

RAPPORT ALTERNATIF SUR L'APPLICATION DE LA CONVENTION
INTERNATIONALE RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT ET DE
SES PROTOCOLES ADDITIONNELS PAR LA FRANCE

*« Quand l'islamophobie structurelle transgresse les droits des enfants de confession
musulmane ou perçus comme tels »*

Le 1^{er} juillet 2020

Association de Défense des Droits de l'Homme
Collectif Contre l'Islamophobie en France

ADDH-CCIF BP 21
50 avenue du Président Wilson
93213 Saint Denis La Plaine CEDEX - France

www.islamophobie.net

contact@islamophobie.net

+33 1 49 21 22 22

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
PARTIE I – MESURES D’APPLICATION GENERALE	6
A – La mise en œuvre de la Convention.....	6
Sur la réserve relative à l’article 30	6
B – Les mécanismes en place en vue de surveiller la mise en œuvre de la Convention et de coordonner l’action en faveur de l’enfance.....	7
C – Conclusions observatoires	7
PARTIE II – PRINCIPES GENERAUX.....	8
A – Sur le principe de non-discrimination.....	8
1 – Sur les informations préoccupantes et les signalements d’enfants abusifs	8
2 – Sur les difficultés rencontrées par les mamans accompagnatrices de confession musulmane...9	
3 – Sur les rapports avec les forces de l’ordre	11
B– L’intérêt supérieur de l’enfant et le respect des vues de l’enfant.....	11
1 – Le droit de l’enfant à être entendu dans les procédures le concernant et le respect de son opinion.....	11
2 – Sur les menus proposés au sein des cantines scolaires.....	12
C – Conclusions observatoires	13
PARTIE III – LIBERTES ET DROITS CIVILS.....	15
A – Sur le droit à un nom et la protection de l’identité des enfants musulmans ou perçus comme tel.....	15
B – Sur la liberté de pensée, de conscience et de religion et la liberté d’expression	16
1 – Sur la loi du 15 mars 2004 encadrant, en application du principe de laïcité, le port de signes ou de tenues manifestant une appartenance religieuse dans les écoles, collèges et lycées publics	16
2 – Sur les fiches du ministère de l’Éducation nationale	17

C – L’impact des discours médiatiques islamophobes sur le bien-être de l’enfant au regard de l’article 17 de la Convention.....	18
D – Conclusions observatoires.....	18
PARTIE IV – MILIEU FAMILIAL ET PROTECTION DE REMPLACEMENT.....	19
A – Sur la séparation des enfants de confession musulmane de leurs parents suite aux informations préoccupantes et aux signalements abusifs.....	19
B – santé et services de santé, en particulier soins de santé primaires	19
C – Conclusions observatoires	20
PARTIE V – ÉDUCATION, LOISIRS ET ACTIVITES CULTURELLES.....	21
A – Droit à l’éducation, notamment à une formation et à une orientation professionnelle.....	21
B – Buts de l’éducation avec référence également à la qualité de l’éducation	21
1 – Sur la laïcité enseignée comme valeur républicaine à l’école publique	21
2 – Sur le refus systématique opposé par le ministère de l’Éducation nationale d’ouvrir des écoles privées hors contrat musulmanes et l’évitement scolaire	22
C – Repos, jeu, loisirs, activités récréatives, culturelles et artistiques	24
D – Conclusions observatoires.....	25
ANNEXES :	
RECOMMANDATIONS	26
POLITICAL SECULARISM AND MUSLIM INTEGRATION IN THE WEST: ASSESSING THE EFFECTS OF THE FRENCH HEADSCARF BAN – AALA ABDELGADIR AND VASILIKI FOUKA	28
FICHE CORONAVIRUS ET RISQUES DE REPLIS COMMUNAUTARISTES	93
GLOSSAIRE DE LA PROMOTION DE LA SANTE - OMS	96
JUGEMENT DU TGI D’AUCH RENDU LE 17 DECEMBRE 2019	132

INTRODUCTION

L'Association de Défense des Droits de l'Homme - Collectif Contre l'Islamophobie en France (ci-après « ADDH-CCIF ») est une association de défense des droits humains fondée en 2003, ayant pour objectif la lutte contre l'Islamophobie. Cette dernière est définie comme l'ensemble des actes de discrimination ou de violence à l'égard des personnes physiques ou morales en raison de leur appartenance réelle ou supposée à l'Islam.

Si l'ADDH-CCIF a construit son expertise autour de l'Islamophobie, il est important de mentionner que nous condamnons toutes les formes de racisme et de discrimination.

La visibilité de la communauté musulmane dans la sphère publique française a entraîné une crispation des pouvoirs publics et une augmentation des actes islamophobes. L'année 2019 a été marquée par une nouvelle hausse des actes islamophobes enregistrés par le CCIF. Ils ont augmenté de 17% par rapport à l'année 2018, et de 77% par rapport à 2017¹. L'année 2019 s'est caractérisée par l'orientation ferme et décisive de l'État vers une approche ultra sécuritaire et restrictive des libertés fondamentales à l'égard des citoyens musulmans ou perçus comme tels.

Notre expertise démontre que l'Islamophobie ne se restreint pas aux actes de discrimination et de violence subis par les adultes. En effet, les mineurs musulmans ou perçus comme tels en sont des victimes directes ou par ricochet. Ce constat nous mène à vous soumettre ce rapport.

Ce dernier a été rédigé en se fondant sur les signalements traités par l'ADDH-CCIF, sur son travail de veille juridique et sur l'analyse des politiques publiques dont la portée intéresse les droits des enfants musulmans ou perçus comme tels.

L'ADDH-CCIF recense les demandes de renseignement, les témoignages et les signalements pour lesquels elle a été destinataire. Seuls les actes qui répondent à la définition de l'Islamophobie, sont comptabilisés comme étant des actes islamophobes. Cette qualification est déterminée par les juristes qui composent le service juridique de l'ADDH-CCIF. Elle est le produit d'une analyse qui se fonde sur le récit présenté, les éléments récoltés et les entretiens ou les échanges, notamment sous la forme de courriers, avec les différentes parties présentes dans le dossier. Si le service juridique demeure le pôle central de l'association, il est nécessaire de rappeler que l'ADDH-CCIF offre aux victimes qu'elle soutient une assistance grâce à son pôle psychologique. Elle développe son analyse à travers son pôle Recherche et conscientise l'ensemble de la population au phénomène islamophobe par son pôle Communication.

A l'instar d'autres associations antiracistes, l'ADDH-CCIF est confrontée au phénomène de sous-déclaration des actes islamophobes, aussi connu sous le nom de "chiffre noir". Dès lors, les statistiques mentionnées dans ce rapport doivent être analysées au regard de ce phénomène. Elles ne reflètent que partiellement la réalité islamophobe

¹ <http://www.islamophobie.net/rapport-2020/>

Les dossiers traités par l'ADDH-CCIF concernant les enfants transgressent le principe de non-discrimination. Cependant, la différence de traitement subie par les enfants musulmans ou perçus comme tels ne constitue qu'une dimension parmi d'autres de leurs réclamations. Bien souvent, la différence de traitement entraîne la violation d'autres droits établis et protégés par la Convention internationale des droits de l'enfant, ratifiée par la France le 7 août 1990, (ci-après « CIDE »). Chaque article de la Convention ne pouvant être appréhendé qu'au regard de tous les autres, certaines problématiques pluridimensionnelles illustreront diverses sections de ce rapport.

