



## Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

24 | 2022

Soins différenciés en santé périnatale

---

# Mise sous silence des actions antidiscriminatoires dans l'accès aux soins. Le champ périnatal face aux discriminations à l'encontre des femmes étrangères en France

*Tacit anti-discriminatory actions in the access to care. Perinatal health and the discrimination against foreign women in France*

Louise Virole

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/11224>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.11224](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11224)

ISSN : 2111-5028

### Éditeur

Association Amades

### Référence électronique

Louise Virole, « Mise sous silence des actions antidiscriminatoires dans l'accès aux soins. Le champ périnatal face aux discriminations à l'encontre des femmes étrangères en France », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 24 | 2022, mis en ligne le 03 novembre 2021, consulté le 02 juin 2022. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/11224> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11224>

---

Ce document a été généré automatiquement le 2 juin 2022.



*Anthropologie & Santé* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

---

# Mise sous silence des actions antidiscriminatoires dans l'accès aux soins. Le champ périnatal face aux discriminations à l'encontre des femmes étrangères en France

*Tacit anti-discriminatory actions in the access to care. Perinatal health and the discrimination against foreign women in France*

Louise Virole

---

## Introduction

- 1 Les femmes étrangères<sup>1</sup> en France connaissent de nombreuses discriminations<sup>2</sup> dans l'accès aux soins périnataux. Ces discriminations interviennent tout au long du parcours de soins, et entravent leur accès primaire et secondaire aux soins (Lombrail & Pascal, 2005). À l'entrée dans le suivi de grossesse, les femmes étrangères font l'objet de traitements défavorables fondés sur leur origine étrangère, prenant la forme de refus de soins (Cognet *et al.*, 2012) ou de refus d'obtention de l'aide médicale d'État (AME) par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) (Cognet *et al.*, 2009). Lors du suivi de grossesse, les soins reçus par ces femmes sont de moindre qualité que ceux prodigués aux femmes françaises. De nombreux travaux socio-anthropologiques ont documenté la persistance de préjugés ethno-raciaux véhiculés par les professionnel·les de la périnatalité, entraînant des « traitements différentiels arbitraires et illégitimes » à l'encontre des patientes étrangères (Cognet, 2014). Au sein des maternités, ces préjugés visent les femmes étrangères selon leur origine ethnique présumée ; les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, d'Afrique du Nord, d'Asie ou encore les femmes identifiées comme « Roms » en sont les cibles de prédilection (Nacu, 2011 ; Prud'homme, 2016 ; Sauvegrain, 2012). Par ailleurs, si la plupart des discriminations

que connaissent les femmes étrangères dans l'accès à la prévention et aux soins sont condamnées par le Code de la santé publique<sup>3</sup> et le Code pénal<sup>4</sup>, certaines sont légales, notamment celle qui exclut les femmes en situation irrégulière du régime général de la protection sociale (Le Défenseur des droits, 2016).

- 2 En limitant l'accès aux soins des femmes étrangères, ces discriminations – légales et illégales – aggravent les risques périnataux de ce public, qui sont encore aujourd'hui plus élevés que pour les femmes françaises. Les enquêtes épidémiologiques montrent que les femmes étrangères ont plus de risque d'entrer tardivement dans le suivi obstétrical, d'être hospitalisées pendant la grossesse, d'accoucher par césarienne, de donner naissance à un enfant de petit poids ou prématuré, ou de mourir en couche (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012 ; Sauvegrain *et al.*, 2017). Parmi les femmes étrangères, celles provenant « de pays d'Afrique subsaharienne » font face à des risques périnataux particulièrement élevés (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012 ; Sauvegrain *et al.*, 2017). En outre, ces inégalités ethno-raciales se conjuguent avec de fortes inégalités territoriales. Alors qu'une grande partie des femmes étrangères habite en Île-de-France, et particulièrement en Seine-Saint-Denis<sup>5</sup>, les études épidémiologiques montrent que les femmes enceintes habitant dans ce département connaissent des risques périnataux très élevés, ce territoire ayant un des plus hauts taux de mortalité périnatale et infantile en France<sup>6</sup> (Sauvegrain *et al.*, 2015).
- 3 Ainsi, les nombreuses discriminations que connaissent les femmes enceintes étrangères constituent un des « facteurs explicatifs » (Cognet *et al.*, 2012 : 23) de la persistance des inégalités de santé périnatale entre femmes étrangères et femmes françaises. L'analyse des discriminations vécues par les femmes étrangères souligne par ailleurs la nécessité de développer une perspective intersectionnelle, prenant en compte l'articulation des rapports sociaux de sexe, de race et de classe (Crenshaw, 1989 ; Dorlin, 2009 ; Falquet & Kian, 2015). En effet, les discriminations que vivent ces femmes sont certes fondées sur l'origine étrangère, mais aussi sur leur origine ethnique, leur position sociale et leur genre (Cognet *et al.*, 2012 ; Gelly & Pitti, 2016 ; Moujoud, 2008 ; Virole-Zajde, 2016).
- 4 Si de nombreux travaux attestent aujourd'hui de la persistance de discriminations à l'encontre des femmes enceintes étrangères dans l'accès aux soins, en revanche la littérature socio-anthropologique s'est peu intéressée aux actions menées dans le champ de la santé périnatale pour lutter contre ces discriminations. Or, depuis les années 1990, de nombreuses initiatives ont vu le jour sous l'égide des politiques de santé périnatales, prenant la forme de dispositifs dédiés – officiellement ou officieusement – aux femmes enceintes étrangères (Virole, 2020). Ces dispositifs sont variés et hétérogènes – permanence d'accès aux soins (PASS), consultation dédiée de protection maternelle et infantile (PMI), interprétariat, réseau de santé, etc. – mais ont en commun de favoriser l'accès aux soins des femmes enceintes étrangères. Bien que ces dispositifs participent en pratique à lutter contre les discriminations des femmes étrangères dans l'accès aux soins, leur dimension antidiscriminatoire y est néanmoins invisibilisée. L'action antidiscriminatoire au sein du champ périnatal est passée sous silence, ses « contours flous et incertains » (Bereni & Chappe, 2011). Cet article cherche à analyser les mécanismes d'invisibilisation de ces actions antidiscriminatoires au sein du champ périnatal, définies ici comme toute action qui – même si elle ne s'identifie pas elle-même comme « antidiscriminatoire » – participe en pratique à lutter contre les discriminations que connaît ce public dans l'accès aux soins.

