

R F A S

Revue française des affaires sociales

Appel à contribution pluridisciplinaire sur :

**« Migrations et santé : faire face au soin entravé.
Contraintes, expériences, mobilisations »**

pour le troisième numéro de 2024 de la RFAS.

Le dossier sera coordonné par Estelle d'Halluin (Cens, Nantes Université, ICM), Chloé Tisserand (CeRIES, Université de Lille, ICM) et Simeng Wang (Cermes3, CNRS, ICM).

Cet appel à contribution s'adresse aux chercheuses et chercheurs en sociologie, anthropologie, économie, démographie, statistique, droit, science politique, science de l'éducation, histoire et géographie.

Les propositions d'articles sont attendues pour le mardi 31 octobre 2023.

Les auteur·rice·s intéressé·e·s sont invité·e·s à envoyer une brève note d'intention (une page, environ 500 mots) indiquant le titre provisoire de leur article, le terrain mobilisé, la problématique envisagée et une bibliographie indicative, sous format Word (times new roman 12, interligne simple).

Les articles sont attendus avant le mardi 12 mars 2024.

Dans ce numéro de la *Revue française des affaires sociales*, nous proposons d'éclairer les liens entre migration et santé autour d'un questionnement sur de multiples configurations sociales dans lesquelles le soin est entravé en France. Le soin est ici entendu comme le travail (professionnel et profane) visant à prendre en charge la maladie. Étymologiquement, l'entrave constitue ce lien qui freine la marche. Elle renvoie ici d'une part, à tous les obstacles aux soins du côté des patients, d'autre part aux contraintes – produits de politiques –, notamment socio-économiques, organisationnelles et administratives auxquelles les acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux font face dans la réalisation des soins. Quelles sont ces contraintes ? Quelle expérience en font les personnes directement concernées ? Et aussi, comment ces dernières y font-elles face pour y remédier ?

La part des migrants dans le monde, 3,6 % aujourd'hui, a crû régulièrement depuis l'après-guerre, et s'est accélérée au tournant des années 1980 (OIM, 2023) dans un contexte de mondialisation des échanges (matériels, financiers, d'informations...). Le terme « migrant » est entendu au sens de l'Organisation internationale des migrations, dont la définition est large : elle inclut à la fois des personnes « immigrées » (selon l'INSEE, nées étrangères à l'étranger et résidant en France) et des personnes en transit sur le territoire, pour lesquelles la condition de résidence est discutable (elles évoluent dans des espaces à la marge, de passage). Bien qu'il ait fait l'objet de nombreuses critiques en sciences sociales, nous préférons retenir ici ce terme de « migrant », par l'inclusion à la fois du prisme de l'émigration et de celui de l'immigration, dans la perspective critique d'Abdelmalek Sayad (1977). L'Europe constitue l'un des principaux pôles de mobilité, soit au sein du continent (et plus particulièrement de son espace de libre circulation), soit à une échelle intercontinentale (Wihtol de Wenden, 2017). En 2021, selon les données de l'INSEE (2023), sur les 447,3 millions d'habitants des 27 pays de l'Union européenne (UE27), 37,5 millions sont étrangers et 55,4 millions sont immigrés, nés dans un pays étranger, soit respectivement 8,4 % et 12,4 % de la population européenne. La diversité des parcours migratoires, des statuts et des conditions de vie marque cette expérience de la migration et de l'installation : celle des élites mondialisées (Wagner, 2020) des grandes métropoles ayant peu de traits communs avec les étrangers en situation liminale dans des *hotspots* aux frontières grecques ou au sein des « jungles » du Calais, ou encore des « badanti » auxiliaires de vie – souvent femmes étrangères – auprès des personnes en perte d'autonomie. Par conséquent, les types de migrations (de travail, familiale, pour études supérieures, en contexte de guerre...) dans lesquels s'inscrivent les personnes produisent de la différenciation sociale et induisent des variations en termes d'exposition aux risques sanitaires (Attias-Donfut et Tessier, 2005), mais également en termes de recours aux soins, de traitements médicaux par les professionnels de santé, ou encore, plus largement, de pratiques de santé (Hollingshead et Redlich, 1958 ; Blanc et Monnais, 2007). Parmi ces différentes figures de migrants, ce numéro s'intéresse plus particulièrement aux personnes en situation de précarité¹, qu'elle soit économique, souvent liée à une insécurité de l'emploi ou qu'elle soit résidentielle, administrative, mais aussi relationnelle. C'est ainsi qu'il faudra entendre le terme de « migrants en situation de précarité » dans cet appel à contribution.

¹ En ce sens, nous nous attachons aux différentes dimensions de la précarité soulignées par Jean-Claude Barbier dans son article « La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale » (2005).

Il existe une abondante littérature en sciences sociales sur la santé des migrants (Charbit, 1990), et notamment sur les inégalités sociales de santé et les difficultés d'accès aux soins de certaines populations. Sont entre autres explorés les facteurs de vulnérabilité associés au travail (Bennagi et Bourdillon, 1990 ; Izambert, 2010), au genre (Lee, 2018 ; Kashnitsky, 2018 ; Pourette, 2012), à l'âge (Attias-Donfut et Tessier, 2005 ; Rodriguez et Tisserand, 2015) et à l'origine (Carde, 2011). Nombre d'enjeux ne sont d'ailleurs pas spécifiques aux migrants : les inégalités sociales devant la maladie, le bien-vieillir et la mort (Aïach, 2010 ; Fassin, 2000), les obstacles à l'accès aux soins et le renoncement aux soins (Desprès, 2013), par exemple. Les populations à la marge ont ainsi souvent une appréhension du monde médical et attendent « le dernier moment » pour être soignées (Ménoret-Calles, 1997). Pour autant, certains enjeux de santé sont plus spécifiques aux immigrés et ont été mis en évidence autour, d'abord, de l'intrication entre les orientations des politiques d'immigration (effets des dispositifs de contrôle, surveillance d'un « autre menaçant/contagieux », précarité de certains statuts administratifs, droits réduits à une protection sociale) ; ensuite, autour de processus de racialisation, produisant plus spécifiquement des discriminations liées à l'origine dans le soin (Cognet, 2017)². Rappelons que l'état de santé des immigrés tend à se dégrader dès leur arrivée en France dans le pays d'accueil (Desgrées du Loû *et al.*, 2017).

