries. In all cases, the routines and measures implemented while they were living in the squat are disrupted by the eviction and subsequent move to other squats, cities or countries. Housing precarity, beyond its material aspects, has a considerable impact on individuals' ability to care for their health and on the ability of healthcare professionals to follow up on their patients.

Facilitating people's access to healthcare constitutes an important part of the missions of social workers. Associations play a key role in helping immigrants access information about their rights, and represent, for healthcare professionals indispensable intermediaries between the population living in precarious housing conditions and themselves. Despite being the subject of media coverage, squats remain invisible urban places which healthcare professionals seldom invest in 'spontaneously'. In the fieldwork we conducted in Poitiers, a partnership has been set up between collectives and associations such as L.A. CIMADE in order to connect populations and healthcare professionals. The first contacts are made via the social workers, who visit the squats' residents and assist the immigrants in their administrative procedures (i.e. in the process involved in obtaining residential rights and in gaining access to housing). Once immigrants are granted access to welfare benefits, appointments are made with doctors in a 'mainstream' healthcare structure or in an organization that provides support for people living in very precarious situations. Various types of healthcare organizations are involved in the care provided to people living in precarity. But we have found that immigrants

tend to use specific support networks more than mainstream healthcare structures (Hoyer, 2011): our fieldwork revealed that networking initiatives are common in the two regions studied. In all cases, strong relations develop between associations and health professionals who decide, on the type of care and treatment that should be administered to patients 'with specificities', in a political context that is unfavorable to differentiation. The precarious conditions in which these immigrants live sometimes exacerbate an already vulnerable and fragile state of health. Living in a squat presents health risks (insalubrity, obstacles in the setting up of care pathways, etc.) at the physical and psychological levels. Thus, the combined effects of precarity further complicate the work carried out by healthcare professionals. Precarity forces immigrants to prioritize some basic needs over others, and addressing immediate needs related to one's legal residence rights and housing situation often takes priority over health-related needs. The constant need for health professionals to adapt to patients with such unstable and fragmented life trajectories raises the broader question of the effectiveness of the healthcare system in helping individuals in situations of precarity.

Conclusion

A city's mission has, historically, been to provide services to and promote the integration of all its residents. What does the current situation in France show us in this respect? Taking into account, in urban studies, the effects of precarity on housing and healthcare helps to better understand the segregation processes developing in urban spaces, especially in the 'interstitial urban spaces' (either public or private). This analysis has enabled us to highlight the actions implemented by civic and institutional actors to counter segregation and to respond with a focus on urbanity. The question raised by the problems encountered by immigrants living in urban areas is not merely a question of local policy, but requires that urban governance be considered beyond the borders of municipalities (as the Solipam network shows).

We observe an increasing specialization of urban areas: the places to which immigrants are relegated and those to which they must go to receive medical care are becoming increasingly specific and differentiated from other spaces in the city. Spaces and services are supposed to exist in Europe to help immigrants become integrated into the host city. Yet there exist a large number of initiatives undertaken at the regional level by civic actors. The examples we have discussed here have enabled us to underline the fundamental aspects of the relations between social, medico-social and medical actors established in a territory around immigrants' condition of living or specific events occurring during life time. It should be noted that these networks are constantly working to raise funds (especially in order to be able to employ new social workers and midwives), while the number of immigrants included each year in these schemes is increasing. Another important aspect concerns the autonomy of immigrants and their families. Measures should be implemented to promote the autonomy of immigrants and their family once their rights have been acquired and once the first medical appointments have been made, and to inform them about the functioning of the various mainstream healthcare structures.

In this chapter, we have sought to outline the ineluctable link between housing and health and to underline that in urban spaces, and have highlighted that these links should be examined by taking into account immigrants' individual situations. Researchers have the ability to highlight the visible degradation of the living conditions of immigrant populations in urban spaces while taking into account the contexts in which healthcare professionals work as well as the emergence of precarisation processes among populations. Furthermore, our examples show that healthcare professionals and social workers face serious difficulties on several levels: to understand the living conditions of immigrants (some professionals should go to the squat to gain a better understanding of the squatter's daily living conditions), to communicate with immigrant patients (problems related to language complicate exchanges

and call for a more regular use of interpreters) and finally to take into consideration the life trajectory of each immigrant when addressing his/her illnesses or health issues.

References:

Agier, M. 2010. *Managing the Undesirables*. Polity Press.

Agier, M. 2016. *Borderlands: Towards an Anthropology of the Cosmopolitan Condition*. Polity Press.

Agier, M., Bouillon, F., Girola, C., Kassa, S. and Vallet, A.-C. 2011. *Paris refuge : Habiter les interstices*. Bellecombe-en-Bauges: Éditions du Croquant.

Bergeon, C. and Hoyez, A.-C. 2015. Être migrant et vivre en squat. *L'EspacePolitique. Revue en ligne de géographiepolitiques et de géopolitique*, (26). Retrieved from <https://espacepolitique.revues.org/3517>

Bouchayer, F., Verger, D. and Atach, P. 1994. *Trajectoires sociales et inégalités: recherches sur les conditions de vie*. Eres.

Brutel, C. 2016. *La localisation géographique des immigrés*. Paris: INSEE. Retrieved from <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121524>

Carde, E. 2009. Quinzeans de réforme de l'accès à uncouverturemaladie des sans-papiers: de l'Aidesociale aux politiquesd'immigration. *Mouvements*, 39. Pp. 144- 156.

Castaneda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., De Trinidad Young, M.-E., Beyeler, N., & Quesada, J. 2015. Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 36, 375- 392.

Chauvin, P. and Parizot, I. 2005. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris: Inserm, p.325.

Darlington-Pollock, F., Norman, P., Exeter, D. J., & Shackleton, N. 2018. Researching

- migration and health: perspectives and debates. In V. A. Crooks, G. J. Andrews, & J. Pearce, *Routledge handbook of health geography* (p. 386). Routledge.
- Davies, A. A., Basten, A., & Frattini, C. 2016. Migration: a social determinant of health. *EuroHealth*, 16(1), 10- 12.
- DeVerteuil, G. 2017. Post-welfare city at the margins: immigrant precarity and the mediating third sector in London. *Urban Geography*, 38(10), 1517- 1533.
<https://doi.org/10.1080/02723638.2017.1286840>
- Dietrich-Ragon, P. 2007. *Tensions autour des procédures relatives à l'insalubrité. L'exemple du saturnisme infantile*, in C. Lévy-Vroeland, V. Laflamme, D. Robertson, J. Smyth. *Le logement précaire en Europe*. Pp. 347-360. Paris: l'Harmattan.
- Fassin, D. 1998. *Les figures urbaines de la santé publique: enquête sur des expériences locales*. Paris: La découverte.
- Fijalkow, Y. 2013, "L'hygiénisme au chevet de la villemalade", in A. Lévy (ed) *Ville, Urbanisme santé, les trois révolutions*. Pp 137-157. Éditions Pascal, Mutualité française.
- Florentin, D. and Kloockner, L. 2016. Cachez cette villoque je ne saurais voir. *Urbanités*, (8). Retrieved from <http://www.revue-urbanites.fr/8-edito/>
- Hoyez A.-C. 2011. L'accès aux soins des migrants en France et la "culture de l'initiative locale". Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales, *Cybergéo*, [online]. Document 566.
- Hoyez, A.-C. and Thomas F. 2016. Socio-spatial dimensions of healthcare for newly-arrived migrants. In F. Thomas (Éd.), *Handbook of Migration and Health*, Edward Elgar Publishing.
- Jordan, L.P., DeVerteuil, G., Kandi, J., Marley, D. and Q. Wu. 2017. On the edge: Changing geographies of the global city precariat in London and Hong Kong. *Urban Geography* 38(10), 1459-1478.

- Labbe, E., Moulin, J-J., Gueguen R. and al. 2007. Un indicateur de mesure de la précarité et de la "santé sociale": le score EPICES. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurancemaladie. *La Revue de l'Irex*, 53, 3-49
- Larchanché, S. 2012. Intangible obstacles: Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Social Science & Medicine*, 74 (6), 858- 863. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.016>
- Marmot, M. and Wilkinson, R. (Eds.). (2005). *Social determinants of health*. OUP Oxford.
- Newbold, B. 2018. Immigrant health: insights and implications. In V. A. Crooks, G. J. Andrews, & J. Pearce, *Routledge handbook of health geography* (p. 386). Routledge.
- Thomas, F. (Ed.). 2016. *Handbook of Migration and Health* (Edward Elgar Publishing).
- Thomas, F., & Gideon, J. (2013). *Migration, Health and Inequality* (Zed Books). London.
- Townsend, P. 1987. Deprivation. *Journal of Social Policy*, vol. 16, no 2, pp. 125-146.
- Townsend, P. 1993. *The International Analysis of Poverty*. Hemel Hempstead
- Vallée, J. 2009. Les disparités spatiales de santé en ville: l'exemple de Vientiane (Laos). *Cybergeo: European Journal of Geography*.
- Witten, K., & Ivory, V. 2018. Urban public spaces, social inclusion and health. In V. A. Crooks, G. J. Andrews, & J. Pearce, *Routledge handbook of health geography* (p. 386). Routledge.
- Wrcinski, J. 1987. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social*. Pp.1-104. Journal officiel, avis et rapports du Conseil Economique et Social.
- Zaeffel, C. 2012. *Démo-géographie de la précarité et de la pauvreté*. Thèse de doctorat, Bordeaux, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 647 p.

(13) Gasquet-Blanchard C., Hoyez A.-C., 2020, « Les dimensions spatiales des relations familiales en migration : les enjeux autour de la grossesse en migration », *Norois*, 257 | 2020, 7-20

NOROIS N° 257, 2020/4, p. 7-20



Les dimensions spatiales des relations familiales en migration : les enjeux autour de la grossesse en migration

The spatial dimensions of family relations in migration: the stakes around pregnancy in migration

Clélia GASQUET-BLANCHARD^a et Anne-Cécile HOYEZ^b

^a UMR 6590 ESO, Laboratoire Rennes 2, Département SHS, EHESP, 20 avenue George Sand, 93210 La Plaine St Denis, École des Hautes Études en Santé Publique

(clélia.gasquet@ehesp.fr)

^b CNRS UMR ESO/Université Rennes 2 Bureau N306, Université Rennes 2; Maison de la Recherche en Sciences Sociales Laboratoire ESO Rennes – UMR 6590 ESO CNRS Place du Recteur Henri Le Gal, 35043 Rennes Cedex (anne-cecile.hoyez@univ-rennes2.fr)

Résumé : Cet article repose sur l'analyse d'observations et d'entretiens conduits dans le cadre de plusieurs terrains de recherches. Il propose une réflexion de fond sur les inégalités en santé périnatale, notamment en termes d'accès aux soins pour les publics primo-arrivants. Ces terrains ont participé à structurer une réflexion autour de la grossesse, et nous conduisent, dans cet article, à aborder les dimensions spatiales identifiées dans les dynamiques relationnelles, et notamment familiales, pour les femmes migrantes récemment arrivées en France et vivant un épisode de grossesse. Nous montrons que les enjeux existant pour ces femmes impliquent des trajectoires tantôt d'éloignement, tantôt de rapprochement avec leur famille plus ou moins élargie. Ces logiques impliquent d'apprendre à gérer la distance, notamment pour le père, et de prendre en considération des contraintes sociales et institutionnelles qui ont un impact important et durable dans la vie maritale. Enfin, ces dynamiques mettent également en avant qu'elles peuvent être guidées par des relations affinitaires décidées par les femmes.

Abstract: This article focuses on a synthesis analysis of observations and interviews conducted in the framework of several research fields. It provides an in-depth reflection on perinatal health inequalities, particularly in regard to access to healthcare for newly-arrived immigrants. These projects have contributed to structuring a reflection on pregnancy. In this article, we propose to address the spatial dimensions identified in the relational dynamics, and in particular family dynamics, for migrant women who have recently arrived in France with a pregnancy. We show that the challenges for these women involve trajectories that are sometimes distant and sometimes closer to their more or less close family. These logics require learning to manage distance, especially for the father, and to take into consideration social and institutional obstacles that have a significant and lasting impact on marital life. Finally, these dynamics also highlight the fact that they may be guided by affinity relationships decided by women.

Mots clés : trajectoire – périnatalité – migration – famille – pratique spatiale

Keywords: trajectory – perinatality – migration – family – spatial practice

INTRODUCTION

Dans la continuité des travaux portant sur les migrations des femmes, nous cherchons à rendre visible un ensemble de facteurs qui entrent en jeu dans la coordination des parcours de grossesse en France. Les propos se situent à l'interface entre les objectifs de l'action publique (santé publique et domaine sanitaire et social) et les expériences vécues par les femmes dans les mondes sociaux où elles évoluent. Ce faisant, l'article propose de déconstruire un ensemble d'idées reçues sur les statuts cumulés de « femme/enceinte/primovivante », qui peuvent conduire à un vaste champ de stéréotypes et de représentations négatives ou réductrices (femmes inactives, venues suivre un conjoint, etc.), notamment décrites et critiquées par plusieurs chercheuses (Kofman, 2004; Catarino, Morokvasic, 2005; Morokvasic, 2008; Schmoll, 2014; Gerbier-Aublanc, 2017). Dans cet article, sont particulièrement éclairées les situations de précarité et d'éloignement-isolement vécues par ces femmes. En effet, on observe d'une part la surreprésentation des femmes primovivantes dans les lieux de soins ou d'accueil dédiés aux publics précaires (Rietch 2014; Médecins du Monde, 2020; Gasquet-Blanchard, 2020). Si considérer la précarité comme unique prisme par lequel doivent être abordées les trajectoires des femmes migrantes enceintes apparaît comme réductionniste (Kofman, 2004), elle constitue néanmoins une partie importante des réalités rencontrées en France par les femmes interviewées au cours de nos terrains de recherche (voir méthodologie)¹ (Gasquet-Blanchard, Hoyez, 2015). D'autre part, l'isolement de ces femmes, même s'il n'est pas l'apanage des personnes en situation de précarité (et inversement), se donne à voir à travers une dialectique d'éloignement-rapprochement. L'éloignement spatial avec les proches restés au pays induit un rapprochement avec des compatriotes dans les espaces du quotidien en France, participant au tissage de nouvelles sociabilités, voire de

nouvelles implications familiales (Guerraoui, Strum, 2012; Battaglini *et al.*, 2002).

Mais l'éloignement social et la précarité, quand ils se conjuguent, sont souvent associés aux risques d'isolement pour l'action publique. Par exemple, on constate la prépondérance de dispositifs à destination des femmes (enceintes ou non) seules, ou des familles monoparentales (Neyrand, 2015). Cette organisation porte à faire perdre de vue la présence, parfois immédiate et à proximité, parfois plus distante, des conjoints et pères, des familles et des nouvelles sociabilités créées au cours de la trajectoire migratoire, révélées notamment dans les approches biographiques (Collet, Veith, 2013). Par ailleurs, la migration peut participer à des situations d'errance (sans pour autant définir une relation de cause à effet). Claudio Bolzman (2014), décrit des situations « où des personnes en exil sont amenées à vivre des situations d'errance, et à se trouver ainsi dans des dispositifs sociaux qui n'étaient pas, en principe, prévus pour elles » et montre comment « le déplacement indéfini ou provisoire, dans un temps plus ou moins continu, sur un ou plusieurs territoires » implique une errance sur le plan administratif (marquée par les variations des titres de séjour, statuts, types de protections juridiques, ouvertures des droits sociaux, déclaration du nouveau-né) qui entrave la possibilité des individus à être et se sentir légitime dans un lieu, y résider, y vivre. Dans ces situations d'errance, les femmes enceintes en migration nécessitent donc d'être soutenues dans la sphère sociale et institutionnelle. Battaglini et ses collègues (2002) soulignent que le rôle de soutien est généralement assuré par les travailleurs sociaux et/ou les proches, notamment les conjoints dans un cadre de « réajustement du genre à la faveur de la migration » (Guerry, Thébaud, 2020) et qui activent des aides de nature instrumentale, matérielle, morale ou informative souvent empreintes de normativité (Planche, 2014). Pourtant, il arrive que ces soutiens à destination des femmes soient insuffisants.

Aussi, nous nous intéresserons ici surtout aux sociabilités des femmes enceintes primovivantes dans leurs espaces du quotidien et moins à leur état de santé. En effet, migration et grossesse se présentent comme deux événements biographiques, mais aussi deux « expériences fondatrices » (perte et refonte d'un réseau social ailleurs ou à distance,

1. De plus, analyser la précarité ne doit pas empêcher de rendre compte de la situation de femmes moins précaires mais fragilisées dans d'autres domaines, comme : embauche dans le champ professionnel à des postes sous qualifiés au regard de leur expérience, assignations aux métiers du care et du domestique sous-qualifiés et sous-rémunérés, renoncement au sein des ménages aux carrières professionnelles féminines au profit des carrières masculines notamment, comme l'ont montré les travaux de Karine Duplan (2016).



accolées à un changement de statut familial) particulièrement situées dans des contextes qui complexifient ces expériences. Dès lors, nous souhaitons, dans cet article, éclairer la dimension spatiale de la grossesse en situation de migration, notamment autour des dialectiques entre, rapprochement/éloignement ; mobilités/distances, sociabilités/spatialités, et ce en contexte urbain et au quotidien, particulièrement concernant l'hébergement et l'environnement social et relationnel de ces femmes.

Nous proposons de traiter, dans une première partie, de la grossesse comme événement social dans le contexte de la migration et d'interroger comment s'articulent les dimensions spatiales,

sociales, administratives et temporelles des trajectoires. La deuxième partie met l'accent sur la situation des couples quand la grossesse se déroule en migration : la place des pères, peu visible dans les recherches, alterne entre présence, absence et/ou tenue à distance de certains dispositifs d'aide, ce qui oriente fortement les expériences de leurs compagnes enceintes. Enfin, de façon transversale, dans une troisième partie, nous nous intéressons à la façon dont la vie sociale se trouve réagencée dans un contexte de grossesse en France, notamment dans les différentes façons de s'investir pour les proches et dans la présence ou la séparation d'avec les enfants aînés.

Méthodologie

Cet article se base sur un corpus d'entretiens issus de différents programmes de recherche s'intéressant aux trajectoires de femmes enceintes : celles de femmes enceintes ayant accouché d'un enfant prématuré (réalisés dans le projet DISPARITE² entre 2012 et 2014 menés dans 4 villes françaises, au sein de 8 services de néonatalogie et en maternité). Au sein de cette recherche, nous avons sélectionné les 15 entretiens réalisés auprès de femmes arrivées depuis moins d'un an sur le territoire (sur les 120 au total). Cette étude nous a amenées à approfondir le lien entre grossesse, migration et accès aux droits, notamment l'accès aux soins (intégrant de fait une diversité de statuts administratifs au sein du public rencontré). C'est ce que nous avons également investigué, dans le cadre du projet MIGSAN³, avec la réalisation de 29 entretiens réalisés entre 2013 et 2017 auprès de femmes primo-arrivantes enceintes à la consultation et à la maternité d'un CHU (l'ensemble de ces entretiens sont ici mobilisés). Par ailleurs, dans le cadre d'un partenariat institutionnel et conventionné avec un réseau médico-social francilien de prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité, nous menons une approche de long terme et réalisons régulièrement depuis 2013 des observations et entretiens avec les femmes incluses dans ce réseau de santé. La majorité des femmes suivies au sein de ce réseau ont récemment migré sur le territoire.

Au total, ce sont 44 entretiens semi-biographiques qui sont mobilisés dans cet article. La méthodologie de l'ensemble de ces projets se base sur une approche qualitative, à partir d'entretiens conçus pour appréhender les trajectoires de la grossesse et de la migration, le parcours de soins ainsi que les éléments contextuels de ces trajectoires (statuts administratifs, socio-économiques...). Les entretiens ont été conduits en langue française, en portugais ou en anglais. Ils ont été enregistrés et retranscrits après avoir obtenu le consentement oral des femmes. Les entretiens ont été réalisés suite à l'autorisation des structures dans et avec lesquelles nous avons travaillé, dans des lieux proposés puis choisis par les femmes (chambre de maternité, de néonatalogie, domicile des femmes, salle d'attente).

Sociographie du corpus mobilisé

Dans le corpus ici présenté, toutes les femmes sont arrivées depuis quelques semaines dans la ville dans laquelle nous les avons interrogées, toutes ont migré au cours de leur vie et sont nées à l'étranger, certaines ont eu des grossesses, accouchements, ou autres événements gynécologiques dans leur pays d'origine ou d'autres pays dans lesquels les femmes ont pu résider. Ces différents éléments seront précisés dans les citations au cours du texte ou les vignettes illustratives. Ces femmes sont de différentes nationalités. Elles sont engagées dans des relations de couple hétérosexuelles. Elles sont toutes majeures, résident ou ont un point d'ancrage (même précaire et éphémère) dans les métropoles couvertes par nos enquêtes. Elles peuvent avoir vécu, pour certaines, des issues

2. Développement de l'information statistique pour l'analyse des risques et des inégalités sociales sur le territoire. Étude pluridisciplinaire des facteurs influençant les inégalités sociales de santé (EHESP / 2012-2015).

3. ANR MIGSAN « Migrations et santé : expériences migratoires et trajectoires de soins pour les migrants primo-arrivants en France » (2016-2020) <http://migan.hypotheses.org>

de grossesses compliquées (enfant de petit poids ou prématuré). Elles ont été rencontrées dans la chambre de leur enfant en néonatalogie, ou en maternité, ou dans une salle de consultation ou encore sur leur lieu d'hébergement (appartement; hôtel social; squat). Les femmes peuvent être dans des situations administratives très différentes. Certaines bénéficiaient d'un titre de séjour, d'autres arrivées très récemment n'avaient encore aucune demande de titre de séjour en cours et étaient donc considérées comme « sans papiers », certaines étaient demandeuses d'asile, d'autres déboutées de leur demande d'asile, d'autres dites « dublinées » (dans l'impossibilité d'effectuer une demande d'asile en France, car leur identité avait déjà été relevée dans un autre pays européen où elles étaient passées ou avaient résidé). Elles pouvaient être accompagnées de leur conjoint ayant des statuts tantôt similaires, tantôt différents des leurs ou bien similaires, mais se situant dans des temporalités décalées (pour un couple, le statut de réfugié du conjoint est acquis, celui de la femme est en cours, celui des enfants n'a pas encore été demandé).

LA GROSSESSE EN MIGRATION : LES EXPÉRIENCES SOCIO-SPATIALES DE RAPPROCHEMENT ET ÉLOIGNEMENT

Le « projet migratoire d'une personne ou d'un couple implique les familles, leur histoire et leurs relations » (Cattaneo, 2009), et nous proposons ici de centrer notre propos sur la période de la grossesse. La grossesse en migration, vue par les sciences sociales, implique une approche globale qui interroge la place que cet événement occupe dans une sphère familiale en migration. En situation de migration, la mobilisation d'un réseau de sociabilité

revêt un sens particulier, celui de (re)construire des relations sociales (familiales, amicales) pendant l'attente de l'enfant puis en vue de son arrivée, et de son accueil. Elle peut se faire, plus ou moins facilement selon les situations, suivant des réseaux de sociabilité qui se trouvent tantôt à proximité, tantôt multilocalisés. Par exemple, certaines femmes rencontrées ont fait état d'une sociabilité dispersée dans l'espace, avec plusieurs membres de leur famille en migration, depuis plus ou moins longtemps, impliquant des formes de sociabilités à distance des proches lorsque ceux-ci sont dispersés dans différentes villes, différents pays (encadré 1 et figure 1 – **planche I**).

Linda est originaire d'un pays d'Afrique subsaharienne. Elle réside en France avec son conjoint et son enfant. Elle a rencontré différentes personnes dans la ville où elle réside, qui sont devenues des ami.es.

Elle est par ailleurs en lien téléphonique avec une amie qui réside dans une autre ville française et rend visite de manière ponctuelle à une autre amie résidant en Espagne.

La mère de son conjoint habite dans un autre pays avec l'une de ses belles-sœurs et son beau-frère, installés dans une autre ville. Linda échange peu avec sa belle-famille.

Elle est par contre en lien étroit avec l'une de ses sœurs qui vit dans une autre ville française et à qui elle rend régulièrement visite et réciproquement. Pour des raisons principalement économiques, les visites à son frère résidant en Allemagne sont plus ponctuelles, mais les appels sont réguliers, comme ceux avec sa mère et sa sœur qui s'occupent d'un de ses enfants « resté au pays ». Les appels par Skype et téléphone sont réguliers et ils lui rendent visite de manière ponctuelle en France.

Encadré 1 : Exemple du réseau de sociabilité d'une femme issue d'une famille aux mobilités transnationales

La situation de Linda illustre des mobilités et des liens transnationaux tant familiaux qu'amicaux très variés. Les visites aux proches peuvent par exemple se développer auprès de la famille élargie (des parents, de la fratrie, etc.) également en migration. Ces sociabilités sont facilitées par l'expérience commune de la migration, mais s'appuient aussi sur certaines réalités financières (des mobilités moins

coûteuses qu'une visite au pays) et administratives (plus de facilité à se déplacer en UE si le titre de séjour français le permet que vers son pays d'origine en raison de la peur de la perte de son visa).

La grossesse vécue à distance de sa famille implique de réinventer les interactions avec les proches (dont principalement la mère, le père, les sœurs et frères, mais aussi les ami.es) quand

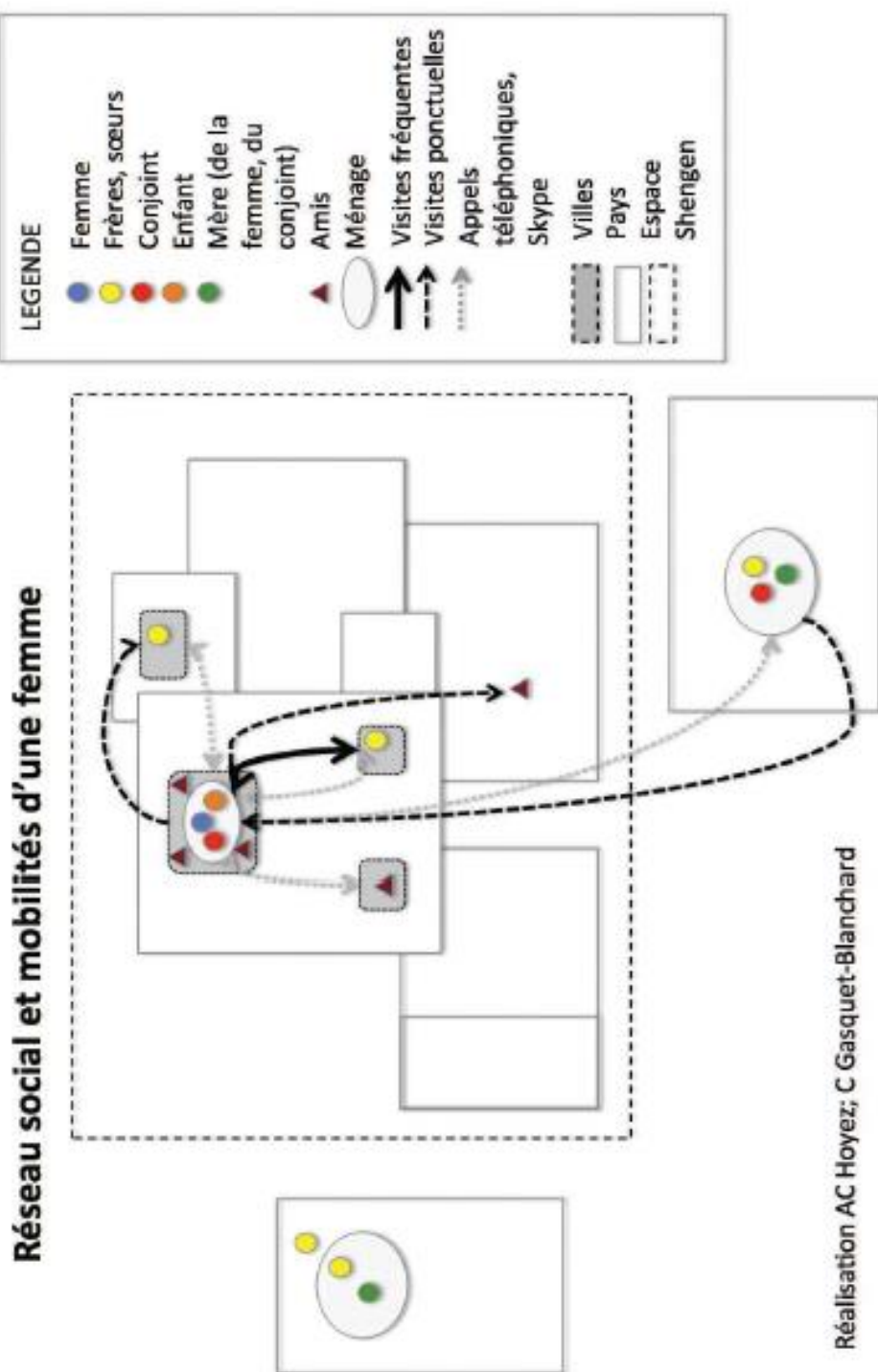


Figure 1 : Représentation schématisée du réseau social et des mobilités d'une femme

ceux-lles-ci sont resté-e-s au pays. Bien sûr, nous observons le développement de l'usage des outils de communication à distance (internet, téléphone, réseaux sociaux numériques, etc.) (Mattelart, 2009) dans le cadre d'un investissement relationnel auprès de la fratrie et des amitiés créées en migration. Mais le recours aux réseaux sociaux, à l'internet et au téléphone ne compense pas la rencontre physique : il permet surtout de faire perdurer des liens et de gérer l'attente au mieux comme l'illustre cet extrait d'entretien avec Anita, impatiente de savoir si sa mère pourra avoir un visa pour lui rendre visite. Anita est une femme équatorienne, venue pour suivre son mari, chilien. Le couple a le même niveau d'étude, mais elle renonce à chercher un travail pour se concentrer sur sa grossesse, car le couple a rencontré des difficultés pour concevoir cet enfant et parce que son conjoint a décroché un CDD de chercheur post-doctoral dans une université française :

« Parfois [mon mari] ne me comprend pas, la nuit il dort, il ne voit rien, il ne me comprend pas. Quand je suis triste (mon mari dit) le bébé est notre famille, mais moi ma famille me manque, pour moi ma famille c'est ma vie, je vis dans une petite ville, pour moi c'est trop important, lui pense que notre petite famille c'est assez, mais moi j'ai besoin des miens autour de moi. [...] Il est proche de sa famille, mais pas autant que moi, sa famille ils vivent à Santiago, ce n'est pas pareil. Mon frère qui vit en Belgique est venu en février dernier et moi j'y suis allé à Noël! C'est la première fille de la famille, mon père est trop content, car c'est la première petite fille. Ma mère est en train de regarder si elle va pouvoir venir en juillet, j'espère qu'elle va pouvoir venir me voir » (Anita, femme équatorienne, sans activité professionnelle, mariée à un homme chilien venu en France pour un emploi, enceinte de leur premier enfant).

Pour les femmes qui rencontrent des difficultés administratives et économiques en France, dans les premiers temps de l'arrivée, la migration se déroule dans un contexte spatial contraint marqué par la peur d'un contrôle de police pour les femmes en situation irrégulière, les difficultés financières qui impliquent de trouver rapidement des ressources dans l'environnement immédiat, la méconnaissance des moyens de circulation dans la ville et l'appréhension de la découverte de l'espace public, le res-

sentiment négatif de l'amointrissement de leurs mobilités. Tout ceci peut participer à un retard voire un renoncement aux soins ou au suivi de grossesse pour les femmes.

Mais la grossesse en migration peut aussi générer de nouvelles sociabilités qui vont permettre d'agir sur les pratiques spatiales, comme dans le cadre de rencontres faites dans le milieu professionnel, qui peuvent faciliter et déclencher des mobilités et l'accès à des lieux-ressources. C'est le cas de Karen, une femme philippine travaillant comme employée chez une famille française. Elle conduit sa grossesse à distance de son conjoint resté aux Philippines pour gérer son commerce. Son employeuse, accompagne Karen dans ses démarches administratives pour son titre de séjour, son accès aux soins et notamment d'inscription en maternité, dans l'établissement dans lequel elle-même a accouché (et où Karen n'aurait probablement pas accouché si elle avait dû trouver une maternité par elle-même ou par son réseau amical) :

« Yes, yes actually it's my employer who get a rendez-vous here. Yeah, because before she told me, she had two daughters, so the first daughter she gave birth in a private hospital but she didn't told me, and then she told me oh I know a place and then she recommend me here so I told the staff of course and they are very happy of course and it's ah... yesterday they came here with the two kids. Yeah, so she told me that the hospital is very nice, the staffs are very good so of course you really want to have one like that. So, she, I told her, "okay madame can you help me" and I don't know I'm going to have a house just near here, so it's a good thing for me cos' it's just very near my place, so yeah we took a rendez-vous here last September I think, and then I just moved last December, so it's, yeah it's good for me » (Karen, femme philippine travaillant en France; son mari, philippin, est resté travailler au pays; elle vient d'accoucher de leur premier enfant).

L'information entre femmes sur le suivi de grossesse et tout ce qui en découle : la garde des enfants, la préparation des repas, la compréhension de l'accès aux soins, du suivi de grossesse, ou encore un hébergement provisoire (chez un tiers pendant la grossesse) ou plus durable (l'accès à un logement autonome) se diffuse surtout dans les liens sociaux tissés par les femmes dans la temporalité de leur grossesse.

De fait, nous observons l'évolution, voire le développement, de spatialités très différentes durant le temps de la grossesse, comme cela est décrit par A. Fourmant (2009) : l'espace de la femme enceinte se trouve tantôt restreint, participant à des mobilités contraintes, tantôt s'étend, en induisant une reconfiguration des sociabilités, familiales et amicales multilocalisées.

On constate également l'importance, pour les femmes, d'être en mesure de créer des sociabilités transgénérationnelles et/ou féminines de manière générale autour de l'événement de la grossesse. La principale entrave à la réalisation de mobilités pour ces sociabilités réside dans les aléas liés aux services consulaires pour l'obtention des visas des visiteuses attendues (mères, grand-mères : vont-elles avoir leur visa à temps pour pouvoir venir au moment de la naissance?).

Aussi, la grossesse en migration va déclencher des sociabilités propres à l'accueil de l'enfant et aux solidarités autour de la mère. La grossesse peut être l'occasion de voir se développer autour d'une femme un nouveau réseau social, mais, pour les femmes primo-arrivantes les situations peuvent être très tranchées, notamment au regard des conditions de leur installation dans la durée dans une ville ou un territoire. Les femmes rencontrées ont pu soit rencontrer des difficultés pour créer ou élargir leur cercle de connaissances pour celles qui n'étaient pas stabilisées et autonomes dans leur logement et leur statut administratif ; ou soit elles ont pu trouver des ressources supplémentaires quand elles réussissaient à s'appuyer sur leurs ancrages socio-territoriaux multilocalisés.

Enfin, au sein des couples, entre statuts administratifs fluctuants, vie sociale à recomposer autour de la grossesse et de la migration, la vie maritale revêt parfois une dimension spatiale complexe. Certaines femmes rencontrées ont fait état d'une relation de couple transnationale, caractérisée soit par la multiplication des allers-retours (du père) vers Paris ou vers le pays d'origine pour régler des questions de papier dans les consulats ou ambassades, voire l'absence de mobilité d'un père vers sa compagne s'il est resté dans le pays sans autorisation de visa pour venir la rejoindre. Ces situations soulignent à nouveau la présence de cette dialectique d'éloignement/rapprochement provoquée par l'irruption des titres de séjour au sein de la vie de

couple, et la façon dont ils mettent en cause la stabilité des couples en obligeant les parents à des mobilités/immobilités contraintes, et ce parfois sur le long terme.

LES COUPLES : GÉRER LA DISTANCE OU LA PROXIMITÉ

La littérature scientifique sur la grossesse et l'accouchement met en lumière la reconfiguration des rôles de parents comme révélatrice des normes qui pèsent sur les femmes enceintes (cf. l'image de la bonne mère qui guide la parentalité telle que définie par l'action sociale). Chez les femmes primo-arrivantes en France, cette norme s'accompagne généralement d'une injonction à l'acculturation avec la « culture locale » et pour celles en situation de grande précarité, l'assignation à ces normes de parentalité est encore plus présente. La place des pères est moins étudiée, et nous proposons de nous y arrêter, car, en situation de migration, le père ou conjoint peut endosser des rôles que les femmes (la mère et plus largement les femmes du réseau familial) auraient assurés par ailleurs (Battaglini, 2002).

La place des pères dans les couples en migration

La littérature scientifique sur la place des pères dans le couple lors des grossesses en migration a montré un surinvestissement ou un nouvel investissement de leur part impliquant une perméabilité de leurs statuts face à la nouveauté du contexte économique, social et à la reconstruction des réseaux sociaux (Battaglini *et al.*, 2002 ; Jamouille, 2015). Cette participation vise à pallier le manque de réseau social que pourrait rencontrer leur conjointe, comme le décrivent plusieurs femmes interrogées rencontrées : au sein de ces familles en migration peuvent exister des relations très fortes au sein du couple, particulièrement quand les liens avec les compatriotes ou la famille sont distendus. C'est le cas par exemple, d'un couple algérien hébergé dans la famille du père. Pour eux, l'exigüité des lieux et la promiscuité des liens sont constantes et dégradent les relations familiales : la femme nous explique que l'attitude de son mari, bienveillante envers elle durant sa grossesse (il s'occupe du ménage, de la cuisine, l'emmène en

promenade, etc.) tranche avec l'attitude de son beau-frère, ce qui mettra à mal la relation avec les hébergeurs qui les mettront à la porte un peu avant l'accouchement.

D'une autre façon, il est arrivé que la présence des pères durant certains entretiens et leur implication dans la discussion, puisse présager d'un investissement personnel, parfois évoqué par les femmes elles-mêmes : connaissance des termes techniques de la grossesse par le père, de l'état de santé de sa conjointe, volonté d'être présent durant l'accouchement. La plupart du temps, ces investissements personnels proviennent d'un engagement sur le vif, émergeant autant d'un désir individuel que d'une conformation à la normativité médicale et sociale attendue d'eux en France.