- 5 Afin de comprendre les enjeux de l'invisibilisation de la lutte contre les discriminations des femmes étrangères dans le champ périnatal, l'article interroge le rôle des politiques publiques françaises, et notamment des logiques contradictoires de la politique migratoire et de la politique de santé. Les « objectifs antagonistes » du ministère de la Santé et du ministère de l'Intérieur (Klausser, 2019) affectent en effet considérablement les prises en charge proposées à ces femmes. D'un côté, la politique migratoire, poursuivant un objectif de lutte contre le « tourisme sanitaire », vise à restreindre toujours plus les droits des personnes étrangères dans leur accès aux soins (Carde, 2009), à l'exception des étrangères gravement malades « dignes » de la compassion nationale (Fassin, 2005 ; Ticktin, 2011). De l'autre côté, les politiques de santé périnatale tentent quant à elles d'inclure les femmes étrangères dans le système de santé, au nom de la réduction des inégalités sociales de santé (Virole, 2018). Ces oppositions politiques ont incité le champ périnatal à masquer ses actions en faveur de l'accès aux soins des femmes enceintes étrangères, et ce à tous les niveaux. On retrouve ainsi des mécanismes de dissimulation de l'action antidiscriminatoire dans les textes des politiques de santé périnatale, dans le ciblage des dispositifs dédiés et dans les pratiques des professionnel·le·s de santé. Ce processus d'invisibilisation de l'action antidiscriminatoire en faveur des femmes étrangères est ici le résultat d'une tentative du champ périnatal de trouver un « point d'équilibre » (Klausser, 2019) entre ses objectifs et ceux de la politique migratoire. Or, cet article soutient que l'invisibilisation des pratiques antidiscriminatoires a pour effet paradoxal de passer sous silence les discriminations vécues par ces femmes et d'empêcher ces dernières d'en prendre conscience.
- 6 Dans une première partie, l'article analyse les mécanismes d'invisibilisation de la lutte contre les discriminations des femmes étrangères dans les textes officiels des politiques de santé périnatale et des dispositifs dédiés. Dans une seconde partie, l'article s'intéresse aux stratégies déployées par les professionnel·le·s de santé pour invisibiliser leur action antidiscriminatoire et interroge les effets de ces stratégies sur la prise de conscience des discriminations par les femmes enceintes étrangères.

## Méthode

- 7 Les résultats sur lesquels s'appuie cet article sont issus d'une enquête qualitative menée dans le cadre d'une thèse de sociologie à l'École des hautes études en sciences sociales (Virole, 2018). Cette enquête ethnographique s'est déroulée de 2013 à 2015 à Paris et en Seine-Saint-Denis au sein de plusieurs structures de soins : trois maternités<sup>7</sup>, deux centres de PMI et un réseau de santé dédié aux femmes enceintes en situation de précarité en Île-de-France. Le dispositif d'enquête avait pour objectif de recueillir des données sur les types de prise en charge proposés, les représentations et pratiques des professionnel·le·s des dispositifs, ainsi que les retours des femmes enceintes ou venant d'accoucher sur leur suivi obstétrical. Plusieurs techniques d'enquête ont été mobilisées : des observations directes et des entretiens semi-directifs avec des professionnel·le·s et des usagères. L'analyse de ces données a permis de retracer de façon détaillée les parcours de soins de trente femmes étrangères.
- 8 Les observations directes ont porté sur des consultations obstétriques (n=200), des entretiens sociaux (n=30), des staffs médico-sociaux (n=8), des cours de préparation à l'accouchement (n=8) et des groupes de parole à destination de femmes enceintes

étrangères (n=8). Vingt-cinq entretiens semi-directifs ont été menés avec des professionnel·les de la périnatalité – du médical et du social –, recruté·es dans les dispositifs dédiés observés. Les entretiens ont porté sur leur parcours professionnel, leurs pratiques et leurs représentations vis-à-vis de la prise en charge des patientes étrangères.

- 9 Les observations de consultations obstétriques et des groupes de parole ont permis le recrutement d'enquêtées étrangères pour des entretiens individuels<sup>8</sup>. Les entretiens semi-directifs menés avec des femmes étrangères (n=30) ont porté sur leur parcours de soins et sur leurs interactions avec les professionnel·les de santé. Au moment de l'enquête, les enquêtées étaient suivies dans des maternités publiques de Seine-Saint-Denis (n=11), de Paris (n=15), des Yvelines (n=1), du Val-de-Marne (n=1) et de Bordeaux (n=2). La moitié des femmes avait déjà accouché (n=15) – dans leur pays d'origine (n=12) et certaines en France (n=5). Les enquêtées avaient entre 19 et 42 ans avec un âge médian de 27 ans et étaient arrivées en France depuis moins de cinq ans. Elles étaient originaires de seize pays différents, dont une grande majorité de pays d'Afrique subsaharienne (vingt sur trente). La plupart des enquêtées parlaient et comprenaient le français. Plus de la moitié d'entre elles était en situation irrégulière (vingt sur trente). Leur situation sociale, économique et résidentielle était marquée par la précarité.

## Une lutte contre les discriminations qui ne dit pas son nom

- 10 Depuis les années 1990, le champ périnatal s'est mobilisé pour favoriser l'accès aux soins des femmes étrangères, et particulièrement des femmes en situation irrégulière. Les politiques de santé périnatale ont légitimé la mise en place de dispositifs médico-sociaux dédiés<sup>9</sup> (Virole, 2020). Alors qu'en pratique ces actions participent à lutter contre les discriminations des femmes étrangères, leur caractère antidiscriminatoire n'est jamais mentionné. Cette omission n'est pas anodine, elle est révélatrice des stratégies employées par les acteurs du champ périnatal pour dissimuler son action antidiscriminatoire aux yeux de la politique migratoire.

## Masquer la politique de santé antidiscriminatoire

- 11 Les mécanismes d'exclusion des femmes enceintes étrangères au long de leurs parcours de soins ont été identifiés dès les années 1990 par les politiques de santé périnatale, qui y ont vu l'une des causes des risques périnataux élevés du public des femmes étrangères. Au sein de ce public, les femmes en situation irrégulière seront les premières à être identifiées comme public « prioritaire » par les politiques de santé périnatale. En 1994, le Plan périnatal les inclut dans le public des « démunis » qu'il serait nécessaire de prendre en charge prioritairement afin de réduire les inégalités sociales de santé<sup>10</sup>. À l'époque, un des objectifs du Plan est de « faciliter leur accès aux droits et à l'ouverture des droits », notamment l'obtention d'une couverture médicale. Toutefois, peu de moyens sont donnés à l'époque pour favoriser cet accès primaire aux soins<sup>11</sup>. En 2005, le nouveau Plan périnatal cible lui aussi les femmes « en situation sociale difficile » en y incluant « les femmes à la rue, les femmes en situation irrégulière, mais aussi parfois les femmes de foyers polygames, les femmes tsiganes, manouches, roms... les femmes détenues et les femmes mineures »<sup>12</sup>. Les axes de

propositions du Plan périnatal ne concernent plus seulement l'accès aux droits, mais aussi la qualité des soins. Trois propositions pour les femmes étrangères sont mises en avant : faciliter l'accès aux soins pour les femmes sans couverture médicale arrivées depuis moins de trois mois en France en appliquant la notion de « soins urgents », promouvoir le développement de l'interprétariat, et soutenir le travail en réseau<sup>13</sup>. En proposant l'interprétariat comme outil pour améliorer la qualité du suivi de grossesse des femmes étrangères, le plan permet de lutter contre les discriminations fondées « sur la non-maîtrise de la langue », critère officiel de discrimination dans le Code pénal. Ces politiques vont ainsi au-delà du principe de non-discrimination<sup>14</sup> dans l'accès à la prévention ou aux soins institué en 2002 dans le Code de la santé publique<sup>15</sup>, pour proposer des actions antidiscriminatoires visant à « infléchir les comportements des discriminateurs potentiels » (Bereni & Chappe, 2011 : 15). Toutefois, si les deux plans périnataux ciblent officiellement les femmes étrangères en proposant des leviers d'action pour favoriser l'accès primaire et secondaire aux soins de ce public, aucun ne mentionne le caractère antidiscriminatoire de leurs propositions<sup>16</sup>.