Ces constats n'ont pas été sans rejaillir sur les politiques publiques de lutte contre les inégalités sociales de santé visant à améliorer la santé des populations en situation de précarité, et parmi elles des populations migrantes. Différentes actions collectives – initiées notamment par des mobilisations associatives – ont participé d'une évolution des politiques de santé. Des réformes plus globales du système de santé ont pu avoir des effets sur l'accès aux soins de groupes ciblés comme plus vulnérables. Dans les années 1980, la diffusion du concept d'exclusion sociale – depuis critiqué (Fassin, 1996 ; Castel, 2013) – a abouti au développement de politiques qui ont adossé le social au médical comme réponse pour soigner les publics dits « précaires ». Des dispositifs de soin étatiques ou associatifs spécifiques leur sont dévolus, comme peuvent l'illustrer les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) inscrites dans la loi contre l'exclusion de 1998 (Parizot, 2003) ou encore plus récemment sur fond de politique de territorialisation, les interventions relevant de « l'aller-vers » (Sempé et Siffert, 2022 ; Lahya et Arapian, 2022 ; Einhorn *et al.*, 2018). Dans des plans régionaux de santé, ou au cœur d'initiatives locales, les pouvoirs publics ont pu constituer des catégories d'immigrés comme populations cibles et déployer des initiatives particulières vis-à-vis de ceux-ci.

Ces dispositifs promus comportent toutefois des écueils et le soin peut rester entravé. C'est sur cette dernière configuration que ce numéro se penche. En effet, les inégalités persistent et les tensions demeurent entre promotion universelle de la santé et politiques migratoires sélectives. Récemment, une enquête menée par plusieurs associations (Cimade *et al.*, 2023) pointe la persistance des refus de soins à l'endroit des étrangers en situation administrative précaire. De la croyance en l'existence d'un « tourisme médical » découlent des logiques de tri et de hiérarchisation des dossiers (Geeraert, 2016), un accès aux soins différencié. Dans une société où le corps souffrant est devenu support de droits (Mbaye, 2009), l'ère du soupçon s'étend (Bricaud et Thibaudeau, 2017). Face à la complexification de l'accès aux soins, en partie liée

² Notons ici qu'elles peuvent également concerner des citoyens français, par exemple des descendants d'immigrés, faisant l'objet de processus d'assignation ethno-raciale.

à des raisons administratives (Gabarro, 2012) ou même géographiques, des patients finissent aussi par renoncer à se soigner ou par s'éloigner des structures médicales françaises. Ils se retrouvent alors exclus du soin proposé par la puissance publique et celui-ci se réduit parfois à sa forme la plus rudimentaire. Ces questions ont été un enjeu de mobilisation de nombreux et divers acteurs, dont des migrants eux-mêmes (Carde, 2007 ; Cognet, 2017 ; Adam-Vézina, & Bascougnano ; Fassin, Carde, Ferré, & Musso, 2001). Enfin, d'autres travaux montrent des discriminations persistantes dans le soin, liées notamment aux préjugés qui habitent certains professionnels de santé (Sauvegrain, 2021) ou travailleurs sociaux (Mathieu, 2020).

Partant de ce constat, ce numéro de revue se propose d'analyser comment patients, professionnels, pouvoirs publics font face aux situations dans lesquelles le soin est entravé. Il s'agit de restituer à la fois les contraintes qui pèsent dans le travail de soin et les politiques qui les sous-tendent, les expériences des patients, de leurs proches et des personnes qui les accompagnent (professionnels ou profanes) et les mobilisations ayant contribué à transformer les pratiques.

Dans cet appel à contribution, nous espérons rassembler des enquêtes empiriques. Elles peuvent porter sur des configurations de soin moins explorées, telles que les pratiques de soins dans les espaces de confinement ou de transit, lors de la traversée des frontières vers la France. Elles peuvent également explorer les entraves pesant sur des catégories de populations spécifiques. En ce sens, des travaux portant sur les personnes âgées migrantes, les mineurs non accompagnés (MNA), les femmes, les personnes LGBTQI+, les personnes migrantes en situation de handicaps ou de troubles psychiques seront les bienvenus. Enfin, si l'ordre négocié avec les professionnels de santé est une dimension incontournable, nous intéressent aussi ici des terrains attentifs au contexte familial et à la négociation intergénérationnelle ou intra-conjugale des sujets éprouvés par la maladie face à la prise de décision thérapeutique (Weber, 2012) et à sa mise en pratique.

Axe 1 - Expériences subjectives des patients migrants précarisés : soin formel, soin à la marge et stratégies

Le premier axe porte d'abord sur la façon dont les patients migrants précarisés se représentent et perçoivent la prise en charge sanitaire et l'offre de soin qui leur sont proposées, comment ils se les approprient, mais également comment ils composent avec les difficultés d'accès aux soins, voire les processus de marginalisation du système établi.

Les états de santé des migrants tiennent à de multiples variables. À titre d'illustration, des travaux en santé publique ont bien établi que le lieu de résidence favorise ou non le degré d'exposition aux risques de santé (Lévy-Vroelant, 2006 ; Fassin, 2021). Ainsi, le risque d'iatrogénie médicamenteuse (Rodriguez et Tisserand, 2017) existe particulièrement dans un espace sans cadre sanitaire défini tel qu'on pouvait le voir dans la *new jungle* de Calais, où les bonnes volontés éparses ont multiplié les délivrances de médicaments. Les marges désertées par les dispositifs majeurs de santé laissent place à des acteurs de santé moins conventionnels et conventionnés. Les usages du soin diffèrent selon le lieu de résidence. Par exemple, une étude menée auprès des travailleurs immigrés âgés dans un foyer de Nanterre montre que le fait de résider dans un espace restreint engendre un recours au soin limité (Pedrero, 2021). Rappelons que « les immigrés sont surreprésentés dans les quartiers prioritaires de la politique

de la ville (QPV), qui comptent une part importante de logements sociaux : 23 % d'entre eux y résident, contre 7 % de l'ensemble de la population de 18 à 59 ans » (INSEE, mars 2023). Ils le sont aussi d'ailleurs dans les métiers précaires (DARES, 2023). À la lumière de ces constats, en quoi la condition d'immigré entrave-t-elle la trajectoire de soin ? Quel sens les migrants lui donnent-ils ?