En effet, les hommes présents lors des entretiens réalisés (environ 1/3 des situations de l'enquête) se montrent impliqués dans la grossesse de leur conjointe et leur paternité naissante ou reconduite. Ils ont interagi pendant l'entretien en apportant des informations sur la santé de leur femme de manière générale et particulièrement durant la grossesse, ainsi que de celle de leur enfant. Ils ont pu également évoquer les projets de la famille. Leur présence peut être en lien avec un contexte leur permettant d'être présents lors des consultations (arrêt maladie, impossibilité de travailler, ou possibilité de prendre un arrêt de travail) ou une condition pratique mobilisant leur intervention (ce sont souvent eux qui conduisent). Mais celle-ci montre également une mobilisation auprès des enfants.

L'entretien a lieu avec un couple érythréen en présence de leurs trois enfants. Il se déroule en français avec le mari et en anglais avec sa conjointe, lui est arrivé en France il y a plusieurs années, et après un parcours de rue et d'errance entre différentes villes françaises. Il est au moment de l'entretien sous protection internationale. Elle est arrivée avec leurs deux filles aînées, il y a un peu moins d'un an, dès la stabilisation du statut administratif légal de son conjoint, sa demande d'asile est en cours. Nous rencontrons le couple en visite postnatale à l'issue de l'accouchement de leur troisième enfant :

« *During the delivery, you were alone or your husband was not really far? You stayed with the girl?* »

– J'ai surveillé les filles. J'ai téléphoné à l'ambulance qui l'a amenée.

[...]

– Vous ne travaillez pas ?

– En ce moment, non.

– Parce qu'il n'y a pas d'autorisation de travail pour vous ou parce que vous ne trouvez pas ?

– J'ai l'autorisation, mais en ce moment, je suis un petit peu occupé avec les enfants. J'ai cherché pour dans 3 mois. »

Encadré 2 : Mise en lumière de la place d'un père présent lors du parcours de grossesse

Par ailleurs, le passage à un statut de père en migration apparaît comme un moment sensible : en l'absence du réseau habituel, l'investissement du rôle auprès de l'enfant et l'endossement de la paternité peut prendre de multiples formes : « Les rôles se mêlent, les responsabilités se chevauchent et les parents sont soudainement exposés à l'influence de nouvelles normes sociales, souvent véhiculées par les professionnels de la santé, surtout si les réseaux social et familial sont éclatés » (Battaglini *et al.*, 2002). On passe en quelque sorte à un autre type de pression sociale du désir de conformité, avec néanmoins une répartition des tâches qui persiste entre hommes et femmes. « L'implication des pères

représente un facteur de protection en contexte migratoire dans la mesure où ils peuvent combler le vide laissé par le réseau familial » (Battaglini *et al.*, 2002). Face à la distance spatiale du réseau imposé par la migration, les pères jouent un rôle fondamental dans le bien-être des femmes enceintes et peuvent se retrouver à investir, libres ou contraints, des lieux qui, ne sont pas encore majoritairement investis par les pères dans le suivi de la grossesse et/ou de l'accouchement, comme la salle de naissance ou la salle d'examen gynécologique par exemple (Oakley, 1980).

Les couples à l'épreuve des contraintes des normes institutionnelles et sociales

Comme nous l'avons vu, la relation de couple en migration revêt différentes formes. Il existe des couples « à distance » (où les conjoints vivent dans différents pays, ou dans différentes villes dans le même pays). Nous avons rencontré des femmes en situation de monoparentalité, ayant pu laisser un enfant dans leur pays d'origine, après avoir été éconduites ou abandonnées par celui qu'elles appellent généralement « le géniteur ». Il existe également des couples séparés longtemps, qui ne se retrouvent que lorsqu'un des deux conjoints se stabilise. Aussi, la dynamique des couples s'inscrit dans plusieurs dimensions sociales et territoriales (Schmoll, 2014) : à plusieurs reprises, nous avons noté que les configurations des deux individus formant le couple sont à prendre en compte dans le suivi et le vécu de la grossesse. En effet, le père peut se situer de manière différenciée par rapport au vécu de sa conjointe au regard de son titre de séjour et de l'évolution en cours du contexte institutionnel, administratif et familial.

Dans plusieurs cas, les couples rencontrés ont fait état de leur impossibilité d'être ensemble pour des raisons administratives liées à l'obtention de leurs papiers et se retrouvent séparés, empêchés de se réunir, se retrouver et de vivre ensemble au quotidien. De surcroît, l'absence du père en raison de contraintes administratives, comme nous l'avons évoqué plus haut, peut être lue comme entrant dans l'ensemble des violences faites aux femmes.

Ces séparations longues participent soit à l'éclatement des couples, ou au contraire à les souder encore plus (comme c'est le cas pour le couple érythréen, mentionné plus haut).

Les contraintes administratives ne sont pas uniquement liées aux titres de séjour, mais aussi à la façon dont les services sociaux prennent en charge les femmes. C'est ce que suggère cet exemple d'un couple rom que nous rencontrons, arrivés l'un comme l'autre dans le contexte de leurs études et vivant elle dans une métropole de l'ouest (elle) et lui dans une métropole du centre de la France. Suite à l'accouchement, le couple est sans hébergement et on propose à la femme pour sa sortie de maternité une prise en charge en centre maternel. Cette prise en charge dans une « structure mère-enfant »,

solution généralement proposée en premier par les services sociaux, exclut de fait le père de la solution d'hébergement. Le couple refuse cette proposition. Ce faisant, ils deviennent, aux yeux des soignants et travailleurs sociaux, un couple « non observant » à qui on ne proposera pas d'autre solution dans l'imédiat, en raison de la rareté des places disponibles accueillant des familles.

Pour les femmes qui ont des enfants de différents pères, les tentatives pour regrouper la fratrie sont autant d'épreuves mettant à mal leur statut de mère. C'est le cas d'une femme colombienne, qui, quand nous la rencontrons, vient juste de donner naissance à son 4^e enfant. Elle est très anxieuse au sujet de ses deux aînés, pris en charge par l'ASE (leur père, français, est décédé), et de son 3^e enfant, dont la garde vient d'être confiée à son 2^e mari. Elle est très inquiète aussi pour le devenir de son nourrisson et de son couple : la demande de visa de résident pour son partenaire a été refusée, et il est sur le point de tomber dans la catégorie « sans-papiers ». Aussi, en tant que mère de trois enfants de nationalité française et d'un enfant pour qui cette nationalité n'est pas acquise et conjointe d'un homme susceptible d'être reconduit à la frontière, elle se trouve prise au piège d'une situation administrative inextricable. Ce contexte de risques et menaces d'origine administratifs la rend anxieuse plus que ses conditions de vie ou de santé personnelles.

Pouvoir conjuguer vie de couple et vie de famille en situation de migration et au cours de difficultés administratives fait courir à ces femmes le risque d'être catégorisées comme aux marges des normes de la maternité et de la parentalité. Assignées au statut de mère, une des seules voies pour devenir sujet (Virole, 2016), ces femmes sont poussées à devoir endosser et à subir les représentations négatives que le monde de l'action sociale et le système de santé véhiculent si leurs choix et expériences s'écartent de la norme.

LA DYNAMIQUE FAMILIALE EN MIGRATION : LES LIENS AFFINITAIRES ENTRE RELATION D'AIDE ET DE DÉPENDANCE

En appui des couples, nous avons pu constater dans les entretiens une mobilisation importante du

réseau familial notamment autour de l'organisation de visites à la femme durant sa grossesse, autour de l'accouchement, du soutien après la naissance. La grossesse et la maternité apportent potentiellement un statut à la femme qui lui permet d'acquérir une certaine légitimité dans la famille ou la belle famille. Cet événement implique un changement d'identité sociale pour la femme (qui passe de fille ou belle-fille à mère) visible dans l'organisation dans les lieux de vie pour les couples hébergés, particulièrement si ces familles constituent les tiers hébergeant le couple et ses enfants. C'est le cas par exemple quand les femmes enceintes sont libérées de certaines tâches domestiques (ménage, cuisine, courses). Cependant, ce nouveau statut peut aussi complexifier la relation fille/mère ou belle-fille/belle-famille, notamment quand il y a conflits autour de l'hébergement. Ceux-ci sont fréquemment signalés et peuvent parfois aboutir à la mise à la rue de la femme ou du couple, impliquant des difficultés importantes pour les femmes à l'approche de l'accouchement et/ou à la sortie de la maternité. Cet investissement de la famille et de la belle-famille au moment de la grossesse et de l'arrivée d'un enfant est donc à double tranchant. Par exemple, nous avons pu rencontrer, lors de nos terrains, une femme accompagnée par sa belle-sœur en consultation, cette dernière se faisant traductrice, accompagnatrice et porte-voix de l'histoire reproductive de la femme enceinte qui consulte. Cette figure de la belle-sœur qui investit la grossesse interroge le degré d'autonomie et d'intimité de certaines femmes ou couples au sein du réseau social dans lequel ils évoluent, mais aussi sur le soutien qu'elle peut apporter (on apprendra que la belle-sœur se renseigne pour la femme pour des cours d'apprentissage de la langue française) pas seulement dans l'accompagnement dans le parcours de suivi de grossesse, mais aussi sur l'existence d'un réseau social hors du contexte familial.

De fait, les spatialités de ces femmes se trouvent très liées à celles du réseau social dont elles disposent et qu'elles établissent, tant dans leurs espaces de socialisation qu'à travers leurs accès aux soins ou à d'autres ressources.

La belle-famille peut être un réseau bienveillant participant à l'insertion de la femme dans la ville (accompagnement à des cours de français, partage d'un carnet d'adresses associatif, aide à se repérer

dans l'espace urbain...), mais peut aussi s'avérer participer à maintenir les femmes sans autonomie (traduction par un proche ou présence pour chaque rendez-vous médical, administratif, laissant peu de place à l'expression de la femme dans une situation de dépendance). La variabilité observée en consultation des situations décrites par les femmes nous pousse à nous interroger sur le paradoxe des réseaux familiaux tantôt participant à aider les femmes à acquérir de l'autonomie, tantôt les maintenant dépendantes. Quelles négociations ont lieu au sein des familles, belles familles ou proches hébergeurs? En quoi les expériences des femmes au sein de réseaux de sociabilité familiaux peuvent-elles participer aux choix des femmes pour se loger autrement (certaines préféreront être dépendantes du 115 que retourner chez leur hébergeur)?

Parmi les femmes que nous avons rencontrées se trouve une petite proportion de femmes arrivées en France pour trouver des soins adaptés au fœtus ayant une malformation ou pour faire soigner un enfant qui nécessite des soins qui n'existent pas ou ne sont pas disponibles dans le pays d'origine. L'urgence vitale qui préside à ces mobilités s'accompagne généralement d'un réseau familial transnational mobilisable autour de ces femmes et leurs enfants, dans des projets de long terme liant des problématiques sanitaires d'un enfant à naître.

D'autres situations lient les femmes en migration et leurs familles ont été repérées sur le terrain autour des mères d'enfants restés au pays (confiés à des parents ou des proches). Pour elles, les difficultés vont émerger sur le plan émotionnel et psychologique. La grossesse et la naissance d'un nouvel enfant ravivent un statut de mère qui a dû être mis de côté lors de la migration décidée pour parer aux difficultés qui les ont conduites à partir seules. Les femmes qui peuvent avoir été obligées d'imposer une distance spatiale entre elles et des enfants restés au pays évoquent toujours un déchirement; en effet, quand il existe des enfants au pays, la naissance apparaît comme un moment complexe pour la femme avec des risques accrus de dépression post-partum (Tobin *et al.*, 2018).

La question de la scolarisation des aînés présents en France se pose aussi comme l'illustre la trajectoire de Hawa (encadré 3).

Hawa est mère de 2 garçons quand elle arrive avec son visa, enceinte, pour rejoindre son conjoint. Elle se retrouve à la gare et une femme la conduit à l'hôpital. Aux urgences, elle apprend que sa grossesse est gémellaire. Son conjoint, depuis son arrivée en France, ne lui donne plus de nouvelles. Il a néanmoins reconnu les enfants à la naissance, mais il vit à ce moment avec une autre femme.

L'entretien a lieu dans la chambre d'un hôtel 115 à grande distance du centre-ville, où elle est hébergée avec ses deux garçons et ses deux filles. Précédemment hébergée dans un département limitrophe où elle avait sympathisé avec sa voisine et où son fils aîné était scolarisé, elle a changé de logement au moment de son accouchement. Post-partum, après un accouchement à l'hôpital, elle passe une nuit à la gare, 3 nuits dans un autre département limitrophe, puis une autre nuit à la gare avant d'être stabilisée. Ce déménagement a occasionné la perte de plusieurs vêtements et jouets des enfants qu'elle n'a pas pu transporter ainsi que la déscolarisation de son fils, en raison du refus de l'école de quartier de scolariser un enfant avec un certificat d'hébergement hebdomadaire.

Elle n'est pas autorisée à cuisiner dans le coin cuisine de la chambre où elle est hébergée et qui dispose d'un lit double, d'un lit simple et de deux lits parapluie. Son visa a expiré et elle est en attente de sa carte d'AME. Sans ressources, elle est en demande de tickets auprès d'une association de solidarité et de régularisation de ses contraventions de la compagnie de transports auprès de son assistante sociale.

Encadré 3 : La place des entraves administratives comme épreuves au quotidien

La trajectoire de cette femme et de ses enfants illustre les spatialités contraintes auxquelles peuvent être confrontées les femmes vivant dans un contexte de vie précaire, d'un pays à l'autre, d'un département à l'autre, d'un hôtel à l'autre.

Cela souligne aussi la façon dont la prise en compte de ces conditions de vie participe à mettre à l'épreuve le travail institutionnel, soignant, relationnel qui accompagne les trajectoires de grossesses des femmes.

CONCLUSION

Pour les femmes dont les entretiens ont été mobilisés dans cette étude on observe une pluralité de situations et de projets : des stratégies liées au travail et à la réussite personnelle, d'autres liées à leur propre protection ou celle de ces proches. Toutes les femmes ne sont pas arrivées en famille, certaines sont arrivées seules, quelques-unes avaient des raisons liées à leur santé ou celle d'un enfant. Pour toutes, elles ont « fait leur vie » en France (ce fut parfois une épreuve), elles ont installé un environnement social qu'elles souhaitent voir perdurer ; elles ont le projet de rester en France. Des conflits avec les conjoints ont été décrits dans les entretiens, donnant fréquemment lieu à des séparations du couple durant la grossesse, renforçant l'isolement des femmes. Par ailleurs, même si un entourage familial peut être présent, celui-ci ne peut pas toujours être mobilisé par les femmes, impliquant pour elles une

grande solitude. Si plusieurs situations dramatiques ont été observées, elles ne sont pas la norme. Nous avons observé des situations où les primo-arrivantes pouvaient être incluses dans un suivi de soin adapté, se trouver au sein d'un entourage familial bienveillant et vivre des expériences positives.

Autrement dit, aborder la précarité pour les femmes primo-arrivantes avec qui nous sommes entretenues ne se résume pas à décrire leurs conditions de vie économiques, sociales et administratives, les conditions de leur accès aux droits de santé et à un logement stable. La prise en considération des aspects affectifs, psychiques peut également entrer en ligne de compte (Davoudian, 2007, 2012 ; Furtos, 2009 ; Pinel-Jacquemin *et al.*, 2018) autant que les formes de sociabilité des femmes dans leurs espaces de vie. Ceci plaide pour la prise en compte des dimensions socio-spatiales de la grossesse en migration, tantôt locales, tantôt transnationales, se jouant sur le long terme (la migration et la grossesse comme événement à l'échelle d'une vie) et sur le court terme (l'urgence de se loger, la nécessité de sociabiliser, de faire suivre sa grossesse). En positionnant la grossesse comme événement social, on voit émerger des mobilités individuelles et autonomes chez les femmes enceintes, mais aussi des mobilités accompagnées et/ou suscitées par des proches. On observe des phénomènes sociaux et spatiaux tantôt d'éloignement tantôt de rapprochement selon le réseau relationnel des femmes, leurs ressources, les droits qu'elles peuvent convoquer,

l'image que les services sociaux se font d'elles, et ce à différentes échelles.

Cependant, travailler sur ce double événement (la grossesse et la migration) lorsqu'il intervient de manière simultanée implique de situer nos propos pour mieux analyser les effets de la précarité sur les grossesses et ses issues, mieux appréhender ce qui est universel dans la situation de précarité pendant la grossesse et qui se révèle être différent pour les primo-arrivantes.

La figure 2 propose de prendre en considération l'ensemble des mondes sociaux des femmes enceintes récemment arrivées, autour de leur grossesse, leur santé, de leur situation maritale et matrimoniale, de leur statut migratoire et des contextes dans lesquels elles se trouvent en interaction avec les travailleurs sociaux, les professionnels de santé, ou bien les per-

sonnels administratifs. À travers cette figure, nous montrons à la fois l'importance de prendre en compte une approche globale et sur le long terme de la grossesse et de la migration pour mieux comprendre ce qui entre en jeu pour les femmes enceintes en migration à l'échelle du quotidien.

La multiplicité des expériences et des choix de ces femmes montre qu'elles se saisissent de manière habile des situations auxquelles elles sont confrontées, notamment face aux injonctions qui leur sont faites en termes d'attendus sociaux et spatiaux : être hébergée dans tel type de structure si on a tel profil (Planche, 2014), être bénéficiaire de telle couverture sociale si on est détentrice ou non de tel titre de séjour. Ces normes institutionnelles sont érigées en normes sociales, mais sans pour autant correspondre aux attentes et aux besoins des femmes.

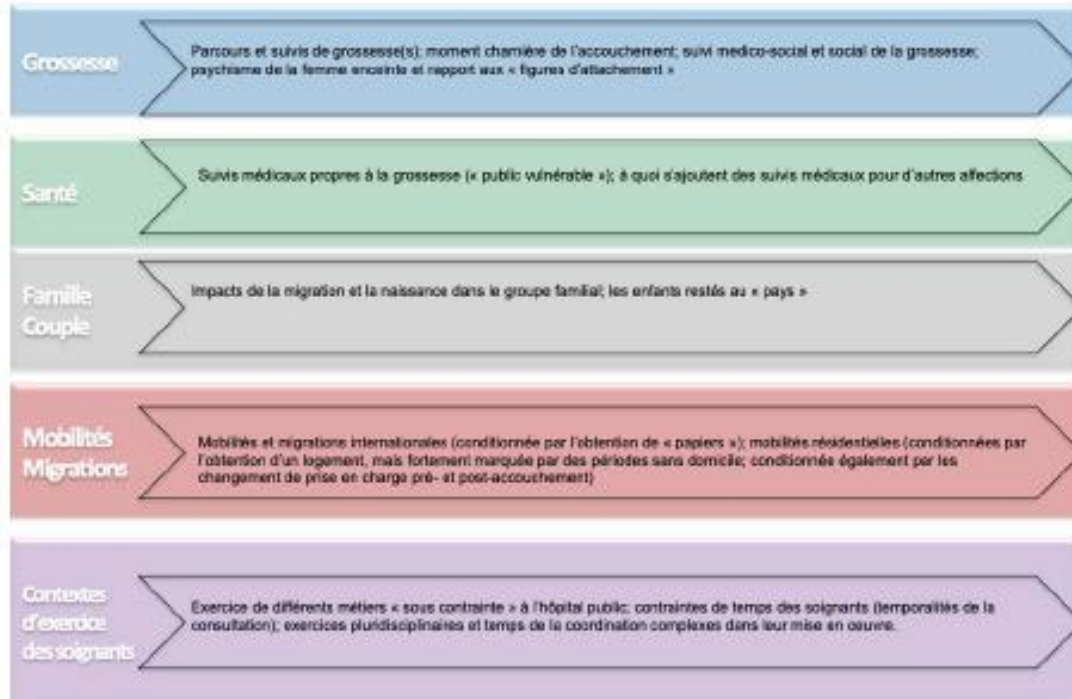


Figure 2 : Articulation des mondes sociaux dans l'approche par trajectoires

Bibliographie

- BATTAGLINI A., GRAVEL S., BOUTCHERON L., FOURNIER M., BRODEUR J., POULIN C., DEBLOIS S., DURAND D., LEFÈVRE C. et HEINEMAN B., 2002. Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes, *Service social*, vol. 49, n° 1, p. 35-69. DOI : 10.7202/006877ar.
- BOLZMAN C., 2014. Exil et errance, *Pensée plurielle*, vol. 35, n° 1, p. 43-52.
- CATAHINO C., MOROKVASIC M., 2005. Femmes, genre, migration et mobilités, *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 21, n° 1, 7-27.
- CATTANEO M. L., DAL VERME S., 2009. Conflits familiaux autour de la maternité dans la migration, *Dialogue*, n° 185, p. 79-89. DOI : 10.3917/dia.185.0079.
- COLLET B. et BLANDINE V., 2013. Les faits migratoires au prisme de l'approche biographique, *Migrations Société*, vol. 145, n° 1, 2013, p. 37-48.
- DWOUDIAN C., 2007. Maternité d'exil. *La clinique lacanienne*, vol. 12, n° 1, p. 69-73. DOI : 10.3917/cla.012.0069.
- DWOUDIAN C., 2012. Du délit d'existence au déni d'existence : Variations sur les papiers, in Davoudian C., *Mères et bébés sans-papiers : Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'instabilité?*, Toulouse, ERES, p. 79-94.
- DUPLAN K., 2016. *Devenir « expat ». Performances et pratiques de l'espace du quotidien de femmes en situation de mobilité internationale à Luxembourg*. Thèse de doctorat en géographie, sous la direction de Dupont L. (Paris IV) et Gerbe Ph. (LISER), Université de Paris-Sorbonne, soutenue publiquement à Paris le 13 mai.
- FURTOS J., 2009. Demande d'asile et parentalité, un paradigme de la précarité, *Cahiers de Rhizome*, n° 37, p. 9-11 [<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n37-de-l-exil-a-la-precarite-contemporaine-difficile-parentalite/demande-d-asile-et-parentalite-un-paradigme-de-la-precarite-1358.html>].
- GASQUET-BLANCHARD C., 2020. Solpam et la prise en charge des femmes enceintes dans la rue, *ADSP*, n° 111, p. 28-29.
- GASQUET-BLANCHARD C. et HOYEZ A.-C., 2015. Parcours et trajectoires dans le domaine de la santé. Quelques réflexions issues de l'analyse d'entretiens effectués auprès de femmes migrantes enceintes ou ayant récemment accouché dans la ville de Rennes, *Travaux et Documents*, n° 39.
- GERMIER-AUJAN M., 2017. Des capacités d'agir révélées par le vécu collectif de la maladie ? Le cas des femmes dans les associations de lutte contre le VIH, in Desgrées du Lou A. (dir.), *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, Paris, La Découverte, coll. Recherches, p. 243-262 [<https://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453-page-243.htm>].
- GURBAOUI Z. et STURM G., 2012. Familles migrantes, familles en changement. Le paradigme de la complexité. L'exemple des familles d'origine maghrébine, *Devenir*, vol. 24, n° 4, p. 289-299. DOI : 10.3917/dev.124.0289.
- GURRY L. et TIRFIAUD F., 2020. Femmes et genre en migration, *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, vol. 51, n° 1, p. 19-32.
- JAMOULLE P., 2015. Hommes et pères de milieux populaires. Transformations des paternités en milieux précaires, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 54, n° 1, p. 145-163.
- KOFSAN E., 2004. Genre et migration internationale, *Les cahiers du CEDREF*, 12, p. 81-97.
- MATTELART T. (2009). Les diasporas à l'heure des technologies de l'information et de la communication : petit état des savoirs. *Ticsociété*, vol. 3, n° 1-2, p. 13-57.
- Médecins du Monde, 2020. *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France*. Rapport de synthèse 2019.
- MOROKVASIC M., 2008. Femmes et genre dans l'étude des migrations : un regard rétrospectif, *Les cahiers du CEDREF*, 16, p. 33-56.
- NEYRAND G., 2015. Un soutien à la parentalité souvent inadapté aux situations de précarité. L'exemple des foyers monoparentaux, *Enfances & Psy*, vol. 67, n° 3, p. 105-112. DOI : 10.3917/ep.067.0105.
- OAKLEY A., 1980. *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*, Londres, ed. Martin Robertson.
- PINEL-JACQUEMIN S., KOLIOULI F. et KELLY-IRVING M., 2018. Devenir et être parent en situation de précarité, *Bulletin de psychologie*, vol. 554, n° 2, p. 593-607. DOI : 10.3917/bupsy.554.0593.
- PLANCHE M., 2014. L'errance des mères : du tri entre les situations aux registres de justification des orientations dans un contexte de maternité, *Pensée plurielle*, vol. 35, n° 1, p. 101-112.
- REICH M.-C., 2014. Étude exploratoire quantitative de la base de données du Réseau Solpam, 54 p.
- SCHMOLL C., 2014. Gendered spatialities of power in "borderland" Europe. An approach through mobile and immobilized bodies, *International Journal of Migration and Border Studies*, vol. 1, n° 2, p. 173-189.
- TOBIN C., DI NAPOLI P. et TATANO BRICK C., 2018. Refugee and Immigrant Women's Experience of Postpartum Depression: A Meta-Synthesis, *Journal of transcultural nursing*, vol. 29, n° 1, p. 84-100.
- VIOLLE-ZAJDE L., 2016. Devenir mère, devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France, *Genre, sexualité & société*, 16, mis en ligne le 20 décembre 2016 [<http://journals.openedition.org/gss/3862>] (consulté le 07 octobre 2019).

(14) Gelly, M., Cristofalo, P. & Gasquet-Blanchard, C., 2021, Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1(1-2), 72-91
([10.3917/arss.236.0072](https://doi.org/10.3917/arss.236.0072)). ([hal-03313353](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03313353))

*« Ici, on est super bien traitée,
on a des petits produits de beauté,
c'est vraiment hyper confortable.*

*Ce que j'ai particulièrement
apprécié, c'est qu'on ne vous réveille
pas le matin pour vous faire
des soins médicaux, on attend
que vous soyez réveillée. »*

Extrait d'entretien.

Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares

Les travaux sur les inégalités sociales de santé, bien qu'ils s'inscrivent (trop) rarement dans une sociologie des classes sociales¹, portent en général sur la santé des classes populaires, voire sur les fractions les plus précarisées des classes populaires², et de plus en plus sur la santé des personnes migrantes en situation de précarité administrative et sociale³, laissant dans l'ombre ce que la santé des classes supérieures dit aussi du système des inégalités. De plus, les enquêtes quantitatives sur les inégalités sociales de santé peinent à dissocier le niveau de revenu et le niveau d'études, qui augmentent ensemble quand la mortalité diminue⁴, laissant ainsi de côté l'analyse de la structure des capitaux et des effets éventuellement non convergents des capitaux économiques et culturels sur les pratiques de santé. L'enquête collective dirigée par Bernard Lahire sur les « enfances de classe » montre pourtant que les parents du pôle économique des classes supérieures remettent en cause les discours médicaux dès lors que ceux-ci

contrarient leur rapport distinctif à l'alimentation, qui se manifeste par une attention marquée à la minceur de leurs enfants (notamment de leurs filles), tandis qu'en ce qui concerne les familles du pôle culturel des classes moyennes et supérieures, les pratiques de santé constituent « l'une des dimensions du style de vie », en ceci qu'elles sont « permanentes et étendues à différents domaines de la vie familiale », tels que l'alimentation, les activités sportives et culturelles, le langage « en tant que moyen d'exprimer ses émotions », l'attention à des signes de mal-être psychologique qui entraîne un recours préventif à des psychologues ou pédopsychiatres⁵. Mais si les pratiques sociales, culturelles, résidentielles et matrimoniales de la bourgeoisie ont fait l'objet de travaux pionniers⁶, les pratiques de santé des classes dominantes restent peu explorées.

Pourtant, dans les années 1970, les travaux d'Antoinette Chauvenet sur la différenciation entre services de pointe et « médecine de masse »⁷, de même

1. Maud Gelly et Laure Pitti, « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, 58, 2016, p. 7-17.

2. Christophe Niewiadomski et Pierre Atach (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Presses de l'EHESS, 2008.

3. Marguerite Cognet, Christelle Hamel

et Muriel Moisy, « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 2012, p. 11-34 ; Maud Gelly, « Des inégalités en tous genres face au décès par sida et de leur ignorance par le système de santé », *Agone*, 58, 2016, p. 135-150 ; Annabel Desgrées du Lou, Andriano Ravalihasy et Julie Panetier, « Des situa-

tions de précarité qui exposent aux risques sexuels et au VIH », in Annabel Desgrées du Lou et France Lert (dir.), *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, Paris, La Découverte, 2017, p. 139-159.

4. Annette Leclerc, Monique Kaminski et Thierry Lang, *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris, La Découverte, 2008, notamment p. 81.

5. Bernard Lahire (dir.), *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*, Paris, Seuil, 2019, p. 1152-1156.

6. Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot, *Sociologie de la bourgeoisie*, Paris, La Découverte, 2016 (2000).

7. Antoinette Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978.

que ceux de Claudine Herzlich sur les types de clientèle hospitalière et la « médecine des grands nombres »⁸, ont mis en évidence le développement de filières de soins socialement différenciées au sein du système de santé français. Ces auteurs montrent notamment que les services hospitaliers « de pointe », développant des techniques médicales innovantes et prenant en charge des pathologies complexes, sont ceux qui sélectionnent socialement les patient-e-s, privilégiant les classes supérieures, quand les classes populaires sont surreprésentées dans les services les moins spécialisés.

De ce point de vue, les services hospitaliers en charge des accouchements présentent une situation inverse à celle qu'ont analysée Antoinette Chauvenet et Claudine Herzlich. Les services de maternité sont en effet répartis en trois types selon le niveau de technicité et donc de possibilité de prise en charge des femmes et des enfants en cas de complication : les maternités de type I se limitent aux grossesses dites physiologiques, c'est-à-dire celles ne présentant pas de pathologie, et relèvent du service public ou privé ; les maternités de type II disposent d'un service de néonatalogie pouvant prendre en charge les nouveau-nés nécessitant des soins spécialisés et relèvent elles aussi du service public ou privé ; les maternités de type III, qui disposent d'un service de réanimation néonatale et maternelle et peuvent prendre en charge les grossesses pathologiques et les situations médicales les plus complexes, relèvent en revanche toutes du service public, en raison notamment de l'hospitalo-centrisme qui caractérise le champ médical en France⁹. Autrement dit, les services de gynécologie-obstétrique « de pointe » sont les moins sélectifs sur le plan financier, et donc vraisemblablement les plus mixtes socialement. À l'inverse, si l'on excepte les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) dont les tarifs sont conventionnés avec la Sécurité sociale sans dépassement d'honoraires, les cliniques ou hôpitaux privés peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires, non pris en charge par la Sécurité sociale mais par les mutuelles ou assurances complémentaires.

La différenciation sociale des services de santé ne repose ainsi pas seulement sur leur niveau de spécialisation ou de technicité, en tout cas pour les situations médicales les plus courantes. Dans ce contexte, quels sont les autres principes de différenciation et de hiérarchisation qui structurent le segment des soins

obstétricaux ? Ou, pour le dire autrement, quelles sont les spécificités de l'offre médicale dans les hôpitaux fréquentés par les classes dominantes ?

Notre enquête dans deux maternités privées de types I¹⁰ montre que la différenciation sociale des services de santé, dans le cas de grossesses non pathologiques, s'appuie sur des logiques et des pratiques qui confèrent à une offre médicale ordinaire les caractéristiques de biens rares et distinctifs.

La première maternité, que nous nommerons Hôpital Ouest¹¹, est une maternité privée d'une commune bourgeoise de banlieue parisienne, accueillant un public très aisé et international, et spatialement proche d'une maternité privée de type II et d'une maternité publique de type III. La maternité enquêtée, de type I, comporte 15 lits d'hospitalisation et réalise environ 750 accouchements par an (chiffre relativement stable depuis une dizaine d'années), ce qui représente une activité réduite au regard de la majorité des maternités, dans un contexte de concentration croissante de ces services¹². Comme beaucoup de maternités privées, elle se caractérise par la dualité des statuts des catégories de personnels en charge des accouchements : les obstétricien-ne-s¹³ (environ un tiers de femmes, deux tiers d'hommes) sont les seul-e-s à relever d'un statut libéral (en secteur 2, c'est-à-dire pratiquant des dépassements d'honoraires – bien – au-delà des tarifs remboursés par la Sécurité sociale), quand les autres professionnel-le-s et notamment les sages-femmes sont salarié-e-s de l'hôpital. Ces dernières peuvent s'occuper du travail qui précède l'accouchement, mais l'accouchement proprement dit est assuré par les obstétricien-ne-s, qui bénéficient du plateau technique mis à disposition par l'établissement. Le terrain réalisé dans cette maternité comprend 33 entretiens semi-directifs, réalisés en français ou en anglais avec des femmes au cours de l'hospitalisation qui suit ou précède leur accouchement, dix entretiens avec des obstétricien-ne-s, sages-femmes, psychologue et secrétaire de la maternité, et l'observation de 60 consultations médicales et de cinq réunions de « staff » et réunions des cellules dites « internationales » (cellules d'interprétariat internes).

La seconde maternité, que nous nommerons Les Églantines, est une maternité de type I située dans un arrondissement de l'Est de Paris, réalisant 2 500 accouchements par an, où les médecins ne pratiquent pas

8. Claudine Herzlich, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 14(1), 1973, p. 41-59.

9. Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, 2005, p. 4-36.

10. L'enquête sur ces deux premiers terrains s'est déroulée en 2018-2019 et est désormais achevée. Elle se poursuit dans une maternité publique de type II située dans Paris et une maternité privée de Bretagne. Elle s'intègre dans le projet TRASOPER (Trajectoires et rapports sociaux en périnatalité), projet pluridiscipli-

naire mené par deux sociologues et deux géographes, de méthodologie mixte (par questionnaire, observation et entretiens). Cet article s'appuie sur le volet qualitatif de l'enquête dans deux maternités privées franciliennes.

11. Les noms des deux maternités ont été modifiés.

12. Jeanne Fresson, Sylvie Rey, Alexis Vanhaesebrouck et Annick Vilain, « Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études & résultats*, 1031, 2017, p. 1-8.

13. Médecins en charge des accouchements.

de dépassement d'honoraires. Il s'agit d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Toutes les catégories de personnel y sont salariées, et la plupart des accouchements sont pratiqués par les sages-femmes. Cette maternité est accessible à toute femme assurée sociale ayant une grossesse dite physiologique (sans facteurs de risque médicaux), mais l'inscription à la maternité ne peut se faire que par internet. Nous avons pu réaliser 23 entretiens avec des professionnel·les, pour la plupart sages-femmes, médecins (gynécologues-obstétricien·ne·s, pédiatres, anesthésistes), auxiliaires de puériculture, et 32 entretiens avec des femmes au cours des jours suivant leur accouchement.

Les entretiens, réalisés par une ou deux enquêtrices, ont été retranscrits et anonymisés. Nous avons sollicité l'accord des femmes pour un entretien après être entrées dans leurs chambres, mais les sages-femmes en charge de l'hospitalisation nous avaient demandé de ne pas entrer dans certaines chambres, soit parce que l'accouchement avait été difficile, soit parce qu'elles supposaient que les femmes concernées n'auraient pas apprécié d'être dérangées, pour des raisons qu'elles n'ont pas explicitées. Il est possible que cela ait écarté de l'enquête des femmes célèbres ou ayant un rapport moins enchanté au service.

Les réunions les plus longues, pour lesquelles une prise de notes exhaustive était plus difficile, ont été, avec l'accord des participant·e·s, enregistrées puis retranscrites. Les consultations n'ont pas été enregistrées, mais ont fait l'objet d'une prise de notes aussi précise que possible. Les dates d'entretien avec les femmes étant très proches de la date de leur accouchement (à trois jours près), nous ne les faisons pas figurer dans cet article afin que les femmes ne puissent être identifiées.

Le mode d'entrée sur le terrain a eu des effets sur la relation d'enquête. En effet, notre enquête à l'Hôpital Ouest fait suite à une sollicitation de Clélia Gasquet-Blanchard, en poste à l'École des hautes études en santé publique, par la direction médicale de l'hôpital, dans un contexte de remise en cause, par la direction administrative¹⁴ et une partie de l'équipe médicale, du taux élevé de césariennes dans l'établissement (environ 40 % des accouchements, soit deux fois plus que le taux national). Nous nous sommes saisies de cette demande pour entrer sur un terrain réputé difficile

d'accès, et avons ensuite élaboré un projet de recherche autonome et comparatif, explorant, avec les méthodes et concepts des sciences sociales, les effets des rapports sociaux sur les pratiques de soins, en élargissant ces pratiques au-delà de la césarienne. Si ce malentendu sur les objectifs de la recherche nous a permis d'entrer sur le terrain, il a probablement rendu plus difficile l'enquête auprès des professionnel·le·s de l'Hôpital Ouest, expliquant le faible nombre d'entretiens avec ces dernier·ère·s et l'échec de notre enquête par questionnaire, notamment auprès des médecins.

Ces conditions d'enquête contrastent avec la maternité des Églantines, où notre questionnaire a été complété par 24 professionnel·le·s (principalement des sages-femmes), et où nous avons réalisé 23 entretiens avec des professionnel·le·s. Notre plus grande proximité sociale avec le personnel de cette maternité a pu contribuer à faciliter la conduite de l'enquête auprès des professionnel·le·s¹⁵.