- 12 L'absence d'affirmation du caractère antidiscriminatoire des politiques de santé périnatale est révélatrice des tensions entre les politiques de santé et les politiques migratoires.
- 13 En premier lieu, les discriminations dans l'accès primaire que connaissent les femmes en situation irrégulière ne sont pas toutes condamnées par le Code de la santé publique, certaines sont légales car autorisées par le droit migratoire. Ces « discriminations légales » renvoient à l'ensemble des traitements défavorables autorisés et légitimés par le droit français au nom des objectifs de la politique migratoire (Le Défenseur des droits, 2016). Le Défenseur des droits considère ainsi que l'exclusion des personnes en situation irrégulière du régime général de la protection sociale est une discrimination légale, bien qu'elles aient accès à l'AME, car cette couverture médicale donne un accès limité au panier de soins<sup>17</sup> (Le Défenseur des droits, 2016). Cette discrimination légale est toutefois considérée comme « légitime » par le Conseil constitutionnel, car elle répond à l'intérêt général (« la lutte contre le tourisme médical ») et ne remet pas en cause les droits fondamentaux des personnes en situation irrégulière (Carde, 2009). Par ailleurs, d'autres discriminations, bien qu'illégales, sont conformes à l'esprit des politiques migratoires. En effet, celles-ci tentent d'intervenir régulièrement pour limiter l'accès primaire aux soins des personnes étrangères par le biais « des débats annuels du Parlement autour de l'AME », couverture médicale accusée de favoriser le tourisme sanitaire des étranger·e·s en situation irrégulière venant « profiter du système de santé français » (Izambert, 2016 : 98). Ces discours politiques participent à légitimer les refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de l'AME, pourtant reconnus par le Code de la santé publique comme des discriminations (Izambert, 2016). Ils nourrissent les « soupçons » des professionnel·le·s du champ périnatal contre les personnes sans-papiers, base sur laquelle ils·elles justifient de discriminer ce public, que ce soit au sein des CPAM<sup>18</sup> ou aux guichets des maternités publiques, en demandant par exemple aux femmes en situation irrégulière de fournir des pièces justificatives « *que par définition elles n'ont pas* » (Médecin PMI, Maternité B).
- 14 En second lieu, un des leviers d'action mobilisé par les politiques de santé périnatale pour favoriser la qualité du suivi de grossesse des femmes étrangères est le recours à l'interprétariat professionnel. En 2017, la Haute Autorité de santé argumente de la nécessité de l'interprétariat dans le domaine de la santé en s'appuyant sur le principe

de non-discrimination de la Charte sociale européenne<sup>19</sup>. Ce principe à valeur constitutionnelle laisse néanmoins en pratique « une grande liberté de discriminer » (Lochak, 2003 ; Bereni & Chappe, 2011). Bien que l'interprétariat soit soutenu depuis 2005 par les politiques de santé périnatale, il reste toutefois insuffisamment utilisé par les professionnel·les de santé. Les soignant·es justifient le peu de recours à l'interprétariat lors des consultations obstétriques par les contraintes budgétaires de l'hôpital public qui les dissuadent de recourir à une plateforme payante de traduction. Les pressions économiques amèneraient les professionnel·les de santé à opérer un tri dans les dépenses, pour certaines légitimes et pour d'autres illégitimes (Pierru, 2007). Cette illégitimité du « coût » de l'interprétariat est révélatrice de l'imprégnation des préjugés stigmatisants véhiculés par les discours politiques autour de l'étranger « profiteur du système de santé français » : « les soins des uns étant présentés comme une menace pour les soins des autres. » (Izambert, 2016 : 104)

- 15 La réticence des politiques de santé périnatale à s'affirmer en tant que politiques antidiscriminatoires prend tout son sens dans un contexte où le droit migratoire « fabrique » des discriminations légales (Chappe *et al.*, 2016), et participe à la légitimation des discriminations à l'encontre des femmes enceintes étrangères. Comme le souligne Estelle Carde, « les politiques migratoires nationales préparent un terrain propice aux discriminations » (Carde, 2012 : 43). Affirmer lutter contre les discriminations dans l'accès aux soins des femmes étrangères en remettant en question la légitimité des discriminations légales à l'encontre des femmes en situation irrégulière reviendrait alors à s'opposer de manière directe aux politiques migratoires.

### Ciblage officiel, ciblage officieux

- 16 La mise sous silence de la lutte contre les discriminations dans les textes officiels à l'échelon national se poursuit au niveau local par une invisibilisation du public des femmes étrangères au sein du ciblage des dispositifs qui pourtant favorisent leur accès aux soins. En Île-de-France, les professionnel·les du champ périnatal constatent que le public des dispositifs pour « exclues » est composé en grande majorité de femmes étrangères, pour beaucoup en situation irrégulière. Une assistante sociale travaillant dans un accueil de jour pour femmes et enfants « sans domicile » en Seine-Saint-Denis nous raconte que la grande majorité des femmes accueillies a immigré depuis moins d'un an sur le territoire français. Le réseau de santé observé cible quant à lui officiellement les femmes enceintes « en situation de précarité » sur toute l'Île-de-France. Toutefois, les femmes étrangères en errance résidentielle et souvent sans titre de séjour sont prioritaires, car elles cochent les cases des indicateurs de précarité<sup>20</sup>. Cette sélectivité au bénéfice des femmes en situation irrégulière ne fait d'ailleurs que s'accroître ces dernières années, alors que le réseau est, selon sa directrice, complètement « débordé » par son succès et a multiplié par trois ces inclusions depuis 2010<sup>21</sup>. En connaissance de cause, les professionnel·les médico-sociaux·les rencontré·es envoient des demandes d'inclusion au réseau seulement pour les femmes cumulant les indicateurs de précarité : en errance résidentielle, sans suivi de grossesse, primo-arrivante, sans titre de séjour, isolée, non francophone, etc. Ainsi, on peut constater un décalage entre le ciblage officiel du réseau – les femmes enceintes « en situation de précarité » – et son ciblage officieux, prenant en compte une diversité de critères liés à l'origine étrangère des femmes. D'autres dispositifs ciblent les femmes sans couverture médicale ou avec l'AME, sans mentionner officiellement la question de la migration.