Des dispositifs médicaux spécifiques sont mis en place dans le cadre du contrôle des politiques migratoires, des politiques d'accueil et des politiques d'intégration et sont susceptibles de produire des effets sur leur condition de santé. Dans ce paysage éclectique de médicalisation, nous nous intéressons à la façon dont les bénéficiaires incorporent les normes sanitaires singularisées et désingularisées (Fassin, 2019) proposées. Rappelons que les interventions sanitaires – qui tiennent compte de l'environnement des patients (Parizot, 2003) – visent à la fois à repérer la souffrance dans des lieux de vie à la marge, à réduire « l'inégalité des vies » (Fassin, 2020) et à réorienter des personnes précarisées vers le droit commun du système de santé. Mais ces multiples administrations du soin ont aussi leur propre logique, certaines préférant les soins ciblés telle la santé communautaire (Tessier *et al.*, 2004) ou l'ethnopsychiatrie (Devereux, 1998 ; Laplantine, 1988) aux soins désingularisés. Alors que l'offre de soins semble plurielle, pourquoi le soin entravé perdure-t-il pour certains patients ? Des travaux de recherche interrogeant le caractère réflexif des patients migrants et leurs usages du soin seraient les bienvenus pour saisir leur point de vue sur le système de santé établi et les nouveaux dispositifs de médiation, remédiation et « d'aller-vers » mis en place. Le travail émotionnel (Hochschild, 2003) des patients ou de leur entourage (parents, conjoints, enfants) face aux diagnostics et aux modalités de prise en charge (Wang, 2013), ainsi que la question du rapport au soin imbriquée dans celle des statuts administratifs et trajectoires migratoires (Wang, 2016a) nous intéressent aussi puisqu'elle permet de révéler des continuités ou des ruptures thérapeutiques.

Au-delà des dispositifs de soin, Camille Schmoll (2011, 2020) rappelle comment le corps est transfiguré par la migration. Cette dernière constitue un processus d'accélération du vieillissement tout comme les épreuves de l'exil usent, fatiguent, sont susceptibles d'engendrer des pathologies physiques (Tisserand, 2023) et psychiques (Larchanché, 2017 ; Saglio-Yatzimirsky, 2018). Il serait intéressant, pour ce dossier, d'explorer dans ce contexte l'expérience de la maladie dans sa chronicité, à travers la somatisation du corps (Dao, 2012), pendant des âges de la vie singuliers comme la retraite (Madoui, 2015), ou encore ses dits et ses non-dits par rapport aux normes sociales du pays d'origine (Wang, 2017 ; Womersley et Kloetzer, 2018).

Dans cette approche, la frontière est devenue centrale pour penser le corps et constitue finalement un déterminant de santé intrinsèquement lié aux politiques européennes sécuritaires ; ainsi émerge le concept de corps-frontière (Guénif-Souilamas, 2010). Ce dernier se retrouve empêché dans sa mobilité sous l'effet d'une « frontiérification croissante » (Andrijasevic et Walters, 2011) et des « systèmes de captures » que ce processus lui tend (Bernardot, 2012 ; Bigo, Bocco et Piermay, 2009). Les exilés³ sont davantage exposés à la

³ Comme le rappelle Didier Fassin dans son cours au Collège de France sur les observations de la condition d'exilé (18 janvier 2021), ce terme recouvre la notion de mouvement contraint, il rejette l'alternative entre raisons économiques et politiques et il lie les deux extrémités du voyage.

vulnérabilité et sont touchés dans leur chair. La frontière est une « présence incorporée ». Comment reconfigure-t-elle la relation des patients migrants à leur propre santé, au soin et à leur corps ? Il semble que ce prisme, au carrefour entre l'anthropologie et la sociologie, soit encore peu exploré par les sciences humaines et sociales.

Le second temps de cet axe traite des stratégies de *care* et de *cure* adoptées par les patients face au soin entravé. Nous nous demandons ici : comment les migrants à la marge parviennent-ils à maintenir leur santé ? Le délaissement des dispositifs de remise de droit commun à l'égard des populations à la marge produit des capacités d'agir différenciées. Ainsi, certains s'orientent vers des alternatives thérapeutiques pour se soigner, comme l'automédication (Rodriguez, Jacques et Wachsberger, 2016) et les circuits informels. La communauté devient aussi une ressource ; on pense à la circulation de médicaments dans le cadre de liens transnationaux ou aux consultations à distance (Tarrus, 2010). Ces démarches parallèles au système de soin formel s'exercent aussi à travers l'usage des médecines dites « alternatives » (Wang, 2022a). Ces divers recours révèlent un pluralisme thérapeutique (Sicot et Touhami, 2018). Des travaux mettant en relief les nouveaux bricolages pour accéder à des formes de soin personnalisées ou encore la gestion quotidienne de la maladie par les migrants sont là aussi attendus.

Axe 2 – Enjeux organisationnels, institutionnels et professionnels du soin pour ou par les personnes migrantes

Le second axe s'intéresse, à un niveau méso, aux organisations du soin pour les personnes migrantes. La prise en charge des patients migrants en situation de précarité, de façon encore plus flagrante que le soin prodigué au reste de la population en France, nécessite des dispositifs de soin agencant des services et acteurs multiples. La coordination du parcours thérapeutique et du parcours social – incluant l'accès aux droits, l'hébergement, l'accompagnement social, etc. – devient un enjeu central (d'Halluin et Hoyez, 2012). La pandémie de Covid-19 a renforcé le mouvement d'articulation entre le secteur médical et le secteur social déjà présent (Gaudillière, Izambert et Juven, 2021), tout en accentuant la crise des métiers du soin (Hassenteufel, Naiditch et Schweyer, 2020 ; Bergeron *et al.*, 2020), et l'usage du soin comme valeur éthique (Paperman et Laugier, 2005) et instrument de justice sociale face aux inégalités sociales de santé accrues (Bajos *et al.*, 2020 ; Mariette et Pitti, 2020 ; Azria *et al.*, 2020).