En analysant l'offre spécifique de deux maternités de la bourgeoisie, l'une destinée à la bourgeoisie économique et internationale, et l'autre à une fraction culturelle des classes supérieures, nous analyserons la (re)production des inégalités sociales face à la santé à partir des pratiques sociales des classes dominantes. Les services proposés par la maternité des Églantines étant moins exceptionnels, tant par leur nature que par leur prix, que ceux proposés par l'Hôpital Ouest, nous ne mènerons pas une comparaison systématique des pratiques dans ces deux établissements, et mobiliserons plutôt la maternité des Églantines à titre de contrepoint afin de souligner la dimension relationnelle de la différenciation sociale des services de santé : il ne s'agit pas, pour ces deux maternités, d'offrir aux femmes quelque chose de plus, mais de leur proposer quelque chose de différent de ce qu'elles sont supposées trouver ailleurs. Nous montrerons comment ces deux maternités privées parviennent, malgré leur faible niveau de spécialisation médicale et de technicité, à recruter et fidéliser une clientèle¹⁶ internationale privilégiée pour l'Hôpital Ouest, et plus locale et bien dotée en capitaux économiques et culturels pour Les Églantines ; et par là-même, pour ces deux établissements, à s'ennoblir en convertissant leur clientèle en capital symbolique. Dans un premier temps, nous analyserons les pratiques qui permettent

14. Les directions hospitalières associent une direction administrative et une direction médicale.

15. L'une des enquêtrices est alors enseignante-chercheuse en géographie sociale dans l'enseignement supérieur, fille de cadre dirigeant et d'institutrice ; la deuxième est maîtresse de conférences, étrangère, fille d'une agente d'entretien et

nettoyage des bureaux et d'un employé d'administration ; la troisième est médecin généraliste à l'hôpital public, devenue sociologue, fille d'enseignants du secondaire. Cette plus grande proximité sociale, caractérisée par l'ascension sociale et la détention de capitaux culturels relativement plus importants que les capitaux économiques, a probablement favorisé

le recueil d'informations qui ont pu heurter les professionnel·le·s de la première maternité, notamment en ce qui concerne l'origine sociale et le niveau de revenus.

16. Nous adoptons le terme « clientèle » (et non « patientèle ») pour désigner ce public : l'offre développée par cet établissement est à la fois hôtelière, commerciale et médicale, et l'équipe se fixe pour

objectif d'élargir et de fidéliser le public de l'établissement. L'usage de ce terme permet aussi une distanciation avec le langage indigène et ouvre la comparaison avec d'autres travaux sociologiques sur les métiers de service.

de transformer une offre médicale ordinaire en bien rare et distinctif, pour l'Hôpital Ouest en lui adjoignant une prestation hôtelière luxueuse et en proposant des examens ou traitements de façon que ceux-ci paraissent inaccessibles dans d'autres hôpitaux, publics comme privés ; et pour Les Églantines en promouvant une pratique de l'accouchement minimisant les gestes techniques. Dans un second temps, nous analyserons la place qu'occupent les femmes étrangères dans les stratégies de distinction de ces établissements, puis les formes différenciées de traitement et de racialisation qui en découlent : contrastant avec les conditions dans lesquelles la maternité Les Églantines accueille quelques femmes d'un centre d'hébergement d'urgence de personnes migrantes, l'Hôpital Ouest s'adapte à une clientèle étrangère, ici bienvenue parce qu'aisée, en mobilisant un service d'interprétariat et en négociant les devis d'hospitalisation selon les modalités de remboursement par les assurances. Nous montrerons que ces services proposés par l'Hôpital Ouest s'inscrivent dans des stratégies de diversification et d'entretien de cette clientèle, qui n'excluent pas un certain culturalisme (voir encadré « Le public de la maternité de l'Hôpital Ouest : des femmes de la bourgeoisie économique, internationalement mobiles », ci-contre).

L'Hôpital Ouest : une offre sophistiquée pour une clientèle d'exception

Les femmes disent avoir choisi l'Hôpital Ouest en raison de la qualité de l'hébergement, du service et des repas (préparés par un « chef triplement étoilé »¹⁷), qu'elles désignent par des termes relevant de l'hôtellerie (« c'est le confort hôtel », dit l'une d'elles), jugée supérieure à celle d'autres hôpitaux, notamment publics. Elles apprécient tout particulièrement que la temporalité du travail du personnel soit subordonnée au confort et au repos des femmes après leur accouchement, et ce en dépit d'une durée de séjour similaire à celle pratiquée dans la plupart des maternités (trois jours pour un accouchement par voie basse, cinq jours pour un accouchement par césarienne). Le travail des sages-femmes, auxiliaires de puériculture et infirmières du service qui assurent la « nurserie », c'est-à-dire la surveillance des nouveau-nés pendant la nuit afin que leurs mères puissent dormir, est présenté par les agents du service comme une spécificité de cette maternité, et mentionné par plusieurs femmes comme un élément important du choix de la maternité, car dans la plupart des maternités ce service est réservé aux femmes qui ne peuvent s'occuper de leur enfant en raison de problèmes de santé ou d'accouchements très difficiles :

« Ici, on est super bien traitée, on a des petits produits de beauté, c'est vraiment hyper confortable. Ce que j'ai particulièrement apprécié, c'est qu'on ne vous réveille pas le matin pour vous faire des soins médicaux, on attend que vous soyez réveillée. Tout ce qui est piqûre, tension, etc., tout ça, dans le public, c'est fait à 6 h du matin parce qu'elles ont un planning à respecter. Ici, c'est quand vous vous réveillez. C'est vraiment génial. Ça participe vachement au fait d'avoir un bon moral, au fait qu'on ne soit pas un objet, mais on se sent encore un être humain. Et souvent, on a du mal à dormir, donc quand on peut dormir le matin, c'est génial. Les gens sont hyper sympas, hyper gentils, hyper à l'écoute. Pour moi, j'ai vraiment l'impression d'avoir passé trois jours dans un hôtel spa. [...] La nurserie, c'est super. On peut y aller n'importe quand. Je l'ai donné [l'enfant] tous les soirs à minuit pour le récupérer quand je me réveillais, à 9 h ou 10 h, sauf la nuit dernière, je suis allée le voir parce qu'il me manquait. Elles sont hyper sympas, ça ne les dérange pas en fait, elles sont déjà occupées avec d'autres gamins. On a un petit carnet de bord où elles notent tout ce qui se passe. On prend le carnet de bord, un carnet de liaison, et on voit ce qui s'est passé dans la vie de l'enfant. On est au courant de s'il a mangé, s'il n'a pas mangé. » (Femme de 42 ans, ingénieure, bac+5, française, deuxième enfant).

Les produits de beauté mentionnés par cette femme, présents sur les tables de nuit des chambres visitées, contribuent à l'impression de séjourner dans un « hôtel spa » plus que dans un hôpital, de même que les larges couloirs sobrement décorés, mais étonnamment vides de chariots de soins ou de ménage, d'affiches de prévention ou d'informations sur le fonctionnement du service, ou de tout autre élément de matériel médical : ceux-ci sont soigneusement rangés dès que les professionnel-le-s ont fini le tour du service.

Les soins aux nouveau-nés sont également présentés par l'équipe, et appréciés par les femmes, comme des moments privilégiés et des gestes d'exception, débarrassés de leur dimension technique par l'ajout du suffixe « thalasso » au prosaïque premier bain :

« J'ai fait le bain-thalasso, c'est le premier bain où elle [membre du personnel, catégorie non précisée] reste une demi-heure à la masser [l'enfant], à la mettre dans l'eau comme si elle était... C'est exceptionnel. C'est un luxe, ça, c'est du confort. » (Femme de 35 ans, « avocat », française, troisième enfant).

Lorsqu'on les interroge sur le coût de leur hospitalisation et les modalités de remboursement éventuel par leur mutuelle d'entreprise ou par leur assurance d'expatriée, les autres femmes disent, sous des formulations

17. Rapport annuel 2018, p. 21.

Le public de la maternité de l'Hôpital Ouest : des femmes de la bourgeoisie économique, internationalement mobiles

Les 33 femmes que nous avons rencontrées ont entre 23 et 47 ans. Leurs conjoint-e-s¹, qui ont entre 25 et 51 ans, ont en général deux à cinq ans de plus.

Hormis pour une enquêtée, d'origine populaire, les parents occupent des professions libérales (médecins, avocats), sont chefs d'entreprise ou cadres dans des entreprises privées.

Elles ont fait, en France et/ou à l'étranger, des études de droit, de commerce, de sciences économiques ou de comptabilité, jusqu'à un niveau bac+5 pour la plupart, plus rarement bac+3 – une seule femme (celle d'origine populaire) a un bac professionnel.

Les femmes rencontrées occupent des postes d'encadrement, exercent des professions libérales, et travaillent dans le secteur privé, souvent dans la finance ou le luxe², de même que leurs conjoints³. Les trajectoires et capitaux scolaires des conjoints sont similaires. Les couples se sont formés pendant les études ou au début de la vie professionnelle, et les conjoints travaillent dans la même entreprise multinationale pour six d'entre eux⁴. Cinq femmes n'ont jamais travaillé ou ont cessé de travailler juste avant d'avoir des enfants.

Les couples résident pour la plupart de manière provisoire (c'est le cas des couples étrangers qui ont leur résidence principale ailleurs) ou permanente dans les arrondissements bourgeois de Paris et les communes bourgeoises des Hauts-de-Seine (6^e, 7^e, 8^e, 14^e, 16^e, 17^e arrondissements de Paris, Neuilly, Puteaux, Courbevoie), mais aussi dans des communes socialement plus diversifiées comme le 20^e arrondissement de Paris, Asnières, Crépy (Oise), ou Chaville (Sud des Hauts-de-Seine). Sur les 27 femmes pour lesquelles la nationalité a été évoquée lors des entretiens, 14 sont françaises, dont deux ont une double nationalité (franco-tchadienne et franco-israélienne)⁵ ; 13 sont étrangères⁶. Deux d'entre elles ont un conjoint français. Les raisons évoquées de la migration des couples sont la poursuite d'études, le changement de poste de l'un des conjoints, mais aussi la crainte des conséquences du Brexit ou de la Révolution tunisienne pour leur mode de vie ou pour leurs affaires.

Certaines des enquêtées ont reçu une éducation religieuse, catholique en général, parfois musulmane, plus rarement juive. Certaines femmes mentionnent des dons à des organisations caritatives mais, à l'exception d'une ancienne socialiste et d'une déléguée de parents d'élèves, aucune femme ne déclare d'engagement militant.

Les origines sociales, les capitaux scolaires, les professions et le secteur d'emploi de ces femmes ainsi que ceux de leurs conjoints, de même que leurs lieux de résidence, les situent au pôle économique des classes supérieures, voire au sein des élites économiques fortement mobiles à l'échelle internationale (dont Anne-Catherine Wagner définit le « capital international » comme un « capital indissociablement culturel, linguistique, et social, en grande partie hérité, renforcé par des cursus scolaires internationaux et des expériences professionnelles dans plusieurs pays »⁶).

1. Notre corpus inclut un couple de femmes.

2. Elles sont avocates (en profession libérale ou salariées d'entreprise) ; ingénieures dans de grandes entreprises (information, bâtiment, automobile) ; directrices des ressources humaines ; cadres dans l'industrie des hautes technologies ou du luxe ; administratrice des ventes en informatique ; comptable, experte-comptable ; commissaire aux comptes ; • dans la finance • (sans précision) ; cheffe d'entreprise pharmaceutique ; cheffe dans la restauration gastronomique ; assistante de direction de chef étoilé ; blogueuse ; pharmacienne ; psychologue ; chargée du recouvrement des dettes à EDF ; agent immobilier. Notons que les avocates et experte-comptable désignent leur profession au masculin, ce qui peut témoigner, comme l'a analysé Emmanuelle Zolesio, d'un attachement à la hiérarchie genrée des professions et à des modèles traditionnels de division du travail domestique : voir Emmanuelle Zolesio, *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*, Rennes, PUR, 2012.

3. Les conjoints sont : commerçants ; chefs d'entreprise ; « businessman » ; directeur général d'entreprise ou directeur d'opérations ; courtier en assurances ; expert-comptable ; consultants ; avocat d'entreprise ; ingénieur informatique ; designer automobile ; neuropsychiatre ; étudiant en médecine ; agent immobilier • à son compte car en agence c'est moins bien payé •. Lorsque les femmes ne précisaient pas le poste de leur conjoint, elles disaient qu'ils travaillaient • dans • la finance, l'hôtellerie de luxe, la publicité.

4. Cette concentration de conjoints dans une même entreprise multinationale peut être liée à la formation des couples dans un contexte professionnel, mais aussi aux accords qui lient certaines mutuelles d'entreprise avec l'hôpital enquêté, par exemple sous la forme d'un « check-up » annuel offert aux cadres dirigeants.

5. Les nationalités représentées sont les suivantes : américaine, tunisienne, algérienne, marocaine, ivoiro-bénoïse, saoudienne, pakistanaise, chinoise, japonaise, russe, espagnole, brésilienne, polonaise.

6. Anne-Catherine Wagner, « Les classes dominantes à l'épreuve de la mondialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 190, 2011, p. 4-9.



LE ROOM SERVICE à l'Hôpital Ouest, photo d'enquête, septembre 2018.

[Téléchargé le 17/01/2023 sur www.cajm.info via EHESP (IP: 194.193.119.18)

diverses, que c'est cher mais que « ça vaut son prix ». Si le coût de l'hospitalisation (8 000 à 15 000 € pour un accouchement) est estimé insuffisamment remboursé par l'assurance ou la mutuelle d'entreprise, les agents des admissions proposent une assurance « surcomplémentaire », qui rembourse l'intégralité des soins dans cet établissement, et qui fidélise son public.

Ce qui « vaut son prix », ce sont donc les produits de beauté, la chambre « classe » et la cuisine fine, la disponibilité du personnel, les massages et la nurse-rie où des auxiliaires de puériculture s'occupent des enfants pendant la nuit si les mères le demandent. Autrement dit, l'offre hôtelière permet à cette maternité de se distinguer des hôpitaux publics, mais aussi des cliniques privées environnantes, et permet ainsi à sa clientèle de se distinguer de celle de l'hôpital public (caractérisé comme « cimetièrre » par une autre de ces femmes) et d'une clinique privée proche où « les soins ne sont pas exceptionnels non plus ».

Cependant, la dimension distinctive de l'offre n'est pas seulement hôtelière, elle est aussi médicale, puisque l'équipe médicale de l'Hôpital Ouest propose des tests génétiques inaccessibles en France et accepte de pratiquer des « césariennes sur demande » (c'est-à-dire sans raison médicale), contrairement à l'équipe de la maternité des Églantines qui s'y refuse.

Deux maternités de la bourgeoisie face à la « césarienne sur demande » : une pratique révélatrice de rapports socialement contrastés à la technologie médicale

L'Hôpital Ouest pratique en 2018 environ 40 % de ses accouchements par césarienne (c'est-à-dire deux fois plus que le taux national). Une minorité de ces césariennes (18 en un an) ont été pratiquées sans aucune raison médicale, et programmées à une date décidée à l'avance entre femme et médecin. Ces césariennes dites « sur demande » ont fait l'objet de la rédaction d'un protocole par l'équipe médicale, visant à « encadrer et sécuriser » cette pratique que les femmes accouchant dans cette maternité sollicitent pour plusieurs raisons : pour les femmes étrangères souhaitant accoucher à Paris en raison de la réputation prestigieuse de cette maternité comme pour les femmes françaises travaillant à l'étranger, c'est le moyen de programmer avec certitude la date de leur accouchement et de limiter la durée de leur séjour à Paris ; pour les femmes vivant et travaillant en France, la césarienne programmée répond

à leur volonté de limiter la durée d'interruption de leur travail et les perturbations liées à l'imprévisibilité de la date d'accouchement. Certaines enquêtées ont ainsi travaillé jusqu'à quelques jours (voire quelques heures pour une avocate) de leur accouchement par césarienne. L'une d'entre elles, ingénieure, a demandé à accoucher par césarienne pour ne pas décaler sa date de mariage, programmé quelques jours après l'accouchement.

La demande de césarienne s'inscrit donc dans des dispositions au contrôle du temps, mais aussi du corps, dont témoignent les régimes qu'envisagent les enquêtées pour perdre rapidement le poids pris pendant la grossesse, ainsi que le soin apporté à leur apparence physique : nous les rencontrons dans leur chambre d'hôpital le lendemain même de leur accouchement, habillées (ou en pyjama élégant), maquillées et coiffées, dans un contexte où les exigences de présentation de soi liées à la vie professionnelle sont pourtant suspendues.

Or, si de telles dispositions à l'anticipation et au contrôle du temps sont le produit de la socialisation des classes dominantes¹⁸, et si le contrôle du corps relève de dispositions de classe et de genre¹⁹, leurs effets sur le rapport à la technologie médicale distinguent, sur notre terrain, les pôles culturel et économique des classes dominantes. Ainsi, aux Églantines, la césarienne incarne, aux yeux des femmes qui y accouchent comme à ceux des médecins et sages-femmes qui y travaillent, l'exemple même d'une technologie médicale jugée excessive autour de l'accouchement (voir encadré « Le public de la maternité Les Églantines : des femmes situées au pôle culturel des classes dominantes », p. 81).

Contrairement aux femmes accouchant à l'Hôpital Ouest, les femmes accouchant aux Églantines manifestent une certaine méfiance vis-à-vis d'un encadrement médical de la grossesse jugé excessif : « Pour le suivi de la grossesse on avait envie de quelque chose [...] d'un peu plus soft, [...] un peu plus dans l'accompagnement, un peu moins dans la sur-médicalisation qu'un gros hôpital aurait pu nous apporter. » (Femme française, 32 ans, inspectrice du travail, premier enfant).

Les faibles taux de gestes chirurgicaux pratiqués aux Églantines, tels que la césarienne et l'épisiotomie, font partie des critères de choix de cette maternité par les femmes, qu'elles aient obtenu ces informations sur internet, par leur médecin ou par des membres de leur cercle familial ou amical : « Ils sont très respectueux, ils ont moins de césariennes je crois, et moins d'épiso. Je crois que c'est 10 %, ça aussi c'était un de mes choix. » (Femme française, âge non précisé, comptable, troisième enfant).

18. Muriel Darmon, *Classes préparatoires. La fabrique d'une jeunesse dominante*, Paris, La Découverte, 2013. 19. Chris Shilling, "Educating the body: physical capital and the production of social inequalities", *Sociology*, 25(4), 1991, p. 653-672 ; Muriel Darmon, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, 2008.

Si la césarienne répond aux attentes des femmes de la bourgeoisie économique en matière de planification de l'imprévu, elle tient lieu de repoussoir pour les femmes de la bourgeoisie culturelle en quête d'un accouchement « un peu naturel »²⁰. Il en va de même pour leurs médecins : les médecins de l'Hôpital Ouest acceptent de pratiquer des césariennes sans raison médicale, voire encouragent la pratique de la césarienne dans des situations non conformes aux recommandations médicales nationales²¹, tandis que les médecins des Églantines refusent de pratiquer des césariennes sans raison médicale (ici significativement nommée « de convenance », ce qui en délégitime la demande) et orientent vers d'autres établissements les rares femmes qui les sollicitent, comme l'explique cette gynécologue : la « césarienne de convenance, où tout est tout à fait normal, [...] celle-là non, on va essayer de l'annuler complètement ».

Les femmes accouchant à l'Hôpital Ouest et aux Églantines se distinguent donc par leur rapport à l'imprévisibilité de l'accouchement et à la technologie médicale qui permet de la réduire, mais aussi par les ressources qui leur permettent d'imposer leurs attentes aux médecins. À l'Hôpital Ouest, les femmes ont les moyens financiers d'accoucher dans un hôpital où les médecins répondront positivement à leurs demandes, et elles consultent dans un cadre privé un médecin qu'elles ont choisi (et non un médecin attribué par la structure en fonction des disponibilités de rendez-vous), payé à l'acte, et qui leur laisse parfois son numéro de téléphone portable personnel : elles réunissent donc les conditions qu'Eliot Freidson a analysées comme étant les plus favorables à l'exercice d'un contrôle du client sur le travail médical²². Ainsi, une femme arrivée en France à sept mois et demi de grossesse avec une pathologie imposant un accouchement dans une maternité de type III selon les médecins de l'Hôpital Ouest et d'un centre hospitalo-universitaire proche, a pu imposer son choix d'accoucher à l'Hôpital Ouest contre l'avis des deux équipes médicales consultées²³. Au contraire, aux Églantines, les femmes consultent des médecins et sages-femmes salarié-e-s, dont le revenu n'est pas affecté par d'éventuelles défections de femmes mécontentes de leur suivi de grossesse. Si les femmes ont les ressources culturelles pour négocier certains aspects du déroulement de leur accouchement (comme

la position du corps au cours de l'accouchement, précisée dans les « projets de naissance » parfois rédigés par les femmes et acceptés par les sages-femmes et médecins des Églantines), elles n'ont pas les ressources économiques pour imposer des pratiques contraires aux recommandations médicales nationales.

Ce rapport différencié à la technologie médicale dans les fractions économique et culturelle des classes supérieures, ainsi que la mobilisation différenciée des capitaux économique et culturel dans les relations avec les médecins, amènent à considérer l'ensemble des ressources qui peuvent être converties en avantages liés aux soins, mais aussi en avantages éventuellement défavorables à la santé. En effet, s'il importe d'objectiver les conditions de conversion de ressources culturelles en avantages liés aux soins, comme y invite Janet Shim dans un article proposant de nommer « *cultural health capital* »²⁴ la forme spécialisée de capital culturel mobilisable dans le champ médical²⁵, il convient de ne pas limiter l'analyse aux seules ressources culturelles. Les capitaux économiques sont également convertibles en avantages liés aux soins, comme l'ont montré les travaux d'Eliot Freidson et Antoinette Chauvenet, mais notre enquête montre qu'il s'agit ici d'avantages en termes de pouvoir sur l'interaction, et que ces avantages ne sont pas nécessairement favorables à la santé²⁶. De plus, s'il existe une forme de capital accumulé, transmis et échangé dans le champ médical, il ne s'agit pas seulement d'une forme de capital culturel, mais aussi d'un capital social (connaissance personnelle de professionnel-le-s, dont attestent par exemple les modes de circulation des « bonnes adresses » entre femmes accouchant dans ces deux maternités), d'un capital bureaucratique (capacité à s'orienter dans des services et filières complexes, ou à prendre rendez-vous sur internet comme aux Églantines où il est impossible de prendre rendez-vous par téléphone ou au guichet), et d'un capital scientifique mobilisable par toutes les catégories de professionnel-le-s travaillant en milieu médical comme par les patient-e-s/malades/usager-ère-s, mais dont dépend la légitimité des médecins, dominants dans le champ. Or la légitimité scientifique des pratiques médicales à l'Hôpital Ouest semble problématique.

Les efforts déployés par les médecins de l'Hôpital Ouest pour légitimer leur pratique de la « césarienne sur demande » révèlent en effet les enjeux concurrents

20. Extrait d'entretien avec une femme française de 35 ans, directrice d'une association de promotion de la vente en vrac.

21. Pour une analyse plus précise des logiques médicales qui sous-tendent le recours élevé à la césarienne dans cet établissement, voir Maud Gelly, Paula Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard, « Choisir la césarienne : une pratique où

convergent *habitus* de classe et intérêts médicaux », *Revue française des affaires sociales*, 3, 2019, p. 71-90.

22. Eliot Freidson, « Influence du client sur l'exercice de la médecine », in Claudine Herzlich (dir.), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton/Éd. de l'EHESS, 1970, p. 225-238.

23. Notes d'observation, staff maternité,

21 juin 2018 ; entretien avec cette femme (25 ans, administratrice des ventes, premier enfant).

24. La traduction par « capital culturel en santé » nous semble préférable à « capital culturel de santé », mais, en l'absence de traduction autorisée, nous conservons la formulation originale.

25. Janet K. Shim, « Cultural health capital:

a theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment », *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 2010, p. 1-15.

26. La césarienne augmente les risques, notamment hémorragiques, de l'accouchement. Pour une synthèse des études l'établissant, voir M. Gelly, P. Cristofalo et C. Gasquet-Blanchard, art. cit.

Le public de la maternité Les Églantines : des femmes situées au pôle culturel des classes dominantes

Les 32 femmes enquêtées ont entre 24 et 44 ans. Leurs conjoints, en général de un à 13 ans plus âgés, ont entre 31 et 44 ans.

Les origines sociales des enquêtées sont plus contrastées qu'à l'Hôpital Ouest : leurs parents occupent des emplois de cadres (directeur des ressources humaines, chef de chantier, pilote de ligne, ingénieur, inspecteur à La Poste), professions libérales (architecte, pharmacienne), enseignants du secondaire, professions intermédiaires (infirmière, puéricultrice, contremaître, comptable) ou sont de petits indépendants (charcutier, confiseur forain, artisan bijoutier), et sont plus rarement ouvrier·ère·s (ouvrier boulanger, maçon) ou employé·e·s (employée de banque, femme de ménage, serveuse). Trois mères n'ont jamais travaillé.

Les enquêtées ont fait des études de langues, sciences politiques, psychologie, statistiques, biologie, médecine, architecture, pour la plupart à un niveau bac+5, plus rarement bac ou bac+3. Elles occupent des emplois de cadres du privé (banque, finance, informatique, commissaire aux comptes) ou de la fonction publique (inspectrice du travail, professions scientifiques (statisticienne, enseignante du secondaire, psychiatre en centre médico-psychologique) ou intellectuelles (journaliste), professions intermédiaires (infirmière hospitalière, comptable, professeure des écoles), sont de petites indépendantes (événementiel, conseil, décoration, internet, interprétariat, graphisme, coaching sportif), ou plus rarement des employées (coiffeuse, femme de ménage – titulaire d'un bachelors de biologie aux Philippines).

Leurs conjoints occupent des postes de cadres, plus souvent dans le privé (banque, commerce, informatique, assurance) que dans le public (inspecteur du travail),

occupent des professions libérales (architecte) ou sont de petits indépendants (conseil, sécurité, internet, coaching). Plus rarement, ils occupent des professions intermédiaires (programmeur) ou d'employés (coiffeur, barman).

La plupart des femmes sont françaises. Les femmes étrangères (algérienne, philippine, polonaise, éthiopienne, • yougoslave • /suisse, argentine, bulgare, chinoise) résident en France depuis 2 à 20 ans, et sont venues en France pour leurs études ou pour y travailler.

La plupart des enquêtées résident dans les arrondissements du Nord et de l'Est de Paris (12^e, 19^e, 10^e, 3^e, 9^e, 11^e) et dans les communes de l'Est de Paris (Saint-Maur, Charenton, Montreuil, Pré-Saint-Gervais, centre d'hébergement d'urgence d'Ivry pour la femme éthiopienne). Aucune de ces femmes ne déclare d'engagement associatif, politique ou syndical. Une seule indique être catholique pratiquante.

Les origines sociales, les capitaux scolaires, les professions et le secteur d'emploi des femmes accouchant dans cet ESPIC, ainsi que ceux de leurs conjoints, de même que leurs lieux de résidence, les situent donc parmi les classes supérieures. Mais, à la différence des femmes accouchant à l'Hôpital Ouest, celles-ci sont moins dotées en capitaux économiques et travaillent plus souvent dans le secteur public.

1. L'entretien ne permet pas de savoir dans quel pays de l'ex-Yougoslavie cette femme est née, et elle se présente comme • yougoslave • et suisse.

Le Haut :

Le chemisier ou le top peut être à manches longues ou courtes.
Il n'est pas permis de porter un haut transparent, un décolleté prononcé y compris dans le dos.
La taille et les épaules doivent être couvertes.
Il est recommandé, pour les hommes, d'éviter de porter un tee-shirt mais plutôt de privilégier le polo ou la chemise.



Le Bas :

La longueur de la jupe ou de la robe doit être correcte (légèrement au-dessus du genou).
Les bermudas et les shorts ne sont pas autorisés.
Le port du jeans est autorisé, à condition qu'il ne soit pas déchiré.



Note interne – Ressources Humaines
Tenue Vestimentaire

27 juin 2018
Page 2/3

LES CONSIGNES VESTIMENTAIRES destinées au personnel de l'Hôpital Ouest, photo d'enquête, septembre 2018.

Les chaussures :

Pour des raisons de sécurité, les tongs et les claquettes ne sont pas autorisées.
Les chaussures de style nu-pieds sont admises lorsqu'elles s'attachent autour de la cheville.
Les grosses baskets, couleur « flashy », ne sont pas adaptées. La paire de tennis doit être discrète.



LES CONSIGNES destinées au personnel de l'Hôpital Ouest en matière de chaussures, photo d'enquête, septembre 2018.

Les autres activités du service : dépister plus tôt, plus souvent, plus de cancers

Le service a des activités d'obstétrique (la maternité) et de gynécologie, qui donnent lieu aux mêmes pratiques de production de la rareté. Les tests embryonnaires et fœtaux proposés à la maternité grâce à des partenariats avec l'étranger sont réellement impraticables en France. Mais en ce qui concerne le dépistage des cancers, ce sont des tests génétiques autorisés en France qui sont présentés comme inaccessibles, ce qui confère là encore à l'offre médicale de cet établissement un caractère attractif et distinctif :

Gynécologue : « Que puis-je pour vous ? »

Femme : Je cherche un bon gynéco, et le mien en Normandie m'a conseillé vous. »

Comme dans la consultation précédente, le fait que l'hôpital soit recommandé par un autre médecin ou par une amie du même milieu social contribue à son prestige, et à entretenir l'impression d'accéder à des biens de santé réservés à une petite élite.

Gynécologue : « Ah j'ai la pression ! Alors qu'est-ce qu'on fait ? »

Femme : Il y a plein de cancers dans ma famille.

Gynécologue (lui fait préciser et récapitule l'histoire) : Ok, alors qu'est-ce que vous voulez savoir ?

Femme : Quand je dois faire les dépistages.

Gynécologue : [...] Ok. Alors c'est vrai que deux cancers du sein dont un jeune, ça fait beaucoup. [...] Alors on conseille une mammo dix ans avant le premier cancer, donc 30 ans pour vous.

Femme : Ben oui mais aucun gynéco n'a voulu me le faire. »

Selon les recommandations nationales sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes dont des apparentées ont eu un cancer du sein, une première mammographie doit être proposée cinq ans avant l'âge du premier cancer familial¹. Modifier cette recommandation en avançant l'âge de la première mammographie à « dix ans avant le premier cancer » permet ici de disqualifier les autres gynécologues qui n'ont pas « voulu » pratiquer cet acte, et de construire l'offre proposée (dépistage précoce) comme un bien rare. Comme lors de la consultation précédemment commentée, ce premier palier de construction de la rareté est suivi d'un second : l'offre de test génétique, d'accès plus restreint que la mammographie car pratiquée dans des structures spécialisées, mais légale en France contrairement à ce qui est avancé ici :

Gynécologue : « Ah ! Et il y a aussi des tests génétiques qu'on ne peut pas vous faire en France puisque votre mère et votre tante sont décédées, donc il faut faire une recherche génétique tous azimuts, c'est-à-dire aussi cancer du foie, mucoviscidose, donc faut être bien accrochée ! C'est possible aux États-Unis, mais pas en France, avec les lois de bioéthique on peut pas. Ensuite, si on trouve la mutation, on peut vous proposer une

mastectomie bilatérale prophylactique. (Après un échange au cours duquel cette femme se montre intéressée par ce test) Ok je vous montre (met son ordinateur portable en position lisible pour elles deux) : vous tapez Twenty Three, parce qu'on a 23 chromosomes, et vous cliquez sur « order », 99 € et on vous envoie le kit avec le colon-tige, vous prélevez dans la joue, vous envoyez par UPS et vous recevez le résultat seule, donc attention à pas vous attraper la dépression ! Donc je vous conseille de voir le généticien quand vous aurez le résultat. »

Cette femme, conseillère en assurances, est d'origine sociale moins aisée que les autres femmes ayant consulté au cours de cette journée². La gynécologue signifie à cette patiente que l'offre médicale proposée est inaccessible ailleurs, mais qu'elle peut légitimement l'obtenir à condition d'être « bien accrochée ». Comme dans la consultation précédente, la capacité à supporter le traitement ou le résultat du test est donc présentée comme une qualité rare, à la mesure de la rareté du bien proposé. Cette consultation, qui aura duré 33 minutes, est suivie de quelques minutes d'échange avec l'enquêtrice, qui demande des précisions sur la recherche de mutation lorsque les membres de la famille atteints sont décédés : « Oui j'ai un peu menti, répond la gynécologue. En fait la loi n'interdit pas la recherche de BRCA³ sans cas index vivant, mais Curie ne le fait plus car ils sont débordés. »⁴

Que le bien médical proposé soit réellement interdit en France ou d'accès difficile (ici du fait des délais d'attente) importe peu dans l'information transmise à cette femme : ce qui fait son attrait, c'est sa rareté, réelle ou exagérée, sa sélectivité (il faut payer une consultation de 140 € pour se le voir proposer), la « gentillesse » des médecins et le dénigrement des pratiques des médecins des « hôpitaux classiques ».

Ce qui contribue donc à distinguer ce service, c'est qu'on y parle aux gens « comme des humains », comme le dira cette femme en fin de consultation, et que, contrairement aux autres hôpitaux, « ici on dit jamais non », comme l'affirme une sage-femme du service.

1. Haute Autorité de santé, « Recommandations de santé publique. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Synthèse », mars 2014, p. 24 : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/dépistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf (page consultée le 15 mai 2019).

2. Notre dispositif d'enquête ne nous permet pas d'objectiver une différenciation sociale entre les femmes venant dans le service pour leur grossesse et les femmes venant pour une consultation gynécologique pour un autre motif.

3. Mutation génétique augmentant le risque de cancer du sein.

4. Notes d'observation, juin 2018.

avec lesquels cet hôpital doit composer : son prestige aux yeux des élites internationales dépend de sa capacité d'adaptation des pratiques médicales à leur habitus de classe, mais sa légitimité médicale dépend de sa reconnaissance dans le champ médical. Or celle-ci est problématique, comme en témoigne la journée de congrès sur la « césarienne sur demande » organisée en décembre 2019 par l'Hôpital Ouest dans ses locaux. Lors de ce congrès, nous voyons débattre, et parfois s'opposer, les médecins de l'Hôpital Ouest et des professeurs universitaires de gynécologie-obstétrique invités. Les sages-femmes sont absentes du congrès. Les arguments avancés par les adversaires comme les partisan-e-s de la « césarienne sur demande » portent sur la sécurité de l'accouchement, la nature et la complétude des informations médicales données aux femmes sur les risques respectifs des techniques d'accouchement, et sur le choix des femmes. Comme sur d'autres terrains d'enquête, l'écart aux normes et recommandations médicales est expliqué par l'ajustement entre les particularités de la clientèle et la défense d'une pratique clinique dans laquelle la personnalisation – de l'accompagnement, des soins – est privilégiée²⁷. La place des professeurs universitaires dans le congrès organisé par l'Hôpital Ouest, ainsi que la mobilisation d'études scientifiques contre et en faveur de la « césarienne sur demande » dans le débat, témoignent de la recherche de légitimation scientifique par les médecins de l'Hôpital Ouest. Enfin, la légitimation de la « césarienne sur demande » par les obstétricien-ne-s prend des formes genrées, les obstétriciens justifiant cette pratique par « la satisfaction des femmes » dans un environnement « concurrentiel »²⁸, quand les obstétriciennes détournent les critiques féministes (qui analysent les gestes médicaux imposés pendant la grossesse comme des « violences obstétricales ») pour légitimer la « césarienne sur demande »²⁹.

La spécificité de l'offre médicale dans ces deux maternités réside donc dans la possibilité, pour les femmes, de déterminer dans une certaine mesure les conditions de leur accouchement, caractérisées par un moindre encadrement médical de la grossesse pour les femmes de la bourgeoisie culturelle accouchant aux Églantines, et par un recours à la césarienne sur simple demande pour les femmes de la bourgeoisie économique et internationale accouchant à l'Hôpital Ouest dans des conditions d'hôtellerie de luxe. Mais la rareté de l'offre ne suffit pas à entretenir le prestige de l'Hôpital Ouest, qui doit composer avec l'éthique médicale

légitime. De plus, si la pratique de la « césarienne sur demande » distingue l'Hôpital Ouest des maternités publiques dirigées par les professeurs invités au congrès observé, elle ne le distingue en rien des maternités privées des communes bourgeoises environnantes, qui pratiquent également la césarienne à des taux très supérieurs à la moyenne nationale. Or il s'agit pour l'Hôpital Ouest de proposer des services qui ne sont pas seulement exceptionnels, mais uniques.

Vendre l'impossible : à l'Hôpital Ouest, des tests génétiques inaccessibles en France

La qualité de l'offre hôtelière ne peut suffire à recruter et entretenir une clientèle bourgeoise. Pour l'hospitalisation suivant l'accouchement, certes, la qualité de l'hôtellerie prime sur la qualité des soins puisqu'il n'y a que peu d'enjeux thérapeutiques. Mais dès lors que les femmes consultent pour un problème de santé, la dimension distinctive de l'offre porte sur des actes médicaux présentés comme des biens rares et chers. L'Hôpital Ouest se distingue ainsi des hôpitaux publics, mais aussi des autres hôpitaux privés, par la proposition de tests génétiques interdits en France mais pratiqués dans d'autres pays, ou présentés comme inaccessibles du fait de longs délais d'attente. Nous les avons vus proposés dans deux types de consultations : dans le cadre de la procréation médicalement assistée proposée par la maternité et dans le cas du dépistage des cancers gynécologiques [voir encadré « Les autres activités du service : dépister plus tôt, plus souvent, plus de cancers », pour cette pratique qui ne relève pas de l'obstétrique, ci-contre].

Ainsi, lors d'une consultation à 140 €³⁰ qui durera 40 minutes, une femme, consultant dans ce service pour la première fois, se voit proposer par la gynécologue des tests génétiques sur des embryons afin de limiter le risque de fausse-couche :

Femme : « Bonjour. C'est une amie [son nom] qui m'a conseillé de vous voir.
Gynécologue (sourit en entendant le nom de l'amie) : Ah vous lui passerez le bonjour !
Alors...
Femme : Alors je viens parce que j'ai fait [plusieurs] fausses-couches. Et là à 38 ans je commence à être inquiète.
Gynécologue (après avoir posé quelques questions) : O.K. Il manque des choses dans le bilan : maladies auto-immunes et troubles de la coagulation. [...]

27. Jeannine Morawski-Bachimont, Joël Cogneau et Alain Letourmy, « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 », *Sciences sociales et santé*, 24(2),

2006, p. 75-103.

28. Propos tenus lors de l'entretien, et non au congrès.

29. Ces obstétriciennes assimilent ainsi à d'autres gestes médicaux non consentis le fait d'imposer un accouchement par

voie basse à une femme qui demande une césarienne.

30. Le tarif pour une consultation de gynécologie en secteur 1 est de 28 €, et les tarifs pratiqués par les gynécologues-obstétricien-ne-s de la commune où se

trouve cet hôpital se situent entre 80 et 140 € (annuaire santé de l'Assurance maladie : annuaire.sante.ameli.fr, consulté le 12 novembre 2019).