Les attentats de janvier et novembre 2015, l'instauration de l'état d'urgence et son institutionnalisation dans le droit commun par le biais de la loi Sécurité intérieure et lutte contre le terrorisme (dite loi SILT), ainsi que les nombreux débats sur le fait religieux ont entraîné une réponse législative ayant pour but de prévenir tout acte d'extrémisme violent et toute fracture communautaire. Les nouvelles politiques publiques apparues ont identifié dans la lutte contre la radicalisation, le communautarisme et le séparatisme des solutions à ces phénomènes sociétaux. Ces solutions se fondent sur des « signaux faibles » qui appellent à de nombreuses réserves. L'ADDH-CCIF démontrera ici que la portée de cette réponse est attentatoire à certains droits de l'enfant, notamment ceux garantis par la CIDE.

I. MESURES D'APPLICATION GÉNÉRALES

A. LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

SUR LA RÉSERVE RELATIVE À L'ARTICLE 30

Dans son cinquième rapport périodique analysant la mise en œuvre de la CIDE, la France maintient sa réserve concernant l'application de l'article 30, arguant que le *“cadre juridique français ne permet pas la reconnaissance de droits collectifs à quelque groupe que ce soit, défini par une communauté d'origine, de culture, de langue ou de croyance”*. Cette réserve est soutenue par l'argumentaire mentionné lors des troisième et quatrième rapports, dans lesquels la France rappelle que le principe d'indivisibilité de la République fait obstacle à l'application de l'article 30. La France considère que les trois notions constitutionnelles fondamentales que sont l'égalité de droit des citoyens, impliquant la non-discrimination, l'unité et l'indivisibilité de la République, portant sur le territoire et la population, façonnent l'approche française des minorités. Elle considère, de plus, que les principes d'égalité et de non-discrimination suffisent à apporter une protection satisfaisante à l'ensemble de ses ressortissants.

Plusieurs observations sont à apporter ici. Il apparaît, premièrement, que la France reconnaît l'existence de *“minorités”* ainsi que leur statut juridique à l'étranger comme l'atteste, entre autres, son investissement international dans la lutte contre les persécutions subies par les minorités au Moyen-Orient². Cette reconnaissance à l'étranger emporte protection de la diversité culturelle, ethnique et religieuse des Etats dans laquelle la France s'est engagée. Nous interrogeons la réalité de la protection de la diversité culturelle française si elle ne s'accompagne pas de la reconnaissance juridique des minorités en France.

Secondement, nous invitons la France à revoir son interprétation du principe d'indivisibilité établi au premier article de la Constitution de 1958 : nous préconisons que la portée de ce principe se limite au territoire républicain et non à la population française. Il apparaît désormais nécessaire que la Constitution française reconnaisse la notion même de minorités. Il a été avancé que cette reconnaissance serait bloquée par les *“risques de dérives communautaristes”*³. Ces dérives se caractériseraient par la volonté d'une minorité de placer sa loi au-dessus de celle de la République⁴. Or, aucune démonstration scientifique de ce phénomène sociétal n'a à ce jour été amenée. Il n'est en rien démontré que les minorités vivant en France fassent respecter ou souhaitent faire respecter une loi étrangère à la loi républicaine. Il apparaît, de plus, qu'un arsenal juridique pénal déjà effectif permet de sanctionner un individu ou un groupe troublant l'ordre public par sa remise en cause du cadre juridique positif français. La restriction de la portée du principe d'indivisibilité ainsi que

² <https://onu.delegfrance.org/Laurent-Fabius-propose-une-Charte>

³ Huitième point du troisième et quatrième rapports périodiques de la France portant sur la Convention relative aux droits de l'enfant.

⁴ Coronavirus et risques de replis communautaristes, annexe

la reconnaissance juridique des minorités vivant en France favoriseraient une meilleure application de la CIDE.

La levée de la réserve relative à l'article 30 permettrait de mieux comprendre et respecter l'intérêt supérieur de chaque enfant prévu à l'article 3 de la Convention, notion fondamentale traversant l'ensemble de la Convention, et dont le bien-être est un élément constitutif. Le bien-être des enfants est social, spirituel et moral. La protection de l'ensemble de ses composantes nécessite, de fait, la reconnaissance de l'identité de la minorité à laquelle l'enfant appartient.

B. LES MECANISMES EN PLACE EN VUE DE SURVEILLER LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION ET DE COORDONNER L'ACTION EN FAVEUR DE L'ENFANCE

Un groupe d'étude parlementaire Droits de l'enfant et protection de la jeunesse a été mis en place en 2018, ce qui permettra de favoriser le respect de la Convention relative aux droits de l'enfant. Cependant, il nous apparaît essentiel que ce groupe auditionne, au moins une fois par an, les ONG impliquées dans la défense des droits des minorités en France. En effet, la réalité des discriminations subies par les minorités ethniques et religieuses affecte tout à la fois les adultes et les enfants. Ces auditions permettront de mieux comprendre l'identité et les difficultés rencontrées par les enfants issus des minorités et ainsi mieux saisir leur intérêt supérieur.

C. CONCLUSIONS OBSERVATOIRES

L'ADDH-CCIF recommande que le Premier Ministre propose au Président de la République de réviser la Constitution de 1958, comme le permet son article 89, pour qu'y soit reconnue la notion de minorités et que le principe d'indivisibilité soit restreint au seul territoire national. A défaut, et toujours en application de l'article 89 de la Constitution, l'ADDH-CCIF recommande qu'un groupe parlementaire soit constitué pour qu'il puisse travailler sur le projet d'une révision constitutionnelle portant sur les mêmes mesures.

L'ADDH-CCIF demande que le groupe d'étude Droits de l'enfant et protection de la jeunesse auditionne au moins une fois par an les ONG luttant contre les discriminations, et pas uniquement les ONG spécialisées dans la défense des droits des enfants.

II. Principes généraux

A. SUR LE PRINCIPE DE NON-DISCRIMINATION

Dans son dernier rapport, la France a précisé ne pas avoir constaté de stigmatisation ou d'intolérance globale dont seraient victimes les enfants et les adolescents au sein de la société, à l'école et dans les médias. Elle a notamment rappelé que le principe d'égalité était un fondement du système juridique français et que la lutte contre la discrimination faisait partie intégrante de la politique française. L'ADDH-CCIF remet en cause ce constat.

1. SUR LES INFORMATIONS PREOCCUPANTES ET LES SIGNALEMENTS D'ENFANTS ABUSIFS

Au sein de l'école, l'ADDH-CCIF a observé l'apparition d'informations préoccupantes (IP) et de signalements abusifs ciblant des enfants de confession musulmane. L'information préoccupante est définie à l'article R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles comme étant « *une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement : – pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être – ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être* ».

Le signalement, en revanche, désigne la procédure par laquelle le personnel de l'Education nationale saisit le procureur de la République de manière directe.

Ce nouveau phénomène d'informations préoccupantes et de signalements d'enfants de confession musulmane pour suspicion de radicalisation est apparu lors de l'année 2015, à la suite des attentats du 7 janvier et du 13 novembre.

A la suite du plan de prévention de la radicalisation du 23 février 2018 et des déclarations du Président de la République, en date du 8 octobre 2019, établissant la société de vigilance fondée sur les "signaux faibles" de radicalisation, les informations préoccupantes et les signalements abusifs ont connu une forte hausse. Notre service juridique a dû accompagner 49 familles, depuis le 1er janvier 2019 à ce jour, signalées et ayant dû se soumettre au suivi de l'information préoccupante ou du signalement. Cette statistique ne reflète pas la réalité du phénomène : le phénomène de sous déclaration des actes islamophobes nous permet d'établir avec assurance que le nombre est bien plus grand encore.