Pour prendre soin des migrants de statuts divers et pour réduire les inégalités sociales de santé, quelles sont les pratiques professionnelles et les réformes organisationnelles des systèmes de santé en cours ? Les contributeurs et contributrices sont invités à s'interroger sur les conditions de travail des professionnels des secteurs sanitaire et social accueillant un public immigré et à la manière dont elles entravent à leurs yeux un « travail bien fait » (Clot, 2013). Soumis aux principes de *New Public Management* introduits au sein des structures bureaucratiques du secteur public (Schweyer, 2006 ; Mas *et al.*, 2011), ces professionnels se battent difficilement contre la précarisation du travail et naviguent entre injonctions gestionnaires et humanitarisme dans le système de soins. Concernant les agents de l'Assurance maladie attribuant l'Aide médicale d'État (AME), les soupçons de fraude font partie de leur quotidien professionnel (Gabarro, 2021) et sont mis en balance avec l'accord d'une protection sociale levant une barrière économique dans l'accès aux soins. Un autre corps professionnel, celui de

l'interprétariat, donne à voir l'évolution des dispositifs de soin vers leur intégration pour surmonter la barrière de la langue, mais de manière différenciée selon les services, et non sans reproduire des divisions sociale, morale et spatiale du travail dans la prise en charge des migrants en santé (Pian, Hoyez et Tersigni, 2018).

Face à la pénurie des professionnels de santé en France, qui renforce les entraves aux soins, les contributions peuvent également se focaliser, dans une perspective de « comment y faire face », sur les conditions de travail des médecins et soignants étrangers (Fifaten Hounsou, 2014 ; Sirna, 2020 ; Cottereau, 2019), ainsi que sur les réseaux informels voire illicites de soin, souvent imbriqués avec les réseaux ethniques en migration et auxquels recourent des migrants précarisés (Wang, 2019). En marge du système de soin français, se développent des réseaux de soins paramédicaux et de service de *care*, majoritairement prescrits par les femmes issues de l'immigration. Tels sont le cas des aides au domicile (Avril, 2014) ou celui des aidantes matrones autour de la santé périnatale (Wang, 2022b).

Un dernier axe d'analyse porte sur les relations thérapeutiques elles-mêmes, marquées parfois par une altérité complexifiée entre soignant et soigné, dues aux barrières linguistiques, à la différence de conditions sociales, à l'éloignement des représentations du trouble et de la maladie, au décalage voire au conflit de normes entourant santé et soin dans différentes sociétés. Les contributions peuvent s'inscrire dans une démarche réflexive – professionnelle ou de recherche – sur les manières d'analyser la fabrique des relations thérapeutiques et leurs liens complexes avec les processus de construction des inégalités sociales, par exemple à partir des pratiques de l'interprétariat (Pian, 2020 ; Wang, 2016b), ou de la thérapie familiale en santé mentale au cours de laquelle l'enfant est amené à découvrir les dits et non-dits des parents sur leur parcours migratoire. Les propositions d'article pourront également appréhender les phénomènes de discrimination dans les relations thérapeutiques, en mettant en lumière les différents critères reconnus dans la loi – tels que l'origine ethno-raciale, le genre, l'âge, l'appartenance religieuse, etc. – dans l'accès et le parcours de soin, ainsi que dans les modalités du soin et de l'accompagnement (Carde, 2007 ; Cognet, Gabarro et Adam-Vezina, 2009; Prud'homme, 2016 ; Paillet, 2021 ; Sauvegrain, El Kotni et Racioppi, 2022).

Axe 3 – La santé pour tous à l'épreuve du contrôle des dépenses et du contrôle migratoire

Un troisième axe est centré sur les mobilisations en faveur de la santé des migrants. Ces dernières ont connu en France une évolution au cours du XX^e siècle : les revendications se transforment avec l'émergence d'une critique de l'approche particulariste de la santé des migrants dont l'intérêt se focalisait sur les pathologies singulières ou les différences de représentations et de pratiques face à la maladie et à la médecine (Fassin, 2009). Elles s'inspirent davantage depuis les années 1970 d'une approche universaliste insistant sur les déterminants sociaux de la santé, les obstacles et discriminations dans le soin, les conséquences sociales de la maladie et son expérience différenciée selon l'origine ethno-raciale articulée au genre, au groupe social, à l'âge...

Dans l'histoire de ces mobilisations, les demandes plurielles portées dans le cadre d'actions collectives ont contribué à une mise à l'agenda plus ou moins rapide des réformes et des publics cibles. Pour exemple, en France, la mobilisation dès les années 1970 pour la promotion de

l'interprétariat en santé donne lieu à des initiatives locales durables, mais aboutit seulement des décennies plus tard à une Charte de l'interprétariat médico-social (2012) portée par des associations d'interprètes et à son inscription dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Pourtant, il était montré depuis longtemps que l'interprétariat participe de la qualité des soins et répond à l'exigence éthique d'un consentement éclairé du patient (Pian *et al.*, 2018). À partir des années 1980, la lutte contre le VIH marqua une étape importante, désormais bien étudiée : initialement invisibilisée, la question immigrée sera portée par une coalition d'associations aux origines de la constitution durable de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) en France. La période marque aussi un tournant où la question de l'effectivité de l'accès au droit et des limites d'une protection universelle pour les étrangers constituent des éléments centraux des mobilisations (Izambert, 2018). Si la « raison humanitaire » avait semblé s'imposer dans les années 1990 avec l'institution du droit au séjour pour les étrangers malades en 1998⁴ (Fassin, 2001), elle apparaît de plus en plus contrainte par l'illégitimation croissante de l'immigration et par des logiques de surveillance et de sélection (Mbaye, 2009) tout autant que par les politiques de contrôle des dépenses publiques : il devient plus difficile d'activer ce droit (Défenseur des droits, 2019), et la gravité de la maladie peut faire l'objet d'interprétations davantage restrictives, notamment sur le plan de la santé mentale. Aussi, les actions collectives se perpétuent face aux réformes restreignant l'accès au séjour et à la protection maladie pour les étrangers, en situation irrégulière ou non. Comment les acteurs mobilisés s'organisent-ils face à ces évolutions et à quels répertoires recourent-ils ? À quelles conditions parviennent-ils à activer ces droits ? Quelles populations demeurent au contraire marginalisées ? Qu'en est-il d'un point de vue comparatif dans d'autres espaces nationaux ? Quelle transformation l'eupéanisation des politiques migratoires a-t-elle produit sur ces logiques d'action collective en France ? Quelles sont par ailleurs les conditions d'invisibilisation de certains enjeux de la santé des migrants en France, à l'instar par exemple de la santé au travail des migrants saisonniers dont le travail de Frédéric Décosse (2008) a montré les conditions contribuant à en faire un enjeu marginal des mobilisations ?