Deux des trois maternités observées à Paris et en Seine-Saint-Denis disposent d'une permanence d'accès aux soins (PASS). Créés en 1998 et présentes dans la plupart des hôpitaux publics sous des formes hétérogènes (Fresson *et al.*, 2017), les PASS permettent d'accompagner les personnes vers l'obtention d'une couverture médicale, ou, si elles n'y ont pas le droit, vers une prise en charge gratuite au titre des « soins urgents ». Destinées officiellement aux personnes « sans couverture médicale », les PASS observées accueillent en réalité un public « largement constitué de personnes sans papiers nouvellement arrivées sur le territoire français » et « des demandeurs d'asile (qui n'ont pas encore déposé leur demande ou qui ont été déboutés) » (Geeraert, 2014 : 6). Enfin, une consultation de PMI dédiée aux femmes enceintes « vulnérables » au sein d'une maternité de l'Est parisien dispose de cinq critères d'inclusion<sup>22</sup>, dont les deux premiers sont de ne pas avoir de couverture médicale ou d'être bénéficiaire de l'AME. Or, ces deux critères concernent en pratique presque exclusivement des femmes étrangères (critère 1) sans titre de séjour (critère 2), population qui se révèle être majoritaire parmi la patientèle des consultations observées. Bien que les femmes étrangères constituent la majorité des bénéficiaires des dispositifs observés, celles-ci disparaissent du ciblage officiel des dispositifs, préférant cibler les « exclues », les femmes « sans couverture médicale » ou les femmes « vulnérables ».

- 17 L'action antidiscriminatoire fait donc l'objet d'une double invisibilisation dans le champ périnatal. Tout d'abord au sein des politiques de santé périnatale, niant le caractère antidiscriminatoire de leurs politiques, puis au niveau organisationnel, par l'absence des critères de nationalité ou de statut administratif dans le ciblage des dispositifs dédiés. Le choix de mobiliser des critères liés à la classe sociale plutôt qu'à la nationalité est révélateur du malaise français face aux discriminations ethno-raciales. De nombreux·ses auteur·es ont montré les processus mis en place au niveau local afin d'« esquiver » la question ethno-raciale au profit de celle du territoire ou de la classe sociale (Fassin & Fassin, 2008 ; Cerrato Debenedetti, 2018). Ce phénomène est exacerbé dans le champ de la santé, porté par les valeurs d'universalisme des soins (Bertossi & Prud'homme, 2010). L'État participe de cette invisibilisation des « sans-papiers » en déléguant une grande partie du soin des personnes étrangères aux associations dédiées aux « exclus » (Parizot, 2003 ; Rechtman, 2010 ; Virole, 2020)<sup>23</sup>. Comme le soutient une médecin PMI exerçant en Seine-Saint-Denis, le choix de nommer ou au contraire d'invisibiliser les personnes sans papiers est révélatrice d'un « *positionnement politique* » (Médecin PMI, Maternité B). Cibler les « exclus » au lieu de cibler les « sans-papiers » ou les « étrangères » alors même qu'elles représentent le public majoritaire des dispositifs dédiés, aurait le double avantage de préserver l'illusion de l'universalisme du soin à la française tout en évitant de se confronter aux politiques migratoires qui pourraient voir d'un mauvais œil tout traitement favorable à destination de ce public et remettre en question le financement de leur dispositif.

## Dissimuler l'action discriminatoire : professionnel·le·s de santé et patientes étrangères dans la lutte contre les discriminations

- 18 L'invisibilisation de l'action antidiscriminatoire dans les textes officiels a des effets considérables sur les pratiques des professionnel·le·s de santé prenant en charge les patientes étrangères au sein de ces dispositifs dédiés. Les professionnel·le·s de santé



développent des stratégies de dissimulation des traitements favorables auprès de leurs patientes étrangères. Or, en maintenant leurs patientes dans l'ignorance des mécanismes (anti)discriminatoires à leur encontre, ces stratégies ont pour effet d'entraver la lutte contre les discriminations par les concernées elles-mêmes.

## Cacher le ciblage aux patientes étrangères

- 19 La dissimulation du ciblage réel des dispositifs dédiés ne se limite pas aux critères officiels. Elle se conjugue également avec des stratégies de dissimulation du ciblage par les professionnel·les de santé auprès des patientes incluses dans les prises en charge différenciées. Dans la consultation PMI observée en maternité parisienne, les sages-femmes PMI ne précisaient jamais à la patiente qu'elle était suivie dans cette consultation car elle avait été identifiée comme « vulnérable ». À son inscription en maternité, la patiente était orientée par le secrétariat vers cette consultation, sans précision. Les professionnel·les, au nom de valeurs « universalistes » (Bertossi, 2009), minimisent le caractère ciblé de leur prise en charge pour éviter les effets stigmatisants. Selon une sage-femme exerçant lors de cette consultation, les patientes ne doivent pas se « rendre compte » qu'elles sont traitées différemment, vues par des professionnel·les spécifiques, ciblées par des dispositifs. Dans la maternité, les patientes attendent dans la même salle d'attente, au même étage, mais la consultation de la sage-femme PMI se déroule dans une salle d'examen dédiée. Dès lors, les femmes « n'ont pas l'impression qu'elles voient une sage-femme qui [ne] s'occupe que des patientes précaires, qui n'ont pas de couverture », car elles « sont dans la salle d'attente avec tout le monde » (Sage-femme PMI, Maternité C). La professionnelle de santé assume la non-transparence vis-à-vis du ciblage de sa consultation, l'essentiel étant que les patientes ne se sentent pas mises à part et ne soient pas ségréguées spatialement. Si elles ne peuvent invisibiliser entièrement le caractère dédié de leur dispositif, les sages-femmes PMI tentent de le minimiser en le rendant le plus transitoire et poreux possible. Pour que la consultation PMI ne soit pas « un ghetto », une sage-femme PMI souligne que les femmes sont « rebasculées » vers une consultation « classique » en cours de grossesse dès qu'elles obtiennent l'AME et si elles n'ont pas « de souci particulier » (Sage-femme PMI, Maternité C). Elle ajoute que ses patientes « sont intégrées au sein de la population générale » grâce aux cours de préparation à la naissance qui ne sont pas ciblés.
- 20 Par ailleurs, ces professionnelles de santé dissimulent leur prise en charge spécifique des femmes étrangères afin d'éviter une mise en concurrence des publics pouvant remettre en question leur dispositif dédié. Lors de la consultation PMI au sein de la maternité C., les patientes disposent d'un temps plus long (trente minutes au lieu de quinze dans les consultations de sages-femmes hospitalières) et d'un accompagnement avec la même sage-femme tout au long de la grossesse. Selon la sage-femme PMI, « c'est vrai qu'on a vraiment plus de temps auprès des patientes. Beaucoup plus le temps de les écouter, de les accompagner. C'est un autre suivi, c'est clair. Beaucoup plus individualisé » (Sage-femme PMI, Maternité C). Les patientes qui sont suivies dans cette consultation sont donc favorisées par rapport aux femmes qui sont prises en charge en consultation classique au sein de la même maternité. Leurs patientes « sans sécu » seraient parfois « mieux loties » que les patientes « avec sécu » (Sage-femme PMI, Maternité C).