Le ministre de l'Intérieur, monsieur Castaner, a déclaré le 8 octobre 2019 :

« Parmi les signes qui doivent alerter, on retrouve une pratique religieuse rigoriste, particulièrement exacerbée en période de ramadan, un changement de comportement de l'individu ou de son entourage, le port de la barbe, le fait de ne plus faire la bise – nous l'avons évoqué dans le cas qui nous occupe, même si les informations sont contradictoires –, le fait que l'individu n'accepte pas de faire équipe avec une femme, une pratique régulière et ostentatoire de la prière rituelle, la présence d'une hyperkératose au milieu du front – la tabaâ – ou le port du voile intégral sur la voie publique pour une fonctionnaire féminine. »

Ces déclarations nous permettent d'établir que la "radicalisation", telle qu'entendue par les autorités publiques, décrit la pratique de la religion musulmane. C'est ainsi que de nombreux enfants, à la suite de déclarations anodines exprimant leur identité religieuse, décrivant des comportements familiaux ou parce que leurs parents sont ouvertement pratiquants, ont fait l'objet d'informations préoccupantes ou de signalements pour radicalisation. Ceux-ci sont discriminatoires : du fait de l'appartenance réelle ou supposée à la religion musulmane des enfants ou de leurs parents, les enfants subiront un traitement différencié établi sur des suspicions infondées.

En effet, à titre d'exemple, l'ADDH- CCIF a été saisie d'un dossier dans lequel un jeune enfant de 5 ans jouait avec ses camarades de maternelle et se serait exclamé "*mon père va toutes les tuer, il a des armes à la maison*". A la suite de ces paroles, la directrice a immédiatement contacté l'académie qui a effectué un signalement à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP). Il est important de préciser qu'aucun dialogue avec la famille n'a été engagé afin de comprendre les propos de ce jeune enfant. Une explication aurait rapidement été donnée puisqu'il faisait référence à un jeu vidéo auquel s'adonnait le père de famille, connu sous le nom de "Call of Duty". A la suite de cette information préoccupante injustifiée, la famille a subi une perquisition à leur domicile et au restaurant dont ils ont la propriété. Le père de famille a été mis en garde à vue une journée entière, et ce n'est qu'après l'audition de son épouse et de l'enfant que le procureur a ordonné sa libération, s'excusant de la mégarde.

2.SUR LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MAMANS ACCOMPAGNATRICES DE CONFESSION MUSULMANE

Depuis 2012, l'ADDH-CCIF a dû assister un nombre croissant de mères de confession musulmane d'élèves souhaitant accompagner des classes lors d'activités scolaires se déroulant à l'intérieur ou à l'extérieur des locaux scolaires. Le 19 décembre 2013, le Conseil d'Etat a rendu une étude sur la question du statut juridique des parents d'élèves, à la suite de la saisine du Défenseur des droits. Il a établi que les parents d'élèves sont des usagers du service public. Le Conseil d'Etat regarde « *les parents d'élèves comme des usagers dont le comportement peut être soumis à des exigences* " qui peuvent résulter "*soit de textes particuliers, soit de considérations liées à l'ordre public ou au bon fonctionnement du service.* »⁵

Le Tribunal Administratif de Nice, saisi dans le cadre d'un refus d'encadrement de sorties scolaires opposé à une maman en raison du port du voile, a sanctionné ce refus par un jugement du 9 juin 2015 - n° 1305386 - dans lequel il reconnaît le caractère discriminatoire d'une telle restriction et la prohibe dès lors que : « *Il ressort [...] que l'administration a refusé d'y donner suite en ne se prévalant ni d'une disposition légale ou réglementaire précise, ni de considérations liées à l'ordre public ou au bon fonctionnement du*

⁵ https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_avis_20130909_laicite.pdf

service. [...] Mme D. est fondée à soutenir que la décision par laquelle elle n'a pas été autorisée à accompagner une sortie scolaire organisée le 6 janvier 2014 par l'école élémentaire Jules Ferry de Nice est illégale. »

Ainsi, en l'état actuel de la législation, aucun texte n'interdit expressément le port du foulard islamique ou de tout signe religieux par les parents accompagnateurs.

Toutefois, par un arrêt du 23 juillet 2019 – n°17LY04351 - la Cour administrative d'appel de Lyon a jugé que les parents d'élèves, tout comme les enseignants, sont tenus au respect du principe de neutralité lorsque les parents exercent des fonctions similaires à ceux des enseignants à l'intérieur des classes.

En l'espèce, deux mères d'élèves portant le foulard avaient contesté la décision de la rectrice de l'académie de Lyon qui conditionnait leur participation aux activités organisées en classe à l'exigence d'une tenue neutre. La question que devait trancher la Cour administrative de Lyon était celle de la neutralité s'imposant aux parents d'élèves à l'intérieur de l'établissement scolaire. Les requérantes soutenaient que la décision de la rectrice d'académie visait expressément les mères portant le voile et revenait ainsi à l'édition d'une interdiction générale de participer aux activités. La Cour a rejeté cet argument, jugeant que cette décision n'a « *ni pour objet, ni pour effet, d'édicter une interdiction générale faite aux mères portant le voile de participer à l'ensemble des activités scolaires* ».

Pour les juges, le principe de laïcité de l'enseignement public, élément composant la laïcité de l'État et la neutralité de l'ensemble des services publics, « *impose que l'enseignement soit dispensé dans le respect, d'une part, de cette neutralité par les programmes et par les enseignements et, d'autre part, de la liberté de conscience des élèves* ». Toujours au nom du respect du principe de laïcité, la Cour estime que « *quelle que soit la qualité en laquelle elles interviennent, les personnes qui, à l'intérieur des locaux scolaires, participent à des activités assimilables à celles des personnels enseignants, sont astreintes aux mêmes exigences de neutralité* ».

Or, il est difficile d'appréhender factuellement quelles sont les « *activités assimilables à celles des personnels enseignants* ». La difficile qualification factuelle entraîne une confusion dans la définition du statut juridique applicable. Cette décision contraste avec la jurisprudence constante et apparaît de fait comme discriminatoire à l'encontre des mamans accompagnatrices portant le foulard et à l'encontre des enfants de confession musulmane qui ne pourront être accompagnés par leur mère du fait de leur appartenance à la religion musulmane. Il nous paraît utile de vous exposer un dossier emblématique de l'année 2019, dont nous avons été saisis le vendredi 11 octobre 2019.

Au cours d'une sortie scolaire au sein du conseil régional de Bourgogne-Franche-Comté, une mère musulmane a été invectivée en raison de son port du foulard par un député, Monsieur Julien Odoul élu du Rassemblement National. Ce dernier a demandé à la Présidente du conseil « *au nom de nos principes laïques de bien vouloir demander à l'accompagnatrice, de bien vouloir retirer son voile islamique* ». Il arguait du caractère public du lieu dans lesquels ils se trouvaient, lequel imposerait une neutralité philosophique, politique et religieuse à l'ensemble des personnes présentes.

Appelé à s'exprimer sur ce fait, le ministre de l'Education nationale, Jean-Michel Blanquer, a déclaré sur les antennes de BFM-TV le 13 octobre 2019 que l'acte de Monsieur Julien Odoul était à condamner tout en indiquant « *que le voile n'est pas souhaitable dans notre société* ».

