
Des inégalités aux injustices reproductives en Seine-Saint-Denis : échelles divergentes et logiques ambivalentes des politiques publiques de santé envers les femmes migrantes

Louna Maupillier*¹

¹Migrinter (University of Poitiers) and ESO (University of Rennes) – University of Poitiers-ENSMA,
Angoulême, UMR Migrinter, ESO, University of Rennes – France

Résumé

Ma proposition de communication s'inscrit dans mon projet de thèse, débutée en octobre 2024. Elle examine comment la concurrence pour les ressources en matière de santé, dans un contexte plus large de réduction des dépenses publiques, génère et reproduit des inégalités spatiales, tant au niveau de l'État qu'au niveau des individus visés par les politiques publiques. Je m'appuie sur un travail ethnographique mené dans un service hospitalier d'orthogénie en Seine-Saint-Denis, complété par des conclusions basées sur des données statistiques publiques.

La Seine-Saint-Denis est le département de France hexagonale où les services publics ont les moyens les moins dotés proportionnellement aux besoins (rapport parlementaire de Stéphane Peu et Christine Decodts, 2023). La mortalité infantile y est en hausse régulière depuis les années 2010, et est 40% plus élevée que la moyenne nationale (INSERM, Rapport RéMI, 2018). Pourtant, ce département est également marqué par une longue histoire du volontarisme de l'action locale en matière de santé (Le Goff, 2011 ; Bacqué et al, 2018). Aujourd'hui, les soignant-es comme les agent-es chargé-es de la mise en œuvre des politiques publiques au niveau local se trouvent aux prises avec des injonctions parfois contradictoires aux différentes échelles de l'Etat et des institutions de soin (Mariette, 2017 ; Gervais et al, 2021). Cette mise en tension du service public ne leur permet plus ni de répondre aux demandes du public ni d'atteindre les publics particulièrement vulnérables de manière systématique, ce qui peut culpabiliser les agent-es au niveau individuel et peut aboutir à l'effondrement du service lors du départ d'un-e des agent-es.

Ces inégalités sont particulièrement visibles dans le domaine des soins de santé reproductive. Les femmes migrantes, et plus largement racisé-es, sont altérisées par les soignant-es (Mulot, 2014 ; Paillet, 2021), ce qui conduit à une qualité de prise en charge sous-optimale (Bretin, Kotobi, 2016 ; Virole, 2024). Ainsi, les femmes migrantes font davantage l'objet d'accouchements par césarienne, et leurs enfants ont davantage de chance de naître prématurés (Sauvegrain, 2021). Ainsi, à l'échelle nationale, les politiques publiques de santé réalisent un tri des patient-es par une réduction des moyens engagés qui se fait largement au détriment des patient-es racisé-es (Gelly, 2023). A l'échelle européenne, les politiques migratoires très répressives renforcent la vulnérabilité des femmes migrantes (Freedman, 2016 ; Keynaert et Guieu, 2015). Dans ce contexte, ces inégalités d'accès aux soins peuvent être

*Intervenant

conçues comme des injustices reproductives, qui participent à nier l'autonomie reproductrice, mais aussi spatiale et politique, des femmes migrantes (Ross, Solinger, 2017).

Ma communication tâchera donc de démontrer comment ce tri des patientes s'opère au niveau local de l'action publique, et participe à recomposer les trajectoires biographiques et spatiales des femmes concernées. En réponse à ces contraintes, des micro-espaces de soins et d'intimité offrent des marges d'autonomie, permettant aux femmes de reterritorialiser leur environnement et de renégocier les normes de santé reproductrice qui leur sont imposées.

Mots-Clés: inégalités, santé reproductrice, justice spatiale, justice reproductrice, santé publique