D'ailleurs elles se plaignent les femmes qui ont la sécu qui sont dans le circuit Maternité C. Moi j'en ai plein qui me disent « alala on

change sans arrêt de sage-femme, on aimerait bien avoir la même toute la durée de la grossesse ». Du coup finalement elles [les patientes vues en consultation PMI] sont mieux loties faut croire ! [rires] Oui. C'est vrai que c'est pas évident pour les femmes de voir quatre sages-femmes différentes pendant tout le suivi de la grossesse, tous les deux mois elles changent du coup. Et puis elles trouvent aussi que les consultations sont trop rapides. Elles le disent hein. (Sage-femme PMI, Maternité C)

- 21 Au sein de la consultation PMI, les professionnelles de santé offrent une prise en charge personnalisée aux femmes étrangères alors même que la qualité des suivis obstétricaux en maternité s'est fortement dégradée, caractérisée par des temps de consultation de plus en plus courts et une rotation des sages-femmes. Ce dispositif pourrait alors s'apparenter à de la discrimination positive : il propose un accès préférentiel aux femmes étrangères à des espaces de soins où elles vont être particulièrement bien soignées, suspendant « provisoirement la norme de l'égalité de traitement afin de remédier des inégalités réelles dont sont victimes » ces femmes (Bereni & Chappe, 2011 : 15). Toutefois, cette discrimination positive n'est pas reconnue en tant que telle par les professionnelles de santé interrogées, qui rejettent cette expression : « *discrimination positive, non je n'aime pas ce terme* » (Sage-femme PMI, Maternité C). Cette opposition fait écho à une tendance générale dans le contexte français (Doytcheva, 2007), le terme « discrimination » ayant une connotation négative (Lochak, 2004). En dissimulant leur action antidiscriminatoire voire de discrimination positive au bénéfice des femmes étrangères, les professionnelles visent à protéger leurs patientes des tensions que cela pourrait susciter au sein de la maternité entre les femmes enceintes, et tentent ainsi de préserver l'existence de leur prise en charge dédiée.

## Les patientes étrangères face aux dispositifs antidiscriminatoires

- 22 En masquant leurs actions contre les discriminations auprès des femmes étrangères, les acteurs du champ de la santé périnatale maintiennent ces personnes dans l'ignorance de leurs droits et entravent leur capacité à se mobiliser contre ces discriminations.
- 23 Afin de pouvoir lutter contre une discrimination dont on a fait « l'expérience » (Dubet *et al.*, 2013), il est nécessaire en premier lieu d'en avoir conscience, c'est-à-dire d'arriver à qualifier une situation comme discriminatoire. Les travaux sociologiques ont révélé que la conscience de la discrimination dépend d'un ensemble de ressources sociales (capital social, culturel, économique) (Eckert & Primon, 2011). L'enquête « Trajectoires et origines » a montré par exemple que la « perception de la discrimination » est plus forte chez les descendant·es d'immigré·es que chez leurs parents eux-mêmes migrants (Beauchemin *et al.*, 2016 ; Cagnet *et al.*, 2012). Cette perception de la discrimination dépend grandement de la connaissance de ses droits (Pélisse, 2005). Or, les personnes étrangères, d'autant plus si elles sont primo-arrivantes, les méconnaissent fortement. Par ailleurs, du fait du climat « de peur et de soupçon » à l'encontre des étranger·es en France, nombre de personnes étrangères ont le sentiment de ne pas « mériter » leurs droits et y renoncent (Larchanché, 2012). En outre, les discriminations que subissent les femmes étrangères sont intersectionnelles (Crenshaw, 1989) et parfois paradoxales, ce qui les rend difficiles à identifier pour les personnes concernées. Comme nous avons pu le montrer dans d'autres travaux, les femmes étrangères connaissent des

discriminations dans l'accès aux soins périnataux du fait de leur origine étrangère et de leur manque de ressources économiques, mais bénéficient en parallèle d'une protection particulière des institutions du fait de leur genre, conditionnée à leur statut de mère en devenir (Virole-Zajde, 2016 ; Virole, 2018).

- 24 Les tensions entre les politiques migratoires et les politiques de santé complexifient encore davantage l'accès aux droits des femmes enceintes étrangères. En 2016, le Défenseur des droits regrettait qu'aucune plainte n'avait été déposée pour motif de refus de soins, alors même que les données de Médecins du monde laissaient penser qu'un médecin sur trois refusait de soigner des bénéficiaires de l'AME (Le Défenseur des droits, 2016). Comment savoir que vous pouvez porter plainte pour discrimination si une soignante refuse de vous soigner, alors même que vous n'avez pas le droit d'être sur le territoire français et que vous évitez tout contact avec la police de peur d'être arrêtée et expulsée ? Combien de femmes étrangères ont conscience que le non-recours à l'interprétariat pendant le suivi de grossesse est un motif de discrimination reconnu par la loi ? Les politiques migratoires les excluant du fait de leur situation irrégulière, nombreuses sont les femmes rencontrées qui s'attendaient à être aussi exclues du système de santé et ont retardé leur entrée dans le suivi de grossesse, mettant alors en danger leur santé et celle de leur futur enfant. C'est le cas d'Aminata, originaire de Côte d'Ivoire et en situation irrégulière, qui avait peur que l'hôpital lui demande « ses papiers ». Elle témoigne : « Je savais que j'étais enceinte, mais je n'avais pas de papiers pour aller à l'hôpital. Pour mes visites, le fait que je n'ai pas de papiers, que je n'ai pas d'argent, si je me rendais à l'hôpital ce n'était pas sûr que je puisse suivre les visites » (Aminata, Côte d'Ivoire). Suite aux conseils d'une compatriote qui la rassure sur le fait qu'elle ne risque pas d'être arrêtée si elle se rend à la maternité, Aminata débute finalement un suivi obstétrique à son cinquième mois de grossesse<sup>24</sup>.
- 25 La mise sous silence de l'action antidiscriminatoire se double en pratique d'une mise sous silence des discriminations que vivent les femmes étrangères. Les professionnel·le·s de santé ne mentionnent pas la question des discriminations en consultation, voire développent des stratégies pour les contourner sans que la patiente ne s'en rende compte. Consciente que certains échographistes de son territoire refusent les patientes avec une AME, cette sage-femme oriente ses patientes vers ceux dont elle sait qu'ils prennent l'AME.