3. SUR LES RAPPORTS AVEC LES FORCES DE L'ORDRE

Si l'ADDH-CCIF a accueilli favorablement la mise en place du plan "espoir-banlieue" en 2008 et le dialogue police jeunesse en 2009, il n'en demeure pas moins vigilant concernant la pratique policière à l'encontre des enfants issus des quartiers défavorisés, musulmans ou perçus comme tels.

Nous portons à l'attention du Comité la décision du Défenseur des droits datant du 12 mai 2020, lequel était saisi d'un dossier portant sur des contrôles d'identité systématiques à l'encontre de mineurs, entre autres, résidant dans une cité parisienne. Le Défenseur des droits a mis en évidence l'existence d'une discrimination systémique caractérisée par des contrôles dits d'« évictions » visant toujours les mêmes mineurs, demandées par la hiérarchie pour que ces mineurs quittent les lieux. Nous portons à l'attention du Comité le qualificatif utilisé dans les registres officiels par la police nationale pour identifier ces mineurs : les « *indésirables* ».

Dans cette même décision, les investigations menées par les services de l'IGPN et le Défenseur des droits ont démontré que « *les fonctionnaires de police interrogeaient systématiquement le fichier des personnes recherchées (FPR) en cas de contrôle d'identité, et ceci à chaque contrôle, même si la personne avait déjà été contrôlée dans la semaine. Ces pratiques, si elles ne sont pas illégales en soi, ciblent cette population, et dans les circonstances de l'espèce, constituent un traitement défavorable qui crée inévitablement des tensions dans les relations entre les jeunes gens contrôlés et les fonctionnaires de police.* »

B. L'INTERET SUPERIEUR DE L'ENFANT ET LE RESPECT DES VUES DE L'ENFANT

L'ADDH-CCIF se réjouit de l'applicabilité et de l'invocabilité directes de la Convention devant le Conseil d'Etat et la Cour de cassation. Dans ses observations finales concernant le cinquième rapport périodique de la France de 2016 le Comité a pu noter que « *le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant a été érigé en principe constitutionnel et que la Cour de Cassation et le Conseil d'Etat ont adopté une position commune à son sujet.* ». L'intérêt supérieur de l'enfant est protégé par l'article 3 de la Convention. A l'instar du Comité, l'ADDH-CCIF déplore que cette notion ne soit pas suffisamment définie et intégrée dans les politiques publiques. Il nous apparaît que le bien-être est un pilier évident de l'intérêt de l'enfant. Cette insuffisante conceptualisation entraîne plusieurs difficultés.

1. LE DROIT DE L'ENFANT A ETRE ENTENDU DANS LES PROCEDURES LE CONCERNANT ET LE RESPECT DE SON OPINION

L'ADDH-CCIF souhaite attirer l'attention du Comité sur la gestion des procédures de garde par certains juges. Lors des procédures de divorce où un parent musulman est impliqué, il apparaît de manière récurrente que la simple accusation de radicalisation par l'ex-conjoint entraîne des décisions irrespectueuses de l'intérêt supérieur de celui-ci et plaçant l'enfant dans un conflit de loyauté

Nous illustrerons ce point à travers l'étude d'un dossier pour lequel nous avons été saisi le 30 décembre 2019.

Quelque temps après son divorce, Farida (le prénom a été changé) décide de se convertir à la religion musulmane. Elle et son ex-mari sont les parents d'un enfant de 7 ans lequel vit chez sa mère, le père disposant d'un droit de visite et d'hébergement. Les parents vivent dans le même département. Cependant, courant 2019, Farida est admise à la fonction publique et se voit être mutée dans un autre département. Elle déménage avec son fils. Son ex-mari décide alors de saisir le juge aux affaires familiales : il souhaite que la résidence de l'enfant soit transférée à son domicile.

La procédure suit son cours pendant quelques mois : le premier juge saisi ordonne l'audition de l'enfant avant l'audience, en application de l'article 388-1 du Code civil.

“Attendu que, sur interpellation, l'enfant a notamment indiqué :

- “chez ma mère, je ne mange pas de porc. Ma mère m'a dit que je n'avais pas le droit d'en manger”, - “j'aimerais prendre des cours d'arabe”,

- “ma mère a des copains qui viennent la voir. Des fois l'un, des fois l'autre. Ils sont musulmans” ;

Attendu que prises isolément, chacune de ces réponses est anecdotique ; Que leur conjonction, dans le contexte actuel ne peut qu'interpeller, voir inquiéter.”⁶

Si l'opinion de l'enfant a bel et bien été prise en compte, il n'en demeure pas moins qu'elle a fait l'objet d'une interprétation hasardeuse : il apparaît que l'enfant souhaitait de lui-même apprendre la langue arabe et qu'il n'exprimait pas de souffrance ou de mal-être quant aux préceptes alimentaires de sa mère ou encore quant aux connaissances de cette dernière.

2.SUR LES MENUS PROPOSES DANS LES CANTINES SCOLAIRES

L'ADDH-CCIF souhaite porter à votre attention les difficultés croissantes rencontrées par les enfants de confession musulmane pour accéder à des menus au sein des cantines scolaires.

Chaque année, l'ADDH-CCIF est saisie par des parents découvrant l'injonction de consommer des protéines carnées à défaut de ne pouvoir accéder aux cantines scolaires. Certains maires sont même allés jusqu'à imposer la consommation du porc au nom du principe de laïcité.

En saisissant l'ADDH-CCIF, les parents concernés ne demandent la mise en place de menus confessionnel ou de substitution mais tout simplement de ne pas déposer de protéines carnées dans l'assiette de leur enfant.

Le Tribunal administratif de Dijon, dans un jugement n°1502100 en date du 28 août 2017 a annulé une décision de suppression des menus de substitution au porc dans les cantines scolaires de la ville de Chalon-sur-Saône considérant que : « la mesure consistant à mettre fin à une telle pratique affecte de manière suffisamment directe et certaine la situation des enfants fréquentant la cantine scolaire et constitue ainsi une décision dans l'appréciation de laquelle son auteur doit, en vertu de l'article 3-1 de la CIDE accorder une

⁶ Annexe

attention primordiale à l'intérêt supérieur de l'enfant ». Le Tribunal a précisé que le choix d'un menu de substitution « *permettait la prise en compte, dans le respect de la liberté de conscience des enfants et des parents, de préoccupations d'ordre religieux ou culturel ; que les décisions attaquées ont retiré ce choix aux usagers du service, [...] alors que les familles ne sont pas nécessairement en mesure de recourir à un autre mode de restauration* ». Une même décision sera rendue le 25 septembre 2018 par le Tribunal administratif de Nîmes.

Nous nous réjouissons de la position adoptée par le Défenseur des droits lequel a rappelé en juin 2019 que « *l'application du principe de laïcité, qui a pour corollaire le principe de neutralité des services publics, ne saurait justifier la suppression de menus de substitution sauf à constituer une discrimination fondée sur les convictions religieuses et porter atteinte tant à la liberté de conscience qu'à l'intérêt supérieur de l'enfant.* »⁷

Nous nous associons à sa demande d'initier une réflexion sur la généralisation du repas végétarien dans toutes les collectivités où une telle mesure peut être mise en œuvre, celle-ci permettant de résoudre de nombreux litiges liés aux demandes d'adaptation des menus, dans la suite de l'adoption de l'article L. 230-5-6 du Code rural et de la pêche maritime. En effet les jurisprudences susmentionnées, si elles condamnent le retrait de menus de substitution au porc, n'obligent pas encore les cantines à constamment proposer des menus non carnée, respectueux du bien-être spirituel des enfants dont la confession impose des exigences alimentaires différentes. La prise en compte de ces exigences par les cantines scolaires permettra le respect du bien-être de l'enfant et, par voie de conséquence, le respect de son intérêt supérieur.