On va compléter le bilan. Je vais vous proposer trois choses : ce serait vraiment bien que vous puissiez arrêter de fumer, on va compléter le bilan, et selon ce qu'on trouve il faudra peut-être prendre Aspégic, héparine de bas poids moléculaire [HBPM : anticoagulants] et peut-être glucocorticoïdes. »

Jusqu'ici, la gynécologue propose des examens médicaux pour rechercher des causes de fausses-couches répétées, notamment des anomalies de la coagulation et de l'immunité. Puis elle présente les traitements qui pourraient les corriger : des médicaments anticoagulants si les examens identifient une anomalie de la coagulation, des médicaments immunosuppresseurs en cas d'anomalie de l'immunité. Mais ensuite elle évoque la possibilité de prendre ces deux types de médicaments en cas de normalité des examens médicaux, c'est-à-dire en l'absence de problème de coagulation ou d'immunité. Elle décrit cette pratique comme non consensuelle dans le champ médical, mais la rend désirable par sa rareté : c'est parce que peu de gynécologues mettent en œuvre le traitement maximum en l'absence d'anomalies, et parce que peu de femmes sont « prêtes à » en supporter les effets secondaires (dont la prise de poids mentionnée dans cette consultation), que ce traitement est un bien rare et distinctif. La rareté de la pratique (et la minimisation de ses dangers par la focalisation sur la prise de poids considérée sous ses aspects esthétiques) permet alors de faire accepter, et même désirer, le surtraitement :

Femme : « Je supporte très mal la cortisone, ça me fait gonfler.

Gynécologue : O.K. En fait la grossesse c'est comme un corps étranger. Les glucocorticoïdes diminuent l'immunité, donc la réaction de destruction d'un corps étranger. Ça marche si on trouve une maladie auto-immune. Mais chez la plupart des femmes on trouve rien. La moitié de la planète des gynécologues pense que dans ce cas les femmes finiront par être enceintes. L'autre moitié, dont je fais partie, pense que si on ne trouve rien c'est parce que nos tests ne sont pas assez puissants. Donc on vous donne Aspégic + HBPM + corticoïdes, et les femmes sont prêtes à prendre 10 kg à cause des corticoïdes pour avoir une grossesse. [...] Vous avez une idée de jusqu'où vous êtes prête à ne pas aller pour avoir un enfant ?

Femme : Je suis prête à tout. »

Après avoir vérifié l'acceptation du traitement maximal y compris en l'absence d'anomalies, la gynécologue monte d'un cran dans la rareté des biens médicaux, en proposant des tests génétiques embryonnaires interdits en France, qui seront acceptés par son interlocutrice :

Gynécologue : « O.K. Je vous conseille de commencer l'aspirine avant d'être enceinte. Les HBPM et les corticoïdes ce sera au début de la grossesse. Il y a aussi les anomalies chromosomiques, qui augmentent avec l'âge. En France c'est interdit de tester les embryons, mais les pays limitrophes, par exemple l'Italie, le font et n'implantent que les embryons sans anomalie chromosomique, ce qui augmente le taux de succès de l'implantation. On a quatre ans devant nous avant vos 42 ans, donc c'est aussi une stratégie de partir à l'étranger, si vous voulez deux ou trois enfants³¹. Parce qu'en France avec les lois de bioéthique on peut pas.

Femme : O.K.

Gynécologue : Je vous propose de réfléchir aux stratégies possibles. À mon sens c'est plus efficace de le faire à l'étranger avec tri des embryons, mais à réfléchir. Si vous êtes prête à tout, ça peut être ça. Et je vous conseille un suivi psy. »³²

En réalité, le test génétique proposé (diagnostic préimplantatoire) est autorisé en France depuis 1999 en cas de maladie génétique grave chez l'un des membres du couple ou chez un enfant précédent. Ici la gynécologue, anticipant un possible parcours de procréation médicalement assistée à venir, propose ce test hors du cas de figure dans lequel il est autorisé en France, en présentant la loi française comme rétrograde et en la distordant suffisamment (« en France c'est interdit de tester les embryons ») pour présenter la pratique proposée comme une chance à saisir.

Cette maternité propose également un test d'ADN fœtal plus étendu que le dépistage des trisomies 13, 18 et 21 pratiqué en France, incluant d'autres maladies génétiques, coûtant entre 800 € et 1 000 € et pratiqué aux États-Unis dans le cadre d'un partenariat avec l'établissement. Une autre gynécologue de l'équipe justifie cette pratique, destinée à une clientèle privilégiée, par son caractère avant-gardiste et innovant, supposé profiter à terme à l'ensemble de la population :

« C'est intéressant de travailler ici parce que c'est un laboratoire pour l'hôpital public. C'est bien d'être un peu rebelle car ça peut faire avancer les choses en santé de masse. La France est en retard sur plein de choses car on est coincés sur des raisons de coût. »³³

Que le « retard » français soit attribué aux lois de bioéthique ou au système de protection sociale, il a ici une fonction rhétorique en ce qu'il confère une légitimité symbolique à des pratiques élitaires. La notion de « santé de masse », utilisée ici en lieu et place du terme « santé publique » (terme consacré

31. En France, la procréation médicalement assistée est prise en charge par la Sécurité sociale jusqu'à 42 ans. 32. Notes d'observation, juin 2018. 33. Notes d'observation, octobre 2018.

dans le champ médical pour désigner la santé des populations en particulier dans sa dimension préventive), souligne en effet, de même que les expressions « tourisme de masse » ou « scolarisation de masse » dans d'autres contextes, le contraste avec les pratiques de santé d'une petite élite. Dans un numéro des *Actes de la recherche en sciences sociales* consacré aux professions de service qualifiées « Au service des riches », des enquêtes portant sur des activités très diverses (majordome, professeure de yoga, hôtesse de l'air, etc.) mettent en évidence les caractéristiques communes des « stratégies de diversification et de montée en gamme (ou *premiumisation*) » des services destinés aux riches : ces stratégies reposent sur la « personnalisation de la relation avec le client », sur l'euphémisation de la domination et des dimensions marchandes de la relation, et sur un traitement « sur mesure », qui fait « parfois fi des cadres juridiques et institutionnels des secteurs concernés »³⁴. À l'Hôpital Ouest, la personnalisation de la relation de service passe par la grande disponibilité du personnel infirmier (nursérie) et médical (remise aux femmes du numéro de téléphone portable personnel de leur médecin) ; la dimension marchande de la relation est euphémisée par la délégation à une secrétaire personnelle de l'encaissement de la consultation à l'issue de celle-ci, dans une pièce séparée ; et le contournement des recommandations médicales et des lois est légitimé par son caractère innovant et supposé bénéficier à terme à l'ensemble de la population.

Cette offre de tests génétiques interdits ou présentés comme inaccessibles en France s'adresse principalement à des femmes françaises ou étrangères aisées, qui peuvent payer des allers-retours réguliers et des soins non remboursés en Italie, comme dans la situation précédente. L'Hôpital Ouest développe également des stratégies destinées plus spécifiquement à créer et entretenir une clientèle internationale.

Entretenir la clientèle : une médecine (de riches) sans frontières

La maternité des Églantines et l'Hôpital Ouest diffèrent par la place des femmes étrangères dans leurs stratégies de distinction. En effet, si ces deux établissements accueillent des femmes étrangères, celles qui accouchent aux Églantines résident presque toutes en France, alors que celles qui accouchent à l'Hôpital Ouest y viennent

parfois uniquement pour des vacances ou pour le suivi de leur grossesse. Mais la principale différence tient aux ressources économiques et au statut administratif des femmes étrangères accueillies dans ces deux établissements. Ainsi, la maternité des Églantines accueille depuis quelques mois un petit nombre de femmes étrangères demandeuses d'asile ou sans-papiers dans le cadre d'un partenariat avec un centre d'hébergement de personnes migrantes. Ce type de partenariat permet d'entretenir une image de service engagé et remplissant bien une fonction de service public, donc pouvant mieux asseoir un positionnement intermédiaire entre les deux modèles repousseurs que sont, pour les professionnel·le·s des Églantines comme pour les femmes qui y accouchent, « l'usine à bébés » (l'hôpital public) et la clinique commerciale (le service privé lucratif). Au contraire, l'Hôpital Ouest fait du recrutement international de riches étrangères un objectif important de son activité, dont témoignent les dispositifs mis en place à cet effet.

L'instrument majeur de construction et d'entretien d'une clientèle internationale par l'Hôpital Ouest est sa « cellule internationale ». L'investissement de l'établissement dans ce dispositif témoigne de son ajustement aux mobilités transnationales érigées en critère distinctif. Il est réservé à une petite élite, et relève donc d'une stratégie d'entretien de la distinction. Le rapport annuel de l'établissement, présenté comme « le meilleur de la médecine française », précise en effet que 32 % des personnes hospitalisées dans l'ensemble de l'hôpital (maternité incluse) sont étrangères³⁵.

La cellule internationale est composée d'interprètes, toutes des femmes, ce qui contribue à entretenir une proximité de genre avec la clientèle de la maternité. De plus, la plupart de ces interprètes ont été auparavant infirmières, cadres de santé, ou secrétaires médicales. Elles maîtrisent le vocabulaire médical, et parlent parfaitement une ou plusieurs langues, en plus du français et de l'anglais : deux interprètes en arabe pour la cellule Moyen-Orient, deux interprètes parlant plusieurs langues d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale pour la cellule Afrique, une interprète parlant japonais pour la cellule Japon, une interprète parlant mandarin pour la cellule Chine. L'établissement travaille également avec des interprètes parlant russe. Les personnes non francophones³⁶, informées de l'existence de la cellule internationale par le site internet de l'établissement, par leur assurance pour les touristes étranger·ère·s³⁷

34. Bruno Cousin et Anne Lambert, « Grandes fortunes et services personnels », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 230, 2019, p. 4-11.

35. Les aires géographiques sont les suivantes : • 8,1 % Pays arabes-Moyen-

Orient, 6,9 % Afrique, 4,4 % Europe de l'Ouest, 2,8 % États-Unis, 2 % Japon, 1,9 % Asie, 1,7 % Europe de l'Est, 1,5 % Amériques, 2,7 % autres • (Rapport annuel 2018, p. 23).

36. Parmi les 33 enquêtées, seules deux

femmes n'étaient pas francophones, mais anglophones. Elles n'ont pas eu recours à la cellule internationale, car tous les membres du personnel de l'hôpital parlent au moins français et anglais.

37. Parmi les 33 enquêtées, ce mode

d'adressage a concerné des femmes qui résident hors de France, et qui passent quelques semaines par an à Paris (par exemple en « séjour d'été » pour une femme saoudienne).

et par leur entreprise pour les « expatrié-e-s »³⁸, appellent directement la cellule pour prendre rendez-vous, sans passer par le standard. La cellule internationale programme alors les rendez-vous médicaux, en planifiant la présence de l'interprète à chacun de ces rendez-vous, et pour les échographies de suivi de grossesse. Entre 9 h et 18 h, les interprètes peuvent également être présentes au moment de l'accouchement. La nuit et le week-end, la cellule est fermée, et l'équipe appelle alors une association assurant un service d'interprétariat téléphonique : Inter Services Migrants. Si d'autres hôpitaux ou services (de santé, mais aussi sociaux ou juridiques) recourent au service d'interprétariat de cette association, c'est pour accueillir, conseiller, soigner des personnes migrantes sans-papiers ou demandeuses d'asile³⁹. Le recours à ce même service pour des populations situées aux pôles opposés de l'espace des classes sociales contribue à éclairer les logiques de distinction à l'œuvre : dans l'hôpital où nous enquêtons, l'interprétariat téléphonique fait en effet figure de pis-aller, de service minimum que l'on mobilise la nuit et le week-end, alors que l'interprétariat par l'équipe interne de la cellule internationale représente la référence pour soigner les élites transnationales. Il est possible que la possibilité pour les interprètes de la cellule internationale d'être présentes lors de l'accouchement, si celui-ci a lieu entre 9 h et 18 h, contribue à orienter les femmes vers un accouchement programmé.

Le contraste avec les conditions d'accueil des femmes étrangères non francophones à la maternité Les Églantines est ici frappant. Aux Églantines, toutes les femmes étrangères que nous avons rencontrées résident en France depuis plusieurs années et parlent français, sauf une femme philippine parlant anglais et arrivée en France en 2011, et une femme éthiopienne parlant anglais plus difficilement et hébergée dans un centre d'hébergement d'urgence pour personnes migrantes, avec lequel la maternité a mis en place un partenariat. Or ce partenariat ne prévoit pas de budget pour l'interprétariat. Lorsque la consultation est impossible en français ou en anglais, le personnel des Églantines n'utilise aucune modalité d'interprétariat professionnel et recourt à la traduction par des proches ou par des logiciels de traduction gratuits installés sur des smartphones. De plus, aux Églantines, il est impossible de prendre rendez-vous par téléphone ni sur place : la prise de rendez-vous n'est possible que par internet, ce qui constitue un

frein à l'accès à cette maternité pour les femmes peu familières des outils informatiques, et *a fortiori* pour les femmes non francophones. Pour elles, l'accès à cette maternité serait impossible sans l'intermédiation du centre d'hébergement d'urgence, qui se charge également d'ouvrir des droits à la Sécurité sociale avant de les adresser aux Églantines.

Au contraire, l'investissement de l'Hôpital Ouest dans le recours systématique à l'interprétariat professionnel, et ce dès la prise de rendez-vous par téléphone, s'inscrit dans un ensemble de pratiques visant à attirer, retenir et diversifier une clientèle internationale fortunée. Mais, à l'Hôpital Ouest, l'interprétariat ne concerne pas que les interactions orales. Lors d'une réunion de la cellule internationale avec la direction de l'établissement, l'équipe de la maternité envisage ainsi de traduire les comptes-rendus d'hospitalisation en anglais, et le site internet de l'établissement en japonais, en mandarin, et en arabe : « Ça pourrait donner l'impression qu'on fait tout pour qu'elles soient bien accueillies, donc c'est bien ! », commente une gynécologue⁴⁰. L'accueil multilingue relève donc d'une forme de courtoisie, comme l'a montré Alexis Spire dans son enquête sur les procès pour fraude fiscale⁴¹ : cette courtoisie spécifiquement destinée aux dominant-e-s se manifeste aussi par une certaine mansuétude dans l'application des peines judiciaires pour fraude fiscale, sur le terrain étudié par Alexis Spire, et par une grande souplesse dans l'application des grilles tarifaires de l'hôpital, sur notre terrain.

La cellule internationale remplit en effet plusieurs fonctions : interprétariat et coordination des soins, mais aussi une fonction hôtelière élargie puisque les agents de la cellule internationale réservent des chambres d'hôtels pour les membres de la famille, et une fonction commerciale puisque ces agents demandent aux usager-e-s le nom de leur assurance afin d'adapter le prix des chambres en fonction du montant remboursé par celle-ci. Une interprète de la cellule Moyen-Orient, qui s'occupe d'« épouses de diplomates » du Qatar, d'Arabie saoudite ou du Koweït, dont l'hospitalisation est prise en charge par les ambassades ou par leurs assurances, fait ainsi régulièrement le lien entre les assurances et le service afin de limiter les frais restants à la charge des patientes, bien que ceux-ci soient rarement un obstacle au choix de l'établissement : « L'assurance X fait un contrat à 8 000 €, c'est-à-dire la petite chambre. Mais Y couvre

38. Terme indigène pour désigner une migration temporaire dans le cadre d'un emploi dans une entreprise implantée dans plusieurs pays.

39. Anahk Pian, Anne-Cécile Hoyez et Simona Tersigni, « L'interprétariat

en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants », *Revue européenne des migrations internationales*, 34(2-3), 2018, p. 55-78 ; Anahk Pian, « Devenir interprète bénévole dans des associations

de solidarité pour demandeurs d'asile et sans-papiers. Temporalités biographiques et institutionnelles », *Sociologie*, 41(8), 2017, p. 351-368.

40. Notes d'observation, octobre 2018.

41. Alexis Spire, « Des dominants à la

barre. Stratégies de défense dans les procès pour fraude fiscale », *Sociétés contemporaines*, 108, 2017, p. 41-67, en particulier p. 48.

la chambre de luxe à 11 200 €, c'est-à-dire la suite. [...] On a pas mal de princesses. Elles [ne] prennent plus de chambres car elles trouvent qu'il manque un salon pour recevoir la famille. Elles veulent la suite même si l'assurance ne couvre pas »⁴².

L'adaptation de la maternité à une clientèle internationale n'est pas seulement linguistique et financière, elle relève aussi d'une stratégie culturaliste d'entretien et de diversification de cette clientèle par l'adaptation des soins : « Notre objectif c'est de connaître les rites et cultures autour de la grossesse dans les pays [...], pour qu'on s'adapte », affirme une représentante de la direction au cours d'une réunion avec les interprètes de la cellule internationale. Une enquête collective menée dans les services aux affaires familiales de tribunaux de grande instance a mis en évidence deux types de savoirs mobilisés pour différencier les publics : pour les élites, « expatrié-e-s » et étranger-ère-s fortuné-e-s, un savoir spécifique au champ considéré (le droit international privé) dont les juges et avocat-e-s font un usage virtuose pour se distinguer de leurs collègues traitant le tout-venant ; et, pour les justiciables des classes populaires, une interprétation culturaliste réduisant la complexité juridique des situations considérées et contribuant à priver des justiciables de leurs droits (notamment, concernant des séparations conjugales, des femmes)⁴³. Sur notre terrain, l'usage virtuose et distinctif du savoir médical, offrant aux élites des tests génétiques d'accès difficile ou impossible en France, n'exclut pas des formes de racialisation culturaliste, en particulier des « Africaines ». La représentante de la direction administrative et la représentante de l'équipe médicale interrogent ainsi les interprètes de la cellule internationale sur les « rites et cultures » pour adapter leur offre :

Gynécologue : « C'est important que les femmes soient en sécurité sur le plan physique et psychique, donc il faut qu'on se calque sur leur culture et qu'on travaille plus ensemble. [...] Est-ce qu'elles veulent la péridurale ? Allaiter ?

Interprète de la cellule Afrique : En fait faut vraiment les interroger une par une.

Gynécologue : Mais qu'est-ce qu'elles apprécient [dans notre maternité] ?

Interprète : C'est le côté personnalisation. La cellule passe tous les jours voir les patients qu'elle suit. Les femmes apprécient d'être suivies par le même gynéco et d'être accouchées par le même.

Gynécologue : [...] Les Africaines sont étonnantes : elles n'ont même pas un sac de marque, mais elles te sortent une liasse de billets, et elles viennent en bus. C'est des migrations bizarres. En fait j'ai l'impression d'être à [l'hôpital public d'une banlieue populaire], mais avec des femmes qui ont les moyens d'accoucher [dans notre maternité]. C'est pas les femmes des ambassades hyper-cortiquées. J'ai un peu de mal à comprendre la patientèle africaine. »⁴⁴

Dans sa thèse, Camille Foubert montre que les médecins qualifient de « cortiqués » (terme renvoyant au cortex cérébral) des malades qui comprennent le langage médical et les enjeux des traitements, et qui sont en général membres des classes moyennes et supérieures⁴⁵. En assignant des femmes étrangères noires fortunées à un déficit culturel inféré du déficit de signes de distinction (le taxi plutôt que le bus, un rapport distingué à l'argent plutôt que la liasse de billets, le déficit supposé de capital culturel face aux « femmes des ambassades hyper cortiquées »), la racialisation contredit la proximité de capital économique par l'infériorisation culturelle des femmes noires par une gynécologue blanche. Cette grille de lecture culturaliste et raciale sous-tend les stratégies de diversification et d'entretien de la clientèle internationale élaborées lors des réunions entre la cellule internationale et la direction, et est explicitée ouvertement dans ce cadre. Mais nous n'avons pas observé, au cours des consultations ni des réunions où sont prises les décisions médicales (réunions de « staff »), d'attitudes différenciées selon l'origine nationale des femmes ou leur couleur de peau : les traitements proposés sont les mêmes, les techniques d'accouchement sont présentées de façon similaire, et la prééminence du choix des femmes est une constante. Il est donc probable que leur position de classe épargne aux femmes de la bourgeoisie internationale les coûts de la racialisation supportés par les femmes « africaines » ou « roms » pour lesquelles Dorothée Prud'homme⁴⁶ et Priscille Sauvegrain⁴⁷ ont mis en évidence des traitements médicaux différenciés et défavorables.

La cellule internationale permet également d'atténuer les effets déstabilisants, pour les médecins, de la confrontation avec des femmes d'origines nationales diverses. L'essentialisation et la stigmatisation raciale constituent des formes de « simplification »

42. *Ibid.*

43. Céline Bessière, Émilie Biland, Abigail Bourguignon, Sibylle Gollac, Muriel Mille et Hélène Steinmetz, « Faut s'adapter aux cultures, Maître ! La racialisation des publics de la justice familiale en France métropolitaine, *Ethnologie française*, 169, 2018, p. 131-140.

44. Notes d'observation, octobre 2018.

45. Camille Foubert, « Entre normalité et déviance, la construction sociale des "bons" et des "mauvais" malades en France et au Québec : le cas des patient-e-s des services de maladies métaboliques », communication au séminaire *Santé, inégalités sociales et rapports de domination*, Paris,

CRESPPA, 22 mai 2019.

46. Dorothée Prud'homme, « Du "soin global" au traitement discriminatoire. La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynécologie-obstétrique parisien », *Terrains & travaux*, 29, 2016, p. 85-104.

47. Priscille Sauvegrain, « Les parturientes

"africaines" en France et la césarienne. Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières », *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 2013, p. 119-137.

de la clientèle, dont Michael Lipsky a montré qu'elles facilitent le travail des agents en permettant de les catégoriser selon des stéréotypes sociaux⁴⁸. En dépit de la revendication d'une « personnalisation » du service par l'équipe de la maternité dans laquelle se déroule notre enquête, la réponse de l'interprète (« faut vraiment les interroger une par une ») déçoit la gynécologue dans son attente d'une connaissance homogénéisante des « Africaines », qu'elle a du « mal à comprendre » car elle estime qu'elles ne se comportent pas comme d'autres femmes dotées de capitaux économiques et scolaires importants, qu'il s'agisse de leurs choix en matière de santé ou de vêtements (« elles n'ont même pas un sac de marque »).

La hiérarchisation culturelle et ce faisant raciale des publics selon les aires géographiques n'épargne donc pas les classes dominantes, et elle repose sur une opposition binaire et évolutionniste opposant « culture traditionnelle » des minorités ethno-raciales et « culture moderne » de la population majoritaire, telle que celle mise en évidence pour la justice aux affaires familiales⁴⁹. Sur notre terrain, cette ligne de démarcation entre modernité et tradition sous-tend la racialisation des publics et la hiérarchisation des groupes sociaux selon la couleur de peau et l'origine géographique, dans un contexte où les origines de classe sont plus homogènes. Ainsi, cette même gynécologue dit mieux comprendre les demandes des femmes chinoises car elles seraient moins marquées par les « traditions » :

Gynécologue : « C'est une population qui a des demandes très *high tech*, et le poids de la culture et des traditions n'est pas très important.
Interprète de la cellule Chine : Oui, sauf la soupe pour l'allaitement.
Gynécologue : Nos plateaux sont bien, mais on n'a pas de soupes. Peut-être qu'il faudrait.
Interprète : J'ai déjà demandé mais on m'a dit qu'il n'y avait pas assez de Chinois. »⁵⁰

L'équipe s'inquiète en effet du fait que « les Chinois (*sic*) riches préfèrent accoucher aux États-Unis », où les envoie une agence de tourisme médical « parce qu'on peut congeler le sang de cordon » (interprète), alors qu'« en France on est bridés par les lois » (gynécologue).

Proposer une soupe chinoise pour stimuler l'allaitement fait alors partie des options envisagées pour entretenir une clientèle chinoise jugée trop peu nombreuse. Les catégories de classement racialisées sont donc mises au service de la production d'une image valorisable dans un espace concurrentiel,

à l'échelle nationale face à d'autres cliniques privées et à l'échelle internationale face à d'autres capitales fréquentées par la même clientèle.

Dans son enquête menée dans trois maternités franciliennes, dont deux situées dans des quartiers populaires et accueillant une proportion importante de femmes migrantes, Alexandra Nacu montre que « la figure de l'"Africaine" fonctionne à la fois comme exemple type et comme forme extrême de l'altérité dans le discours des soignants ». Le culturalisme des professionnel-le-s (médecins, sages-femmes, et du secteur médicosocial) leur sert de ressource pour expliquer l'« inobservance » des traitements médicaux par les femmes, mais aussi pour reporter sur ces dernières une partie des dysfonctionnements institutionnels (notamment en termes d'ouverture de droits à une couverture sociale) et pour minimiser les contestations éventuelles de l'autorité médicale⁵¹. Sur un terrain bourgeois, on retrouve cette hiérarchisation raciale des publics, ainsi que l'usage du culturalisme comme ressource explicative face à des comportements inattendus et à d'éventuelles contestations de l'autorité médicale. Mais le culturalisme remplit ici une autre fonction : il tient lieu de ressource pour entretenir et diversifier la clientèle.

La mise en place d'une hospitalisation d'une journée pour toutes les femmes vivant hors de France, pour faire en une seule fois au cours de la grossesse tous les examens biologiques et échographiques recommandés et limiter ainsi les allers-retours entre le pays de résidence et la France, constitue également une offre destinée à « en attirer plus » et à distinguer cette maternité des « maternités qui nous concurrencent », c'est-à-dire principalement une maternité privée de type II et une maternité publique de type III, géographiquement proches de la maternité enquêtée. Il s'agit aussi de « se positionner un peu différemment de l'hôpital public, où quand une femme déboule à 38 semaines [huit mois de grossesse] on fait juste une écho pour le poids fœtal »⁵², ce qui sous-entend que dans la maternité enquêtée, à l'inverse, tous les examens recommandés seront réalisés.

La construction et l'entretien d'une clientèle internationale aisée passe donc par le développement d'une offre spécifique, mais aussi, pour les anciennes colonies françaises (principalement Tchad, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon), par « un développement commercial orienté vers l'Afrique avec [des] partenaires ». Ces partenaires peuvent être un médecin du Burkina Faso qui travaille dans une clinique de Ouagadougou, ou un hôpital du Cameroun où opère parfois

48. Michael Lipsky, *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation, 2010 [1980].

49. C. Bessière, É. Biland, A. Bourguignon, S. Gollac, M. Mille et H. Steinmetz, art. cit.

50. Notes d'observation, octobre 2018.

51. Alexandra Nacu, « À quoi sert le cultu-

ralisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, 53(1), 2011, p. 109-130.

52. Notes d'observation, octobre 2018.

un des médecins de la maternité enquêtée dans un contexte de partenariat entre les deux hôpitaux, ou encore des médecins de pays africains que la cellule internationale a démarchés en se rendant régulièrement sur place, et qui étaient rémunérés pour recruter des patient-e-s, jusqu'à ce que la direction mette fin aux partenariats rémunérés car « c'est pas très éthique »⁵³.

Frontières internes et légitimation morale de la médecine des riches

La comparaison des services proposés par deux maternités privées et des raisons pour lesquelles les femmes choisissent d'y accoucher permet donc de mettre en évidence ce qui rassemble ces établissements privés et les distingue de l'hôpital public : la possibilité offerte aux femmes de choisir les conditions de leur accouchement et une offre de biens spécifiques, qui ne sont pas des biens médicaux de pointe. Mais ces deux établissements diffèrent par les propriétés sociales de leur public et par le rapport aux normes médicales qui sous-tend les services proposés : la maternité des Églantines accueille des femmes de la bourgeoisie culturelle, et propose un accouchement débarrassé d'un encadrement médical jugé excessif ; l'Hôpital Ouest accueille des femmes de la bourgeoisie économique, développe des stratégies de recrutement international pour attirer de riches étrangères, et leur propose, dans des conditions hôtelières luxueuses, des tests génétiques inaccessibles en France et un accouchement compatible avec leur mode de vie international, comportant un large recours à la césarienne en contradiction avec les normes médicales. La mise en perspective des stratégies de construction et d'entretien d'une clientèle bourgeoise française et internationale mises en œuvre par l'Hôpital Ouest avec l'investissement récent et dépourvu d'interprétariat de la maternité des Églantines dans l'accueil de femmes migrantes souligne l'enjeu central de la solvabilité du public. Alors que celle-ci dépend de l'ouverture de droits de femmes sans-papiers à une couverture maladie par une association partenaire de la maternité des Églantines, la solvabilité du public ne fait pas l'ombre d'un doute à l'Hôpital Ouest, où les devis sont négociés avant l'hospitalisation avec la mutuelle d'entreprise ou l'assurance privée. Les femmes étrangères, francophones ou non, ne représentent alors ni un surcroît de travail ni un surcoût, et rehaussent la renommée internationale de l'établissement.

La comparaison avec les stratégies développées par les directions hospitalières pour limiter l'afflux de malades étrangers sans couverture sociale mises en évidence par Caroline Izambert⁵⁴, est éclairante. Là où des hôpitaux publics font tout pour décourager une demande non solvable (faute de dispositifs publics efficaces de prise en charge sociale⁵⁵), les cadres et médecins interrogés par Caroline Izambert légitiment leurs pratiques discriminatoires et dérogoires à la réglementation des « soins urgents », qui impose en pareil cas de soigner sans avance de frais, par la nécessité de préserver la Sécurité sociale. Au contraire, lorsqu'un établissement de santé privé développe une offre hôtelière, financière et médicale de nature à encourager une demande solvable (grâce à des assurances privées ou des capitaux économiques personnels), les médecins légitiment leurs pratiques dérogoires aux recommandations médicales nationales par l'argument d'une diffusion future de pratiques innovantes à un public plus large. La dérogation à la réglementation des soins est donc socialement située, mais reste, à ces deux pôles de l'espace des classes sociales, légitimée par un horizon universaliste.

Plus largement, cette enquête permet de prolonger les analyses de la différenciation sociale des filières de soins en éclairant les effets de l'internationalisation du marché de la santé. L'analyse des usages de l'Hôpital Ouest montre en effet que la production et la consommation de biens de santé s'intègrent dans « un ensemble plus vaste de dispositifs de socialisation internationale », parmi lesquels les trajectoires scolaires internationales et des pratiques résidentielles ignorant les frontières nationales, décrit par Anne-Catherine Wagner⁵⁶ comme préparant à, et ici résultant de, l'occupation de positions dominantes. Pour autant, l'appartenance commune à une « classe internationale »⁵⁷ n'exclut pas les hiérarchisations internes selon les origines nationales. Les stratégies d'entretien de la clientèle de l'hôpital révèlent en effet des préférences pour les groupes racialisés supposés les mieux ajustés au travail médical, et reposent sur des formes de culturalisme qui, à la différence de celles qui ont été observées par Chiara Quagliariello⁵⁸ ou Alexandra Nacu⁵⁹ dans des milieux plus populaires, ne visent pas à faire accepter des pratiques médicales à un public socialement diversifié, mais à diversifier les nationalités représentées parmi la clientèle pour vendre des services médicaux présentés comme exceptionnels.

53. Notes d'observation, octobre 2018.

54. Caroline Izambert, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? », *Agone*, 58, 2016, p. 89-104.

55. Caroline Izambert montre en effet que

les conditions d'attribution et les délais d'obtention de l'Aide médicale d'État génèrent des situations dans lesquelles les personnes sans-papiers n'ont aucune couverture maladie.

56. Anne-Catherine Wagner, « La place du

voyage dans la formation des élites », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 170, 2007, p. 58-65.

57. M. Pinçon et M. Pinçon-Charlot, *op. cit.*

58. Chiara Quagliariello, « Modèles de naissance et de "natures" en conflit :

les Sénégalaises en exil face à l'hôpital moderne », thèse pour le doctorat de sociologie (Université Paris 8) et d'anthropologie (Université de Siennel), 2013.

59. A. Nacu, *art. cit.*

(15) Gasquet-Blanchard C., Sahnoun, L., 2021. La précarisation des femmes enceintes primo-arrivantes comme indicateur du creusement des inégalités sociales de santé en Île-de-France. In *Atlas collaboratif de la méga-région parisienne* [En ligne]. Rouen : UMR CNRS 6266 IDEES, Université de Rouen Normandie. Publié le 8 juillet 2021, consulté le 8 juillet 2021

URL :<https://atlas-paris-mega-region.univ-rouen.fr/node/141> ; <https://doi.org/10.48390/vqtt-e156>.



LA PRÉCARISATION DES FEMMES ENCEINTES PRIMO-ARRIVANTES COMME INDICATEUR DU CREUSEMENT DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Gasquet-Blanchard Clélia*, Sahnoun Linda

Réseau SOLIPAM,

*Laboratoire Rennes 2 (UMR 6590 ESO)

DOI : <https://doi.org/10.48390/vqtt-e156>

URL : <https://atlas-paris-mega-region.univ-rouen.fr/node/141>

Pour citer cette fiche :

Gasquet-Blanchard Clélia, Sahnoun Linda, 2021. La précarisation des femmes enceintes primo-arrivantes comme indicateur du creusement des inégalités sociales de santé en Île-de-France. In *Atlas collaboratif de la mégarégion parisienne* [en ligne]. Rouen : UMR CNRS 6266 IDEES, Université de Rouen Normandie. URL : <https://atlas-paris-mega-region.univ-rouen.fr/node/141>

Distribution électronique Atlas de la mégarégion parisienne.

© UMR CNRS 6266 IDEES, Université de Rouen-Normandie

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

LA PRÉCARISATION DES FEMMES ENCEINTES PRIMO-ARRIVANTES COMME INDICATEUR DU CREUSEMENT DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Gasquet-Blanchard Clélia, Sahnoun Linda

Les femmes enceintes à la rue en Île-de-France : un phénomène croissant aux enjeux de santé publique

En France, les femmes enceintes en situation de précarité se trouvent fréquemment dans des situations d'errance administrative, de renoncement aux soins et d'habitat indigne, comme l'indique le rapport de Médecins du Monde de 2018. En effet, « 45,2 % des femmes enceintes [ayant consultés en CASO (Centre d'Accueil de Santé et d'Orientation)] présentaient un retard de suivi de grossesse » tandis que leurs « conditions de logement [...] apparaissaient particulièrement difficiles dans la mesure où seules 10,2 % disposaient d'un logement personnel, 26,6 % étaient sans domicile fixe, 8,5 % vivaient dans un squat ou un campement et 54,6 % étaient hébergées par une association ou par des connaissances » (MDM, 2018). Si ces valeurs rendent compte de la situation nationale, ce phénomène de précarisation est de plus en plus constaté en Île-de-France (rapport MDM, 2019 ; Rapport DSAFHIR, 2020).

À ce titre, les conditions de précarité, et notamment d'habitat indigne, sont un facteur de renoncement aux soins notamment car elles s'accompagnent fréquemment d'une grande mobilité de ces femmes, très dépendantes d'hébergements d'urgence non pérennes. Ces conditions d'hébergement les exposent, d'ailleurs, à d'autres facteurs concourant à une entrave ou un renoncement aux soins, comme l'illustre l'enquête DSAFHIR¹. Ainsi, 75 % des femmes (enceintes ou non) hébergées en hôtel social par le Samu Social de Paris interrogées déclaraient avoir subies des violences. Parmi elles, 2/5 d'entre elles identifiaient ces violences comme subies dans le pays d'origine, 1/5 les évoquaient comme vécues sur le parcours migratoire et 2/5 déclaraient les avoir subies dans le pays d'accueil (DSAFHIR, 2020).

D'un point de vue sanitaire, ces conditions de vie peuvent entraîner de graves répercussions sur la santé physique et mentale des mères et enfants à naître puisque des risques accrus de complications obstétricales (césariennes, enfants de petits poids, naissances prématurés...) et de maladies cardiovasculaires (hypertension gravidique, diabète gestationnel) sont observés (Coulm, 2019). Cette vulnérabilité est, par ailleurs, confirmée par l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (2021)² soulignant une mortalité des femmes migrantes plus élevée que celle des femmes nées en France, avec notamment une « surmortalité particulièrement marquée pour les femmes nées en Afrique subsaharienne » (risque 2,5 fois plus élevé que celui des femmes nées en France) dont une grande part est due aux maladies cardiovasculaires et aux suicides maternels.

Si l'errance des femmes enceintes en situation de grande précarité a, un temps, pu être endiguée en raison de valeurs morales prônant la protection de ce public (Figure, 2014), ce n'est actuellement plus le cas en Île-de-France, d'autant plus si ces femmes sont primo-arrivantes (Davoudian, 2020). Cette problématique longtemps invisibilisée par les pouvoirs publics tente d'être mise au jour depuis plusieurs années par des acteurs du monde social, sanitaire et médiatique (2018, 2019, 2020³).

S'il existe pourtant un positionnement fort et ancien de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France⁴ autour des questions de précarité et périnatalité, ce n'est que très récemment que les pouvoirs publics se sont saisis de la question des femmes enceintes en situation de rue. Ce début de prise en considération s'est notamment matérialisé par le lancement par la DRHIL (Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement) début 2021 d'un appel à projet pour

l'ouverture de 1 000 places d'hébergement à destination des femmes vulnérables enceintes ou sortantes de maternité.