Appréhender les évolutions au sein des mouvements en faveur de la promotion de la santé des migrants implique également d'interroger le profil et la trajectoire des acteurs engagés pour cette dernière, des rapports de domination qui traversent cet espace de la cause : salariés et bénévoles militants du secteur associatif, mais aussi acteurs des collectivités territoriales, agents des services de l'État... Si le profil des militants de solidarité mobilisés dans l'espace associatif de la cause des migrants est aujourd'hui bien documenté (Pette et Eloire, 2016), tout comme celui des médecins sociaux (Mariette et Pitti, 2021) ou celui plus spécifique de médecins engagés pour la cause des exilés (d'Halluin-Mabillot, 2012), reste à approfondir celui des agents de l'État ou des collectivités territoriales, moins étudiés, ce qui laisse espérer autant de contributions possibles.

Se pose aussi la question du renouvellement des logiques d'engagement, déjà décrites dans ce champ sanitaire, au prisme des évolutions observées depuis 2015 autour des dynamiques

⁴ Le droit au séjour pour raison médicale a été institué par la loi Reseda de 1998. Il a fait l'objet de réformes. Actuellement, pour obtenir ce titre de séjour (un an renouvelable), l'étranger doit être atteint d'« une maladie particulièrement grave qui nécessite impérativement un traitement approprié dont [ils ne pourraient pas] bénéficier dans [leur] pays d'origine compte tenu de l'offre de soins et des caractéristiques du système de santé de ce pays ».

d'hospitalité (Agier et Le Courant, 2022 ; d'Halluin *et al.*, 2017), tout comme sur les possibles effets de l'épuisement militant observés dans les travaux sur les milieux associatifs et politiques ou de l'épuisement professionnel dans la sociologie du travail portant sur les professionnels de santé. Surtout, l'histoire des mobilisations, notamment autour du VIH, a mis en évidence l'agentivité des immigré·e·s (Mellini *et al.*, 2018), loin de se réduire à leur seule condition de groupe vulnérable. Dans le cas du VIH, la mobilisation a ainsi ouvert « un univers de mobilisation inédit aux populations immigrantes » – et parmi celles-ci notamment aux femmes « actrices dynamiques des différents domaines de la vie sociale » (Gerbier-Aublanc, 2022 p. 18, 23).

Enfin, il importe de mieux appréhender les jeux d'échelle, de l'ancrage local des acteurs à leur mobilité internationale. Leurs affiliations multiples et leur multipositionnement éclairent par exemple la circulation des normes et la mise en place d'expériences alternatives (d'Halluin et Hoyez, 2012), tels les centres de santé en France et les centres communautaires au Québec, comme l'ont montré Audrey Mariette et Laure Pitti (2021). Ces derniers relèvent d'une médecine sociale visant à subvertir un modèle fondé sur la médecine libérale et à l'hospitalo-centrisme depuis les années 1960. C'est à une meilleure caractérisation des mobilités d'acteurs engagés dans ces mouvements sociaux et actions revendicatrices qu'en appelle ce troisième axe de réflexion.

Références bibliographiques

- Agier M., Le Courant S. (2022), *Babels : enquêtes sur la condition migrante*, Paris, Seuil.
- Andrijasevic R. et Walters W. (2011), « L'Organisation internationale pour les migrations et le gouvernement international des frontières », [En ligne], *Cultures & Conflicts*, vol. 84, n° 4. <https://www.cairn.info/revue-cultures-et-conflits-2011-4-page-13.htm> consulté le 02/10/2023.
- Attias-Donfut C. et Tessier P. (2005), « Santé et vieillissement des immigrés », *Retraite et société*, n° 46, p. 89-129. <https://doi.org/10.3917/rs.046.0089>
- Avril C. (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute.
- Azria E., Sauvegrain P., Blanc J., Crenn-Hebert C., Fresson J., Gelly M., Gillard P., Gonnaud F., Vigoureux S., Ibanez G., Ngo C., Regnault N. et Deneux-Tharaux C. (2020), « Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie Covid-19 », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, vol. 48, n° 12, p. 847-849. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.09.006>
- Bajos, N., Warszawski, J., Pailhé, A., Counil, E., Jusot, F., Spire, A., Martin, C., Meyer, L., Sireyjol, A., Franck, J.-E. et Lydié, N. (2020), « Les inégalités sociales au temps du Covid-19 », *Questions de santé publique*, n° 40, p. 1-12.
- Barbier, J. (2005), « La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale », *Revue française de sociologie*, vol. 46, p. 351-371. <https://doi.org/10.3917/rfs.462.0351>