C- CONCLUSIONS OBSERVATOIRES

A la suite de l'établissement de la société de vigilance fondée sur les signaux faibles de radicalisation, les politiques publiques gouvernementales ont ciblé, de fait, la population musulmane française dont les enfants sont les membres les plus vulnérables. La méfiance institutionnelle à l'égard des musulmans français, et donc de leurs enfants, entraîne des pratiques discriminatoires dont la portée ne concerne pas uniquement le principe d'égalité. Ces pratiques entraînent une transgression de l'article 3 de la Convention.

Nous recommandons la création d'un module obligatoire dans la formation initiale des agents publics confrontés aux mineurs (tels que les enseignants, les services de police ou de gendarmerie etc.) portant sur la lutte contre l'islamophobie, les discriminations et les préjugés qui l'accompagnent. De façon complémentaire, nous encourageons les autorités publiques à revoir la définition de la radicalisation et des faisceaux d'indice dits signaux faibles l'accompagnant.

Nous recommandons que soit créé un lien entre les organisations luttant contre la discrimination et les services publics au contact des mineurs tels que les services de police ou de gendarmerie, les écoles publiques primaires et secondaires etc.

Nous préconisons une répartition territoriale policière plus homogène, des mesures d'enquête autonomes, élargies et des sanctions à la mesure de la gravité des faits. Il est nécessaire que lors d'instructions pour outrage ou rébellion à l'encontre d'agents dépositaires de l'autorité publique, l'enquête soit systématiquement délocalisée de sorte qu'elle ne puisse être menée par des

⁷ Un droit à la cantine scolaire pour tous les enfants, Rapport du Défenseur des droits.

fonctionnaires de police appartenant au même service de police ou de gendarmerie que les auteurs des poursuites.

L'ADDH-CCIF souhaite que le groupe d'étude Droits de l'enfant et protection de la jeunesse puisse travailler sur une définition plus précise de la notion d'intérêt supérieur de l'enfant. En l'espèce, il nous apparaît essentiel de reconnaître comme indicateur de celui-ci la qualité de vie de l'enfant telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé. La qualité de la vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement. L'OMS reconnaît que les convictions personnelles et la spiritualité personnelle forment un domaine central de la qualité de vie de l'individu⁸. La notion de bien-être spirituel, reconnue par la Convention elle-même en son article 17, doit être au centre des préoccupations des politiques publiques pour que les principes généraux de la Convention soient respectés.

⁸ Annexe

III. Libertés et droits civils

A-SUR LE DROIT A UN NOM ET LA PROTECTION DE L'IDENTITE DES ENFANTS MUSULMANS OU PERÇUS COMME TELS

L'ADDH-CCIF souhaite porter à l'attention du Comité une problématique nouvelle constatée depuis janvier 2019. L'article 8 de la Convention emporte engagement pour les Etats partis de respecter et préserver l'identité des enfants, y compris leur nationalité, leur nom et leurs relations familiales.

Notre service juridique a dû porter assistance à plus de 12 familles, de janvier 2019 à ce jour, qui constataient des délais de délivrance des documents d'identité anormalement longs. Le délai moyen de délivrance d'une carte d'identité est de 35 jours, avec un délai maximal de 60 jours en temps de forte affluence. Le délai moyen de délivrance d'un passeport est de 20 jours, avec un délai maximal de 35 jours en période de forte affluence⁹.

Or, dans les dossiers traités, les documents sont délivrés, en moyenne, après 4,4 mois soit 133 jours. La durée de rétention pouvant s'étendre jusqu'à 11 mois, dans les dossiers les plus longs.

Ce délai excessivement long s'explique par le fichage administratif des parents des enfants, français de confession musulmane, lesquels font l'objet d'enquêtes administratives ne trouvant leur justification que dans l'appartenance réelle ou supposée à la religion musulmane des parents. En effet, les parents visés n'ont bien souvent aucun casier judiciaire.

De plus, l'ADDH-CCIF souhaite porter à l'attention du Comité un dossier dont il a été saisi en 2017, lequel illustre une ultérieure difficulté relative à l'application de l'article 7 de la Convention. L'article dispose que l'enfant dispose du droit à avoir un nom dès sa naissance. Pourtant, certains officiers d'état civil choisissent de saisir le procureur de la République lorsque le prénom choisi par leurs parents leur semble indiquer la radicalisation.

En l'espèce, des parents nous avaient signalé en 2017, qu'un officier d'état civil de la ville de Toulouse avait saisi le procureur de la République en raison du fait qu'ils avaient souhaité donner le nom de « Jihad » à leur nouveau-né. Après instruction, le procureur de la République a ordonné la suppression du prénom de l'acte d'état civil pour les motifs que ce choix « *paraît peu conforme à l'intérêt de cet enfant et semble plutôt relever d'une forme de provocation dont il sera d'abord la victime* ».

Ici, le procureur fonde sa décision sur une interprétation personnelle du prénom « Jihad », dont la signification est légitime qu'à la condition que notoirement mal comprise¹⁰, pour mieux justifier sa décision de retrait tout en invoquant l'intérêt de l'enfant. Ici, l'insuffisante conceptualisation de la notion d'intérêt de l'enfant se couple à un jugement moral fondé sur des préjugés islamophobes.

9

[http://www.nord.gouv.fr/content/download/12247/73621/file/Consultez%20les%20d%C3%A9lais%20de%20traitement%20en%20pr%C3%A9fecture%20du%20Nord%20\(Lille\)%20-%20voir%20le%20d%C3%A9tail.pdf](http://www.nord.gouv.fr/content/download/12247/73621/file/Consultez%20les%20d%C3%A9lais%20de%20traitement%20en%20pr%C3%A9fecture%20du%20Nord%20(Lille)%20-%20voir%20le%20d%C3%A9tail.pdf)

¹⁰«Djihad” article de Roland LAFFITE, <https://orientxxi.info/mots-d-islam-22/djihad,1128>

Cette double insuffisance, tout à la fois juridique et morale, donne naissance à une restriction, quand bien même temporaire, du droit de l'enfant à avoir un nom. Nous rappelons que si l'intérêt supérieur de l'enfant peut être invoqué pour protéger l'enfant d'un nom, cette invocabilité n'est possible qu'à condition que l'intérêt supérieur soit suffisamment déterminé. Sans quoi, l'imprécision juridique accordera à l'officier d'état civil et au procureur un pouvoir d'appréciation démesuré et potentiellement attentatoire à l'article 7 de la Convention.

B. SUR LA LIBERTE DE PENSEE, DE CONSCIENCE ET DE RELIGION ET LA LIBERTE D'EXPRESSION

1. SUR LA LOI DU 15 MARS 2004 ENCADRANT, EN APPLICATION DU PRINCIPE DE LAÏCITE, LE PORT DE SIGNES OU DE TENUES MANIFESTANT UNE APPARTENANCE RELIGIEUSE DANS LES ECOLES, COLLEGES ET LYCEES PUBLICS

Dans ses observations finales rendue le 22 juin 2009, le Comité a rappelé, s'agissant de la loi n°2004-228 du 15 mars 2004 interdisant le port de signes ou tenues par lesquels les élèves manifestent ostensiblement une appartenance religieuse dans les écoles, les collèges et les lycées publics, la nécessité de faire respecter les garanties de l'article 14 de la Convention concernant le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion.