L'éclatement régional des prises en charge hôtelières comme frein à la prise en charge médicale des femmes enceintes

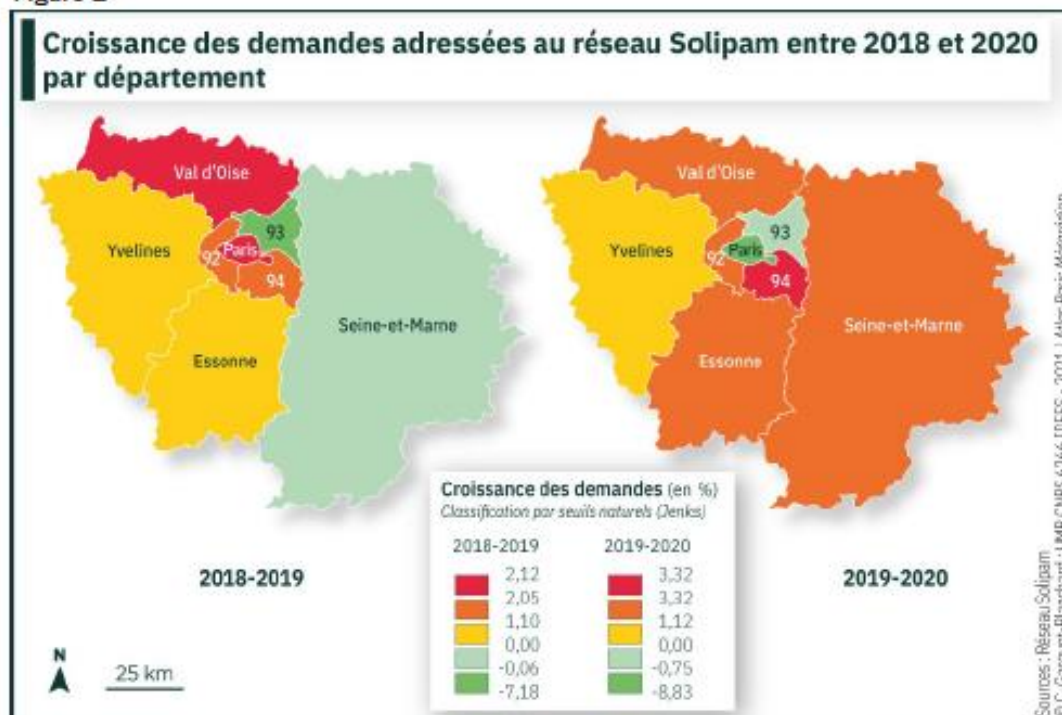
Face à ce type de situations, l'association Solipam (Solidarité Paris Maman), financée par l'ARS, participe à un travail de coordination médico-sociale, à la prise en charge, la stabilisation et la sécurisation du parcours de femmes majeures enceintes (et jusqu'aux trois mois du nouveau-né) en situation de grande précarité. De fait, dans le contexte francilien, il est fréquent que ces femmes soient également en situation de migration récente⁵ (Gasquet-Blanchard, 2020). Réseau associatif existant depuis 2006, Solipam s'est régionalisé en 2012 en raison de mobilités nombreuses et fréquentes que rencontrent les femmes confrontées à un parcours incertain d'hébergement à l'échelle régionale durant leur grossesse.

Les femmes accompagnées par le réseau Solipam vivent une grossesse marquée par le

phénomène de disqualification sociale (Paugam, 2009), c'est à dire voyant leurs différents liens sociaux rompus ou entravés (liens de filiation, de participation électorale, de participation organique et liens de citoyenneté) participant, in fine, à une image négative d'elle-même et un état de santé de plus en plus dégradé.

Depuis la mise en place d'un numéro vert, en 2014, le réseau connaît une augmentation du nombre de demandes de prises en charge. Cette augmentation est particulièrement importante dans les départements de la grande couronne (Figure 1), ce qui s'explique notamment par une mobilisation forte du réseau autour du développement de partenariats à l'échelle régionale et par une précarisation de plus en plus avancée d'une partie de la population dans certains de ces départements. En Essonne par exemple, des femmes sont à la fois isolées et sans aucune ressource. Les femmes en errance semblent, en revanche, moins isolées (présence du conjoint et/ou d'un soutien amical) à Paris et en petite couronne, notamment en Seine Saint Denis. Cette répartition s'explique en partie par la politique régionale gestionnaire du Pôle Hébergement et Réservation Hôtelière (PHRH)

Figure 1



qui régule les places des 800 hôtels franciliens pourvoyeurs de nuitées hôtelières auprès des différents Système Information, d'Accueil et d'Orientation (SIAO) – associations auxquelles les conseils départementaux franciliens ont délégué la compétence d'État de mise à l'abri des publics vulnérables. Les SIAO, régulant et attribuant les places à l'échelle départementale, peuvent donc être contraints, en fonction des propositions du PHRH, de proposer un hébergement à Meaux pour une famille appelant du douzième arrondissement de Paris ou à Cergy pour une famille les ayant contactés depuis Ivry. Ces situations rencontrées quotidiennement par les familles impliquent une précarisation encore plus accrue de ce public qui est constamment mis en mouvement et qui n'est que peu vu/suivi par les acteurs sanitaires et sociaux.

La gestion de ces situations dépasse le cadre de l'Île-de-France. Il existe par exemple des dispositifs incitatifs d'hébergement hors de la région Île-de-France pour les personnes mal logées⁶. À une échelle plus fine, le réseau peut être sollicité par des centres maternels ou structures d'accueil d'autres régions afin de savoir si des femmes accompagnées par Solipam répondent à leurs critères d'accompagnement. Cependant, des contraintes administratives, notamment liée à la régularisation de ces personnes, empêchent fréquemment ces femmes d'être accueillies. Malgré ces difficultés administratives, il s'avère néanmoins que des centres d'hébergements maternels peuvent contacter les acteurs franciliens car ils disposent de places pour accueillir les personnes en situation de grande précarité. Ces questions d'accueil doivent donc être pensées à une échelle mégarégionale, voire nationale, où le contexte de pénurie francilien s'oppose à des places non pourvues dans certaines autres régions françaises, comme en Nouvelle-Aquitaine par exemple.

L'hyper-mobilité comme élément entravant l'ancrage des femmes

Les situations des femmes accompagnées par le réseau Solipam, majoritairement primo-arrivantes sur le territoire français, sont ainsi complexes sur le plan administratif. Certaines n'ont aucun titre de séjour, d'autres sont

demandeuses d'asile, certaines déboutées de leur demande d'asile... Toutes sont dans une situation de précarité administrative qui complexifie encore leur ancrage à un lieu de soin, d'hébergement, à une stabilité dans l'espace ou dans le temps, et qui participe à une errance iatrogène. Cette errance est d'autant plus exacerbée lorsque ces femmes subissent un éclatement des propositions non pérennes d'hébergement d'urgence. Ainsi, certaines femmes, à l'instar de Madame S (Figure 2), peuvent avoir jusqu'à une vingtaine d'hébergements différents durant leur grossesse.

L'exemple de cette personne dont l'identité a été anonymisée est, de la sorte, évocateur du quotidien de ces femmes en situation d'extrême précarité. Cette dernière, faisant le choix d'une indépendance, travaille comme plongeuse dans un restaurant durant le premier trimestre de sa grossesse et une partie du second. Pour conserver son indépendance, ces conditions de vie sont très difficiles : elle dort au sein de l'établissement qui l'emploie et la loge de manière non déclarée, à même le sol, pour être à l'heure sur son poste de travail. À 5 mois de grossesse, épuisée, elle contacte alors le réseau Solipam pour être aidée dans sa recherche d'hébergement. Celui-ci, en raison de la pénurie de places pérennes d'hébergement d'urgence, est, comme le 115 de Paris⁷, démuni face à cette situation. Madame S. connaît alors un parcours d'errance résidentielle durant le reste de sa grossesse, où elle est amenée à changer d'hôtel tous les 2 à 3 jours et connaît, de temps à autre, des nuits à la rue. Par ailleurs, très observante dans son suivi de grossesse, son médecin hospitalier programme avec elle une césarienne en raison d'une présentation par le siège du fœtus. Quelques jours avant celle-ci, Madame S rentre en travail alors qu'elle est hébergée au sein d'un hôtel situé dans les Yvelines et accouche alors, via une césarienne en urgence, dans une maternité qu'elle ne connaît pas, avec une équipe ne disposant pas de son dossier médical.

Tous ces facteurs ne concourent, en ce sens, pas (i) à l'émergence de conditions favorables au déroulement d'une grossesse sereine, (ii) exposent les équipes professionnelles à des situations complexes qui empêchent le bon

rendez-vous administratifs, sociaux...?

De plus en plus de femmes sont en situation de grande précarité et connaissent fréquemment des situations de rue. Pour répondre à cette problématique centrale de santé publique, des dispositifs sont mis en place mais les questions de prise en charge et d'accompagnement social restent entières et se posent avec acuité. La difficulté de stabilisation des hébergements, d'accès aux droits, de ces femmes, leurs difficultés à accéder à un logement et les mobilités auxquelles elles sont confrontées

participent à entraver leur accès aux soins. Dès lors, la stabilité résidentielle apparaît ici comme un des premiers leviers pour sécuriser les naissances, en vue de réduire les mobilités franciliennes des femmes en situation de grande précarité, relative, notamment, à leur accès aux soins. Malheureusement, peu d'études sont encore produites sur cette problématique. Cette fiche tend à combler ce vide mais il serait intéressant de produire des études comparatives dans d'autres métropoles de la mégarégion, et au-delà.

¹ Droits, Santé et Accès aux soins des Femmes Hébergées, Isolées, Réfugiées.

² <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

³ 2018 : <https://www.leparisien.fr/seine-saint-denis-93/de-plus-en-plus-de-mamans-sont-a-la-rue-avec-leur-bebe-dans-le-93-04-09-2018-7876317.php>, 2019 :

https://www.huffingtonpost.fr/2019/01/18/de-plus-en-plus-de-meres-a-la-rue-au-sortir-de-la-maternite-a-paris_a_23645974,

2020 : https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/01/13/a-la-rue-avec-leur-bebe-le-calvaire-des-meres-isolees_6025667_3224.html

⁴ L'ARS participe à la réflexion et la mise en œuvre de dispositifs spécifiques pour ce public : réseau de santé spécialisé, dispositifs de LHSS (lits halte soin santé), d'ACT (appartement de coordination thérapeutique), dédiés à ce public.

⁵ 80 % des femmes sollicitant le réseau sont arrivées depuis moins de deux ans sur le territoire français.

⁶ EMILE : un programme novateur pour la mobilité et l'insertion par l'emploi et le logement, <https://www.gouvernement.fr/emile-un-programme-novateur-pour-la-mobilite-et-l-insertion-par-l-emploi-et-le-logement>

⁷ Le 115 est le numéro d'appel d'urgence pour les personnes souhaitant une mise à l'abri. Cette plateforme est gérée par le SIAO, qui, à Paris, a été délégué au Samu Social de Paris.

⁸ Voir l'analyse de Jean-Paul Gaudillière, Caroline Izambert et Pierre-André Juven, qui montrent notamment, dans leur dernier ouvrage, comment s'organise, par les politiques néolibérales s'étant succédées depuis 30 ans en France, la casse du système de santé.

⁹ Il existe un écart entre ce qu'un professionnel souhaite effectuer dans son travail lié à la conception de son métier et ce qu'il est attendu de lui et qui peut empêcher son travail. De cet écart naissent des situations d'impossibilité de développer sa pratique professionnelle sur la base de ce que le professionnel considère comme répondant aux critères d'un « travail bien fait » (Clot Y., 2015).

Bibliographie

- Clot, Y. (2015). Le travail à coeur: Pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : La Découverte.
<https://doi.org/10.3917/dec.cloty.2015.01>
- Coulm B., 2019, La précarité, un impact majeur sur l'état de santé des femmes enceintes, Sages-femmes - janvier-février 2020 - n° 1, 12-17 © 2019 Publié par Elsevier Masson SAS
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sagf.2020.01.016>
- Davoudian, C., 2020, Femmes enceintes, mères et bébés sans-papiers : Une clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité. *Nouvelle Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2(1), 125-136.
<https://doi.org/10.3917/nrea.002.0125>
- Gasquet-Blanchard, C., 2020, Solipam et la prise en charge des femmes enceintes dans la rue. Actualité et dossier en santé publique n° 111 Santé des migrants, Adsp n° 111 juin 2020, 28-9 :
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=1172>
- Gaudillière J-P., Izambert C., et Juven P-A., 2021, *Pandémopolitique. Réinventer la santé en commun*, Paris, La Découverte,
- Le Méner E., 2016, L'impact de la précarité sur la santé des femmes enceintes, *La santé en action*, n°437, septembre 2016, 26-27
- Figure, M., 2014, L'errance des mères : du tri entre les situations aux registres de justification des orientations dans un contexte de maternité. *Pensée plurielle*, 35(1), 101-112.
<https://doi.org/10.3917/pp.035.0101>
- Paugam, Serge. *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Presses Universitaires de France, 2009- Rapport DSAFHIR, 2020 : DSAFHIR Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées, Observatoire du Samu Social de Paris et Université de Paris, 169p.
- Rapport MDM, 2019 : Synthèse du Rapport MDM de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France, MDM, p16. .

(16) Anne-Cécile Hoyez, Clelia Gasquet-Blanchard, François Lepage, 2019, Bodies at the crossroads between immigration and health. Atkinson Sarah; Hunt Rachel. *Geohumanities and health*, Springer, 2019, 978-3-030-21406-7 ([halshs-02294938](#))

Bodies at the crossroads between immigration and health.

Anne-Cécile Hoyez, Research Fellow. CNRS UMR 6590 ESO/University of Rennes.

Clélia Gasquet-Blanchard, Lecturer in Human Geography. EHESP School of Public Health / CNRS UMR 6590 ESO.

François Lepage, Photographer.

As an introduction to our reflection, in the field of geo-humanities (Dear et al., 2011), on healthcare access for immigrants in Europe, we would like to relate an anecdote which happened, in the field, to one author of this chapter. This anecdote tends to indicate that there are times when research on health care and the body can impact the researcher in a way that possibly prompts him/her to approach his/her object of study with more humanity. The researcher in question had made an appointment a few days before to conduct an interview with the director of a support centre for immigrants. As she arrived at the centre on the agreed date and time, the researcher, who was eight months pregnant at the time, was greeted as follows:

« Oh...but it's you! my colleague told me "there's a pregnant woman here who wants to see you". I got worried!!! I thought for a minute that it was another pregnant woman from Eastern Europe who'd come here to give birth! [she laughs]” (Director of a support centre for immigrants, Rennes, June 2008)

At this time when the researcher first met the director in question, she had just begun her fieldwork. The research involved immersing herself in social welfare centres with a view to gaining a better understanding of the conditions of access to health care among immigrants in France and focusing attention both on the immigrants themselves and on the working conditions of professionals and volunteers operating in various support centres. That day, the director's reaction to the researcher's (pregnant) body is indicative of stereotypical representations of all kinds applied cumulatively by professionals to immigrants and which would not normally be revealed in the context of an interview. In this particular place – the support centre for immigrants – a pregnant, white woman could only be an Eastern European immigrant; the researcher embodies the figure of female immigration in France. Clearly, beyond the stereotypes and ethical questions raised by this situation (which it is not our place to judge here), this fieldwork prompted an in-depth reflection on how we should conduct our research: should we concentrate

primarily on the professionals' "deficiencies", which are representative of the difficulties they experience on a daily basis in managing the humanitarian emergencies and difficult situations that hinder their work and make it more challenging? Should we bring to light and analyse the identity labels applied to immigrants in those support and healthcare centres? It was above all the researcher's physical appearance which caused the director to assume she was an East European migrant.

This leads us straight to the question of the link between immigration and health in Europe today: What causes carers and social workers to "fear" the arrival of immigrants, especially pregnant immigrant women? Is it the fear of an uncontrollable "wave of immigration"? Is it the fear that this would place an additional financial burden on public services? Is it the anxiety about the growing number of very complex situations in which individuals face a combination of challenges such as precarity, exile, poverty, uncertainty concerning their legal status, and the prospect of a growing family? Is it a combination of all three factors? At the same time, professionals in the field express significant concerns and conflicts related to the impact of restrictive public policies, to the increasingly tight control of public spending and to the management of populations (including immigrants).

In Europe, contexts of immigration tend to be analysed in terms of "crisis", managed in a temporality of urgency in different parts of the territory. At the same time, the public sector itself, including health and social welfare, is in "crisis" as a result of major economic restructuring marked by severe budgetary restrictions and sector liberalization. But are we dealing with "immigration crisis" or an "immigrant reception crisis"? Who or what is actually posing a threat to the healthcare and social welfare systems? Is it the arrival of immigrants or the neo-liberal economic policies and programmes? Moreover, we know from research on migration, that the routes used by immigrants to reach Europe are increasingly dangerous; a significant number of NGOs report an increasing number of deaths at Europe's borders as well as an intensification of health problems among recently arrived immigrants to European countries. In addition, several researchers have highlighted the harmful consequences for health and well-being of the precarious living conditions of newcomers once in Europe (Thomas, 2016).

However, as Didier Fassin (2001) points out, scholars should bear in mind the fact that, in relation to these alarming finding, an immigrant's body is not merely a passive vector or recipient of disease. In this regard, part of our work as researchers is to examine (1) what is involved when dealing with the body, disease and suffering and (2) how, in our social worlds, immigrants' bodies serve as a marker of difference.

In this chapter, we will explore the complexity of the situations which, we, as health geographers specialized in migration issues, are confronted with by gradually shifting from a social geography to a geo-humanities approach. In our research, we aimed at stepping away from “describing” with words and at showing human conditions the way they are in places. In this way, we wanted to connect our knowledge as social scientists with humanities disciplines. We chose to develop this through arts, for their potential in creativity and engagement, and especially with photography. Using an approach based on the human body, what can we learn about social inequalities and their management by nation states? What do we know about the healthcare pathways of immigrants and about their access to health care in their everyday lives (Hoyez and Thomas, 2016)? What method would make it possible to examine and analyse these phenomena while taking greater account of the human dimension in the processing of scientific information?

This chapter is the result of a research project which investigated access to health care for immigrants in France, in which we took into account the situations of both ill people and non-ill people whose precarious living conditions impact their health or whose life events require that they receive medical and social attention, as in the case of pregnancy, to which we will pay particular attention here. In a context where migratory pathways are stretching (both in time and space), and where the number of female immigrants is growing, we explore how women manage to empower themselves, to overcome the identity labels applied to them throughout their journey, and which, for the most part, impact them negatively. Within their life histories and immigration pathways, it is their bodies that are at stake. In the first step of this chapter, we illustrate how immigrant women re-appropriate their own bodies and analyse their place, as socially constructed objects, in constituting the social space in which carers, social workers, women themselves, their relatives and families are shaped and emerge together. In a second step, we expand our reflections on the subject of immigration as social geographers by adding a new path through photography to our ‘conventional’ qualitative methodological tools in order to explore emotions and body concerns.

Immigrant women’s bodies in a context of restrictive policies

The pregnant women we met in the course of our research have very different histories: some fled a country at war, both alone or with their male partner or family and may have either joined relatives in France or had no contacts in this country, France not necessarily having been their intended destination country initially. Other women moved to join a spouse who had already come to work in France while others came to pursue higher education. Whatever the socio-economic context in which they found themselves, their individual migration is

undertaken as part of a collective destiny shared with parents or even children left behind or close ones scattered in different countries. All mention the impact on their everyday experiences and affects of the spatial dimension of this situation of, on the one hand, separation from part or all of their families, and/or, on the other, of their moving closer to other family members, the coming together of siblings who had previously been living far from one another or the development of strong friendships in the host country). These experiences of distance and mobility mark each stage of their existence.

Migration journeys can be long, costly, dangerous and punctuated by a varying number of short stays in cities or other places that serve as more or less chosen stages. During these journey stages, they may have been subjected to sexual violence through rape, kidnapping, domestic slavery, excision, insults or discriminatory attitudes and these are experiences unlikely to emerge and difficult to identify in an interview situation. This raises the question of how we, as researchers and likely the umpteenth people asking for testimonies, intrude into the most troubled realms of these immigrants. Moreover, once women arrive in France, they face other gender-related problems in terms of the highly fragmented labour market which offers few job opportunities for them; even those who are hired are always, initially at least, given underqualified jobs (Schmoll, 2011).

However, amidst the variety of female migratory trajectories, one specific figure stands out as being both sometimes particularly exposed, and sometimes particularly protected compared with others, that of pregnant women or women with children. The stages and events that punctuate the trajectories of pregnant women can be analysed by focusing our attention on their body and its transformations as well as on their emotions.

Those women are in an ambivalent position. They are more likely to be exposed to gender-based violence or to processes of differentiation or social downgrading but they are also the object of specific policies, such as those for family protection and child protection, whereby they can receive some welfare benefits to which men are not entitled. Illegal immigrant women - these "precarious subjects" who are not recognized by the system (Butler, 2009) - are more likely to fall victim to differentiation or discrimination processes, or even to be excluded from certain areas of the social world, especially in public spaces and in professional worlds (Fourmand, 2009). From an intersectional point of view, they are, more than other women, subjected to domination through racial/ethnic, gender and social stereotyping. However, pregnancy strongly impacts the conditions in which these women live. Pregnancy gives these women access to common rights, which will influence their living conditions while they are pregnant and throughout their child's infancy (Virole, 2016). Women themselves must apply for those services, but nonetheless, the support they can then access is designed to empower them and will help them to be recognized by healthcare professionals and institutions as

subjects with rights in ways not the case before pregnancy. Through these support programmes, pregnant women benefit from regular pre- and post-natal care services, which many of them had never experienced in their country of origin. It is our responsibility, as researchers, to examine the reasons and processes through which pregnancy and motherhood help women be recognized as subjects with rights, and to emphasize that women's pregnant bodies and infants can help them to assert themselves in their lives as women.

The migratory experiences of these immigrant women, as they related to them us, gave rise to many discussions about opportunities to change their circumstances. Their stories are marked by various shifts and major changes in their situation that occurred over a relatively short period of time when they became pregnant. Such is the case of Milly who, now that she was pregnant, knew that she would be given priority on the waiting list for housing and would have stable accommodation during the last two trimesters of her pregnancy and the first months of her child's life:

For me it's okay now, with the baby, I'm going to be entitled to housing when I get out of here. But what will happen to Ahmed? He is all alone, no child, no housing. It is for him that we must fight now.

She is aware of the fact that her personal, intimate, family event, is, in fact, a social event that marks the end of years of residential precariousness, during which she, as a single woman, had never had priority on the housing waiting list.

The bodies of these immigrant pregnant women become a place, a geographic level at which to examine and report on individual experiences and on how corporealities are taken into account in institutions. The body is then placed at the core of social, institutional and political issues through control of the migrant body. Obviously, the way in which pregnant immigrant women are treated and cared for is tinged with moral overtones. Indeed, as noted in our introduction to this chapter, pregnant immigrant women can be labelled with derogatory stereotypes. There is a belief, as displayed in the opening vignette, that some of them come to France to give birth in order to take advantage of the supposedly more supportive social welfare system, but nonetheless, whatever happens, most will be helped and supported and, if they are not, public controversy will ensue.

Moreover, the women use a number of techniques that contradict the common notion that, because of their conditions as immigrants living in precarity, they lack any capacity for action (Fourmand, 2008). For pregnancy follow-ups, ultrasound readings, giving an opinion on the possibility of an epidural, planning to breastfeed or not, feeding a very young child, carrying children, etc., these women have proved very resourceful. The arrival of a child is mostly experienced as a blessing and the descriptions we were given of the mother-child relationship are

based on a large variety of emotions and sensitivities, which pleads for a sensitive and humane approach to inequalities and discrimination.

Bodies combining disadvantages: pregnant, undocumented and poor women

Several studies have been conducted about social and health inequalities, particularly those that develop during pregnancy for women living in precarity. Precarity is not the only prism through which the trajectories of pregnant immigrant women are examined, but it is an important part of the realities encountered (see Box 1). Addressing precarity experienced by these women is not just a matter of describing their economic and social living conditions, or of assessing their access to healthcare rights and to stable housing. However, studying these two events (pregnancy and migration) when they occur within the same temporal framework requires that we situate our remarks in this context, so as to better analyse the effects of precarity on pregnancies and their outcomes, to better identify what is universal in the situation of precarity during pregnancy and what turns out to be different for immigrant women.

Box 1: Field data

The NGO Médecins du Monde (2016, 2017) points out in its recent reports that the precarious administrative situation of women puts them at greater risk: 18.1% are asylum seekers and 52% are undocumented. The pregnant women we met in MdM healthcare centres and their partner clinics have very limited or no access to health care coverage (68%) and consequently to prenatal care (over 40% had no access to prenatal care in 2016, and 58.4% in 2017) and 45.5% of pregnant women do not receive regular prenatal care. Their living conditions have particularly harmful effects on their health: the majority of them indicate that they are living with a third party (55.6%) and it is not known what this type of living arrangement involves. 8.1% are homeless, and 48.4% consider that they live in temporary and unstable accommodation. Finally, women who have received care at an MdM clinic report that they go out as little as possible for fear of being arrested. Thus, the fear of being arrested by the police acts as a further significant obstacle to their access to healthcare in specialized centres.

In the medical field, precarity, for all populations combined, is known to be associated with an increase in pregnancy and neonatal complications and with an increase in the length of hospital stays (Gayral-Tamih, 2005). There is a correlation between precarity and sub-standard or non-existent prenatal care, and

therefore the increase in perinatal complications (Lejeune, 2008). As seen in Box 1, women's situation as immigrants can further contribute to the difficulties and vulnerability associated with precarity in general. Several studies conducted in northern countries show that immigrants populations originated from Asia, North African and sub-Saharan Africa have a higher risk of neonatal mortality and of prematurity compared with non-immigrant populations and immigrants of other origins (Gagnon, 2009; Gissler, 2009; Malin, 2009; Racape, 2010). In addition, the birth of a child causes significant social, economical and psychological changes that place the mother in an even more vulnerable position, especially if it occurs in a situation of migration (Battaglini et al., 2002b). This is reinforced in the context of violence that currently exists in many of the regions immigrants have to cross in order to get to their destination (Médecins du Monde, 2016, 2017; Report of the Samu Social Observatory, 2017).

The negative effect of precarity aggravates the illnesses that can occur during pregnancy in terms of care through the possibilities for effective and efficient use of the health care system. In France, the National Commission on Child Birth and Health (2014) highlights that women living in precarity use the healthcare system less and later. Several reasons explain this: i) a late initiation of prenatal care involving late diagnosis of pregnancy, fewer prenatal consultations, fewer ultrasounds and so forth due to the daily difficulties encountered by immigrant women living in precarity; difficulties which often prevent women from being aware of or paying attention to the early symptoms of pregnancy; ii) irregular attendance at prenatal care through the difficulties for women in attending all the scheduled appointments or to have additional examinations performed, particularly if this entails attending a different unit other than the clinic they normally attend, due to their poor knowledge of an area in which they have only recently arrived; iii) frequent use of hospital emergency services, given these are the only places immigrant women can identify easily.

These difficulties are among the general factors of disadvantage associated with characteristics of the socio-spatial contexts in which women operate: poor knowledge of the area and of the location of the healthcare facilities; geographical isolation; socio-economic context of the area of residence (Gasquet-Blanchard, Collombier, Parkins, 2018); use of specialized support services; preference for carers who share the same geographic origins or the same language and can advise in favour or against different types of consultation; support provided through personal networks of friends or family who may or may not help them familiarize themselves with healthcare facilities; and, finally, all the characteristics of the person including age at the time of pregnancy, education, income, single parent or not, physical and psychological health (Battaglini, 2002-2). These factors are combined with those that affect immigrant women more specifically including: social (language, support, and presence of the partner, family and

friends); financial (the type of financial resources available to the woman); administrative (the type of health insurance, type of residence document). The situation of vulnerability in which women find themselves - mentioned in other studies (Médecins du Monde, 2015) - has proved recurrent, although not systematic, among the women we met.

The women we met experienced, after their pregnancy was confirmed, different changes in their social lives. Some of them mentioned going through marital and family breakups, which often caused them to leave their place of residence. At the same time, others reported developing a closer relationship with their spouse. The social network is the first line of protection against the immediate effects of a marital breakdown, but where networks are geographically dispersed, the women must navigate their pregnancy within a fragmented social world. Even when surrounded by relatives, these women can sometimes be exposed to one or more risks due to their status as isolated immigrants dependant on a defined group of family and acquaintances. For example, the pregnant women who receive medical care from the Paris Saamu Social (emergency social services) often report a high level of social isolation exactly at a time when moral support is essential and which can further hinder their access to healthcare. These risks are combined with the mobility limitations experienced by pregnant women and mothers of small children (Fourmand, 2009). This isolation can be observed through a distance/proximity dialectic. Geographic distance from one's home country can foster proximity with one's compatriots in the host country, a proximity which would not have developed in other circumstances, and which can contribute to the development of new forms of social relationships, or even of new functions in the family, as illustrated by the roles taken on by some fathers; roles they would not have had in their country of origin.

Having moved away from their usual social network, these women find themselves separated from those who would have been able to give them the psychological and practical support they needed as pregnant women, such as a mother, sisters, spouse and friends. They then surround themselves with, and find resources and support among, their new neighbours, compatriots, and caregivers, which enables them to recreate a safe environment for the duration of their pregnancy.

Risk factors also include the difficulties of communication between pregnant immigrant women and carers. These difficulties are not only related to the patient's level of proficiency in the language, but also to the contexts of communication with the medical and social care teams. The information exchanged between the various team members must include not only information about the patient's healthcare history but also about other important dimensions of her life, such as physical and psychological health, social condition, food and housing. These communication difficulties can lead to delays in the provision of

care, or to inappropriate treatments, and to a poor understanding or ignorance of the healthcare system. Among pregnant immigrant women, we have found that certain barriers prevent them from receiving optimal health care, which can be reinforced by personal and family-related vulnerabilities that may lead to dysfunctions in the natural birth process and even in the establishment of a bond between parent and child (Davoudian, 2007). Finally, the difficulties linked to the negative stereotypes and representations of pregnant immigrant women applied by health professionals must be taken into account. Negative representations of patients with unstable residence permits can lead to the denial of treatment by carers. More generally, the medical profession has been known to engage in processes of ethnicization or racialization of women, which can lead to inadequate and differential care and, thereby, increase the risks of complications (Sauvegrain, 2017).

Geo-humanities: building a bridge between geographies and art photography to replace women bodies in sensitive contexts

Geographers have for a long time developed approaches for observing and analysing the inter-relations between spatial configurations and social phenomena. Several methodologies are often combined and used to account for those interactions, including approaches borrowed from ethnography and sociology. In our qualitative research, we conducted a large number of in-depth interviews, in situ observations, and collections of visuals, including photographs. Yet, inexperienced in this art form and reduced to shooting photographs in a high-speed continuous mode with our pocket digital devices we collected few visual documents that could be used in publications or that could be given back to participants. However, in 2018, we had the opportunity to collaborate with François Lepage, a photographer and author on immigration issues, and this was just the push we needed to move towards a geo-humanities approach. In parallel with our field observations, which are fairly typical in the field of social geography, we have developed an interest in artistic approaches, and the conversations, experiences and insights they can produce. For a year, while nearly 200 immigrants lived in a squat, which was eventually legalized (Hoyez et al., forthcoming), we conducted surveys and observations among the inhabitants of this place to fully understand the sensitive and everyday aspects of life in a squat and in precarious accommodation. Meanwhile, François Lepage, who for several years has turned his lens towards migration phenomena, set up a photo studio and invited the squat residents to come and have their photos taken whenever they wanted (see Box 2). We worked in parallel with François, interviewing and photographing women. By paying close attention, together, to the faces of the women, men, children, and families who lived in this place, we gradually adopted

an artistic approach to our research. These were not the snaps that we captured with our pocket devices, these images were more, said more and produced very different encounters. These 'art' photographs brought something extra to the research. They helped to go beyond the approaches commonly used in the social sciences to examine social and spatial inequalities in healthcare, discriminatory processes affecting immigrant women, their partners and children, or "French-style" pregnancy care pathways. These photographs bring us face to face with women, men, mothers and fathers of children who pose together proudly. Inevitably, they challenge the descriptive categorizations that we, as researchers, often apply. Could we still justifiably call the people we met "immigrants" in a generic way? No, we could not, because when we look at these photographs, we see, first and foremost, people, inhabitants, whose dwelling occupancy pattern reminds us of the foundations of the Right to the City of H. Lefebvre (1968). The photography and the exchanges between the academic and artistic worlds have placed the human being at the heart of our analysis. This approach repositions emotions and affects in the foreground of research. In going beyond scientific protocols and reintegrating emotions, the photographic process gives pride of place to the reflexivity of researchers and to its impacts on the human sensitivity with which we conduct research work.. The more significant change, however, was that, beyond these frameworks established between researchers and the artist, those people who were photographed intervened as actors in a collaborative process. François Lepage wished not only to "take photos" but also to "give pictures" to the inhabitants. The shots were in fact intended primarily to be distributed to those photographed, with the intention to share something concretely. This posture has distorted the conventional relationship between the photographer and the photographed, shifting it from a relationship of 'observer/observed', in which the act of photographing formally captures a particular moment, to an interactional relationship in which the protagonists are participants without having to answer a question or an order defined *a priori*. The photographer no longer stands as a professional of the image, but takes on the role of an artist who thwarts the materialist universe of photographs. In the same way, the charitable organisations working with those living in this place indicated to us that the photo studio was part of the 'cultural' coordination organised for the inhabitants in that it was not a project to photograph everyone, but rather a proposal or an opportunity to have a photograph. These, then, are pictures of inhabitants, not just the photos of the photographer. This distinction is important because it emphasises the ambition to make the inhabitants active in their presentation of themselves. They had a total freedom of pose and free choice of the day when they would show up as the studio was set up permanently. Here, photography is not only a social act or a way of meeting in one moment. It is, instead, a process of mutual trust and sharing, across the short, medium and long term, because the photography participates in the identity reconstruction of people, both for themselves and for those who come to see them through the

associated photography exhibitions. The process re-humanises identities that the media too often distance and even render invisible.

Box 2: François Lepage presents his photographic approach

"In the summer of 2016, I set up a photographic studio in the squat known as "Les Jardins de la Poterie" in Rennes. An ephemeral dwelling in which 170 exiled people lived for a year, half of them children.

At first, people pass by, a little surprised. "What are you doing?," - Is it compulsory?" They leave and then come back. Alone, or with their families, they walk around the studio, dressed in their Sunday-best and prepared. They assume their own poses.

I lose control of the photo shoot session... I go with the flow...

From the very first pictures, I am disturbed. The shot doesn't correspond to the image I had of them. Perhaps I had imagined them "unkempt and threatening" just as they would have been depicted on an anti-foreigner Nazi propaganda poster, or else I've been conditioned to see them that way. Under the flashes, their joy and light shine through. They remind me of Leonard Cohen: "There is a crack, a crack in everything, that's how the light gets in".

This photographic project has led to many encounters. With people from all corners of a planet fragmented by walls and barbed wire; from Mongolia to Congo, from Albania to Chechnya... With associations that give direction to human beings who have lost their bearings (at UTUD - A roof is a right, MRAP and many others...). With social science researchers from the University of Rennes 2 and the Institut d'Études Politiques, who are working on "ephemeral housing"

The people who have been photographed have agreed to use the rendering for public exhibition purposes. All the people agreed, with the exception of one girl who especially wished not to be recognised by her high school classmates. She nevertheless accepted after having discussed with François Lepage who proposed to "veil" the photograph (photo 1).

The total freedom given on the shooting allowed us to probe the desires of use of photography by the inhabitants. In the short term, desires were very varied: the use of a new photo for a Facebook profile (photo 6); the wish to send a photo back to family who have remained in their country of origin; the display of a nice family photo as an everyday visible object. In the medium term, the permission to broadcast the photograph for public display was also supported. In the view of the inhabitants, it was necessary that their photographs circulate in order to testify to their conditions of existence as immigrants, and, thereby, to be able to express

themselves publicly on this subject. Most of the people took part in the events organised around the exhibitions through vernissages, forums and debates, along with the charity organisations that accompany them on a daily basis. Thus, making their own photographs available at the exhibitions served as a medium for talking to observers, that is the photographer, the researchers and the wider audience, and connecting with them. Consequently, the act of presenting oneself physically, of going beyond the posture of the subject of photography and embodying immigration phenomena during various public events, brought a lot of meaning and spontaneity. Beyond the words of conversation, debates or exchanges were the moments of sharing food, songs, tales that emerged. For example, the first vernissage gave rise to some interesting scenes in terms of reversing social roles in different places: the hall of the university library was filled with groups of children and bathed in the smell of donuts and fried chicken as the immigrants offered meals to the exhibition visitors for almost two hours. We heard a cheerful Congolese woman say to one of the vice-presidents of the university: *“Do you like my donuts? It's good! Eat, you're so skinny! And take, take all, you will give to your children.”* This possibility of going beyond social roles was also appreciated by the academic staff, who were delighted to be jostled in their functions by mostly anonymous figures. This possibility of going beyond social roles was also appreciated by the academic staff, who were delighted to be jostled in their functions by people who they otherwise might not have met.

During and following the exhibitions, of which there had been four at the time of writing in early 2019, the confrontation and the exchange with the public's gaze allow us to go further in our work and our knowledge of the everyday experience of the inhabitants of the Jardins de la Poterie. The series of events around the exhibition in different public places gave us the opportunity to take the time to focus on details that might have eluded us. By taking part in public debates, we could note, for example, that people were all held to each other during the shooting, that the children did not come exclusively to be photographed with family members but with friends (photo 2). This enjoins us to study more precisely the body-sensitive relationships, interpersonal relationships, and / or collective feelings of belonging.

For the inhabitants, the photographic approach was greeted positively, mainly because it did not impose a frame that obliged the residents to “give” something *a priori* and because it did not answer an institutional order put in advance. It is important, however, that this issue is treated ethically by photographers and researchers. Indeed, if the approach was initially disinterested financially and free from any institutional injunction, the “fundraising” which allowed the circulation of the exhibition had to respect the political and critical positions of the inhabitants, the photographer and the researchers. Our financial support has been found in public university institutions that claim to carry out research on the hospitality, reception and integration of all people within, in this instance France, and by charitable organisations supporting immigrants and homeless people. It is not conceivable, in the long-term, that this research is conducted, for example, through European Union institutional funds, a body considered as abusive by immigrants not only in the European territory but also in their countries or regions

of origin. Research, creation and critical intent cannot be dissociated in this type of research in the geohumanities.

Conclusion

In this chapter, we have traced the passage from a "conventional" research in social geography to a research methodology enriched through the contributions of an artistic approach. By going beyond the argumentative role of research in the human sciences, by going beyond scientific postures seeking to "speak for", we have tried to bring something other than scientific proof or critical testimony about pregnancy and maternity in migration. We have also sought to trigger patterns of space and places hidden by academic traditions and introduce them into the artistic posture.