- Bennegadi R., Bourdillon F. (1990), « La santé des travailleurs migrants en France : aspects médico-sociaux et anthropologiques », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 6, n° 3, p. 129-143.
- Bergeron H., Borraz O., Castel P. et Dedieu F. (2020), *Covid-19 : Une crise organisationnelle*, Paris, Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/covid-19-une-crise-organisationnelle--9782724626650.htm>.
- Bernardot M. (2012), *Captures*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du croquant.
- Bigo D., Bocco R. et Piermay J.-L. (2009), « Logiques de marquage : murs et disputes frontalières » [En ligne], *Cultures & Conflits*, n° 73.
- Blanc M.-E. et Monnais L. (2007), « Culture, immigration et santé », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 23, n° 3, p. 151-176.
- Bricaud J. et Thibaudeau C. (2017), Crise de l'accueil et institutionnalisation du « soupçon »... à l'égard des mie : de la question politique à la question éducative, *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, n° 96, p. 217-231. <https://doi.org/10.3917/read.096.0217>
- Cailhol J., Lebon M. C. et Sherlaw W. (2020), « Will my patients get their residence permit? A critical analysis of the ethical dilemmas involved in writing medical certificates for residence permits in France », *BCM Med Ethics*, n° 21, p. 59. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00500-7>
- Carde E. (2007), « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, n° 19, p. 99-109. <https://doi.org/10.3917/spub.072.0099>
- Carde E. (2011), « De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe » [En ligne], *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 27, n° 3.
- Castel, R. (2013), « Cadrer l'exclusion », in Karsz S. (dir.), *L'exclusion, définir pour en finir*, Paris, Dunod.
- Chambon N. (2018). « Raconter son histoire comme personne : les migrants et leurs récits », *Le sujet dans la cité*, vol. 9, n° 2, p. 63-74. doi:10.3917/lsdlc.009.0063.
- Clot Y. (2013), « L'aspiration au travail bien fait », *Le journal de l'école de Paris du management*, n° 99, p. 23-28. <https://doi.org/10.3917/jepam.099.0023>
- Cognet M., Gabarro C. et Adam-Vezina E. (2009), « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, n° 1282, p. 54-65.
- Cognet M. (2017), « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques », *Les cahiers de la LCD*, n° 5, p. 25-42. <https://doi.org/10.3917/clcd.005.0025>
- Cottureau V. (2019), « Les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) en France : décryptage d'un projet de retour devenu "irréalisable" » [en ligne], *Géocarrefour*, vol. 93, n° 4, consulté le 11 mai 2023. <http://journals.openedition.org/geocarrefour/12595>

- Dao M. D. (2012), « Somatisation, migration et culture : alternatives à quelques idées reçues », *Revue médicale Suisse*, n° 347, p. 1404–1409.
- DARES, (2023, mars), *Quelles situations sur le marché du travail des immigrés et des descendants d'immigrés en 2021 ?*
- Décosse F. (2008), « La santé des travailleurs agricoles migrants : un objet politique ? », *Études rurales*, n° 182, p. 103-120.
- Défenseur des droits (2019), *Personnes malades étrangères ; des droits fragilisés, des protections à renforcer* [en ligne], https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-etrangmalad-num-07.05.19_0.pdf
- Desgrées du Loû A. (2018), « Migrations et santé : des (nouvelles) questions de santé publique au cœur des enjeux sociétaux », *Questions de santé publique*, n° 34.
- Desgrées du Loû A., Ravalihasy A. et Pannetier J. (2017), « Des situations de précarité qui exposent aux risques sexuels et au VIH », in Desgrées du Loû A. (dir.), *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, Paris, La Découverte, p. 139-159.
- Desprès C. (2013), « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », *Sciences sociales et santé*, n° 31, p. 71-96.
- Devereux G. (1998), *Psychothérapie d'un Indien des plaines*, Paris, Fayard.
- d'Halluin E. (2009), « La santé mentale des demandeurs d'asile » [En ligne], *Hommes et migrations*, n° 1282.
- d'Halluin E. et Hoyez A.-C. (2012), « L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants » [En ligne], *Humanitaire*, n° 33, consulté le 11 mai 2023. <http://journals.openedition.org/humanitaire/1407>
- d'Halluin-Mabillot E. (2012), *Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- d'Halluin E., Monforte P., Rambaud E. et Maestri G. (2017), « “They could be us”. Acteurs et logiques d'engagement contemporaines dans les pratiques de bienfaisance auprès des demandeurs d'asile en Angleterre », in Ruiz De Elvira L. et Saeidnia S. A. (dir.), *Les mondes de la bienfaisance. Une approche comparative des pratiques du « bien »*, Paris, Éditions de l'EHESS

- Einhorn L., Rivière M., Chappuis M., Chevelle M. et Laurence S. (2018), « Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise. L'expérience de Médecins du Monde en Calais (2015-2017) », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n° 2 et 3, p. 187-203.
- Fassin D. (1996), « Exclusion, *underclass*, *marginalidad*. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux États-Unis et en Amérique latine », *Revue française de sociologie*, vol. 37, n° 1., p. 37-75.
- Fassin D. (2001), « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, n° 19, p. 5-34.
- Fassin D. (2008), « 1 – Les impensés des inégalités sociales de santé », in Niewiadomski C. (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé: Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 19-28. <https://doi.org/10.3917/ehesp.niewe.2008.01.0019>
- Fassin D. (2009), « Le droit d'avoir des droits », *Hommes & migrations.*, n°1282, p. 20-23.
- Fassin D. (2010), *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte.
- Fassin D. (2019, 12 juin), « Santé et immigration en France et en Europe », *1^{re} journée scientifique Institut convergences migrations*. https://www.youtube.com/watch?v=a_wdWJBuJoo&feature=emb_logo.
- Fassin D. (2020), *De l'inégalité des vies*, Paris, Fayard, Collège de France, coll. « Leçons inaugurales ».
- Fassin D. (2021), *Naissance de la santé publique*, Paris, Cours au Collège de France.
- Fifaten Hounsou C. (2014). « En quête du métier de médecin : immigrations de professionnels de santé ouest-africains en France », *Hommes & Migrations*, n° 1307, p. 105-114. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.2887>
- Gabarro C. (2012), « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, p. 35-56.
- Gabarro C. (2021), « Entre tri gestionnaire et tri professionnel : Réorientation et éviction des pauvres à l'Assurance maladie », *Sociétés contemporaines*, n° 123, p. 79-109. <https://doi.org/10.3917/soco.123.0079>