La loi du 09 décembre 1905 dispose en son article premier que : *“La République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions édictées (...) dans l'intérêt de l'ordre public.”*

L'exigence de neutralité religieuse visant initialement les seuls agents publics se voit aujourd'hui imposée aux élèves, pourtant usagers du service public, dans le cadre même de la loi du 15 mars 2004. Selon la France, cette loi se justifie par la prise de place importante dans l'actualité des faits religieux, et ce depuis une vingtaine d'années. Elle avance dans son dernier rapport la nécessité *“d'apprendre aux élèves à en reconnaître les formes multiples (faits religieux), à en comprendre la diversité, à en saisir le sens”*.

Cependant, l'article 14 de la Convention dispose en son alinéa 3 que : *“ La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut être soumise qu'aux seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires pour préserver la sûreté publique, l'ordre public, la santé et la moralité publiques, ou les libertés et droits fondamentaux d'autrui.”*

Si la reconnaissance des formes multiples des faits religieux constitue une volonté pédagogique légitime elle ne nécessite aucunement, pour être respectée, la restriction de ces mêmes formes religieuses lorsqu'elles sont adoptées par les élèves. Cette restriction de la liberté de manifester sa religion au sein des écoles, collèges et lycées publics ne trouve aucune justification dans une quelconque préservation de la sûreté publique, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publique. Le fait que des élèves de confession musulmane portent le foulard au sein des établissements, avant le vote de la loi, n'a en effet entraîné aucune difficulté liée à ces quatre fondements.

Par ailleurs, cette disposition législative a entraîné l'apparition de nouvelles formes de discrimination au sein des établissements scolaires publics. En effet, l'ADDH-CIF est régulièrement saisie par des élèves de confession musulmane dont les tenues vestimentaires sont considérées comme religieusement ostentatoires.

Pour illustrer notre propos, nous ferons état d'un dossier traité en mars 2020. Il s'agit du cas d'une jeune élève de 10 ans, qui s'est vue opposée des remarques et menaces d'exclusion de son école. En effet, la jeune enfant a décidé par elle-même de porter le foulard. Se conformant aux règles de l'établissement et à la loi, elle le retirait devant la porte d'entrée et ne le remettait qu'en ressortant dudit établissement. La directrice de l'école s'est alors mise à lui opposer des remarques et menaces quant à son "*accoutrement*" qu'elle jugeait "*ostentatoire*", "*pas occidental*". Il est important de préciser que ledit "*accoutrement*" n'est rien d'autre qu'une jupe longue ou encore une tunique longue. Un lien immédiat a donc été fait entre le port du foulard de la jeune enfant en dehors de l'établissement et le port de jupes longues ou tuniques, lien qui n'aurait pas été fait pour une autre élève. Cette relation a d'ailleurs été reconnue par la directrice. Si la différence de traitement est ici clairement établie, il est intéressant de remarquer que le simple port d'une jupe longue par une élève musulmane ne portant pas pourtant pas le foulard dans l'établissement est sanctionné au regard de la loi du 15 mars 2004.

2.SUR LES FICHES DU MINISTERE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

L'ADDH-CCIF s'interroge sur la prolifération de fiches édictées par l'Éducation nationale à destination des élèves et de leurs parents dans lesquelles sont diffusées des directives attentatoires à la liberté de pensée, de conscience et de religion. L'article 13 précise que l'exercice de la liberté d'expression « *ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires :* a) *Au respect des droits ou de la réputation d'autrui ; ou b) A la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publiques.* »

L'ADDH-CCIF constate que des fiches ont vocation à inviter les enseignants à porter leur attention sur certaines pensées librement exprimées par les élèves.

Nous analyserons ici la fiche « *Coronavirus et risque de replis communautaristes* », jointe en annexe.

Le 5 mai 2020, en pleine pandémie de CoVid-19, le ministère de l'Éducation nationale publie ce document en réponse à un constat, dont la réalité n'est pas démontrée, selon lequel « *certaines questions et réactions d'élèves peuvent être abruptes et empreintes d'hostilité et de défiance : remise en question des valeurs républicaines, méfiance envers les discours scientifiques* ». Le communautarisme est défini dans la fiche comme étant « *une dérive opposée à l'idéal républicain, qui donne la primauté des règles du groupe sur la loi républicaine française universaliste et intégratrice.* » Ce constat, démontrant une volonté séparatiste de certains « *groupes radicaux* » ne fait l'objet d'aucune démonstration scientifique de la part du gouvernement. Il permet pourtant de justifier une politique publique incitant à l'identification et au signalement de propos critiquant la prise en charge par la France de la pandémie. Cette critique, au-delà de son bienfondé et du degré de son objectivité, est protégée par les libertés de pensée et d'expression de l'enfant.

L'expérience de l'ADDH-CCIF nous démontre que la pensée critique, lorsqu'elle est issue de voix appartenant à des minorités, est perçue comme un signe de « *communautarisme* » ou de « *séparatisme* »,

portant atteinte, selon les autorités publiques, aux principes fondateurs de la République française telle que l'indivisibilité de celle-ci.

C. L'IMPACT DES DISCOURS MEDIATIQUES ISLAMOPHOBES SUR LE BIEN-ETRE DE L'ENFANT AU REGARD DE L'ARTICLE 17 DE LA CONVENTION

L'ADDH-CCIF s'inquiète du traitement médiatique octroyé à certains polémistes notoirement islamophobes, qui continuent d'obtenir une assise médiatique malgré leurs condamnations pénales pour provocation à la discrimination, à la haine ou à la violence.

A titre d'exemples, les nombreuses prises de parole d'Éric Zemmour ou d'autres éditorialistes sur des chaînes telles que CNEWS, LCI, ou encore BFM-TV sont le plus souvent discriminatoires.

Il n'est pas acceptable qu'au motif d'une prétendue liberté au politiquement incorrect des propos discriminants ou incitant à la haine, à la violence ou à la discrimination soient accessibles en libre écoute aux enfants de confession musulmane. Ces derniers, particulièrement vulnérables, ont alors accès à une information et un matériel dégradant profondément leur bien-être spirituel, social et moral puisqu'ils voient dépeintes leurs références religieuses, sociales et morales de manière péjorative.

D. CONCLUSIONS OBSERVATOIRES

L'ADDH-CCIF recommande que la France soit interrogée quant à ses pratiques de rétention de documents officiels (carte nationale d'identité, passeport) et que le fichage parental ne porte atteinte aux libertés et droits civils de l'enfant.

L'ADDH-CCIF préconise un bilan sur la loi du 15 mars 2004 à la lumière de l'étude menée par des chercheurs de Stanford.

L'ADDH-CCIF recommande aux pouvoirs publics de présenter des analyses scientifiques et académiques sur les notions de communautarisme, de séparatisme.

L'ADDH-CCIF recommande que le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel soit en mesure d'appliquer des sanctions ayant force contraignante.