This collaborative work opens new perspectives for research, but also for the art world, which could develop more "geographically aware" approaches (Creswell, Dixon, 2015). Indeed, the "spatial shift" does not only concern the social sciences but also the artistic world, insofar as we share common interests, particularly in the influence of places on the lives of individuals, their mobility, the relation of individuals and groups to their territories, the multi-scalar approach. Through the example of pregnancy, we show how the woman's body appears as the first envelope of the developing human being. This has enabled us to explore the relations between the accessibility of spaces and the female experience of pregnancy, understood as a unique experience occurring in a limited temporality, that of pregnancy. This temporality, nevertheless, makes it possible to re-examine the bodily experience (change in the centre of gravity) in physical and psychological terms (fulfilling pregnancy, cumbersome pregnancy) and its relationship with the spatial experience.

We have used here a sensitive approach to a bodily modification that alters one's relation to space as the modified body changes at the same time as the woman's direct relation to space, to places in terms of the places of well-being which are therefore regularly visited or the converse of anxiogenic places that are therefore avoided, to territories through the policies for the provision of prenatal healthcare assistance to women and particularly to immigrant women. This sensitive approach helps us to re-examine and analyse our data via the women's accounts while at the same time examining the investigative relationship and the researchers' own involvement.

Photo 1: Young girl



Photo 2: Two young friends



Photo 3: Mother and her son



Photo 4 : A family



Photo 5 : Mother and her son



Photo 6 Young boy



References:

Atkinson S., Bethan E., Woods A., Kearns R. 2015. « 'The Medical' and 'Health' in a Critical Medical Humanities ». *Journal of Medical Humanities* 36 (1): 71- 81. <https://doi.org/10.1007/s10912-014-9314-4>.

Atkinson S., Foley R., Parr H. 2015. « Introduction: Spatial Perspectives and Medical Humanities ». *Journal of Medical Humanities* 36 (1): 1- 4. <https://doi.org/10.1007/s10912-014-9319-z>.

Battaglini, A. 2002. « Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes ». *Service social*. 49-1. 35-69 | ». <http://www.erudit.org/revue/ss/2002/v49/n1/006877ar.html>.

Dear, M., Dear, P. of C. and R. P. M., Ketchum, J., Luria, S., Richardson, D., 2011, *GeoHumanities: Art, History, Text at the Edge of Place*, Routledge.

- Fassin D. (2001). Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers (When the body makes the law: Humanitarian rationale in the legalisation of foreigners). *Sciences sociales et santé*. 19 (4) : 5-34.
- Fourmand, A., 2009, « La femme enceinte, la jeune mère et son bébé dans l'espace public », *Géographie et cultures*, En ligne: [http:// gc.revues.org/2320](http://gc.revues.org/2320) ; DOI : 10.4000/gc.2320
- Fourmand, A., 2008, « Le corps des femmes, enjeu géopolitique. », *Géographie et cultures*, En ligne : [http:// gc.revues.org/907](http://gc.revues.org/907) ; DOI : 10.4000/gc.907
- Gagnon, A.J., M. Zimbeck, et J. Zeitlin. 2009. « Migration to western industrialised countries and perinatal health: A systematic review ». *Part Special Issue: Women, Mothers and HIV Care in Resource Poor Settings* 69 (6): 934-46. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.027>
- Gayral-Taminh, M., 2005, « Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité », , En ligne : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231505826675>.
- Gissler, Mika, Sophie Alexander, Alison Macfarlane, Rhonda Small, Babill Stray-Pedersen, Jennifer Zeitlin, Megan Zimbeck, Et Anita Gagnon. 2009. « Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries ». *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 88 (2): 134-48. <https://doi.org/10.1080/00016340802603805>
- Hoyez, A.-C., Thomas F. (2016). Socio-spatial dimensions of healthcare for newly arrived migrants. In Thomas F (Ed) *Handbook of Migration and Health*, Edward Elgar, 158-172.
- Lefebvre, H., 1968, *Le droit à la ville*, Paris: Anthropos, Ed. Du Seuil, Coll. Points.
- Malin, Maili, Mika Gissler. 2009. « Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland ». *BMC Public Health* 9 (1): 84. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-84>
- Médecins du Monde. 2015. « New report on access to healthcare for the most vulnerable in a Europe in social crisis. Focus on pregnant women and children. » Médecins du Monde. <http://mdmneuroblog.wordpress.com/2014/05/13/new-report-on-access-to-healthcare-for-the-most-vulnerable-in-a-europe-in-social-crisis/>
- Schnoll C. (2011). Le corps des autres dans l'Europe des frontières. *Outis. Revue de philosophie (post-)européenne*. Pp. 121-128.
- Thomas, F. (Éd.), 2016, *Handbook of Migration and Health*, Edward Elgar.
- Virole L. (2016). Devenir mère, devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France. *Genre, sexualité & société*.

(17) Gasquet-Blanchard, C. & Moine, R., 2021, Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité. *Revue française des affaires sociales*, 225-240
<https://doi.org/10.3917/rfas.213.0225>

[POINT DE VUE]

Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité

Clélia Gasquet-Blanchard et Raphaël Moine

Si l'errance des femmes enceintes a pu un temps être endiguée en raison de valeurs morales prônant la protection de ce public (Planche, 2014), ce n'est plus le cas à l'heure actuelle, notamment en Île-de-France. Les acteurs de terrain et les rapports de recherches produits sur cette thématique (Médecins du Monde, 2019 ; DSAFHIR¹ [Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées], 2020) établissent ce constat, tout particulièrement pour les femmes primo-arrivantes et en situation de grande précarité (Davoudian, 2020).

Les membres du réseau de santé francilien Solidarité Paris Maman (SOLIPAM, 2020)², qui accompagne la prise en charge de ces femmes durant leur grossesse, font le même constat (Gasquet-Blanchard, 2020). En présentant les trajectoires de femmes enceintes confrontées à des expériences de précarité aiguë et accompagnées par le réseau SOLIPAM, nous mettons en lumière le fait que les contextes d'errance administrative et d'hébergement participent des conditions de santé dégradées qui illustrent une fabrique programmée des inégalités de santé. Nous souhaitons ici montrer comment les organisations actuelles de prises en charge, imbriquées à différentes échelles des rapports sociaux, prennent part à l'invisibilisation d'un phénomène socio-sanitaire : celui de la « mise en précarité » des femmes enceintes primo-arrivantes, manifestation symptomatique d'une société néolibérale fabriquant durablement des inégalités sociales de santé (ISS).

Le réseau SOLIPAM a pour mission principale de participer à la prise en charge en Île-de-France de femmes enceintes majeures en situation de grande précarité : isolées, avec peu ou pas de ressources financières, un hébergement absent ou instable, des droits non ouverts, etc. L'inclusion la plus précoce possible de ces femmes dans le réseau leur donne la possibilité d'accéder à une offre complète et de proximité de soins périnataux : interruption volontaire de grossesse (IVG), diagnostic prénatal, orientation vers des dispositifs sociaux ou médico-sociaux d'accès aux droits de santé, d'hébergement, d'alimentation tels que services sociaux de secteur, centres de distribution alimentaire, restaurants solidaires, points d'aide juridique, lits halte soins santé (LHSS), centres maternels, etc., ainsi qu'à une maternité adaptée au niveau de risque périnatal repéré, en privilégiant la stabilisation de l'environnement et l'autonomie des mères et futures mères.

1. Conduite en 2017 et 2018 auprès des 469 femmes migrantes hébergées en hôtel « social ».

2. Lien vers le site internet : <https://solipam.fr>

Le réseau SOLIPAM est une association majoritairement financée par l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, et plus particulièrement par la mission Périnatalité – Santé de la femme, attachée à la Direction de la santé publique. Ce département est fortement mobilisé sur la thématique précarité et périnatalité. Ce soutien fait suite au constat d'une obstétricienne du nord-est parisien qui, au milieu des années 2000, qualifiait une grossesse dans un contexte de précarité d'urgence médicale. Cette affirmation a été vérifiée par l'étude de la mission Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis (RéMI, 2015), commandée par ce même département de l'ARS, pour comprendre et appréhender les causes de la surmortalité maternelle et infantile caractéristique de ce territoire.

En vue d'accompagner ces femmes jusqu'au troisième mois de leur nouveau-né, cette mission est portée par l'équipe médico-sociale de coordination en collaboration avec les partenaires de son réseau : les centres de protection maternelle et infantile (PMI), les hôpitaux, les services sociaux de secteurs, les systèmes d'insertion d'accueil et d'orientation (SIAO)³, les espaces solidarité insertion (ESI), les associations opérant dans l'hébergement, les restaurants solidaires, les points d'accompagnement juridique, de domiciliation, d'ouverture de droits, etc. Les premières prises en charge ont débuté en novembre 2006, date de création du réseau SOLIPAM, qui s'est régionalisé en 2012.

Ce « point de vue » est présenté depuis deux positions d'observateurs *in vivo*. Clélia Gasquet-Blanchard est maîtresse de conférences en géographie à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et attachée à l'unité mixte de recherche (UMR) espaces et sociétés du CNRS. Elle consacre ses recherches aux inégalités sociales et territoriales de santé et, depuis une dizaine d'années, investit, dans le cadre de différents projets, les trajectoires des femmes enceintes, particulièrement migrantes, pour comprendre comment elles éclairent la thématique des inégalités. Elle est, depuis novembre 2019, en détachement à la direction de SOLIPAM, ce qui s'inscrit dans une démarche aussi bien scientifique que d'intervention. Son engagement comme actrice de terrain permet d'observer de l'intérieur le fonctionnement d'un réseau de santé, les rapports sociaux qui s'y tissent en interne, avec les partenaires, mais aussi avec les tutelles et les financeurs.

Raphaël Moine est assistant social diplômé d'État depuis 2015 et coordinateur du réseau SOLIPAM depuis janvier 2020. Son travail s'est toujours centré sur les familles. Il s'est, dans un premier temps, engagé auprès d'enfants atteints de saturnisme dû à leurs conditions de logement, puis dans une structure prenant en charge les familles en demande d'asile à Paris. Ce poste l'a amené à se mobiliser sur la question de la périnatalité en raison du suivi de plusieurs femmes enceintes ou nouvellement mères et demandeuses d'asile. Son arrivée à SOLIPAM et ses missions antérieures lui ont permis d'adopter une posture réflexive sur l'articulation entre charge de travail des assistants sociaux et possibilité de proposer une prise en charge adaptée à la situation des personnes accompagnées. Elles ont également

3. Dispositif porté par des associations (Samu social de Paris, Interlogement 93, Croix rouge pour l'Essonne et le Val-de-Marne, Espérer pour le 95, Equalis pour le 77) ayant une mission de service publique, qui visent dans chaque département la mise à l'abri, l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des familles.

nourri sa réflexion autour de la mise en place d'une pratique éthiquement plus proche du métier d'assistant social.

À travers ce point de vue, nous souhaitons mettre en lumière, comme annoncé dans l'appel à contribution de ce dossier, le « processus général de fabrication des dominations et des discriminations sociales en santé » et, ce faisant, dévoiler les conditions de perpétuation et d'accroissement de ce dernier, afin de mieux l'enrayer (voir p. 361).

Nouvelle tendance ou spécialisation des prises en charge ? Le cas des femmes enceintes et à la rue

Depuis plusieurs années, les acteurs du monde social et sanitaire tentent régulièrement de porter au jour la situation de femmes enceintes vivant à la rue. Elle est également de plus en plus médiatisée et aujourd'hui considérée. Mais quels sont les termes de cette considération ? Alors que la situation tend à se dégrader, les acteurs publics (hôpitaux, notamment), ou ayant une mission de service public (SIAO), peinent à endiguer ce phénomène malgré le développement, à l'échelle nationale, de politiques en faveur de la lutte contre les violences faites aux femmes, notamment avec le fléchage opéré au sein du 115⁴ de Paris. Il en résulte des mises à l'abri et plusieurs villes se mobilisent également en ouvrant des lieux d'hygiène dédiés aux femmes. Les bains douches à Paris en constituent un exemple.

Si l'on ne peut résumer la crise sociale et politique actuelle que traverse la France à la situation des femmes enceintes en précarité, leur errance est un phénomène de santé publique de plus en plus présent dans les grandes métropoles françaises.

Une évolution inquiétante du profil des femmes enceintes accompagnées par SOLIPAM

Des situations de plus en plus précaires

Selon le rapport d'activité du réseau, dont la file active est de 631 femmes en 2020 (SOLIPAM, 2020), les femmes les plus en difficultés rencontrées, et pour lesquelles un protocole de suivi rapproché a été organisé en 2020 par l'équipe de coordination, sont 28,5 % à vivre dans la rue quand elles contactent le réseau,

4. Numéro d'appel pour la mise à l'abri et dont la gestion est attribuée aux SIAO.

17,1 % à être hébergées en hôtel, 15,1 % chez un tiers et 8,5 % déclarent vivre dans un abri de fortune. Cette même année, à l'issue de leur prise en charge par le réseau, 30 % de ces femmes sont encore hébergées en hôtel social et restent dans le cercle vicieux de l'hébergement d'urgence.

Celui-ci se matérialise par une vie mobile et « avec ses sacs » (Gasquet-Blanchard et Hoyez, 2020). Ces femmes sont amenées à changer régulièrement d'hôtel social. Parfois, la continuité d'hébergement n'est pas possible en raison d'une pénurie importante de places hôtelières. Elles sont confrontées à des nuits à la rue en pointillé d'hébergements temporaires à l'hôtel. Ce phénomène se double d'une grande mobilité de ces femmes à l'échelle de la région. Les 115 sont des dispositifs départementaux. L'État en a délégué la compétence aux associations qui dépendent, pour le nombre de places attribuées, d'un pôle de gestion régional « distribuant » des nuitées hôtelières situées, parfois, hors du périmètre du département. Ainsi, une femme prise en charge par le SIAO de Seine-Saint-Denis peut se retrouver hébergée deux nuits dans les Yvelines, trois semaines en Seine-et-Marne puis encore deux jours dans l'Essonne. Cela provoque des mobilités fréquentes et contraintes qui déracinent ces femmes chaque fois qu'elles « posent enfin leur sac » dans un lieu. Témoignant de cette situation, les femmes incluses en 2019 dans le réseau SOLIPAM connaissent pour 17,5 % d'entre elles un seul hébergement et pour 28,5 % d'entre elles, deux hébergements durant la période prénatale. Elles sont respectivement 23,5 % et 32,5 % en 2020. 46 % des femmes ont donc connu plus de deux hébergements durant leur grossesse en 2019. Elles sont 56 % dans cette situation en 2020 et ce, malgré les confinements. L'une d'entre elle, loin d'être un cas isolé, a connu plus de 20 hébergements différents durant sa grossesse.

Soulignons l'imbrication importante entre ces conditions d'hébergement indignes et les situations de violences protéiformes faites à ces femmes et à leur famille. « La "mise à l'abri" à l'hôtel est une forme particulièrement précaire d'hébergement d'urgence. Les femmes migrantes hébergées à l'hôtel cumulent des facteurs de vulnérabilité face aux violences. Ce contexte a un effet délétère sur leur état de santé et renforce leurs difficultés d'accès aux soins de santé » (Andro *et al.*, 2021). L'enquête DSAFHIR (2020) met en avant le fait suivant : si une femme sur quatre a connu des violences pendant le parcours migratoire, c'est une femme sur deux qui déclare avoir subi au moins une forme de violence depuis son arrivée en France.

En outre, cette situation persiste en raison des situations administratives complexes que rencontrent ces femmes par rapport à leurs droits au séjour et à la santé. Ceci participe directement à leur situation de vulnérabilité : 58,5 % des femmes n'ont pas de couverture sociale au moment où elles contactent le réseau SOLIPAM, 18,2 % sont bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) et 14,3 % de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C, devenue Complémentaire santé solidaire). Ces situations entravent leur accès aux soins alors que la grossesse et sa prise en charge sont considérées comme des soins urgents. Par exemple, la médiane du terme de grossesse des femmes au moment de leur inclusion au sein du réseau est de 25 semaines d'aménorrhée, soit un terme postérieur à la

date recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS) pour la réalisation de la seconde échographie. En 2020, seulement 4 % d'entre elles ont un médecin traitant au moment de l'inclusion dans le réseau et 52 % d'entre elles ne sont pas inscrites en maternité pour leur suivi de grossesse.

Un accès aux soins entravé

L'accès aux soins dépend d'une multitude de facteurs pouvant faire barrière (distance et temps d'accès aux lieux de soin, coûts, ouverture ou non d'une couverture santé, éloignement de la culture médicale, etc.). Nous évoquons ce qui relève de rapports sociaux contraignant cet accès à partir de nos observations.

– Le non-recours des personnes en besoin de soins, comme l'illustre le cas d'une femme primo-arrivante, suivie au sein du réseau et ne s'étant pas présentée à son rendez-vous d'échographie dans sa maternité d'inscription. Informée par l'échographe, l'équipe de coordination la contacte. Elle nous explique alors qu'elle s'était bien présentée à l'entrée de l'hôpital mais sans papiers d'identité, l'agent de sécurité lui a alors interdit l'accès aux locaux.

– Un refus de soins des soignants, comme l'ont montré Perret *et al.* (2019) dans leur enquête : « la prévalence déclarée des refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME parmi les 561 femmes (sans domicile) de l'échantillon concernées par ces couvertures maladie était de 22,1 % (IC 95 % : [18,0-26,3]). Les facteurs associés à une fréquence plus élevée du refus de soins étaient d'être née à l'étranger, avoir un mauvais état de santé perçu et déclaré, avoir déjà été moins bien reçue par du personnel médical que les autres patients [...]. Cette étude [...] confirme des pratiques contraires à la loi, qui sont de véritables barrières à l'accès aux soins pour des personnes dont l'état de santé requiert prioritairement une prise en charge médicale ».

– Un refus affiché par les agents d'ouverture de droits. En témoigne le refus d'accompagnement par une assistante sociale hospitalière d'une famille dans le renouvellement de ses droits à l'AME. Celle-ci l'a justifié auprès de la famille, par le fait que ce renouvellement ne rentre pas dans la convention signée entre la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'hôpital où elle travaille. Le dossier de renouvellement d'AME n'a pourtant aucun lien avec la CPAM. Cet argument ne peut être évoqué pour opposer un refus à la demande de la famille qui ignore certainement qu'il n'est pas valide. De fait, cette dernière se tourne de nouveau vers un accompagnement hors du droit commun⁵.

– Une connaissance parfois partielle du dispositif de l'AME par certains acteurs qui participe à entraver l'ouverture de droits d'accès réel à ce dernier (Kotobi, 2021). Ceci peut se coupler aux injonctions d'une gestion de service ou d'équipe, comme

5. La réaction de cette professionnelle a pour conséquence d'entraver l'accès aux soins de cette famille. Elle est aussi symptomatique des difficultés que rencontrent les travailleurs sociaux et médicaux en raison de leur sous-effectif chronique, face à des demandes et des besoins de plus en plus importants et nombreux et leur impossibilité à y répondre. Se posent de manière impérieuse la question de l'activité professionnelle « empêchée » et le désir de travailler « malgré tout » (Clot, 2015).

l'illustre la situation des femmes non assurées socialement qui ont recours à l'IVG. En effet, en raison d'une prise en charge de cette intervention par les conseils départementaux permettant de réaliser celle-ci gratuitement, un grand nombre d'hôpitaux franciliens qui accueillent des femmes sans couverture sociale pour une IVG ne procèdent pas à l'ouverture de droits pour ces patientes. Si cette prise en charge est à saluer, elle a donc aussi un effet pervers. Dans des services sociaux hospitaliers débordés, les demandes d'ouverture de droits sont rarement effectuées. Ce manquement peut d'ailleurs relever de consignes hiérarchiques, sous couvert d'un soutien des directions administratives ou médicales aux équipes⁶. Si financièrement le conseil départemental rémunère l'hôpital pour un acte médical qui devrait être pris en charge par la Sécurité sociale ou par l'État *via* l'AME, les femmes repartent sans droits de santé ouverts.

Ces situations s'entremêlent, à différentes échelles, pour structurer les mécanismes de non-recours participant à l'état de santé dégradé et à la mortalité prématurée de cette population. Elles mettent également à mal les services sociaux et de santé comme les professionnels qui y travaillent.

Tri et gestion des flux : des indicateurs de notre rapport moral contemporain aux femmes enceintes et aux nouveau-nés

Face au constat du démantèlement du service public, se développent, en parallèle, des dispositifs spécifiques. Mais ces derniers peuvent néanmoins participer à complexifier l'accès au droit commun des usagers. Dans ce contexte, nous nous demandons comment l'éthique politique néolibérale participe à régir les logiques gestionnaires qui articulent et guident nos systèmes sociaux et sanitaires. La fabrique des inégalités de santé interroge aussi les fondements moraux d'une société qui conduit, depuis près de trois décennies, des politiques visant à entraver et à déconsidérer le travail soignant et social au sein des institutions publiques : fermetures de lits, réductions de personnels, etc. (Juven *et al.*, 2019). Celles-ci ont participé aux modalités actuelles de détricotage et de destruction des rapports et liens sociaux, certes accélérées par le Covid, mais observables depuis longtemps au sein des mondes sociaux et médicaux.

Cette tendance est notamment marquée par la mise en place de dispositifs spécifiques concernant ces femmes. On peut noter, au sein de différentes maternités franciliennes, le développement d'unités dédiées aux femmes vulnérables et aux femmes en errance. SOLIPAM en fait partie. Ces dispositifs impliquent tantôt que la femme souffre d'une pathologie, tantôt qu'elle vive à la rue, tantôt qu'elle soit victime de violence, ou qu'elle appartienne à un réseau de prostitution. Il faut

6. La consigne étant qu'il est inutile pour l'hôpital de surcharger le service social pour une ouverture de droits puisque le conseil départemental prend en charge l'IVG. Une logique qui relève d'un impensé des conséquences sociales, pour la femme mais plus largement pour l'organisation sociale.

qu'elle soit également enceinte ou qu'elle sorte de maternité, la simple situation de rue ne suffisant plus à sa prise en charge. Il y a quelques années, une femme infectée par le VIH, enceinte et en situation de grande précarité pouvait, dès l'amorce de sa prise en charge, se voir hébergée rapidement, ce qui est beaucoup plus difficile aujourd'hui en raison de la saturation de ces dispositifs. De la même manière, si une femme vivant dans la rue, enceinte avec un certificat de grossesse de trois mois pouvait être hébergée en septembre 2019, en février 2020, un certificat de grossesse de six mois n'est plus une condition suffisante en raison d'une dégradation extrêmement rapide des possibilités d'hébergement en Île-de-France. Comme l'ont montré J.-P. Gaudillère, C. Izambert et P.-A. Juven (2021, 65), si la question du tri est inhérente à la pratique médicale, notamment vis-à-vis de l'utilisation des équipements de réanimation et l'accès à ces services pendant la pandémie de Covid-19, de manière générale celle-ci s'affirme, persiste et s'amplifie davantage encore avec la mise en place des politiques spécifiques. Nos décideurs actuels visent, *via* les mesures du Ségur de la santé, la mise en œuvre, une fois encore, de prises en charge mobiles et diffuses. Ces pratiques désanctuarisent les lieux habituels de soins constituant pourtant souvent des repères pour les personnes sans ancrage. Or, à l'heure actuelle, sous couvert d'une politique « d'aller vers », les appels à projet de l'État visent plutôt la mise en place d'équipes mobiles destinées à aller chercher et accompagner ces publics tantôt « vulnérables », tantôt « en situation de précarité » plutôt qu'à leur permettre un accès au droit commun et aux services publics. Ce phénomène contribue directement à leur invisibilisation.

Cette priorisation des patients a un effet pervers et insidieux. Elle fait porter aux acteurs de terrain la responsabilité des limites des logiques gestionnaires imposées par l'État en rendant impossible leur activité d'accompagnement dans le soin ou dans le social. Par exemple, ce tri peut venir entraver les actions possibles à mettre en œuvre par les équipes de terrain, faute de disposer d'une solution d'abri, même pour une femme enceinte en situation de grande précarité. Dans le cas où la demande formulée porte uniquement sur l'hébergement, l'équipe du réseau SOLIPAM n'est pas en mesure d'intervenir.

Par ailleurs, ces logiques ont un impact direct sur le système de santé qui fait déjà face à une crise sévère. Dans la mesure où la mobilité fréquente de ces femmes et de leur famille empêche un ancrage territorial, ces dernières ont, en cas de nécessité de soins, recours aux urgences sans « parcours coordonné de soins » possible. Ce phénomène gonfle le flux des services d'urgences déjà surchargés. La réponse des soignants ne peut parfois être autre qu'un tri réifiant des patients et non satisfaisant d'un point de vue éthique.

De manière plus générale, ce tri, s'il est inévitable, peut relever d'une priorisation due à un contexte d'insuffisance de ressources et de moyens dans le travail social comme médical : manque de lits, de places d'hébergement, de disponibilité de soignants comme de travailleurs sociaux accompagnant ces familles. Cette situation amène parfois les professionnels à certaines dérives impliquant des dysfonctionnements au sein des institutions et à un travail en équipe ou individuel « empêché » (Clot, 2015). Cela confronte les familles à des difficultés importantes pouvant aboutir à un nonaccès à leurs droits.

Bien que SOLIPAM soit un réseau de santé dédié à toute femme enceinte majeure en situation de précarité, il se spécialise *de facto* sur les questions spécifiques à la prise en charge des femmes primo-arrivantes : demandeuses d'asile, bénéficiaires de l'AME ou de la complémentaire santé solidaire (C2S), femmes rencontrant des problèmes d'hébergement. Le recrutement même de l'équipe s'est alors orienté par rapport à ces questions : l'un des assistants sociaux vient de la coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asile (CAFDA), l'autre vient d'un SIAO. Les questions d'accès aux droits et d'hébergement sont au cœur des pratiques du réseau (collaborations étroites avec les SIAO notamment). De manière générale, cette « spécialisation » implique une mise en concurrence des publics et des acteurs qui les accompagnent, malgré le principe d'inconditionnalité porté par la majorité des acteurs de la solidarité et de la santé. En effet, les femmes qui composent la file active du réseau sont 38,75 % à être arrivées en France au cours d'un semestre situé entre fin 2019 et début 2020. Si l'on prend en considération les femmes arrivées depuis 2018, celles-ci représentent 67,5 % de la file active. Seules huit d'entre elles sont françaises, elles constituent 3,3 % de la file active. « 28 nationalités représentent ces femmes, qui sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (78,6 % d'entre elles, dont 62,8 % originaires d'Afrique de l'Ouest), notamment de Côte d'Ivoire (58 femmes, soit 35,3 %), du Sénégal, de Guinée, du Mali..., et également d'Afrique du Nord (10,4 %) et d'Europe (9,1 %) » (Gasquet-Blanchard, 2020, 28-29).

En raison d'une file active croissante au cours des années, ce réseau, sans moyen supplémentaire suffisant pour permettre la prise en charge de l'ensemble des femmes qui le contactent ou qui lui sont adressées, se spécialise alors dans ce que nous pourrions nommer « l'ultra-précarité ». Cela sans pour autant que les situations écartées par le réseau, qui ne peut répondre à toutes les demandes, soient déconsidérées ou non considérées comme des situations de grande précarité et extrêmement alarmantes. Mais la dégradation des politiques de l'accueil précarise toujours plus les primo-arrivantes, invisibilisant par ailleurs tout une frange de plus en plus nombreuse de la population victime d'une pauvreté ordinaire croissante. Différentes associations telles que le Samu social, la Fondation Abbé Pierre, le Secours populaire, etc. et, de manière plus générale, les acteurs de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) comme les études menées depuis le début de la syndémie (Cambon *et al.*, 2021) font le même constat de l'accroissement des inégalités sociales de santé en temps de gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 (Mariette et Pitti, 2020).

Depuis quelques années cependant, les acteurs publics se sont mobilisés, notamment en Île-de-France. L'état d'urgence, lié à la gestion de l'épidémie de Covid-19 en 2020, a permis un hébergement massif, particulièrement durant les confinements et la trêve hivernale, comme l'ouverture de places de mise à l'abri et d'hébergement d'urgence pour les personnes en situation de rue. Mais cela n'a allégé qu'un temps une situation socialement catastrophique. Des LHSS, des appartements de coordination thérapeutique (ACT), des centres d'hébergement d'urgence (CHU) voient le jour grâce à des partenariats entre les services du ministère des Solidarités et de la Santé et de ceux du Logement, à destination

des femmes enceintes, ou ayant récemment accouché, en situation de grande précarité et souffrant d'une pathologie. En janvier 2021, les services de l'État ont lancé un appel aux opérateurs de l'hébergement d'urgence pour l'ouverture de 1 500 places à destination des femmes enceintes ou sortant de maternité à la rue, dont 1 000 pour l'Île-de-France. Enfin, la mesure 27 du Ségur de la santé, dite de lutte contre les inégalités de santé, devrait permettre de financer⁷ la mise en place d'ACT et LHSS mobiles, c'est-à-dire de prises en charge médicalisées sur le lieu d'hébergement des personnes, à destination de publics vulnérables spécifiques. Nous posons néanmoins l'hypothèse que ces initiatives louables ne permettront pas d'enrayer la question sociale et sanitaire plus profonde de la fabrique des inégalités de santé sur laquelle nous insistons ici : celle de l'invisibilisation des publics. Dès lors, il existe une nécessité de « dé-singularisation du domaine de la santé des migrants » (Fassin, 2021) et plus globalement de tout public singularisé : mineurs non accompagnés⁸, femmes enceintes, femmes victimes de violence, migrants, etc.

Logiques de tri et spécialisation : les figures de proue d'une politique programmée d'invisibilisation et de mise en marge

La logique de tri existante, préalable à tout acte de soins, participe en effet, en raison de la spécialisation, à l'invisibilisation de certaines problématiques. Ce phénomène se traduit de deux façons : premièrement par la définition même des prises en charge proposées, comme celles concernant les jeunes femmes mineures ; deuxièmement, et plus insidieusement, par le fait qu'une femme ayant une inscription en maternité, hébergée chez un tiers, avec une couverture sociale, ne pourra pas être accompagnée alors même que sa situation le nécessiterait. Il s'agit, par exemple, de la situation des jeunes femmes enceintes mineures.

Ces contraintes exposent les équipes médicales et sociales à des situations complexes et dangereuses qui entravent ou empêchent le bon fonctionnement du travail socio-sanitaire. Elles provoquent, par ailleurs, des risques sanitaires extrêmement sévères pour les patientes et leurs nouveau-nés. Les exemples du non-respect du droit à la sécurité de ces enfants sont légion. On peut dès lors se demander comment la disqualification sociale⁹ (Paugam, 2014) incite à intégrer le non-recours et accepter le renoncement à leurs droits de ces femmes enceintes en situation de rue. Cela les condamne à une invisibilisation et leur fait intérioriser les processus de destitution de leur condition humaine auxquels elles sont confrontées. Cette situation ne peut se traduire que par leur mise en danger.

7. L'appel est en cours au moment de la rédaction de ce texte.

8. Que nous devrions appeler, pour nommer la réalité sensible, enfants et adolescents non accompagnés.

9. Définie par Serge Paugam comme l'interaction de plusieurs sphères pouvant relever de l'abandon par ses proches, l'isolement relationnel, l'entrée dans une carrière d'assisté et l'humiliation que celle-ci suscite.

Ne pas accompagner une femme en situation de précarité pendant sa grossesse revient en effet à l'exposer elle, ainsi que son conjoint et ses enfants, à des risques importants en termes de santé psychique et somatique : perte de chance d'accès aux soins en pré et post-partum, d'accès à différents types de dépistages, sous-détection des pathologies maternelles et fœtales, difficultés à instaurer un lien harmonieux mère-enfant, risques de dépression sévère du post-partum, de suicides maternels. L'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, dont le rapport (Santé publique France, 2021) a été publié en janvier dernier, met en effet en évidence une mortalité des femmes migrantes plus élevée que celle des femmes nées en France, avec une « surmortalité particulièrement marquée pour les femmes nées en Afrique subsaharienne » (risque 2,5 fois plus élevé que celui des femmes nées en France) ainsi que la place prépondérante des maladies cardiovasculaires et des suicides maternels.

Pour illustrer, à travers l'analyse de trajectoires de femmes, ce que sont concrètement les situations d'errance administrative participant à des situations de santé dégradée (refus de soins, différenciation des soins, renoncement aux soins), nous montrons comment les organisations actuelles de prises en charge, imbriquées à différentes échelles des rapports sociaux, participent à l'invisibilisation d'un phénomène socio-sanitaire : celui que nous nommons la « mise en situation de précarité » des femmes enceintes primo-arrivantes, phénomène symptomatique d'une société néolibérale inégalitaire désireuse de ne pas accueillir. Pour cela, nous nous appuyons sur une approche interdisciplinaire visant à développer une analyse critique de la dimension spatiale des inégalités sociales de santé, basée sur une utilisation des concepts de trajectoire et d'expérience développés par le sociologue Anselm Strauss dont certains textes ont été compilés par Isabelle Bazanger (1992) : « La trajectoire nous permet notamment d'analyser les inégalités d'accès aux soins pour les migrantes en France, car elle nous permet de faire interagir l'expérience des patients et des soignants et d'évoquer les conflictualités et résistances telles qu'elles se dessinent dans les rapports sociaux et dans l'espace du soin » (Hoyez *et al.*, 2021).

Assignations normatives et détricotage des prises en charge par une gestion dans l'urgence

La trajectoire de Mme S. met en lumière les imbrications entre les assignations normatives faites à cette femme et l'impossibilité d'une prise en charge dictée par des logiques gestionnaires basées sur l'idéologie de l'urgence.

Cette situation montre comment cette femme se retrouve assignée à une norme parentale attendue, fondée sur des paradigmes pourtant contradictoires concernant les mères pauvres (Weber, 2013) : celle d'être une « bonne mère » censée ne pas s'endormir, même à l'issue d'un parcours de rue. Cet exemple incite à penser la caractérisation de la relation d'assistance dans la temporalité de l'urgence qui

LE CAS DE MME S. OU LA FABRIQUE DE LA PSYCHIATRISATION DE LA DÉTRESSE SOCIALE DES FEMMES ASSIGNÉES AU STATUT DE MAUVAISE MÈRE [ENCADRÉ 1]

Mme S. est une femme qui prend contact avec le réseau SOLIPAM via le numéro vert afin de faire part de la situation de sa famille. Elle est à la rue, enceinte de 8 mois, accompagnée de son enfant de deux ans et demi. En l'absence de proposition du 115, elle trouve une solution par son propre réseau de sociabilité.

À l'issue de son accouchement, le réseau est une nouvelle fois alerté concernant la situation de cette famille. En effet, l'assistante sociale de la maternité où Mme S. a accouché ne trouve pas de relais d'hébergement et se trouve contrainte, pour des raisons contingentes, de renvoyer à la rue la famille composée d'une femme, de son fils aîné et de son nouveau-né. Une solution est finalement trouvée par les services sociaux départementaux.

Quelques mois plus tard, Mme S. prend à nouveau contact avec le réseau via le numéro vert, afin de faire part de sa fin de prise en charge en hôtel social. Au moment où elle appelle, elle a passé plusieurs nuits à la rue avec ses deux enfants (dont le plus jeune a 2 mois). Elle contacte pourtant quotidiennement le 115. L'équipe de coordination de SOLIPAM l'oriente vers des accueils de jour où elle peut se reposer avec ses enfants et trouver une aide pour appuyer sa demande d'hébergement. Malgré cela, elle ne bénéficie que de quelques nuits au sein d'un lieu de mise à l'abri, avant de se trouver à nouveau à la rue.

L'épuisement de cette femme est immense et de plus en plus important. Sans autre solution, le réseau contacte une unité mobile d'accompagnement aux personnes en situation de rue, qui leur trouve une place dans un centre d'hébergement. La femme, enfin en sécurité, s'endort sur un canapé d'une salle commune avec son bébé dans les bras, qu'elle laisse rouler au sol pendant son sommeil. L'enfant reste à terre plusieurs minutes. Pendant ce temps, l'aîné, enfin en sécurité lui aussi, en profite pour découvrir les lieux, avec l'agitation d'un enfant de deux ans et demi, et tenter de rentrer en interaction (peut-être de manière un peu brusque) avec les autres familles hébergées. Lorsque le personnel du centre se rend compte de la situation, l'unité mobile d'accompagnement aux personnes en situation de rue contacte l'unité mobile de psychiatrie ainsi que l'aide sociale à l'enfance en vue de récupérer la garde des enfants. Mme S. sera placée 24 heures dans une unité de psychiatrie, elle en ressortira sans traitement ni suivi et ne pourra pas réintégrer le centre d'hébergement.

conduit Édouard Gardella (2016) à « proposer le concept de fractionnement social et de pouvoir institutionnel fractionné »¹⁰.