- Gaudillière J. P., Izambert C. et Juven P. A. (2021), *Pandémopolitique : réinventer la santé en commun*, Paris, La Découverte.
- Geeraert J. (2016), « Le touriste et le réfugié : Logiques de catégorisation des patients migrants et précaires à l'hôpital public », *Cliniques méditerranéennes*, n° 94, p. 69-82. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/cm.094.0069>
- Gerbier-Aublanc M. (2022), *Le pouvoir du care : Mobilisation d'immigrantes dans la cause du VIH en France*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Guénif-Souilamas N. (2010), 16. Le corps-frontière, traces et trajets postcoloniaux, in Mbembe A. (dir.), *Ruptures postcoloniales : Les nouveaux visages de la société française*, Paris, La Découverte, p. 217-229. <https://doi.org/10.3917/dec.bance.2010.01.0217>
- Guillou A. (2009), « Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le "parcours thérapeutique" pour l'"expérience migratoire" : Commentaire, *Sciences sociales et santé*, n° 27, p. 63-71. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1684/ss.2009.0104>
- Hassenteufel P., Naiditch M. et Schweyer F.-X. (2020), « Les réformes de l'organisation des soins primaires : Perspectives multi-situées. Avant-propos », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 11-31. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>
- Hochschild A. (2003), « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, n° 9, p. 19-49. <https://doi.org/10.3917/trav.009.0019>
- Hollingshead A. B. et Redlich F. C (1958), *Social Class and Mental Illness. A community study*, New York, Wiley, London, Chapman & Hall.
- INSEE (2023, mars). *Immigrés et descendants d'immigrés en France*, Conditions de logement.
- Izambert C. (2010), Santé, travail, immigration, *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n° 106, p. 245-246. <http://www.jstor.org/stable/40649831>
- Izambert C. (2018), « La santé des immigré·e·s entre réponse médicale et approche sécuritaire », *Mouvements*, p. 51–59.
- Kashnitsky D. (2018), « Accès aux soins dans la ville de Moscou : quelles stratégies chez les femmes migrantes originaires d'Asie centrale ? », *Cahiers d'Asie centrale*, n° 27, p. 177-197.

- Lahya S. et Arapian C. (2022), « Psychotraumatismes en situation d'exil : Un dispositif de soin psychiatrique et de médiation ethnoclinique. Consultations Migrants-Exilés-Déplacés, Avignon, 2016-202 », *L'Autre*, n° 23, p. 283-295. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/lautr.069.0283>
- Larchanché S. (2017), « Chapitre 15. Souffrance psychique et parcours d'exil : quel impact des déterminants sociaux ? », in Coutanceau R. (dir.), *Santé mentale et société*, Paris, Dunod, p. 153-159. <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2017.02.0153>
- Lee S. (2018), « Épouses migrantes dans le Nord-Est du Japon. Travail invisible et vulnérabilité structurelle », *Cahiers du Genre*, n° 64, p. 45-66. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/cdge.064.0045>
- Lévy-Vroelant C. (2006), « Migrants et logement : une histoire mouvementée », *Plein droit*, n° 68, p. 5-10. <https://doi.org/10.3917/pld.068.0005>
- Madoui M. (2015), « Le vieillissement des immigrés : état des savoirs », *Hommes & migrations*, n° 1309, p. 11-17.
- Mariette A. et Pitti L. (2020), « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : Quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé », *Métropolitiques*. <https://metropolitiques.eu/Covid-19-en-Seine-Saint-Denis-1-2-quand-l-epidemie-aggrave-les-inegalites.html>.
- Mariette A. et Pitti L. (2021), « Subvertir la médecine, politiser la santé en quartiers populaires : Dynamiques locales et circulations transnationales de la critique sociale durant les années 1970 (France/Québec) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, p. 30-49.
- Mas B., Pierru F., Smolski N. et Torrielli R. (dir.) (2011), *L'hôpital en réanimation*, Bellescombes-en-Bauges, Éditions du Croquant.
- Mathieu S. (2020), *Quand les travailleurs sociaux accompagnent les demandeurs d'asile en centres d'accueil : du cadre prescrit aux régulations et stratégies professionnelles*, Thèse de doctorat, Université de Lorraine.
- Mbaye E. M. (2009), « La santé des immigrés en France : controverses autour d'un paradigme », *Hommes & migrations*, n° 1282, p. 16-19.
- Mellini L., Pogliani M., Villani M. (2018), « Résistantes face à la vulnérabilité : l'agentivité relationnelle des femmes africaines et séropositives en contexte migratoire », *Terrains & Travaux*, p. 153-174.

- Ménoret-Calles B. (1997), *L'accès aux soins des populations démunies*, Paris, L'Harmattan.
- Organisation internationale des migrations (2023), « État de la migration dans le monde 2022 », Rapport publié en 2023 [en ligne], consulté le 18 juillet 2024, disponible sur <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/?lang=FR>
- 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*, n° 236-237, p. 20-39. <https://doi-org.inshs.bib.cnrs.fr/10.3917/arss.236.0020>
- Paperman P. et Laugier S. (dir.). (2005), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Parizot I. (2003), *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses universitaires de France.
- Pedrero C. (2021), « Santé, vieillissement et foyers de travailleurs migrants à Nanterre : la fabrique de territoires », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 275-292. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0275>
- Pestre E. (2014), *La vie psychique des exilés*, Paris, Petite bibliothèque Payot.
- Pette M., Eloire F. (2016), « Pôles d'organisation et engagement dans l'espace de la cause des étrangers », *Sociétés contemporaines*, n° 1, n° 101, p. 5-35.
- Pian A., Hoyez A. et Tersigni S. (2018), « L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants », *Revue européenne des migrations internationales*, n° 34, p. 55-78. <https://doi.org/10.4000/remi.10768>
- Pian A. (2020), « L'interprétariat à la Cour nationale du droit d'asile : Lorsque le récit est transporté par la parole d'un tiers », *Terrains & travaux*, n° 36-37, p. 137-158. <https://doi-org.inshs.bib.cnrs.fr/10.3917/tt.036.0137>
- Pourette D. (2012), « Les femmes haïtiennes vivant avec le VIH en Guadeloupe : la grossesse entre enjeux médicaux, bénéfices sociaux et vulnérabilité administrative. Une étude qualitative », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, n° 105. 10.1007/s13149-012-0214-4.
- 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 & travaux*, n° 29, p. 85-104. <https://doi-org.inshs.bib.cnrs.fr/10.3917/tt.029.0085>