IV. Milieu familial et protection de remplacement

A. SUR LA SEPARATION DES ENFANTS DE CONFESSION MUSULMANE DE LEURS PARENTS SUITE AUX INFORMATIONS PREOCCUPANTES ET AUX SIGNALEMENTS ABUSIFS

L'article 9 établit le droit de l'enfant à ne pas être séparé de ses parents contre son gré. Il dispose que l'éventuelle séparation doit être nécessaire au regard de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Comme mentionné au II.B.1, les procédures de divorce impliquant un conjoint de confession musulmane sont de plus en plus entachées par des accusations de radicalisation fallacieuses menant à la réserve ou au retrait de la garde des enfants au parent musulman. Ces séparations ne prennent pas en compte l'intérêt supérieur de l'enfant tel que l'entend l'ADDH-CCIF.

Comme mentionné précédemment au point II.1, les informations préoccupantes et les signalements abusifs constituent une réelle transgression du principe de non-discrimination. Ils peuvent entraîner une décision judiciaire, à la suite d'une enquête sociale, retirant la garde des enfants de parents musulmans ou perçus comme tels. Ici aussi, la séparation contre le gré et l'intérêt supérieur de l'enfant transgresse l'article 9 de la Convention.

Pour illustrer cette difficulté, nous avons été saisis d'un dossier en date du 10 juin 2020. Un enfant a été séparé de sa mère musulmane contre son gré et placé chez ses grands-parents à la suite du signalement que sa tante a effectué à l'encontre de sa mère. Cette dernière, convertie à l'islam depuis plusieurs années, était accusée de radicalisation du fait de sa seule pratique religieuse. La tante, à l'origine du signalement, était instable psychologiquement. Pourtant, son témoignage a suffi à justifier la décision et a prévalu sur celui de la mère, pourtant psychologiquement stable.

B. SANTE ET SERVICES DE SANTE

L'ADDH-CCIF souhaite interroger quant à ces pratiques qui manquent à l'article 24 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant qui garantit : *“le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.”*

L'ADDH-CCIF est régulièrement saisi de dossier de refus d'accès aux soins à des enfants en raison de l'appartenance réelle ou supposée à l'islam de l'accompagnant. Nous souhaiterions donc mettre en exergue un problème sur lequel la France n'a pas été interrogée mais qu'il est pourtant nécessaire d'aborder.

Dans nos dossiers, il est question de praticiens de santé refusant la consultation ou la subordonnant au retrait du foulard de la mère, et ce alors même qu'un rendez-vous pour l'enfant avait été pris. Dans des cas plus graves, il est question d'urgences médicales qui ne sont pas traitées et pour lesquelles les patientes se voient dans l'obligation d'aller consulter aux services des urgences d'un hôpital. Nous remarquons que la discrimination subie par les parents et par ricochet leurs enfants, lesquels se retrouvent privés du droit d'accès aux services médicaux. D'ailleurs, le Défenseur des

droits rappelle dans ses rapports que l'accès aux soins souffrent du phénomène de la discrimination.

L'Ordre des médecins et la justice pénale n'agissent que très peu dans ce domaine et trouvent dans la majorité des cas des circonstances atténuantes justifiant le comportement discriminatoire du praticien, et ce malgré les manquements déontologiques et légaux évidents.

C. CONCLUSIONS OBSERVATOIRES

L'ADDH-CCIF recommande que soient prévues des formations initiales à l'attention des magistrats au fait religieux, à la discrimination et à l'intérêt supérieur de l'enfant.

L'ADDH-CCIF recommande que l'Ordre des médecins prenne des sanctions à la mesure de la gravité des faits discriminants des parents et leurs enfants dans l'accès aux soins. L'ADDH-CCIF recommande la mise en place de rencontres régulières entre les associations de lutte contre la discrimination et l'Ordre national des médecins, comme proposé par la Commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins du 20 septembre 2018.

V. ÉDUCATION, LOISIRS ET ACTIVITES CULTURELLES

A. DROIT A L'EDUCATION, NOTAMMENT A UNE FORMATION ET A UNE ORIENTATION PROFESSIONNELLE

L'article 28 de la Convention reconnaît le droit à l'éducation de l'enfant.

L'ADDH-CCIF partage l'analyse de deux chercheuses de l'Université de Stanford (USA) : Aala Abdelgadir et Vasiliki Fouka, dans leur article intitulé « *Political Secularism and Muslim Integration in the West: Assessing the Effects of the French Headscarf Ban* », qui expliquent les dérives de la loi du 15 mars 2004¹¹ et disponible en annexe. En effet, il est mis en avant que malgré les débats publics intenses, il existe peu de preuves systématiques démontrant l'influence des politiques sur le comportement des minorités religieuses qu'elles ciblent. Ces chercheuses évaluent les effets de l'interdiction du foulard sur l'intégration socio-économique des jeunes filles musulmanes françaises. Elles constatent que la loi réduit le taux de scolarisation de ces dernières, et à plus long terme, influence négativement leur trajectoire sur le marché du travail, ainsi que la composition future de leur famille. Dans cette étude, les deux chercheuses fournissent des preuves que l'interdiction du port du foulard est de fait discriminatoire et qu'elle réduit l'intégration en rendant la religion et les identités nationales incompatibles.

B. BUTS DE L'EDUCATION AVEC REFERENCE EGALEMENT A LA QUALITE DE L'EDUCATION

1. SUR LA LAÏCITE ENSEIGNEE COMME VALEUR REPUBLICAINE A L'ECOLE PUBLIQUE

La question de la laïcité est au centre des débats nationaux depuis trente ans. La définition même de cette notion et sa portée juridique font l'objet d'interprétations nouvelles, soulevant des difficultés quant à l'application de l'article 29 de la Convention.

En l'espèce, il apparaît naturel que la France souhaite transmettre au sein de l'école publique primaire comme secondaire les valeurs républicaines. A cette fin et à la suite des attentats des 7,8 et 9 janvier 2015, le gouvernement français a mis en place un nouveau plan ayant pour but de transmettre les valeurs républicaines et la laïcité dénommé « *Grande mobilisation de l'École pour les valeurs de la République* ». Ce plan est toujours d'actualité.¹² Il mentionne que :

« La laïcité est l'une des valeurs essentielles de la République. Elle est un principe protecteur des élèves. Le droit de penser et de croire librement pour chaque élève nécessite de prémunir les écoles, les collèges et les lycées de toute emprise politique, religieuse ou idéologique. »

¹¹ <https://vfouka.people.stanford.edu/sites/g/files/sbiybj4871/f/abdelgadirfoukajan2019.pdf>, jointe en annexe 5

¹² <https://www.education.gouv.fr/les-valeurs-de-la-republique-l-ecole-1109>

Cependant, nous nous interrogeons quant au réel enseignement concernant la « valeur » laïcité. Si l'enseignement porte sur les contours de loi du 09 décembre 1905, c'est-à-dire sur la séparation entre l'Etat et le fait religieux, emportant l'exigence de neutralité des seuls agents publics (avec l'exception des élèves des écoles, collèges et lycées publics), aucune observation n'est à soulever. En ce sens, la laïcité enseignée est avant tout un principe d'organisation étatique à la portée juridique claire et encadrée.

Toutefois, il apparaît des dernières déclarations du 19 février 2020 de l'actuel ministre de l'Éducation nationale, Jean-Michel Blanquer, que l'enseignement transmis pourrait être différent :

*« En fait le projet républicain, ce n'est pas seulement... Ça ne pourrait pas être simplement un projet défensif, certainement pas, c'est un projet offensif à tous égards y compris sur le plan social évidemment. Donc c'est à la fois les principes de la République donc sur le plan du droit d'une certaine façon, puis aussi c'est des principes de société. »*¹³

Si par enseignement « offensif », le ministre entend une vision dévoyée de la laïcité, c'est-à-dire entendue comme une « valeur » imposant la discrétion du fait religieux à l'ensemble des citoyens mineurs ou majeurs restreignant leur liberté de conscience et de religion, il devient nécessaire de rappeler les exigences de l'article 29.