Cette situation montre comment cette femme se retrouve assignée à une norme parentale attendue, fondée sur des paradigmes pourtant contradictoires concernant les mères pauvres (Weber, 2013) : celle d'être une « bonne mère » censée ne pas s'endormir, même à l'issue d'un parcours de rue. Cet exemple incite à penser la caractérisation de la relation d'assistance dans la temporalité de l'urgence qui conduit Édouard Gardella (2016) à « proposer le concept de fractionnement social

10. Édouard Gardella définit le pouvoir institutionnel fractionné « comme un morcellement qui peine à retrouver une continuité. [...] Le fractionnement pointe ainsi deux caractéristiques de la relation d'urgence sociale [...]. Du côté de l'institution aidante, le concept désigne la division du travail d'aide en plusieurs services dont l'interdépendance repose sur le *turnover* dans les hébergements d'urgence. Du côté des personnes sans abri, le fractionnement désigne l'expérience d'une mobilité d'habitats institutionnellement organisée et sans signification apparente. [En cela, la figure du pouvoir institutionnel fractionnée] se caractérise par une dispersion des lieux, une durée courte et déterminée à l'avance, un rythme discontinu et une focalisation sur certains besoins seulement des individus ».

et de pouvoir institutionnel fractionné »¹¹. Ce concept permet d'illustrer comment la division des tâches et des compétences participe socialement et institutionnellement à l'invisibilisation des publics pris en charge et annihile, notamment, une pensée globale de leurs besoins et de ceux des acteurs de terrain qui les accompagnent. « Dans les sociétés occidentales, le traitement politique du problème public du sans-abrisme s'est le plus souvent engagé du côté de l'urgence sociale » (Maurin, 2017, 139). De fait, l'action dans l'urgence participe au passage à l'acte immédiat des équipes de travailleurs sociaux et médicaux. Ces dernières n'ont pas le temps de prendre en considération la nécessité d'une temporalité plus longue pour les personnes mises en situation de grande précarité. Par ailleurs, on constate également une médicalisation des situations sociales. Dans le cas présent, on peut se demander si l'urgence n'est pas que cette femme se repose et qu'un membre des équipes présentes puisse s'occuper de ses enfants (autour d'un temps de jeu, du partage d'un repas), afin de lui permettre de retrouver des repères. Au contraire, l'urgence énoncée implique ici qu'on lui retire ses enfants en les plaçant en pouponnière. Ce passage à l'acte des professionnels a un impact concret et symbolique important pour cette femme. Il contribue à son entrée dans une carrière de parent identifié par l'aide sociale à l'enfance (ASE) comme défaillant – elle est hospitalisée en psychiatrie –, et valide le fait que cette femme peut être en incapacité de s'occuper de ses enfants. Cette intervention passe sous silence une situation insupportable pour tout parent. L'arrivée des équipes de l'ASE pour le placement immédiat des enfants entraîne la détresse de cette femme, dont les cris et les gestes finissent par participer à son hospitalisation. Cette situation recoupe les conclusions de l'enquête conduite par A. Unterreiner pour la CNAF en 2021, synthétisée dans un article de D. Baloul (2021). Unterreiner montre que « les familles issues de l'immigration sont confrontées aux "prêts-à-penser" des travailleurs sociaux [dont] la posture pèse sur l'engagement des familles issues de l'immigration ». Cette posture met en lumière la nécessité pour les professionnels concernés d'agir dans l'urgence. Cette nécessité est guidée par des objectifs de résultats et non plus de moyens, inversant ainsi le paradigme, notamment ceux de répondre à la fluidité des places dans les structures de mise à l'abri et d'hébergement. Par ailleurs, cette posture s'oppose à ce que serait un accompagnement à l'écoute des besoins fondamentaux des personnes revendiqué par un grand nombre d'acteurs de terrain. Cela consacre surtout l'invisibilisation des problèmes centraux qui jalonnent les trajectoires de ces femmes et de leurs familles. De fait, ces prises en charge inadaptées alimentent la défiance des uns envers les autres, entravés dans l'éthique de leur pratique (Lebeer, 1997).

11. Édouard Gardella définit le pouvoir institutionnel fractionné « comme un morcellement qui peine à retrouver une continuité. [...] Le fractionnement pointe ainsi deux caractéristiques de la relation d'urgence sociale [...]. Du côté de l'institution aidante, le concept désigne la division du travail d'aide en plusieurs services dont l'interdépendance repose sur le *turnover* dans les hébergements d'urgence. Du côté des personnes sans abri, le fractionnement désigne l'expérience d'une mobilité d'habitats institutionnellement organisée et sans signification apparente. [En cela, la figure du pouvoir institutionnel fractionné] se caractérise par une dispersion des lieux, une durée courte et déterminée à l'avance, un rythme discontinu et une focalisation sur certains besoins seulement des individus ».

« Travail empêché » et invisibilisation des publics : création d'une errance et d'une mise en risque programmée

LE CAS DE MME K. : LA MISE À L'ABRI ET LA MISE EN SITUATION DE PROSTITUTION [ENCADRÉ 2]

Mme K. est de nationalité française. Originaire de province, elle se trouve dans une situation de rue et ne connaît personne à Paris. Elle est enceinte de trois mois et orientée vers SOLIPAM par une écoutante du 115 via une fiche navette. Lors du premier échange avec cette femme, celle-ci nous explique avoir contacté le 115 qui l'a redirigée vers le réseau en précisant qu'une solution d'hébergement pourrait lui être apportée.

Cette jeune femme enceinte est par ailleurs atteinte de plusieurs pathologies qui entraîneront son hospitalisation durant cinq jours. Lors des derniers échanges avec le réseau, elle explique avoir été exposée à des situations de prostitution lorsqu'elle était plus jeune. Extrêmement démunie face à l'absence d'hébergement, elle envisage de se mettre à nouveau en situation de prostitution malgré sa grossesse, afin de se protéger des dangers, notamment les agressions physique et sexuelles, auxquels elle fait face quotidiennement dans la rue.

En premier lieu, il est intéressant de souligner la contradiction dans laquelle se trouvent les personnels qui travaillent à la plateforme d'écoute du 115. Leur objectif est de trouver des places d'hébergement d'urgence pour les personnes qui appellent, mais la situation de pénurie est telle, qu'ils finissent par les orienter vers un réseau de santé (et donc sans place d'hébergement) alors que la demande est celle d'un hébergement. Cette situation illustre la perte de sens dans l'activité professionnelle des travailleurs sociaux. Choisir entre l'accompagnement d'une femme enceinte à la rue ou celui d'une autre femme enceinte à la rue, en raison de la spécificité de l'une d'entre elle, est insupportable. Cette situation explique que l'engagement dans l'activité professionnelle s'étiolle chez les acteurs de terrain épuisés, honteux de leurs propres pratiques et très fortement déprimés (Melchior *et al.*, 2020).

Cette priorisation, due à un contexte d'insuffisance de places tant dans le soin que dans l'hébergement et de disponibilité des travailleurs sociaux accompagnant ces familles, peut amener les professionnels à des dérives et dysfonctionnements. En effet, cet « empêchement » du travail en équipe, comme du travail individuel, peut entraîner des difficultés profondes et un nonaccès aux droits pour ces familles.

En second lieu, cette situation illustre un phénomène d'invisibilisation des publics, « dans la marge », au sens où l'entend C. Schmoll (2020), dans des lieux isolés (hôtels sociaux situés dans les zones industrielles de grande couronne, le long des autoroutes, du périphérique) et à distance des lieux de soins et de prises en charge ou inversement dans des zones de fort passage (gares, centres commerciaux, métro). Cela contribue à rendre acceptables car invisibilisées des situations inacceptables. L'invisibilisation par les pouvoirs publics de ces questions participe insidieusement à une réification de ces femmes qui finissent par intégrer cette nécessité d'être invisibles, notamment pour se protéger. Elles développent des capacités protéiformes induisant l'annihilation de leurs identités. Ces capacités

sont analysées par M. Maurin (2017) dans le cadre d'une enquête conduite en France et au Québec sur les femmes en situation de rue. Il s'agit de : ne pas dormir, se rendre invisible, trouver des hébergements plus ou moins protecteurs et temporaires, faire appel aux proches (s'ils existent), avoir recours aux hébergements sociaux (si une place est disponible), occuper un logement illégalement, se prostituer, autant de façons d'aborder une vie à la rue. C'est ce qu'envisage Mme K. qui contacte le réseau et pour qui la prostitution occasionnelle représente un facteur protecteur et un choix (relation sexuelle consentie donnant accès à un hébergement temporaire) face au risque qu'elle encourt en dormant à la rue (situation l'exposant au viol ou à d'autres types de violence).

Conclusion

Pouvons-nous consciemment accepter le traitement qui est fait par la société à des personnes venues en France et qui espéraient y fonder une nouvelle vie ? D. Fassin (2015), évoquant les droits de protection – ceux à la santé et au logement en font d'ailleurs partie –, souligne la nécessité de prendre au pied de la lettre la loi contemporaine du biopouvoir qui prescrit de « faire vivre » ou de « laisser mourir » pour appréhender la morale contemporaine occidentale. Cela suppose un principe de différence – séparation entre ceux dont la vie est sacrée et ceux dont la vie peut être sacrifiée – et un principe d'indifférence « qui subordonne la protection des seconds à l'absence de tout risque pour les premiers ». Est-ce de cette société dont nous voulons ? « Dès lors il faudrait moins parler de "santé des migrants" que d'inégalités dans les domaines de la santé publique » (Hamel *et al.*, 2021).

Définir des parcours spécifiques pour un public spécifique, les imposer aux acteurs de terrain de plus en plus spécialisés, permet de masquer une réalité extrêmement violente : celle de l'ampleur d'un phénomène global, massif, collectif et commun, celui d'inégalités de santé de plus en plus importantes.

Dès lors, appréhender la fabrique des inégalités de santé ne peut se passer d'un positionnement engagé, moral, éthique et politique face à la déconsidération assumée du lien social. La santé est politique. L'organisation, la gestion des services de santé ont un impact sur les soins, ceux qui les dispensent et ceux qui les reçoivent. Elle a un impact sur les corps. Elle relève de rapports de domination de l'État, envers les administrations hospitalières et sociales, de ces dernières envers les soignants et les travailleurs sociaux dans leur pratique, qui eux-mêmes peuvent les relayer auprès des patients ou usagers qu'ils accompagnent. Penser ces rapports sociaux permet d'interroger notre propre rapport moral aux autres dans les différentes sphères de notre existence, mais particulièrement celui des professionnels du monde social et de la santé, entravés dans leur éthique par une économie gestionnaire de la santé et du social empêchant (ou restreignant) fortement toute possibilité de faire société.

Références bibliographiques

- Andro A., Scodellaro C., Eberhard M et al. (2019)**, « Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France : enquête DSAFHIR », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 17-18, p. 334-340.
- Baloul D. (2021)**, « Soutien à la parentalité : la posture des travailleurs sociaux pèse sur l'engagement des familles issues de l'immigration », *Actualités sociales hebdomadaires*, [en ligne] www.ash.tm.fr/enfance-famille/soutien-a-la-parentalite-la-posture-des-travailleurs-sociaux-pese-sur-lengagement-des-familles-issues-de-limmigration-669846.php (consulté le 5 septembre 2021).
- Cambon L., Bergeron H., Castel P. et al. (2021)**, « Quand la réponse mondiale à la pandémie de Covid-19 se fait sans la promotion de la santé », *Global Health Promotion*, vol. 28, p. 92-95.
- Clot Y. (2015)**, *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.
- Davoudian C. (2020)**, « Femmes enceintes, mères et bébés sans-papiers : Une clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité », *Nouvelle Revue de l'enfance et de l'adolescence*, n° 2, p. 125-136.
- DSAFHIR (2020)**, « Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées », observatoire du Samu social de Paris et université Paris 1-Panthéon Sorbonne.
- Fassin D. (2015)**, « L'ordre moral du monde, essai d'anthropologie de l'intolérable », in Fassin D. et Bourdelais P., *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte.
- Fassin D. (2021)**, « La "santé des migrants" : note pour une généalogie », *La Santé en action*, n° 455, p. 5-10.
- Gardella E. (2016)**, « Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social », *Sociologie*, 2016/3, vol. 7, p. 243-260.
- Gasquet-Blanchard C., Hoyez A. (2020)**, « Les dimensions spatiales des relations familiales en migration : les enjeux autour de la grossesse en migration », *Norois*, n° 257, p. 7-20, [en ligne] www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=1172 (consulté le 5 septembre 2021).
- Gasquet-Blanchard C. (2020)**, « SOLIPAM et la prise en charge des femmes enceintes dans la rue », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 111, p. 28-29.
- Gaudillière J.-P., Izambert C., Juven P.-A. (2021)**, *Pandémo-politique. Réinventer la santé en commun*, Paris, La Découverte.
- Hamel E., Veïsse A., Kotobi L. (2021)**, « Migrants en situation de vulnérabilité et santé », *La Santé en action*, n° 455, p. 3-5.
- Hoyez A.-C., Gasquet-Blanchard C., Marche H. et al. (2021)**, « Processus inégalitaires en santé et migrations : quelle place pour une approche critique de la dimension spatiale des inégalités sociales ? », in Deveaux, C. et al., *Approches critiques de la dimension spatiale des rapports sociaux : débats transdisciplinaires et transnationaux*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Juven P.-A., Pierru F., Vincent F. (2019)**, *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir.

- Kotobi L. (2021)**, « Recours aux soins et trajectoires d'étrangers en situation irrégulière bénéficiant ou éligibles à l'aide médicale d'État », *La Santé en action*, n° 455, p. 11-14.
- Lebeer G. (1997)**, *L'épreuve du cancer. Sociologie d'une éthique au quotidien*, Bruxelles, éditions de l'université de Bruxelles.
- Mariette A., Pitti L. (2020)**, « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé », *Métropolitiques*, [en ligne] https://metropolitiques.eu/IMG/pdf/met_mariette-pitti_1.pdf (consulté le 20 juin 2021).
- Mariette A., Pitti L. (2020)**, « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (2/2) : comment le système de santé accroît les inégalités », *Métropolitiques*, [en ligne] https://metropolitiques.eu/IMG/pdf/met_mariette-pitti_2.pdf (consulté le 5 septembre 2021).
- Maurin M. (2017)**, « Femmes sans abri : vivre la ville la nuit. Représentations et pratiques », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 112, p. 138-149.
- Médecins du monde (2019)**, « Synthèse du rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du monde en France », p. 16.
- Melchior M., Vuillermoz C., Bertuzzi L. (2020)**, « Covid-19, comment l'épidémie affecte la santé mentale des soignants », *Le Journal du dimanche*, [en ligne] www.lejdd.fr/Societe/covid-19-comment-lepidemie-affecte-la-sante-mentale-des-soignants-4006936 (consulté le 20 juin 2021).
- Paugam S. (2014)**, *L'intégration inégale : Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, Presses universitaires de France.
- Perret G., Vandentorren S., Chauvin P. et al. (2019)**, « Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 17-18, p. 341-350.
- Planche M. (2014)**, « L'errance des mères : du tri entre les situations aux registres de justification des orientations dans un contexte de maternité », *Pensée plurielle*, n° 35(1), p. 101-112.
- Rapport RéMI (2015)**, « Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis », agence régionale de santé d'Île-de-France.
- Santé publique France (2021)**, « Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir », 6^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015, [en ligne] www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles (consulté le 20 juin 2021).
- Schmoll C. (2020)**, *Les damnées de la mer*, Paris, La Découverte.
- SOLIPAM (2020)**, « Rapport d'activité annuel du réseau SOLIPAM », agence régionale de santé d'Île-de-France [en ligne] https://solipam.fr/IMG/pdf/01_rapport_d_activite_2020_et_annexes_vf.pdf (consulté le 5 septembre).
- Strauss A., Baszanger I. (1992)**, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- Weber F. (2013)**, *Penser la parenté aujourd'hui : La force du quotidien*, chapitre 2 : « Une mère pauvre et ses enfants », Paris, Rue d'Ulm, p. 101-136.

(18) Anne-Cécile Hoyez, Clélia Gasquet-Blanchard, Hélène Marche, Anaik Pian, 2021, Processus inégalitaires en santé et migrations : quelle place pour une approche critique de la dimension spatiale des inégalités sociales ? in *Approches critiques de la dimension spatiale des rapports sociaux : débats transdisciplinaires et transnationaux*, PUR, 2021

Processus inégalitaires en santé et migrations : quelle place pour une approche critique de la dimension spatiale des inégalités sociales ?

Clélia Gasquet-Blanchard, MCF en géographie, UMR ESO/EHESP
Anne-Cécile Hoyez, CR CNRS, UMR ESO/Université Rennes 2
Hélène Marche, MCF en sociologie, CERREV/Université de Caen
Anaik Pian, PR en sociologie, UMR DYNAMIE/Université de Strasbourg

Mots-clés : santé, migrations, inégalités, trajectoires de soin, lieux de soins

Ce chapitre collectif émane du programme MIGSAN qui traite des inégalités sociales de santé, en s'intéressant à la fois à l'accès aux soins des migrant·e·s récemment arrivé·e·s en France et aux dynamiques socio-spatiales en jeu dans le *continuum* des soins. Depuis les années 2000, de nombreuses recherches en sciences sociales (sociologie, géographie, anthropologie, histoire, droit) ont mis au jour les inégalités sociales entravant l'accès aux soins des migrant·e·s, même si les focales sur telle ou telle pathologie en particulier ont plus ou moins retenu l'attention des chercheur·e·s. En l'occurrence, si le VIH a été très investi (Gerbier-Aublanc, 2021), d'autres maladies chroniques comme le cancer ont été beaucoup moins étudiées (Pian, 2012). Par ailleurs, depuis ce qui a été qualifié de « crise migratoire » - avec toutes les ambiguïtés de ce terme (Akoka, Carlier, de Coussemaker, 2017)-, la question de l'accès aux soins s'est trouvée renouvelée à l'aune de l'actualité migratoire (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2017) : en effet, les situations sanitaires des personnes vivant dans les campements les plus médiatisés (Calais, Grande-Synthe, Paris notamment) et leur relocalisation sur le territoire français ont contribué à interroger la capacité du système de santé français à accueillir et à prendre en charge les migrant·e·s sur tout le territoire. Cette conjoncture migratoire a appuyé un glissement du regard au niveau des populations prises en compte par les chercheur·e·s, qui ne sont plus seulement les populations immigrées installées de longue date, correspondant aux profils de « travailleur·euse·s immigré·e·s » (Attias-Donfut Claudine, Philippe Tessier, Wolff, 2005).

Plus largement, les recherches en sciences sociales ont progressivement questionné le positionnement du monde académique face aux processus inégalitaires, discriminatoires et différenciés relevés dans le soin (Fassin, 2000 ; Cognet, 2017, 2020) (voir encadré 1). Ces processus invitent à étudier la manière dont les inégalités sociales et spatiales de santé observées révèlent des rapports de domination structurels, mais aussi symboliques et invisibles (pouvant alors échapper à la conscience des agents) au sens où l'entend Pierre Bourdieu. Si ces rapports sociaux se répercutent et se reproduisent dans l'espace du soin, ils invitent dans le même temps à interroger la mise en place de stratégies de résistance par les soignant·e·s (face à des contraintes institutionnelles pouvant entrer en conflit avec une éthique de leur pratique) comme par les patient·e·s, leurs proches et/ou leurs représentant·e·s.

Dans ce contexte, nos recherches invitent à questionner les rapports de domination et résistance tels qu'ils peuvent être observés dans les lieux de soins. Dans la lignée des recherches en géographie sociale, nous nous intéressons à la manière dont « l'espace [peut] devenir une ressource », non seulement pour « se faire entendre ou se rendre visible » (Bouillon et al., 2015), mais aussi pour contourner de manière discrète, à partir d'un investissement « autre » des lieux de soin, des contraintes structurelles exacerbées dans la prise en charge de populations migrantes précaires. Les professionnel·le·s peuvent, en effet, se saisir des lieux du soin dans leurs multiples composantes (environnement physique, symbolique, social) pour développer des stratégies de résistances face à des normes institutionnelles venant heurter l'éthique de leurs pratiques.

Encadré 1 : Constats relatifs aux inégalités sociales de santé concernant les migrant·e·s en France

- Les migrant·e·s présentent un moins bon état de santé que la population majoritaire ; par ailleurs, on note une grande diversité des profils de santé selon le pays d'origine (Hamel, Moisy, 2012) ;
- Il a été relevé la situation particulièrement exposée à des issues de grossesses défavorables (mortalité et morbidité infantile et maternelle) des femmes migrantes, avec des risques périnataux particulièrement accrus pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne (Saurel-Cubizolles et al., 2012) ;
- En matière de santé mentale, à partir d'une étude réalisée auprès des patient·e·s suivis au COMEDE, A. Veïsse et ses collègues (2012) rapportent que les pathologies mentales, et particulièrement celles liées aux psychotraumatismes, sont des enjeux de santé particulièrement importants parmi la population migrante, ce qui est corroboré par d'autres études menées dans différentes structures (Petit, Wang, 2018) ;
- F. Lot et ses collègues (2012) ont montré que la moitié des découvertes de séropositivité à VIH et des cas de tuberculose maladie, et les trois quarts des patient·e·s pris en charge pour une hépatite B chronique concernent des migrant·e·s avec des retards importants de dépistage ou de prise en charge après diagnostic ; ce constat est réitéré dans les travaux du programme de recherche PARCOURS (Desgrées du Lou, Lert, 2017) ;
- En 2017, dans son rapport intitulé «Précarité, pauvreté et santé», l'Académie de médecine identifie les migrant·e·s comme l'une des populations qui, parce qu'elle présente de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité, nécessite qu'« elle bénéficie d'une attention particulière du point de vue médical ».
- Dans de nombreuses études en sciences sociales, les facteurs sociaux relevant des contextes de vie en migration sont pointés comme constituant les premières entraves à l'accès aux soins. Ces facteurs relèvent tout d'abord des obstacles administratifs et juridiques (complexité du droit en matière d'immigration et succession des réformes et des nouveaux textes de loi ; mais aussi complexité des situations par rapport aux droits à l'assurance maladie). Ils relèvent aussi de processus de discriminations directes et indirectes (Carde, 2007 ; Cognet, 2017 ; Desgrées du Lou, Lert, 2017). À cela s'ajoute le fait que l'inégal accès à des ressources en termes d'interprétariat pour les populations peu ou pas francophones contribue à renforcer ces barrières d'accès aux soins (Pian, Hoyez, Tersigni, 2018).
- Enfin, si la précarité des conditions de vie a des conséquences somatiques et psychiques et complexifie l'accès aux soins, elle concourt aussi à engendrer du renoncement ou un non-recours aux soins (Warin, 2016).

Nos recherches, qui se situent à la croisée des domaines des migrations et des soins, se positionnent par ailleurs à l'intersection entre sciences sociales, santé publique et médecine. Cette interdisciplinarité a nécessité un important travail de positionnement épistémologique, sur lequel nous reviendrons également dans ce chapitre. Cette démarche a impliqué un examen attentif des postures au sein de nos disciplines respectives et des positions professionnelles requises dans chacun des métiers exercés par les membres de l'équipe (enseignants-chercheur·e·s et chercheur·e·s, médecins). Outre le partage de connaissances et de références communes, cette étape initiale a aussi visé à accompagner, tout au long de la recherche, les modalités de diffusion et de restitution de nos travaux dans différents espaces (académique, monde médical, monde militant...) pouvant eux-mêmes s'entrecroiser.

Encadré 2 : la méthodologie MIGSAN

Le programme ANR MIGSAN s'appuie sur une méthodologie de recherche qualitative, déployée sur cinq sites en France : Rennes, Nantes, Caen, Poitiers, Strasbourg. La méthodologie est pensée et conçue d'une part, pour faire apparaître une grande diversité d'éléments relevant du vécu des personnes concernées par l'étude (patient·e·s, professionnel·le·s de la santé et du social, bénévoles), et, d'autre part, pour mettre en lumière des éléments de contextes de vie relevés par les chercheuses sur le terrain (observations de terrain). Ainsi, les recherches s'appuient sur des séries d'entretiens formels menés auprès de patient·e·s suivi·e·s pour une maladie chronique (VIH et/ou hépatite), de femmes ayant récemment accouché, ainsi que sur des entretiens menés de façon informelle dans les lieux de vie des personnes migrantes vivant en squat ou à la rue. Les grandes lignes des grilles d'entretiens formels auprès des patient·e·s concernent des échanges sur la trajectoire migratoire (conditions de vie dans le pays de départ, mobilités et circulations, parcours biographique, professionnel, résidentiel), les conditions d'accès aux soins en France (pathologies si déclarées, expériences dans la santé et le soin, pluralisme médical, rôle de la famille, des proches dans la santé et l'accès aux soins), projets et perspectives individuels et familiaux. Pour les professionnel·le·s, les entretiens abordent les aspects « métier » (rôle, missions et position ; conditions de travail ; éléments

de carrière personnelle), le contexte d'émergence de leur intérêt pour les populations migrantes, les modalités de recherche de fonds et de partenariats, la prise en compte des contextes politiques et juridiques d'exercice. Les entretiens informels, conduits de façon répétée dans les lieux de vie (notamment les squats), portent surtout sur les expériences au quotidien dans et hors de ce lieu de vie (rythme de vie, événements, mobilités quotidiennes, conflictualités et solidarités, utilisation des budgets, alimentation et nourriture). Ils ont été complétés de carnets de terrains partagés qui décrivent les modes d'appropriation et de partage des espaces communs, les temporalités dans le cycle de fonctionnement du squat, les modes de sociabilités internes et externes. Ces carnets font également état des débats politiques et sociaux locaux suscités par la présence du squat.

Les entretiens avec les patient·e·s se déroulent en langue française quand cela est possible, à défaut, ils sont réalisés avec le soutien d'interprètes spécialisés en santé. Les entretiens avec les professionnel·le·s sont facilités grâce aux collaborations avec différentes structures et aux rattachements institutionnels des chercheur·se·s du projet.

Un autre volet de la méthodologie concerne des propositions de représentation cartographique des actions à destination des primo-arrivants dans le soin. Ce volet de la méthodologie, en partenariat avec des structures portant des actions telles des maraudes ou de l'interprétariat en santé, a donné lieu à différentes publications. Les résultats du terrain ont également discutés avec les professionnel·le·s de la santé et du social.

Ce chapitre est organisé en deux parties. La première explicite les choix du registre conceptuel retenu pour décrire, analyser et interroger les processus d'accès aux soins (et de leur *continuum*) des migrant·e·s récemment arrivé·e·s en France. En particulier, l'approche mobilisant les notions de trajectoire et d'expérience, qui permet une prise en compte des contextes et des enjeux situant les rapports sociaux et les assignations dans les parcours des individus, nous semble heuristique pour saisir la complexité du lien entre situation migratoire et accès aux soins.

À la lumière de cette approche, la deuxième partie interroge deux aspects de la dimension sociale et spatiale des trajectoires de soins. Le premier aspect porte sur le lieu de soin comme centralité pour engager un travail moral ; le second aborde la manière dont les pratiques professionnelles en milieu hospitalier sont mises à l'épreuve de politiques sectorielles (relevant de la santé et des migrations) en crise, et peu en phase entre elles.

1. Utiliser le concept de « trajectoire » pour analyser les inégalités d'accès aux soins pour les migrant·e·s en France

Dans cette première section, nous proposons d'ouvrir la discussion sur les choix que nous avons opérés pour formuler le cadre conceptuel le plus adapté à nos travaux tant sur le plan fondamental que sur le plan empirique. Plus que de choix émanant de disciplines, ce sont des choix électifs, qui offrent des pistes de débat constructif tant entre chercheurs qu'avec les professionnels de terrain.

1.1. Les choix théoriques et notionnels

Le programme de recherche MIGSAN a conduit à discuter deux notions : celle d'« expérience » — de la santé, de la maladie et des soins (à la fois du point de vue des patient·e·s et des professionnel·le·s de santé) - et celle de « trajectoire de soins ».

Comme le révèlent les débats autour de la question des « migrations thérapeutiques » (Guillou, 2009 ; Mbaye, 2009), qui ne sont pas seulement assimilables de manière simpliste à des « parcours de soins » ou encore à du « tourisme médical » (Pian, 2016), la question de l'expérience migratoire ne peut être dissociée de l'analyse de l'accès aux soins et des états de santé des migrant·e·s récemment arrivé·e·s en France. D'une part, parce que les conditions du voyage peuvent être très éprouvantes et endommager les corps (Gasquet-Blanchard, 2018 ; Laacher, 2010 ; Canut et Pian, 2017) ; d'autre part, parce que les conditions de vie une fois arrivé en France peuvent demeurer très précaires. L'expérience migratoire s'interpose alors dans des considérations relatives à la santé et s'incorpore au-delà des situations de maladie (Guillou, 2009). Certaines émotions (la souffrance liée à l'exil par exemple) ont des implications dans le rapport au corps et à la santé, et s'imposent dès lors dans les relations entre patient·e·s et professionnel·le·s de santé. En outre, c'est par leur statut d'étranger que les

intéressé·e·s tendent à entrer dans les circuits administratifs et/ou associatifs leur ouvrant ou non un accès aux soins (hébergement en Centre d'accueil pour demandeur·euse·s d'asile ; orientation vers des centres de santé pour étranger·ère·s sans couverture maladie, etc.). L'expérience de la migration entre alors en relation étroite avec l'expérience de la santé et des soins.

Dans le domaine de la sociologie et de l'anthropologie, les travaux sur l'expérience de la santé et de la maladie ont pour spécificité de s'écarter des approches classiques de la relation médecin-patient·e (Friedson, 1970 ; Parsons, 1951), pour s'approcher au plus près du quotidien et des activités des patient·e·s et de leurs proches. Dans la lignée de l'interactionnisme symbolique, des recherches ont ainsi examiné les conséquences de la maladie chronique ou du handicap sur l'identité sociale des personnes, en mettant l'accent sur les processus de stigmatisation (Goffman, 1963) ou de « perte de soi » (Charmaz, 1983) auxquels elles sont confrontées. Ces recherches se sont aussi intéressées aux dimensions culturelles de l'invalidité et à leur retentissement sur les personnes dites handicapées dans les espaces publics ou privés (Murphy, 1987) et ont examiné les rapports entre biographie et expérience de la maladie (Bury, 1982 ; Corbin et Strauss, 1987). En insistant sur l'importance du corps comme vecteur ultime de l'expérience (Merleau-Ponty, 1945), les approches phénoménologiques et interprétatives investies par des anthropologues au tournant des années 80 (Csordas, 1990 ; Kleinman, 1988 ; Good, 1998 ; Saillant, 1988) se sont quant à elles focalisées sur l'expérience endogène des personnes et la façon dont elles interprètent les événements associés à la maladie et aux traitements. Ces études ont ainsi analysé l'épreuve de la douleur chronique comme une dissolution du monde vécu (Good, 1998) ou encore les élaborations narratives des malades en tant qu'activité de restructuration du rapport à soi et au monde (Williams, 1984 ; Good, 1998 ; Kleinman, 1988). Les principaux reproches adressés à ces approches phénoménologiques et sur lesquels insiste l'anthropologie médicale critique (Scheper-Hugues, 1990) sont de minimiser les dimensions politiques de la gestion sociale de la santé et de la maladie, mais aussi de négliger les pratiques et le rôle des professionnel·le·s soignant·e·s dans le façonnement des expériences des patient·e·s.

En dépit de ces limites, la notion d'expérience, quand elle prend en compte le contexte structurel dans lequel elle se déploie, et la dynamique des rapports sociaux qui la constitue, semble heuristique pour qualifier les inégalités sociales de santé (Fassin, 2020). Sur nos terrains, croiser une approche en termes d'expérience et de rapports sociaux permet d'appréhender les facettes multiples des inégalités sociales de santé, incluant les assignations normatives, la stigmatisation des populations migrantes précaires ainsi que la manière dont les professionnel·le·s composent avec ces éléments. La notion d'expérience invite à saisir les logiques d'action des patient·e·s et professionnel·le·s ou plus précisément la « combinaison de logiques d'action » qui les « lient [...] à chacune des dimensions d'un système » (Dubet, 1994 : 105) lui-même pluriel. Invitant à penser ensemble temporalités, spatialités et sociabilités dans et autour du soin, cette notion, telle que nous la reprenons, permet de souligner l'articulation entre expérience de la santé et expérience de la migration.

Dans le même temps, l'expérience des professionnel·le·s prenant en soin ces populations mérite d'être interrogée, au risque d'amputer l'analyse de l'une de ses composantes. Comme nous le verrons dans la deuxième section de ce chapitre, à l'intérieur comme à l'extérieur des lieux de soins, certains d'entre eux sont amenés à déployer des pratiques de résistances multiples. C'est le cas lorsqu'ils inventent ou réinventent des dispositifs favorables à l'accès aux soins des migrant·e·s primo-arrivants à l'échelle locale, basés sur des valeurs humanistes et sur une certaine idée de la justice ; d'autres imaginent et promeuvent des façons de travailler autrement, tout en s'appuyant sur les actualités des réformes traversant le système de santé. Par exemple, pour faire face à la tendance globale des politiques publiques à diminuer les ressources humaines à l'hôpital, d'aucuns se tournent vers la mise en place de dispositifs « hors les murs », allant vers plus de pluridisciplinarité dans la prise en soin et donc vers une médecine moins dominante dans le secteur du soin.

La prise en compte de ce double point de vue (patient·e·s/professionnel·le·s) se retrouve dans l'utilisation de la notion de trajectoire (Strauss, 1992) en sociologie de la santé. Préciser la manière dont nous l'utilisons nécessite au préalable de la situer par rapport aux notions de « parcours », « itinéraires » et « carrières ».

En santé publique, la notion de parcours sous-tend l'idée de linéarité où se succèdent, dans le cours du soin, différentes étapes censées se déployer dans un ordre donné (par exemple, recours au médecin traitant, puis spécialiste) pour répondre aux normes et attentes réglementaires du système de santé. La notion de parcours réfère plus à une logique administrative d'adressage, qu'à un concept géographique où la mobilité et le territoire

sont appréhendés (Hoyez, 2011). En outre, elle est parfois vue comme trop déconnectée des parcours sociaux et biographiques des patient·e·s. Transformée dans la sphère hospitalière en norme (ce qui est attendu des patient·e·s en matière de conformisme *à ce que doivent être* une entrée et un suivi dans le soin), la notion de « parcours » fait ainsi l'objet de certaines critiques en sciences sociales, même si elle a pu être utilisée de manière convaincante dans certaines recherches, notamment dans les approches biographiques mobilisées en santé (Gosselin, Desgrées du Loû, Lelièvre, 2017).

La notion d'« itinéraire thérapeutique », utilisée en anthropologie, se rapporte aux choix opérés par les malades, en fonction de leurs représentations sociales de la santé et de la maladie. Cette notion a pour avantage de mettre en valeur tous les registres du soin, et s'ouvre notamment à la question du pluralisme médical. Mais elle comporte un biais : manier la notion mène souvent à renvoyer l'itinéraire thérapeutique à une succession de choix (successifs et linéaires dans le temps) plus ou moins en adéquation avec les objectifs de santé publique, et à minimiser l'importance de l'expérience migratoire dans le façonnement du rapport au corps et à la santé (Guillou, 2009).

La notion de « carrière », introduite par le sociologue américain Everett Hughes (1958) et reformulée par d'autres sociologues (Goffman, 1968 [1961] ; Becker, 1985 [1963]) permet d'analyser le parcours de vie des individus ou d'une partie donnée de la carrière à travers un double regard : d'une part, une attention portée à leur point de vue, leurs motivations, leurs désirs (dimension subjective de la carrière) ; d'autre part, une attention portée à leur changement de statut ou de position sociale (dimension objective). La carrière, au sens sociologique du terme, peut ainsi être analysée comme un processus évoluant dans le temps, ce qui suppose, pour les chercheur·e·s, d'en identifier les phases ou séquences de changement. Cette perspective a pu faire appel à la notion de « carrière morale » des malades mentaux (Goffman, 1968 [1961]) ou de « carrière déviante » (Becker, 1985 [1963]), conduisant à porter une attention conjointe aux personnes étiquetées comme déviantes et aux entrepreneur·euse·s de morale. Dans le domaine de la santé, la notion a servi à prendre de la distance avec les points de vue et discours médicaux ou psychiatriques pour s'intéresser aux activités des patient·e·s et aux réactions sociales qu'elles suscitent auprès d'autres personnes, professionnelles ou non-professionnelles (Darmon, 2008). Cependant, la notion de « carrière morale » utilisée par Erving Goffman a surtout servi à analyser l'expérience des individus conçus comme reclus en institution totale. Par ailleurs, la notion de carrière a pu être critiquée du fait de son caractère trop linéaire (chaque phase de la carrière correspondant à une sorte de passage obligé avant la suivante).

C'est la notion de « trajectoire », telle qu'elle est développée par Anselm Strauss (1992 [1985]), que nous avons retenue car elle nous semble le mieux à même de prendre en compte la complexité des expériences des populations migrantes étudiées. La « trajectoire de maladie », au sens de Strauss, permet d'aborder conjointement la question du travail de gestion effectué par les patient·e·s, leurs proches et les professionnel·le·s de la santé dans les processus de maladie ou de maintien de la santé. Elle englobe l'ensemble des actions et des pratiques permettant de gérer et de mettre en forme la trajectoire de soins, tout en incluant les conflictualités et les résistances à l'œuvre chez les patient·e·s. Enfin, tout en étant attentive à la biographie des individus et aux routines (Bessin, 2009 ; Vinel et al., 2016), elle permet d'insister sur le caractère imprévisible (les contingences) des processus de la maladie et les conditions structurelles (politiques, économiques, technologiques, culturelles) qui influent la vie quotidienne des patient·e·s.

Dans le cadre de nos travaux, nous élargissons cette approche en parlant de trajectoires de soins tout en questionnant les dynamiques du lieu de soin comme lieu de pouvoir où se déploient des formes hétérogènes de contrôle social, produites à la fois par les normes institutionnelles et les relations de soins. Dans le même temps, dans certaines situations, le lieu de soins peut être conçu comme lieu de résistance, de contournement voire de contestations des normes institutionnelles. C'est le cas lorsque certains professionnel·le·s investissent les lieux de soins d'un usage autre, permettant de contourner les contraintes institutionnelles perçues comme des obstacles à la mise en œuvre de leur « éthique au quotidien » (Lebeer, 1997)⁴⁵.

⁴⁵ L'auteur entend par « éthique au quotidien » des soignant·e·s un processus de production de significations autour de la souffrance des soigné·e·s par les équipes hospitalières, irréductible à l'éthique médicale, et qui se déploie dans les pratiques et situations de soins quotidiennes (Lebeer, 1997).

1.2. Articuler le social et le spatial pour « penser » les trajectoires de soin(s)

Anselm Strauss occupe une place majeure en sociologie. Ses travaux, ancrés dans la sociologie interactionniste, ont marqué le développement de la sociologie de la santé. Dans l'ouvrage « La trame de la négociation » (1992), qui fait figure de « passeur » de la sociologie américaine à la sociologie française, deux chapitres éclairent particulièrement la notion que nous avons définie plus haut⁴⁶. Dans ses textes, Strauss soutient l'idée selon laquelle c'est dans le travail « aux limites » que s'inventent de nouvelles formes de pratiques entre professionnel·le·s, malades et proches ainsi que de nouvelles formes de prise en charge. La notion de « situation limite » nous semble un cadre conceptuel stimulant pour analyser les perspectives en tension dans la relation de soin (entre acteurs, conflits de normes, etc.). Ces limites touchent à la contingence des situations, mais elles font aussi référence sur nos terrains aux limites spatiales des lieux de soin, aux circulations des patient·e·s entre différents lieux et services de soins (Marche, 2013), aux limites entre le dehors/le dedans des lieux de soins (Gasquet-Blanchard, 2018), comme aux décalages entre territorialisation des dispositifs de soin et espace vécu (Pian, 2015). Ce travail aux limites se déploie dans des lieux de soins, à la fois *aux marges* et *en marge*, qui forment des espaces de contestation et de création. Cependant, ceux-ci sont peu visibles et souvent sous-dotés par les institutions. De plus, la dynamique de ces lieux rappelle les analyses de Geoffrey Deverteuil (2017) au sujet de la marginalisation globale de tout le secteur associatif oeuvrant auprès de populations précarisés dans les métropoles et où se redessinent des rapports sociaux, tantôt de domination (politique, sur les institutions, les équipes, les soignant·e·s, les patient·e·s), tantôt de dialogue (où se développe la contestation, la relation de soin avec les patient·e·s).