**Enquêtrice :** Et il y a des professionnel·le·s qui refusent des AME ?

**Sage-femme :** Oui tout à fait. Moi par exemple par rapport aux échographes, j'en ai deux sur l'arrondissement qui prennent l'AME et c'est vrai que je ne vais adresser qu'à eux, je dois avouer. Il y en a un autre qui est très bien, mais qui prend pas l'AME. C'est vrai que je lui adresse très peu de patientes, forcément. Je trouve que c'est aberrant, mais bon voilà... Parce que normalement un médecin est censé soigner tout le monde et qu'il pourrait s'adapter et prendre l'AME pour le peu de patientes... en plus il aurait peu de patientes qui viennent avec l'AME... oui je trouve ça vraiment gênant. (Sage-Femme PMI, Maternité C)

- 26 En orientant sa patiente uniquement vers les échographistes non discriminants sans en informer sa patiente et sans dénoncer les pratiques discriminatoires des autres professionnel·le·s de santé, cette sage-femme protège sa patiente contre la

discrimination qu'elle aurait subie, mais entretient l'omerta sur les pratiques discriminatoires des professionnel·les de santé et entrave la prise de conscience des discriminations par les patientes étrangères elles-mêmes.

- 27 Dès lors, les femmes étrangères prises en charge au sein de dispositifs qui leur sont dédiés ont peu conscience d'avoir été l'objet de traitements préférentiels. Les patientes peuvent ainsi consulter durant toute leur grossesse une sage-femme PMI sans réaliser qu'elles sont accompagnées par un dispositif qui leur est dédié. Les femmes étrangères sont invisibilisées dans ces prises en charge : elles ne sont pas nommées (Davoudian, 2012), elles ne savent pas qu'elles sont ciblées, on leur cache les raisons de leur prise en charge spécifique. Les discriminées sont ici « mises à l'écart » de l'action antidiscriminatoire (Cerrato Debenedetti, 2018) : les professionnel·les de santé agissent à leur place sans les informer des enjeux qui pourtant les concernent. Comme dans le cas de l'action humanitaire qui appréhende les personnes auxquelles elle s'adresse « comme des victimes en attente d'aide » (Ticktin, 2011), ces actions antidiscriminatoires enferment les femmes étrangères dans un statut de sujet vulnérable, entravant leurs capacités à se mobiliser contre les discriminations qu'elles subissent.

## Conclusion

- 28 Les parcours de soins des femmes enceintes étrangères sont marqués par des discriminations multiples et paradoxales. D'un côté, elles sont confrontées à un ensemble de discriminations, légales et illégales, légitimées par les politiques migratoires. D'un autre côté, elles sont l'objet de politiques de santé ciblées visant à contrer ces discriminations par le biais de dispositifs dédiés développant une action antidiscriminatoire voire de discrimination positive.
- 29 Les logiques contradictoires des politiques migratoires et des politiques de santé ont toutefois incité les acteurs du champ de la santé périnatale à dissimuler leur lutte contre les discriminations faites aux femmes enceintes étrangères dans l'accès aux soins. Cette dissimulation s'opère dans la terminologie employée par les politiques de santé périnatale, dans le choix des critères de ciblage des dispositifs dédiés et dans les discours des professionnel·les de santé face à leurs patientes étrangères. Or, ces stratégies de dissimulation entravent la prise de conscience des discriminations par les concernées, et nuit aux potentielles mobilisations individuelles et collectives contre les discriminations qu'elles subissent.
- 30 L'étude des prises en charge dédiées aux femmes enceintes étrangères au sein du champ périnatal met en lumière la nécessité d'interroger le rôle paradoxal de l'État français dans la fabrique des discriminations dans l'accès aux soins. Elle invite le champ périnatal à affirmer politiquement son action antidiscriminatoire. Elle appelle à une modification conséquente des modalités de cette lutte contre les discriminations, devant se faire non plus seulement *pour*, mais *avec* les femmes étrangères. En repensant les actions antidiscriminatoires en son sein, le champ périnatal améliorera sans aucun doute l'efficacité de sa lutte contre les inégalités de santé des femmes étrangères, persistantes malgré trente ans de politiques ciblées.

*L'auteure tient à remercier Élise Marsicano pour ses relectures et son soutien.*

---

## BIBLIOGRAPHIE

- BEUCHEMIN C., HAMEL C. et SIMON P., 2016. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Paris, INED.
- BERENI L. et CHAPPE V., 2011. « La discrimination, de la qualification juridique à l'outil sociologique », *Politix*, 94 : 9-24.
- BERTOSSI C., 2009. « La république "modèle" et ses discours modélisants : l'intégration performative à la française », *Migrations société*, 122 : 39-76.
- BERTOSSI C. et PRUD'HOMME D., 2010. « La "diversité" à l'hôpital : identités sociales et discriminations », Étude du Centre migrations et citoyennetés de l'Ifri, [www.ifri.org/sites/default/files/atoms/files/synthesesdfr.pdf](http://www.ifri.org/sites/default/files/atoms/files/synthesesdfr.pdf) (page consultée le 23/09/2021).
- CARDE E., 2009. « Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires ? La loi et l'illégitime », *Santé publique*, 21 : 331-337.
- CARDE E., 2012. « Mères, migrantes et malades en Guyane et à Saint-Martin : la maternité au croisement de rapports sociaux inégalitaires », *Autrepart*, 60 : 77-93.
- CERRATO DEBENEDETTI M.-C., 2018. *La Lutte contre les discriminations ethno-raciales en France. De l'annonce à l'esquive (1998-2016)*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- CHAPPE V., EBERHARD M. et GUILLAUME C., 2016. « La fabrique des discriminations », *Terrains et travaux*, 29 : 5-19.
- COGNET M., 2014. « Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé », *Rhizome*, 52 : 8-9.
- COGNET M., GABARRO C. et ADAM-VEZINA E., 2009. « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes et migrations*, 1282 : 54-65.
- COGNET M., HAMEL C. et MOISY M., 2012. « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, 28, 2 : 10-34.
- CRENSHAW K., 1989. « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics », *The University of Chicago Legal Forum*, 140 : 139-167.
- DAVOUDIAN C., 2012. *Mères et bébés sans-papiers, une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?* Toulouse, ERES.
- DORLIN E., 2009. *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*. Paris, PUF.
- DOYTCHEVA M., 2007. *Une discrimination positive à la française ? Ethnicité et territoire dans les politiques de la ville*. Paris, La Découverte.
- DUBET F., COUSIN O., MACÉ E. et RUI S., 2013. *Pourquoi moi ? L'expérience des discriminations*. Paris, Seuil.
- ECKERT H. et PRIMON J.-L., 2011. « Introduction. Enquêter sur le vécu de la discrimination », *Agora débats/jeunesse*, 57 : 53-61.