- Rapport d'enquête interassociatif (2023, avril), *Entraves dans l'accès à la santé, les conséquences de 2019 sur la réforme du droit à l'aide médicale d'État*.
- Rodriguez J. et Tisserand C. (2015), « Vieillir dans l'exil à Calais : L'impossible guérison », *Hommes & Migrations*, n° 1309, p. 177-181. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3113>
- Rodriguez J. et Wachsberger J.-M. (2016), « L'automédication en République Démocratique du Congo : choix ou contrainte ? », *African Population Studies*, n° 30, p. 2242-2254. 10.11564/30-1-805.
- Rodriguez J. et Tisserand C. (2017), « Calais, "laboratoire" d'une médecine de l'exil », *Hommes & Migrations*, n° 1316, p. 132-136. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3811>
- Saglio-Yatzimirsky M.-C. (2018), *La voix de ceux qui crient*, Paris, Albin Michel.
- Sauvegrain P. (2021). « Violences dites "gynécologiques et obstétricales" envers les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne en France », *Santé Publique*, n° 33, p. 627-628. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/spub.215.0627>
- Sauvegrain P., El Kotni M. et Racioppi A. (2022), « Comment étudier les discriminations en santé périnatale d'un point de vue socio-anthropologique ? », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 24.
- Sayad A. (1977), « Les trois âges de l'immigration algérienne en France », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 15, p. 59-79.
- Schmoll C. (2011), « Le corps des autres dans l'Europe des frontières ». *Revue de philosophie (post-)européenne*, n° 1, p. 121-128.
- Schmoll C. (2020), *Les damnées de la mer*, Paris, La Découverte.
- Schweyer F.-X. (2006), « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital » [en ligne], *Revue européenne des sciences sociales*, n° 135 | 2006, consulté le 11 mai 2023. URL : <http://journals.openedition.org/ress/251> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ress.251>
- Sempé M., Siffert I. (2022), « Les professionnels du médico-social en déplacement : enjeux de disponibilité et de construction partenariale à partir de deux équipes mobiles régionales », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, p. 147-169.
- Sicot F. et Touhami S. (2018), « Le pluralisme thérapeutique des migrants et héritiers de l'exil maghrébin en France. Nouvelles données et perspectives », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n° 2 et 3, p. 101-130.
- Sirna F. (2020), « Femmes migrantes dans le secteur hospitalier en région Sud pendant la pandémie de la Covid-19 », *Hommes & migrations*, n° 1331, p. 38-47.
- Tarrius, A. (2010), « Médecins circulants et consultations à distance : nouvelles pratiques de soin des transmigrants », *Réseaux*, n° 159, p. 111-126. <https://doi.org/10.3917/res.159.0111>

- Tessier S. *et al.*, (2004), *Santé publique, santé communautaire*, Paris, Broché.
- Tisserand C. (2023), *Calais, une médecine de l'exil*, Paris, Presses universitaires de Vincennes, collection « Singulières migrations ».
- Wang S. (2013), « “Handicapé ? C'est insulter ma descendance et aussi mes ancêtres !” : Négociations autour de l'inscription de l'enfant d'origine chinoise à la MDPH », *Terrains & travaux*, n° 23, p. 77-92. <https://doi.org/10.3917/tt.023.0077>
- Wang S. (2016a), « Entre stratégie et moralité. Des migrants chinois en situation irrégulière face à la “clause de maladie” », *Politix*, n° 114, p. 205-227.
- Wang S. (2016b), « “Aidez-nous à comprendre vos Chinois !” : Conditions de possibilités de la légitimation du sociologue en milieu psychiatrique », *Genèses*, n° 105, p. 141-156. <https://doi-org.inshs.bib.cnrs.fr/10.3917/gen.105.0141>
- Wang S. (2017), *Illusions et souffrances. Les migrants chinois à Paris*, Paris, Éditions rue d'Ulm, collection « Sciences sociales ».
- Wang S. (2019), « Circumventing regulation and professional legitimization: the circulation of Chinese medicine between China and France », in Coderey C. et Pordié L. (dir.), *Circulation and Governance of Asian Medicine*, Routledge. p. 139-156.
- Wang S. (2022a), « S'émanciper au nom d'un pluralisme médical : à propos de pratiques de santé périnatale chez des femmes d'origine chinoise à Paris » [en ligne], *Anthropologie & Santé*, n° 24, <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.10670>
- Wang S. (2022b), « L'émergence d'un nouveau marché autour de la santé périnatale à destination des femmes d'origine chinoise à Paris. Réseaux de *yuesao* (matrones) développés aux frontières entre médecine chinoise et médecine clinique occidentale », in Collectif Entrelacs (dir.), *Migrations. Une chance pour le système de santé ? (Ré)humaniser le soin*, Paris, Éditions Doin, p. 39-46.
- Weber F. (2012), Relation d'aide et décision pour autrui, une approche ethnographique. in Gzil F. (dir.), *Alzheimer, éthique et société*, Toulouse: Érès, p. 139-153. <https://doi.org/10.3917/eres.hirsh.2012.01.0139>
- Wihtol de Wenden C. W. (2017), « Actual Patterns of Migration Flows: The Challenge of Migration and Asylum in Contemporary Europe », in Grimm, A., Giang, S. (dir.), *Solidarity in the European Union*, Springer, Cham.
- Womersley G. et Kloetzer L. (2018), « “En Afrique, aller voir le psychologue, je n'ai jamais entendu ça” : interprétations croisées du psycho-traumatisme entre médiateurs culturels, professionnels de santé et réfugiés victimes de torture à Athènes », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n° 2 et 3, p. 29-54.

Des informations complémentaires sur le contenu de cet appel à contribution peuvent être obtenues auprès de la revue à l'adresse suivante :

RFAS-DREES@sante.gouv.fr

Les auteur·e·s souhaitant proposer à la revue un article sur cette question
devront soumettre **avant le 31 octobre 2023 leur proposition**

à cette même adresse et **la version définitive du texte** avec un résumé et une
présentation de chaque auteur·e (cf. les « conseils aux auteurs » de la RFAS [en
ligne <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/Charte%20deontologique%20et%20conseils%20aux%20auteurs.pdf>])

en respectant le caractère pluridisciplinaire de la revue et son exigence
d'accessibilité pour un lectorat profane

avant le mardi 12 mars 2024.

***La RFAS s'engage à respecter son calendrier de publication. Les dates
indiquées sont donc fermes, sauf cas de force majeure. Merci de votre
compréhension.***