La notion de « trajectoire de soins » offre ainsi l'opportunité de faire le passage d'un pilier de la sociologie à la géographie sociale, qui, en retour, enrichit le regard sociologique. Cette approche permet de ne pas détacher un supposé « cadre spatial » (Backouche, Ripoll, Tissot, Veschambre, 2011) des phénomènes sociaux, mais de penser « le spatial » comme une des dimensions « du social » (Ibid). Cette articulation conduit à prendre en compte à part entière les espaces, temps, lieux où les négociations s'établissent autour du soin et invite à poursuivre la pensée de Strauss, sur la conception de l'« environnement spatial approprié » (Strauss, 1992). Ainsi, elle amène plus largement à saisir les processus sociaux et les contraintes structurelles dans l'expérience de la maladie et des soins, au cours des interactions avec les professionnel·le·s de santé dans différents lieux de soin (l'institution hospitalière, les salles de consultation, les espaces de prise en charge hors des murs de l'hôpital, etc.), tout en prenant en compte ce qui se joue dans les lieux du quotidien des malades et de leurs proches. Cette attention croisée permet aussi d'éclairer la division sociale et spatiale du travail entre les différents acteurs impliqués, comme nous avons pu l'analyser à propos de la prise en charge en santé mentale des migrant·e·s allophones (Pian, Hoyez, Tersigni, 2018). Elle s'inscrit alors dans des routines et pratiques durables, plus ou moins formalisées, où certains professionnel·le·s, certains services sont sur-sollicités et étiquetés comme prenant en charge les migrant·e·s précaires, dans une attribution s'apparentant parfois à la délégation du « sale boulot » (Hughes, 1958). De la même façon, porter le regard sur des lieux particuliers comme les PASS (Permanences d'accès aux soins, dispositifs hospitaliers dédiés aux patient·e·s précaires) et les consultations gratuites pour publics précaires (exemple des CASO de Médecins du Monde) permet d'interroger les dynamiques socio-spatiales s'articulant autour d'un public ciblé. Ces lieux, où sont orientés quasi-automatiquement les migrant·e·s, interrogent en outre l'universalisme du système de santé français.

Par ailleurs, de nombreux travaux en géographie de la santé ont pris comme entrée les *lieux de santé* (Gesler & Kearns, 2002) afin d'interroger la place de l'identité, de l'expérience humaine, du corps, de l'environnement, de la culture (Hoyez, Gasquet-Blanchard, 2019) tant à l'échelle de l'individu qu'à celle de cet espace dédié au soin.

Continuer à approfondir cette articulation du social et du spatial est heuristique pour saisir les processus inégalitaires en santé. En effet, la gestion de la maladie fait appel à différentes compétences et savoir-faire, inégalement répartis (entre professionnel·le·s, proches, malades) et se déployant dans de nombreux espaces (services hospitaliers, mais également en dehors, notamment à l'heure du « tournant ambulatoire » des soins, etc.) traversés de rapports sociaux et de contraintes organisationnelles. La dimension spatiale des trajectoires de soins contient donc à la fois les dynamiques à l'œuvre dans les lieux de soins et dans les lieux de vie, et à la fois

⁴⁶ « L'hôpital et son ordre négocié » (texte original publié en anglais en 1963) et « maladies et trajectoires » (texte original publié en anglais en 1985).

celles qui interviennent entre ces lieux (on pense ici aux mobilités pour rallier les lieux de vie du quotidien aux lieux de soins).

2. Lire les imbrications entre santé et migration à l'échelle des lieux de soins

La perspective consistant à envisager le soin dans sa dimension spatiale, à différentes échelles de territoire, allant du local (le lieu de soins) au national (les politiques sanitaires et migratoires) a un impact fort sur la façon d'appréhender le champ de l'accueil et de la prise en charge sanitaire et médico-sociale des migrant·e·s. En prenant en compte l'articulation des différentes échelles d'analyse, nous cherchons à rendre compte de la complexité des situations vécues par les patient·e·s et par les professionnel·le·s, ceci en les spatialisant (pratique de l'espace, pratiques qui prennent forme et sens dans des espaces ou lieux spécifiques).

2.1. Les lieux de soin : une centralité pour engager un travail moral

En reprenant le positionnement de la géographie humaniste (Hoyez, Gasquet-Blanchard, Lepage 2019), nous considérons que les expériences humaines ne prennent pas uniquement place *dans* les lieux, mais *avec* les lieux, autrement dit elles sont affectées, organisées, modelées et modulées *par* les lieux. C'est donc *au sein* des lieux de soins que se nouent des relations particulières autour de la maladie entre les patient·e·s, leurs proches et les différent·e·s professionnel·le·s, et c'est *avec* les lieux de soin qu'il faut penser l'expérience de la santé, dans leurs positions relatives par rapport aux autres lieux investis par les individus. Cette perspective est par exemple importante pour saisir ce qui se joue autour des maladies chroniques (dont l'essentiel des prises en charge interviennent dans les lieux du quotidien des patient·e·s,) ainsi que des maladies susceptibles d'exposer les personnes à des situations stigmatisantes ou discriminantes, marquant les lieux du soin de l'importance du secret.

Dans les contextes de maladie stigmatisante et/ou de fragilité des ressources matérielles et sociales des patient·e·s, l'établissement hospitalier est susceptible de revêtir plusieurs significations pour les soignés et les soignant·e·s, dont celle d'une « mise à l'abri ». Sur nos terrains, en effet, nous avons constaté qu'il s'opère du côté des soignant·e·s une sorte de réassignation de significations sur les lieux (on passe de l'hôpital-établissement de santé à l'hôpital-refuge voire à l'hôpital-hébergement d'urgence) montrant le contournement des normes attribuées aux services par l'administration hospitalière (pressions aux rotations ou sur les temps d'hospitalisation pour des raisons organisationnelles et budgétaires). Par exemple, il arrive régulièrement que des patient·e·s restent hospitalisés plus longtemps que le temps médian. Dans tous les cas, c'est l'argument médical et uniquement celui-ci qui peut être mobilisé par les professionnel·le·s et entendu par la direction de l'hôpital. Sur un des sites d'enquête, nous avons noté une seule situation qui pouvait provoquer l'allongement d'un séjour hospitalier sans raison médicale : le mot d'ordre « *Pas de femme à la rue en sortie de maternité* », décidé par la direction d'un hôpital dans lequel se sont déroulées nos enquêtes mobilisait le caractère médical et socio-médical de l'hospitalisation. Cet arrangement ne joue pas qu'à l'échelle de cet établissement hospitalier, il se prolonge dans des partenariats entre des acteurs sur les territoires d'exercice des différents services sociaux et médico-sociaux. Cette médicalisation de situations en partie sociales s'inscrit dans des logiques de mise à l'abri et pose des questions de hiérarchisation morale (qui garder, qui transférer, d'après quels critères sociaux ou moraux ?) dans les contextes où les ressources socio-sanitaires se font plus rares.

Dans la majeure partie des cas observés, c'est au cœur des lieux de soins que s'engage le travail moral⁴⁷ des patient·e·s, autour de l'établissement d'une relation de soin que ces dernier·es peuvent percevoir comme affinitaire ou amicale, surtout pour les situations de maladies qui vont engendrer des relations sociales complexes à l'extérieur des lieux de soins. Au travail moral des patient·e·s s'ajoute le travail relationnel des professionnel·le·s dans lequel des normes pratiques d'accompagnement et des conceptions diverses de l'altérité des malades sont susceptibles d'être mobilisées⁴⁸. Ce travail moral est également modulé par les temporalités

⁴⁷ Ce travail moral est entendu comme un ajustement de son propre comportement à des principes moraux relatifs à l'idée d'une vie bonne ou digne d'être vécue (Fernandez, 2014; Marche, 2016).

⁴⁸ L'analyse de ce travail relationnel dans les situations de VIH fait apparaître plusieurs façons de prendre soin des patient·e·s, ces derniers étant conçus par les professionnel·le·s comme « sujets en quête du bonheur et du plaisir »,

de cette relation qui se tisse dans ce lieu de soins, dès lors qu'elle reste nécessairement temporaire. A contrario, ce qui perdure et marque à plus long terme les patient·e·s hospitalisés n'ayant pas de solutions d'hébergement ou dont les conditions d'hébergement sont très précaires (puisque soumises au bon vouloir des personnes qui les accueillent chez elles), c'est la question de l'isolement et du difficile lien social à construire dans un contexte de rupture du quotidien et d'indétermination de l'expérience (beaucoup de patient·e·s rencontrés entrent ou retournent dans les services d'hébergement d'urgence, en différents lieux, à leur sortie d'hospitalisation). À l'issue de la prise en charge, se retrouve chez nombre de patient·e·s en situation de grande précarité un sentiment d'abandon, voire de trahison (commun aux autres dispositifs spécifiques quand les usagers sont amenés à les quitter). C'est particulièrement le cas pour les femmes qui, à l'issue de leur grossesse, vivent difficilement la rupture avec les sages-femmes et assistantes sociales qui les ont suivies tout au long de cette expérience singulière. Cette rupture est d'autant plus forte qu'à l'issue de la grossesse, les soins sociaux comme médicaux se tournent en priorité vers le nourrisson (pesée, vaccins, déclaration à l'état civil, à l'assurance maladie, etc.). Dès lors qu'il est temporaire et régi par une temporalité administrative définissant des seuils qui ne sont ni ceux des patient·e·s ni ceux des professionnel·le·s, l'îlot protecteur ne procure concrètement que peu d'effets bénéfiques sur les expériences des femmes.

Nos terrains montrent que le travail médical est fortement orienté par la nécessité de prendre en considération le contexte de vie quotidienne des patient·e·s, et qu'il demeure connecté aux différents dispositifs d'aide sociale. Dans le cadre des enquêtes MIGSAN, la comparaison de l'organisation de différents services de VIH en France a ainsi permis de faire ressortir le fait que « plus le service est investi dans la prise en charge sociale du patient, plus les pratiques de bricolages pour résoudre les diverses problématiques médico-sociales dans un cadre législatif et institutionnel contraint sont fréquentes » (Morel, Cottreau, 2020). Au regard des contraintes liées à l'exercice en milieu hospitalier, les professionnel·le·s inventent, reproduisent et/ou bricolent des solutions. En contournant, voire en transgressant parfois les normes institutionnelles, leurs usages des lieux de soins révèlent l'existence d'un « stock de savoir-faire », notamment dans les équipes soudées de longue date et sensibilisées aux questions de précarité touchant une partie du public migrant. Toutefois, ces pratiques qui ont pour objectif de rendre effectif l'accès aux soins ou aux traitements ne doivent pas masquer la présence de désaccords voire de conflits entre professionnel·le·s sur certains aspects (la réalisation des certificats médicaux par exemple). En outre, les soignant·e·s n'ont pas toutes et tous la même perception des expériences migratoires des patient·e·s ni de leurs « besoins »⁴⁹.

2.2. Au sein de l'hôpital : pratiques contraintes vs politiques migratoires

Les modalités d'interventions et les pratiques des professionnel·le·s de santé à l'égard des migrant·e·s en situation de précarité composent conjointement avec les contraintes issues des politiques de santé (logiques de rationalisation des soins) et celles induites par les politiques migratoires (logiques de contrôle des populations). Face à cela, nous avons observé, dans tous les sites étudiés, des phases de gestion de la trajectoire de soins dans lesquelles les « besoins » des patient·e·s, pour les professionnel·le·s, passaient avant les logiques de l'institution hospitalière et des politiques migratoires. Ces soignant·e·s mettent en œuvre différentes pratiques pour favoriser le soin adéquat pour leurs patient·e·s, en dépit des injonctions auxquelles ils et elles peuvent être soumis.es et envers les logiques de contrôle situées hors de leur champ professionnel.

Ce qui ressort ici, c'est que les professionnel·le·s, dans la perspective d'une « éthique au quotidien » (Lebeer, 1997), centrent leur travail et le justifient autour de l'éthique médicale d'abord (soigner avant tout, et mettre sous traitement rapidement), puis composent avec les normes institutionnelles (le paiement à l'acte à l'hôpital ; réguler l'accès aux médicaments pour mettre les patient·e·s sous traitement de façon autonome), et enfin avec les règles relatives à l'immigration (politiques migratoires qui régissent à la fois la couverture sociale des étranger·ère·s et le panier de soins qui leur est attribué). Ces pratiques semblent particulièrement concerner le terrain du VIH et celui des suivis de grossesse (on les retrouve moins dans nos enquêtes menées dans les services d'hépatologie) ; l'histoire de l'engagement des professionnel·le·s et des associations autour du VIH et

« sujets traumatisés », « sujets déterminés par une culture autre » ou encore « sujets précarisés » (Marche, Pian, Hoyez, 2019).

⁴⁹ Nos recherches cherchent dès lors à rendre compte du point de rencontre entre le « travail moral des patient·e·s », l'« éthique au quotidien des soignant·e·s » (Lebeer, 1997) et le « travail relationnel des professionnel·le·s » au prisme de l'analyse des rapports sociaux et des contraintes structurelles.

de la grossesse jouant certainement sur ces différenciations (Izambert, 2018 ; Pourette, 2013). Il reste que la position des soignant·e·s au quotidien est mouvante, rendue instable par des conditions structurelles (réduction des ressources, restructurations, etc.), mais aussi par les relations aux patient·e·s et à leur entourage. Ces relations sont elles-mêmes marquées par des formes d'investissement différenciées, dépendant notamment de la façon dont les patient·e·s sont perçus par les professionnel·le·s qui les accompagnent, et ce, malgré la revendication d'une universalité des soins.

Ces logiques d'engagement peuvent conduire les professionnel·le·s à sortir d'une routine quotidienne pour négocier avec des acteurs extérieurs aux soins, par exemple avec les services financiers des établissements publics de santé en France, ceci afin de financer des postes et/ou des ouvertures de lits. Elles peuvent aussi donner lieu à la mobilisation de ressources matérielles et relationnelles personnelles (pour la collecte de vêtements, de nourriture, etc.), voire aller jusqu'à un engagement dans l'associatif humanitaire. Si ces trajectoires d'engagement peuvent être lues comme une forme de résistances aux contraintes structurelles, elles ont aussi certaines limites dès lors que la mobilisation de ces ressources palliatives participe, indirectement, à invisibiliser le désinvestissement politique global. Plusieurs soignant·e·s ont ainsi fait état d'engagements parallèles dans des associations humanitaires qui ont pu les conduire à faire des liens entre l'association et l'établissement dans lequel ils exercent. Toutefois, on peut questionner ces passages d'un engagement associatif hors-les-murs à une action dans les murs de leur lieu de travail : révèlent-ils réellement et explicitement les dysfonctionnements des services publics hospitaliers au public ? Servent-ils vraiment à la mise en place de dispositifs universels [ou] qui pourraient faire modèle ailleurs ?

L'intrication des questions sociales et médicales a un impact important sur le travail hospitalier, dans la mesure où les politiques migratoires et les politiques sociales actuelles sont de plus en plus contraignantes dans la mise en œuvre des droits de domiciliation, d'hébergement et de santé des publics primo-arrivants, des préalables à la mise en place d'un suivi adéquat.

Si certains professionnel·le·s vont se montrer particulièrement attentifs à la spécificité de ces prises en charge élargissant les frontières du soin, un autre type de posture est également à relever : celle de ceux et celles qui, confronté·e·s à des régimes de contraintes multiples, tendent à répercuter leurs difficultés de travail sur la catégorisation de leurs patient·e·s, qu'ils et elles décrivent notamment en termes de « publics difficiles ».

Or, la notion de « public difficile » relève d'un retour d'expérience, empreint de normativité, faisant principalement référence aux multiples difficultés rencontrées par les migrant·e·s et auxquelles les professionnel·le·s doivent également faire face. Les terrains menés dans le cadre de MIGSAN (Ligi, Pian, Hoyez, 2018 ; Cottureau, Morel, 2020 ; Gasquet-Blanchard, Hoyez, Millot, 2020) tendent à montrer que ce sont d'abord les conditions de travail des professionnel·le·s qui ne sont pas toujours adaptées à la prise en compte des conditions de vie de ces publics, d'où le sentiment de « difficulté » qu'ils accolent à la prise en charge de leurs patient·e·s. Comme précédemment souligné, les professionnel·le·s du médical sont confrontés à devoir traiter de questions sociales, notamment dans le cas des soins urgents (que sont la grossesse et le VIH) alors même que les politiques publiques actuelles leur imposent une injonction contradictoire : les professionnel·le·s de la santé doivent prendre soin, en termes sanitaires, d'un public socialement indésiré par l'Etat qui gère et régule l'institution dans laquelle ils exercent.

Ce faisant, la complexité des expériences et des trajectoires de soin ne peut se limiter à associer « population migrante » à « publics à problèmes » et « public précaire "par essence" ». Ce schéma simpliste suit des mécanismes de la pensée trop réducteurs qui, en faisant endosser aux populations les raisons de leurs maux, occultent les « problèmes » structurels qui résident entre autres dans la nature excluante des politiques migratoires. De plus, ces raccourcis masquent la diversité des positions sociales des migrant·e·s qui ne sont pas tous·tes pauvres et précaires en France (même si ce sont ces derniers que nous étudions) ; ils tendent en outre à occulter les processus de déclasserement social (Pian, 2016) qui peuvent, du fait des conditions de la migration, toucher certains migrant·e·s bénéficiant d'une position privilégiée dans leur pays d'origine.

Conclusion

De façon transversale, nous avons souligné l'intérêt de prendre en compte les dimensions spatiales des trajectoires et expériences de soins dans l'appréhension des inégalités sociales de santé en situation de migration.

Autrement dit, nous avons interrogé la façon dont les différents espaces, lieux, et leurs usages sociaux affectent les soins en migration, mais aussi la relation de soins et les pratiques des professionnel·le·s de santé. Nos recherches appellent à une certaine vigilance à la fois méthodologique et épistémologique. En effet, les sciences sociales ont tendance à être interpellées par les acteurs de terrain par ce qui pose « problème ». C'est notamment le cas dans le cadre de recherches interdisciplinaires menées, comme dans MIGSAN, avec des acteurs du monde médical, particulièrement **marqués** par les situations « préoccupantes » avec lesquels ils doivent composer au quotidien. Or, si les « situations à problème » sont aussi souvent investies par les chercheur·e·s, rejoignant en cela un intérêt a priori commun avec les professionnel·le·s de terrain, la perspective y est un peu différente. Alors que pour les professionnel·le·s de terrain, il s'agit souvent d'abord d'interroger - et de tenter de résoudre - des problèmes pratiques, les chercheur·e·s tendent d'abord à s'intéresser aux dysfonctionnements ou aux conflits pour leurs aspects heuristiques. En effet, ces derniers jouent souvent comme révélateurs de normes, de processus et de logiques sociales qui, autrement, tendent à rester invisibilisés. Mettre au clair la portée heuristique de ces dysfonctionnements ou conflits est ainsi nécessaire pour éviter le biais ne conduisant à voir que ce qui fait exception et problème dans les prises en charge des populations migrantes. Pour éviter de figer des situations en en pointant uniquement la spécificité, il semble alors important de montrer la diversité des trajectoires des patient·e·s, voire les comparer avec les trajectoires de patient·e·s majoritaires sur le plan des relations inter-ethniques (Marche, Pian, 2015) afin de déconstruire les visions essentialisantes et culturalistes ainsi que les présupposés négatifs portés sur ces populations. Ces enjeux se transposent dans les approches méthodologiques : comment rendre compte de cette diversité sans se perdre dans le détail ? Comment rendre compte de cette complexité à un public de non-spécialistes sans caricaturer les propos ? Comment informer et former, tant dans la sphère académique que professionnelle (médicale) ? Comment formuler une critique forte et constructive sur la multiplicité des domaines d'action concernés dans un contexte de diffusion médiatique et de moralisation de la « question migratoire » ? Dès lors que le programme MIGSAN s'inscrit, de par son montage, dans une dynamique de recherche-action, il implique de communiquer les résultats de la recherche dans toutes les sphères concernées : or, comme l'a très bien montré Laurent Vidal (2010), rien n'est moins évident que de travailler, tout à la fois, « sur » et « avec » les acteur·ice·s impliqué·e·s sur le terrain.

Références

- AKOKA Karen, CARLIER Marine, DE COUSSEMAKER Solange, « “Ce n'est pas une crise des migrant.e.s, mais une crise des politiques d'hospitalité” », *Revue Projet*, 2017/5 (N° 360), p. 77-83. DOI : 10.3917/pro.360.0077. URL: <https://www.cairn.info/revue-projet-2017-5-page-77.htm>
- ATTIAS-DONFUT Claudine, TESSIER Philippe, WOLFF, François-Charles, « Les immigrés au temps de la retraite », *Retraite et société*, vol. n° 44, p. 11-47, 2005.
- BACKOUCHE, I., RIPOLL, F., TISSOT, S., VESCHAMBRE, V. (Éd.), *La dimension spatiale des inégalités : regards croisés des sciences sociales*, Rennes, France, Presses universitaires de Rennes, 2011.
- BECKER Howard, 1985 [1963], *Outsiders, études de sociologie de la déviance*, Paris, éd. Métailié.
- BOUILLON Florence, CHOPLIN Armelle, SCHMOLL Camille, ZENEIDI Djemila. *Introduction In: Espace et rapports de domination* [en ligne]. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2015 (généré le 01 février 2021). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/pur/59408>>. ISBN : 9782753563988. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pur.59408>. 2015
- BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, *La santé et l'accès aux soins des migrant.e.s : un enjeu de santé publique*, N° 19-20, septembre 2017, <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/index.html>
- BURY M., 1982, « Chronic Illness as a Biographical Disruption », *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n° 2, pp. 167-182, 2017.
- CANUT Cécile et PIAN Anaïk, « Dire la violence des frontières. Mises en mots de la migration vers l'Europe », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 33, n° 2-3, 2017.
- CARDE Estelle, Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins, *Santé Publique*, 19 (2), pp. 99-109, 2007.
- CHARMAZ Kathy, « Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill », *Sociology of Health and Illness*, Vol.5 n° 2, pp. 168-195, 1983.
- COGNET Marguerite, « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques », *Les cahiers de la LCD. « Santé et discriminations »*. N° 5. Paris : L'Harmattan, 2017.

- COGNET Marguerite, « Les services de santé : lieu d'un racisme méconnu », dans : Omar Slaouti éd., *Racismes de France*. Paris, La Découverte, « Cahiers libres », 2020, p. 74-86. URL : <https://www.cairn.info/racismes-de-france--9782348046247-page-74.htm> 2020
- CORBIN Juliet, STRAUSS Anselm, « Accompaniments of Chronic Illness: Changes in the Body, Self, Biography, and Biographical Time », *Research in the Sociology of Health Care*, n°6, pp. 249-281, 1987.
- COTTEREAU Victoire, MOREL Sylvie, *Expériences et trajectoires de migrant.e.s primo-arrivants atteints de maladie chronique (VIH et hépatites) pris en charge dans les CHU de Rennes, Poitiers, Nantes*. Rapport de recherche/MIGSAN, UMR ESO. 350 pages, 2020.
- CRENN Chantal, KOTOBİ Laurence, *Du point de vue de l'ethnicité, pratiques françaises*, Paris, Armand Colin, 348 p., 2012.
- CSORDAS Thomas, « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *Ethos*, n° 18, p.5-47, 1990.
- DARMON Muriel, « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix*, vol.2, n°82, p.149-167. doi:10.3917/pox.082.0149, 2008.
- DESGREES DU LOU Annabel, LERT France (Éd.), *Parcours. Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France*, Paris, La Découverte, 2017.
- DEVERTEUIL Geoffrey. Post-welfare city at the margins? Immigrant precarity and the mediating third sector in London. *Urban Geography* 38 (10), pp. 1517-1533, 2017.
- DUBET François, *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil, 1994.
- FASSIN Didier, « Santé, le traitement de la différence », *Hommes et Migrations*, vol. 1225, 2000.
- FERNANDEZ Fabrice, MARCHE Hélène, « Le façonnement socio-sanitaire des émotions » in Fernandez F., Lézé S. et Marche H. (dir.), *Les émotions. Une approche de la vie sociale*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, p.89-110, 2013.
- FERNANDEZ Fabrice, « La morale du shoot. Responsabiliser les injecteurs de drogues ? », *Anthropologica*, vol. 56, n°1 (2014), pp. 205-216, 2014.
- FREIDSON Eliot, *La profession Médicale*, Paris, Payot, 1984 [1970].
- KLEINMAN Arthur, *The Illness Narratives. Suffering, healing and the human condition*, New Work, Basic Books, 1988.
- GASQUET-BLANCHARD Clélia, HOYEZ Anne-Cécile, MILLOT Ana, *Prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg*. Rapport de recherche ANR MIGSAN. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03016990/document>, 2020.
- GASQUET-BLANCHARD Clélia, « Le provisoire qui dure. Géographie comparée de deux centres humanitaires parisiens », *Géoconfluences* : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/actualites/eclairage/accueil-humanitaire-paris>, 2018.
- GERBIER-AUBLANC Marjorie, *Le pouvoir du care. Mobilisation d'immigrantes dans la cause du VIH en France*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2021.
- GESLER Wil, KEARNS Robin, *Culture/Place/Health*. Psychology Press, 2002.
- GOFFMAN Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit, (1968 [1961]).
- GOFFMAN Erving, *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, (1975 [1963]).
- GOOD Byron, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1998.
- GOSSELIN Anne, DESGREES DU LOU Annabel et LELIEVRE Eva, « L'installation en France au fil des décennies : la situation a-t-elle évolué ? » in *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France* (Desgrées du Lou et Lert Ed.), La Découverte, Paris, pp. 53-72, 2017.
- GUILLOU Anne Yvonne, « Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le "parcours thérapeutique" pour "l'expérience migratoire" », *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 1, 2009.
- HAMEL Christelle, MOISY Muriel, « Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines », 2008, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* n°2-3-4, 2012.
- HOYEZ Anne-Cécile, « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales ». *Cybergeogeo : European Journal of Geography*. Available at: <http://cybergeogeo.revues.org/24796>, 2011.
- HOYEZ Anne-Cécile, GASQUET-BLANCHARD Clélia, LEPAGE François, Bodies at the crossroads between immigration and health. Atkinson Sarah; Hunt Rachel. *Geohumanities and health*, Springer, 2019, 978-3-030-21406-7, 2019.
- HUGHES Everett, *Men and their Work*, Glencoe, The Free Press, 1958.
- IZAMBERT Caroline, *Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers*

en France des années 1980 à nos jours. Thèse de doctorat en histoire, sous la direction de N. L. Green, 2018.

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

LEBEER Guy, *L'épreuve du cancer. Sociologie d'une éthique au quotidien*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles, 1997.

LIGI Francesca, PIAN Anaïk, HOYEZ Anne-Cécile. *Les Actions De « L'aller Vers » De Médecins Du Monde-Strasbourg*. Rapport de recherche/MIGSAN, UMR ESO, Espaces et Sociétés; Médecins du Monde; Réseau Louis Guilloux. <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-01905233> 2018 .

LOT Florence, ANTOINE Delphine, PIOCHE Corinne, LARSEN Christine, CHE Didier, CAZEIN Françoise, SEMAILLE Caroline, SAURA CHE Christine, « Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* n°2-3-4, 2012.

LUPTON Deborah, "Your life in their hands: trust in the medical encounter ", in JAMES V., GABE J. (dir.), *Health and the Sociology of Emotions*, Oxford, Blackwell Publishers/Editorial Board, pp.157-172, 1996.

MARCHE Hélène, PIAN Anaïk, HOYEZ Anne-Cécile, 'Aux frontières du soin. Déplacements de normes et de rôles dans les trajectoires de soin des populations migrantes en France', *Colloque international Penser les frontières/Passer les frontières*, organisé par l'AISLF et le CENS, Nantes, décembre 2019.

MARCHE Hélène, 'Le rapport aux autres malades dans l'épreuve du cancer : possibilités identificatoires, appréciations morales et subjectivation', in Derbez B., Hamarat N., Marche H. (dir.), *La dynamique sociale des subjectivités en cancérologie*, Toulouse, ERES, coll. « Cancer(s) & Psy(s) », pp.73-86, 2016.

MARCHE Hélène et PIAN Anaïk, 'Figures de l'altérité et de l'indicibilité dans les soins oncologiques', in Hintermeyer P., Le Breton D., Profita G. (dir.), *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*, Strasbourg, Presses Universitaires de Lorraine, pp. 141-152, 2015.

MARCHE Hélène, 'Entre personnalisation et responsabilisation: le travail relationnel 'sous pression' dans les soins oncologiques', *Quaderni*, n°82, pp.55-66, 2013.

MBAYE El Hadji, 'Sida et immigration thérapeutique en France: mythes et réalités', *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 1, p. 43-62, 2009.

MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, coll. 'Tel', 1945.

MURPHY Robert, *Vivre à corps perdu. Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*, Paris, Pocket, (1997 [1987]).

PARSONS Talcot, « Social structure and dynamic process: the case of the modern medical practice » in *The social system*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951.

PETTIT Véronique et WANG Simeng, 'Éditorial : La santé mentale en migrations internationales', *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34 - n°2 et 3, 7-20, 2018.

PIAN Anaïk, HOYEZ Anne-Cécile, TERSIGNI Simona, 'L'interprétariat en santé mentale : division sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrant.e.s', *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol.34, n°1, pp. 55-78, 2018.

PIAN Anaïk, 'De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives', *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 28 (2), pp. 101-127, 2012.

PIAN Anaïk, 'Ici ou là-bas ? La fin de vie en situation de migrations', in M. Bresson, F. Colomb, J.-P. Gaspar (dir.), *Les Territoires vécus de l'intervention sociale*, Paris, éd. Septentrion, pp. 191-200, 2015.

PIAN Anaïk, 'Tourisme médical versus immigration thérapeutique : des catégories exogènes réductrices', *Revue francophone sur la santé et les territoires*, octobre, en ligne, https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1946/files/2016/10/Pian_rfst_2016_TMS.pdf, 2016.

POURETTE Dolores, 'Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrant.e.s subsahariens en France : le rôle-clé de la relation médecin-patient', *Santé Publique*, vol. Vol. 25, n° 5, pp. 561-570, 2013.

SAILLANT Francine, *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*, Montréal, Editions Saint-Martin, 1988.

SAUREL-CUBIZOLLES MARIE-JOSEPHE, SAUCEDO Monica, Drewniak Nicolas, Blondel Béatrice, Bouvier-Colle Marie-Hélène, « Santé périnatale des femmes étrangères en France », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* n°2-3-4, 2012.

SCHEPER-HUGUES Nancy, « Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology », *Social Sciences and Medicine*, n°30, pp.189-197, 1990.

STRAUSS Anselm, 'Maladies et trajectoires' (pp. 143-190); 'Le travail d'articulation' (pp. 191-200), 'Négociations. Introduction à la question' (pp. 245-268) dans STRAUSS A., *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan, 1992.

VEÏSSE Arnaud, WOLMARK Laure, REVAULT Philippe, GIACOPELLI Maud, BAMBERGER Muriel, ZLATANOVA Zornitsa. « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* n°19-20, 2017.

VIDAL Laurent, *Faire de l'anthropologie : santé, science et développement*. *Santé, science et développement*, La Découverte, 2010.

VINEL Virginie, KESSLER-BILTHAUER Déborah, VOLERY Ingrid, KIVITS Joëlle, LAMONGIE Laëtitia. *Se soigner en zones rurales lorraines : trajectoires de soins, perceptions des territoires et obstacles à l'égalité de l'accès aux soins médicaux*. Rapport de recherche. Maison des Sciences de l'Homme Lorraine. [hal-01316554v2]. 2016

WARIN Philippe, *Le non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, coll. 'Libres cours — politique', 2016.

WILLIAMS Gareth, « The genesis of chronic illness : narrative re-construction », *Sociology of Health and Illness*, vol.6, n°2, pp.175-200, 1984.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	3
PREAMBULE	5
A-CURRICULUM VITAE DETAILLE.....	9
PARTIE 1 : PARCOURS ACADEMIQUE, PROFESSIONNEL, RESPONSABILITES ADMINISTRATIVE	9
1-PARCOURS UNIVERSITAIRE	9
2- EXPERIENCES PROFESSIONNELLES.....	10
3-RESPONSABILITES ADMINISTRATIVES ET PEDAGOGIQUES	14
3-1- RESPONSABILITES D'UNITES D'ENSEIGNEMENT, DE STAGES ET PARCOURS	14
3-2- PARTICIPATION AUX JURYS.	16
3-3- MEMBRE DE JURY DE THESE :	16
3-4- MEMBRE DE COMITES DE THESE SOUTENUE OU EN COURS :	16
4- ACTIVITES D'EXPERTISE ET DE VALORISATION DE LA RECHERCHE DANS LA DECISION EN SANTE PUBLIQUE	18
PARTIE 2 : RESPONSABILITES SCIENTIFIQUES ET PARTICIPATION A LA RECHERCHE COLLECTIVE.....	19
1- ANIMATION SCIENTIFIQUE, INSERTION DANS LES RESEAUX ACADEMIQUES, ACTIVITE COLLECTIVE ET D'ENCADREMENT DANS LA RECHERCHE.	19
1-1- THEMATIQUE « GLOBAL HEALTH » ET PROCESSUS EPIDEMIQUE DES PATHOLOGIES INFECTIEUSES.	20
1-2- AUTOUR DE LA THEMATIQUE INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET TRAJECTOIRES.	19
2- ANIMATION SCIENTIFIQUE, INSERTION DANS LES RESEAUX ACADEMIQUES, ACTIVITE COLLECTIVE ET D'ENCADREMENT DANS LA RECHERCHE.	27
2-1 -ANIMATION SCIENTIFIQUE.	27
2-2- EXPERTISE PROJETS, RELECTURES D'ARTICLES, MEMBRE DE JURYS.	29
3- ACTIVITES D'ENCADREMENT DE LA RECHERCHE ET ARTICULATION AVEC L'ENSEIGNEMENT.	31
PARTIE 3 : PARCOURS D'ENSEIGNEMENT.	33
1-SYNTHESE DE L'ACTIVITE D'ENSEIGNEMENT.	33
1-1- SYNTHSE DES STATUTS.	33
1-2- SYNTHSE DES ENSEIGNEMENTS.	33
2- STATUTS ET CONTEXTE DE L'EXERCICE DANS L'ENSEIGNEMENT.	35
2-1- PREMIERS PAS (2005-2011).	35
2-2- ENSEIGNEMENTS COMME MAITRESSE DE CONFERENCES (DEPUIS 2011).	35
2-3- ENSEIGNEMENTS DISPENSES EN DISPONIBILITE (2019-2022).....	38
3- CONTENU DES ENSEIGNEMENTS.	41
3-1- PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DISCIPLINAIRES EN GEOGRAPHIE HUMAINE ET SOCIALE.....	41
3-2- ENSEIGNEMENTS METHODOLOGIQUES.....	47

4- FORMATION A LA RECHERCHE PAR L'ENCADREMENT.....	51
4-1- SYNTHESE DES ENCADREMENTS.....	51
4-2 LISTE DES ENCADREMENTS DE MEMOIRES DE SAGES-FEMMES, DE MASTER 1 ET 2 PROFESSIONNEL·LES OU RECHERCHE, OU TRAVAUX ETUDIANT·ES COLLECTIFS.	51
5 – PUBLICATIONS.	56
5-1- SYNTHESE BIBLIOMETRIQUE.	56
5-2- LISTE EXHAUSTIVES DES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.....	56
B – SELECTION ET RECUEIL DE PUBLICATIONS.....	69
PREAMBULE.....	69
1- LIEUX ET TEMPORALITES : UNE APPROCHE CRITIQUE DES DERIVES DE LA « GLOBAL HEALTH », AUJOURD'HUI « ONE HEALTH ».....	71
PATHOGENICITE DES LIEUX ET TRAITEMENTS/PRISE EN CHARGE PAR UNE SANTE SECURITAIRE.	71
A CONTRE-COURANT DE L'URGENCE : LA NECESSITE A PENSER LE LONG TERME, LE DEBAT, DANS LES LIEUX.....	76
2- LE LIEU COMME PORTE D'ENTREE DES TRAJECTOIRES, DES PRATIQUES ET DES EPROUVES.....	79
LE LIEU : REVELATEUR D'EXPERIENCES CORPORELLES ET SENSIBLES.....	79
CONTEXTUALISER LES LIEUX : ARTICULATIONS D'ECHELLES OU OBSERVATION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNELS.	81
LIEU COMME ECHELLE PERTINENTE POUR PENSER UNE GEOGRAPHIE SOCIALE CRITIQUE ET LA SANTE COMME OBJET POLITIQUE.	83
3- TRAJECTOIRES ET LIEUX : REVELATEURS DE LA DIMENSION PROGRAMMEE DES INEGALITES DE SANTE ET RESISTANCES ASSOCIEES.....	87
TRAJECTOIRES ET LIEUX : LE COMBO PARFAIT POUR METTRE EN EXERGUE LES INJONCTIONS NORMATIVES DU PAYS D'ACCUEIL.	87
BATTRE EN BRECHE LES IDEES REÇUES AUTOUR DE MIGRATION ET SANTE.	89
4- PENSER UNE PRATIQUE SCIENTIFIQUE DE TERRAIN : POUR ET AVEC LES SUJETS DE SA RECHERCHE	92
EMERGENCE D'UNE PENSEE CRITIQUE ET « SPATIAL SHIFT » : FAIRE PARLER.....	92
LA SANTE COMME OBJET POLITIQUE DE RECHERCHE : REVOIR SON POSITIONNEMENT THEORIQUE.....	93
CONCLUSION GENERALE DU VOLUME PARCOURS.....	97
BIBLIOGRAPHIE ACCOMPAGNANT LA SELECTION DE PUBLICATIONS.....	99
ANNEXES : LISTE DES PUBLICATIONS.....	101