- FALQUET J. et KIAN A., 2015. « Introduction : Intersectionnalité et colonialité. Débats contemporains », *Les cahiers du CEDREF*, 20 [en ligne], <https://journals.openedition.org/cedref/731#quotation> (page consultée le 23/09/2021).
- FASSIN D., 2005. « Biopouvoir ou biolégitimité ? Splendeurs et misères de la santé publique », In GRANJON M. C. (dir.), *Penser avec Michel Foucault. Théorie critique et pratiques politiques*. Paris, Karthala : 161-181.
- FASSIN D. et FASSIN E., 2008. *De la question sociale à la question raciale*. Paris, La Découverte.
- FRESSON J., REY S., VANHAESEBROUK A. et VILAN A., 2017. « Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et résultats*, 1031 : 1-8.
- GABARRO C., 2012. « Quand la Roumanie adhère à l'Union européenne : quels changements dans l'accès à la couverture maladie universelle pour les ressortissants communautaires ? », In LURBE I PUERTO K. et LE MARCIS F. (dir.), *Endoétrangers. Exclusion, reconnaissance et expérience des Rroms et gens du voyage en Europe*. Paris, Academia-Le Bruyant : 87-109.
- GEERAERT J., 2014. « Une médecine de la précarité à l'hôpital. Tensions et enjeux sur la conception du soin. Le cas des Permanences d'accès aux soins de santé », In PIERRE T., FERNANDES A., MORALES LA MURA Q., KESSLER-BILTHAUER D. et MEGHERBI S. (dir.), *Autour du soin. Pratiques, représentations, épistémologie*. Nancy, Presses universitaires de Nancy : 654-669.
- GELLY M. et PITTI L., 2016. « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, 58 : 7-18.
- IZAMBERT C., 2016. « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? », *Agone*, 58 : 89-105.
- KLAUSSER N., 2019. « L'étranger gravement malade : un statut fragmenté pour des garanties augmentées ? », *Revue des droits de l'homme*, 15 [en ligne], <https://journals.openedition.org/revdh/5338> (page consultée le 24/09/2021).
- LARCHANCHÉ S., 2012. « Intangible obstacles: Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France », *Social Science and Medicine*, 74, 6 : 858-863.
- LE DÉFENSEUR DES DROITS, 2016, « Les droits fondamentaux des étrangers en France », [www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2016/05/les-droits-fondamentaux-des-etrangers-en-france](http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2016/05/les-droits-fondamentaux-des-etrangers-en-france) (page consultée le 23/09/2021).
- LOCHAK D., 2003. « Loi du marché et discrimination », In BORRILLO D. (dir.), *Lutter contre les discriminations*. Paris, La Découverte : 11-37.
- LOCHAK D., 2004. « La notion de discrimination », *Confluences Méditerranée*, 48 : 13-23.
- LOMBAIL P. et PASCAL J., 2005. « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, 8, 3 : 31-39.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, 2010. « Évaluation du plan périnatalité 2005-2007 », Paris.
- MOUJOU N., 2008. « Effets de la migration sur les femmes et sur les rapports sociaux de sexe. Au-delà des visions binaires », *Les cahiers du CEDREF*, 16 : 57-79.
- NACU A., 2011. « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, 53, 1 : 109-130.
- PARIZOT I., 2003. *Soigner les exclus*. Paris, PUF.

PÉLISSE J., 2005. « A-t-on conscience du droit ? Autour des Legal Consciousness Studies », *Genèses*, 59 : 114-130.

PIERRU F., 2007. *Hippocrate malade de ses réformes*. Paris, Éditions du Croquant.

PRUD'HOMME D., 2016. « Du "soin global" au traitement discriminatoire. La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien », *Terrains et travaux*, 29 : 85-104.

RECHTMAN R., 2010. « La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels », In FASSIN D. (dir.), *Les Nouvelles frontières de la société française*. Paris, La Découverte : 101-128.

SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., SAUCEDO M., DREWNIAK N., BLONDEL B. et BOUVIER-COLLE M.-H., 2012. « Santé périnatale des femmes étrangères en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3-4 : 30-34.

SAUVEGRAIN P., 2012. « La santé maternelle des "Africaines" en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, 28 : 81-100.

SAUVEGRAIN P., CARAYOL M., EGO A., CRENN-HEBERT C., BUCOURT M. et ZEITLIN J., 2015. « Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique ? L'exemple de la situation en Seine-Saint-Denis », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 6-7 : 116-122.

SAUVEGRAIN P., ZELDA S., GONTHIER C., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., SAUCEDO M., DENEUX-THARAUX C. et AZRIA E., 2017. « Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 19-20 : 389-395.

TICKTIN M., 2011. *Casualties of Care : Immigration and the Politics of Humanitarianism in France*. Berkley, California University Press.

VIROLE-ZAJDE L., 2016. « Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France », *Genre, sexualité & société*, 16 [en ligne] <https://journals.openedition.org/gss/3862> (page consultée le 24/09/2021).

VIROLE L., 2018. « Grossesse et reconnaissance du sujet. Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France », Thèse de doctorat, EHESS [en ligne] <http://www.theses.fr/2018PSLEH091> (page consultée le 24/09/2021).

VIROLE L., 2020. « Dispositifs dédiés, effets ambivalents. La prise en charge spécifique des femmes enceintes primo-arrivantes dans le champ périnatal en France », *Émulations*, 35-36 [en ligne], <https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/virole> (page consultée le 24/09/2021).

## NOTES

1. Le terme « étrangère » renvoie aux femmes nées à l'étranger n'ayant pas la nationalité française. Il inclut les femmes en situation régulière et celles en situation irrégulière en France, de toute origine nationale.
2. Entendues dans l'article comme des traitements défavorables, légaux et illégaux, fondés sur l'origine étrangère des individus.
3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : Article L1110-3 : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne

pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du Code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.» ([www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015&categorieLien=id), page consultée le 24/09/2021)

4. Article 225-1 du Code pénal : « Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée. » ([www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033461473&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20161120](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033461473&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20161120), page consultée le 24/09/2021).

5. Selon l'Insee, en 2013, quatre personnes immigrées sur dix vivaient en Île-de-France (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3136640>, page consultée le 24/09/2021). En Seine-Saint-Denis, la proportion de femmes étrangères est plus élevée que dans les autres départements de la région (Sauvegrain *et al.*, 2015).

6. Le département de Seine-Saint-Denis « présente des taux de mortalité périnatale et infantile de 30 à 50 % plus élevés que la moyenne française depuis la fin des années 1990 » (Sauvegrain *et al.*, 2015 : 116).

7. Maternité A (Paris), B (Seine-Saint-Denis) et C (Paris).

8. Le consentement des patientes était sollicité à deux reprises. 1. Au début de la consultation ou du groupe de parole : je me présentais ainsi que ma recherche et demandais à la patiente si elle acceptait ma présence en lui signifiant son caractère non obligatoire. La plupart du temps la patiente donnait son accord. Toutefois, il est arrivé que certaines patientes expriment un refus ou un malaise quant à ma présence, auquel cas je sortais de la salle. 2. À la fin de la consultation ou du groupe de parole : je proposais aux femmes enceintes ou venant d'accoucher qui avaient connu une migration internationale de faire un entretien individuel en soulignant son caractère non obligatoire et anonyme.

9. Nous appelons « dispositif dédié », tout dispositif dédié – officiellement ou officieusement – aux femmes enceintes exclues ou précaires, et dont le public réel est composé en majorité de femmes enceintes étrangères.

10. Haut comité de la santé publique, *La Sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance-Plan périnatalité*, Rennes, 1994, p. 101.

11. Cour des comptes, « La politique de périnatalité », *Rapport public annuel 2006*, 2006, pp. 365-398 ([www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Rpa2005Integrale.pdf](http://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Rpa2005Integrale.pdf), page consultée le 24/09/2021).

12. Ministère de la Santé et des Sports, *Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité*, Paris, 2004, p. 11.

13. Ce plan échoue en grande partie lui aussi dans ses objectifs. Évalué en 2010 par le ministère de la Santé, le plan serait « peu moteur » sur la prise en charge des « publics précaires », les moyens peu mobilisés et les mesures partiellement mises en œuvre et de façon disparate, notamment en fonction des territoires (ministère de la Santé et des Sports, 2010).

14. Le principe de non-discrimination désigne l'interdiction de traiter moins favorablement une personne en raison de critères, réels ou supposés.



15. Réactualisée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 qui en précise les conditions de plainte et les sanctions à l'encontre des professionnel·les de santé. ([www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000037950426&dateTexte=&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000037950426&dateTexte=&categorieLien=id), page consultée le 24/09/2021).
16. Le Plan de 1994 mentionne en revanche un dispositif qui ne ferait « aucune discrimination », comme la PMI : « service gratuit accessible à tous sans aucune discrimination : une personne dépourvue de toute couverture sociale peut s'adresser à la PMI pour un suivi de sa grossesse, sans aucun débours. » (p. 64).
17. « Les frais de cures thermales, les actes techniques et les examens de biologie médicale spécifiques à l'assistance médicale à la procréation ainsi que les médicaments et produits nécessaires à leur réalisation, et les médicaments à service médical rendu faible remboursés à 15 % sont exclus du dispositif de l'AME et restent intégralement à votre charge. » (<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>, page consultée le 24/09/2021).
18. Les travaux de Céline Gabarro *et al.* montrent comment les agents des caisses de CPAM justifient les refus d'obtention de l'AME ou de la CMU (remplacée par la PUMA depuis) au nom de préjugés xénophobes à l'encontre des personnes en situation irrégulière, mais aussi de certaines personnes pourtant citoyennes de l'Union européenne : les personnes dites « Roms/Roumains » (Cognet *et al.*, 2009 ; Gabarro, 2012).
19. « Les politiques publiques européennes et nationales recommandent l'interprétariat dans le domaine de la santé. Parmi les textes de référence relatifs aux droits des patient·es peut être citée la Charte sociale européenne (révisée). Conseil de l'Europe. Strasbourg, 3.V.1996 (14), Partie V – Article E – non-discrimination : “La jouissance des droits reconnus dans la présente Charte doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation”. » (Haute Autorité de santé, *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*, Paris, 2017, p. 18).
20. Dans sa fiche de liaison, certaines questions, déterminant ou non l'admission d'une femme dans le Réseau, portent sur la migration : « Est-ce que cette femme parle français ? », « Est-ce qu'elle a un titre de séjour ? ». La langue ou le titre de séjour sont considérés comme des indicateurs de précarité.
21. La directrice du réseau évalue « à la louche » à 2 000 femmes enceintes par an en errance résidentielle sur l'Île-de-France, sur les 180 000 naissances. Environ 1 % des femmes qui accouchent chaque année dans la région seraient recrutées par le réseau.
22. Dans ces consultations destinées aux femmes « vulnérables » sont orientées les patientes qui correspondent à un ou plusieurs de ces critères : 1. ne pas avoir de couverture médicale, 2. avoir l'AME, 3. être victime de violences conjugales, 4. être mineure et 5. être toxicomane.
23. La plupart des dispositifs susmentionnés ont un statut associatif précaire ou dépendent « d'enveloppes précarité » des institutions hospitalières, comme les PASS. Par ailleurs, avant d'arriver en PMI ou en maternité, nombre de femmes étrangères rencontrées avaient d'abord passé la porte d'un centre de soins de l'association Médecins du monde.
24. La Haute Autorité de santé recommande aux femmes enceintes de commencer leur suivi obstétrique avant la dixième semaine d'aménorrhée, soit à deux mois de grossesse. Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne santé : Indications de la césarienne programmée à terme, Paris, 2012 ([www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications\\_cesarienne\\_programmee\\_-\\_recommandation\\_2012-03-12\\_14-44-28\\_679.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf), page consultée le 23/09/2021).

---

## RÉSUMÉS

Depuis les années 1990, les politiques de santé périnatales françaises ont identifié les femmes étrangères comme un public au risque périnatal élevé à prendre en charge de manière prioritaire au sein de dispositifs dédiés. Bien qu'en pratique ces dispositifs médico-sociaux luttent contre les discriminations que connaît ce public dans l'accès aux soins, leur dimension antidiscriminatoire y est néanmoins invisibilisée. Cet article analyse les mécanismes d'invisibilisation de ces actions antidiscriminatoires au sein du champ périnatal au regard des logiques contradictoires de la politique de santé et de la politique migratoire française. Il montre que la mise sous silence de l'action antidiscriminatoire dans les textes des politiques de santé périnatale, dans le ciblage des dispositifs dédiés et dans les pratiques des professionnelles de santé entrave la prise de conscience des mécanismes discriminatoires par les femmes étrangères, limitant leur capacité à se mobiliser contre les discriminations.

Since the 1990s, French perinatal health policies have identified foreign women as a population with high perinatal risk to be addressed as a priority within dedicated facilities. Although in practice these facilities fight against the discrimination that this population faces in the access to healthcare, their anti-discriminatory dimension is not visible. This article analyzes the mechanisms of invisibility of these anti-discriminatory actions within the field of perinatal care, with regard to the contradictory logics of French health and immigration policies. The silencing of anti-discriminatory action in perinatal health policy texts, in the targeting of dedicated facilities, and in the practices of healthcare professionals hinders foreign women's awareness of discriminatory processes. Due to this, the women's ability to mobilize themselves against discrimination is therefore limited.

## INDEX

**Mots-clés :** discrimination, immigration, périnatalité, accès aux soins, politiques publiques, actions antidiscriminatoires, Paris, Seine-Saint-Denis, France

## AUTEUR

### LOUISE VIROLE

Institut La Personne en Médecine, Université de Paris - Recherche PARCOURS-COVID Fellow de l'IC Migrations (2021-2025), [Louise.virole@sciencespo.fr](mailto:Louise.virole@sciencespo.fr)