Si ce dernier permet, à l'évidence, le respect des valeurs nationales, il n'en exige pas moins que l'éducation transmette à l'enfant le respect des libertés fondamentales et le respect de son identité et de ses valeurs culturelles. Il est dès lors nécessaire que la France précise quels sont les enseignements transmis quant à la valeur laïque et les mesures mises en œuvre afin de préserver la liberté de conscience et la liberté religieuse

2. SUR LE REFUS SYSTEMATIQUE OPPOSE PAR LE MINISTERE DE L'ÉDUCATION NATIONALE D'OUVRIR DES ECOLES PRIVEES HORS CONTRAT MUSULMANES ET L'EVITEMENT SCOLAIRE

L'article L131-1 ainsi que l'article L131-2 du Code de l'éducation disposent succinctement que :

“L'instruction est obligatoire pour chaque enfant dès l'âge de trois ans et jusqu'à l'âge de seize ans.”

“L'instruction obligatoire peut être donnée soit dans les établissements ou écoles publics ou privés, soit dans les familles par les parents, ou l'un d'entre eux, ou toute personne de leur choix.”

Ainsi, l'instruction peut se faire au sein d'un établissement public ou privé voir dans le cadre familial avec l'instruction à domicile. Des prises de positions gouvernementales récentes semblent pourtant contraindre la communauté musulmane à restreindre leur choix à la seule instruction publique. En effet, la circulaire du ministère de la Justice du 10 janvier 2020 a « souligné l'importance qui s'attache à la lutte contre les phénomènes dits d'évitement scolaire, à la faveur du fonctionnement d'écoles hors

¹³ <https://www.vie-publique.fr/discours/273820-jean-michel-blanquer-19022020-separatisme-islamiste-nouveau-bac>

contrat ou d'enseignements en ligne, susceptibles de constituer autant de vecteurs alimentant les fractures communautaristes. »¹⁴

L'ADDH-CCIF s'inquiète que le libre choix d'instruction par les parents, pourtant permis par la législation française, caractérise pour le ministère de la Justice un phénomène sociétal à combattre. Le libre choix des parents de scolariser leurs enfants en école privée hors contrat ou d'assurer leur instruction eux-mêmes constituent des décisions protégées par l'article 29 de la Convention. Ces décisions ne sauraient faire l'objet d'aucune autre appréciation.

Le 19 février 2020, le ministre de l'Education nationale a déclaré, répondant à une question portant sur le nombre d'écoles privées hors contrat et d'écoles musulmanes qu'il avait fermé :

*« Alors vous avez d'abord ce que vous empêchez d'ouvrir et puis ce que vous fermez. **Donc j'ai empêché par exemple la rentrée dernière vingt-sept ouvertures d'écoles sur la base de la loi Gatel que nous avons votée. Donc ça c'est un point très important. Et j'ai fait quatre fermetures l'année dernière et je vais en faire d'autres au cours des prochains temps. Fermer est plus difficile que d'empêcher d'ouvrir.** » (...) Désormais nous avons des moyens juridiques plus amples, mais c'est vrai que nous sommes dans un Etat de droit et que donc il y a un certain nombre de sujets à respecter. Mais je le dis au maire de Mulhouse comme à tout maire de France : « Nous sommes à vos côtés dans ce genre de démarche. » Donc personne ne peut dire que l'éducation nationale aujourd'hui serait laxiste sur ce sujet. Ça n'est pas vrai. Nous avons pris les mesures de droit nécessaires et nous sommes en action. Vous avez dans chaque rectorat France une équipe Laïcité valeurs de la République qui s'occupe de ces sujets et tout maire peut faire appel à l'inspecteur d'académie et au recteur pour venir en appui pour les démarches nécessaires. Nous travaillons en étroite liaison évidemment avec les préfets pour toutes ces démarches. »*¹⁵

Les dispositions pertinentes de la loi GATEL mentionnées par le ministre sont inscrites à l'article L.441-1.-II du code de l'éducation. Il s'agit de :

« II.- L'autorité compétente de l'Etat en matière d'éducation, le maire, le représentant de l'Etat dans le département et le procureur de la République peuvent former opposition à l'ouverture de l'établissement :
*« 1° **Dans l'intérêt de l'ordre public ou de la protection de l'enfance et de la jeunesse** ;*
« 2° Si la personne qui ouvre l'établissement ne remplit pas les conditions prévues au I du présent article ;
« 3° Si la personne qui dirigera l'établissement ne remplit pas les conditions prévues à l'article L. 914-3 ;
« 4° S'il ressort du projet de l'établissement que celui-ci n'a pas le caractère d'un établissement scolaire ou, le cas échéant, technique.
« A défaut d'opposition, l'établissement est ouvert à l'expiration d'un délai de trois mois. »

Ainsi, certaines autorités vont avoir la possibilité de s'opposer à l'ouverture d'un établissement privé en se fondant sur l'intérêt de l'ordre public. Or, la notion d'ordre public en droit français souffre d'une conceptualisation insuffisante, qui entraîne une possibilité d'interprétation large. Le trouble à l'ordre public peut tout à la fois être constitué par un trouble au bon ordre, à la sécurité,

¹⁴ <http://www.justice.gouv.fr/bo/2020/20200131/JUSD2000897C.pdf>, annexe

¹⁵ <https://www.vie-publique.fr/discours/273820-jean-michel-blanquer-19022020-separatisme-islamiste-nouveau-bac>

à la salubrité et la tranquillité publiques, à la moralité publique ou encore à la dignité de la personne humaine.

Le caractère systématique des refus d'ouverture d'écoles privées hors contrat musulmanes, établi par le nombre anormalement élevé de refus de dossier (27), indique que le ministère de l'Éducation nationale exploite cette largesse juridique pour empêcher la création d'établissement d'enseignement par des personnes physiques de confession musulmane.

Or, ces décisions ministérielles constituent une violation du second point de l'article 29 de la Convention lequel dispose que :

*«Aucune disposition du présent article ou de l'article 28 ne sera interprétée d'une manière qui porte atteinte à la **liberté des personnes physiques ou morales de créer et de diriger des établissements d'enseignement**, à condition que les principes énoncés au paragraphe 1er du présent article soient respectés et que l'éducation dispensée dans ces établissements soit conforme aux normes minimales que l'État aura prescrites.»*

En empêchant de manière systématique d'ouvrir des écoles privées musulmanes à des personnes physiques ou morales dont il n'est pas établi qu'ils ne respectent pas les exigences du premier point de l'article 29 ou qu'ils constituent des potentiels dangers à l'ordre public, le ministère de l'Éducation porte atteinte au droit des citoyens musulmans de créer des établissements d'enseignement.

C. REPOS, JEU, LOISIRS, ACTIVITES RECREATIVES, CULTURELLES ET ARTISTIQUES

Nous interrogeons quant au respect par la France de l'article 31 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant. En effet, « le droit au repos et aux loisirs, de se livrer à des activités récréatives propres à son âge et de participer librement à la vie culturelle et artistique » de l'enfant, ainsi que l'accès à ces droits dans des conditions d'égalité, comme le prévoit l'alinéa 2 de ce même article, est parfois écarté par la France puisque les jeunes filles de confession musulmane subissent un traitement différencié quant à l'accès à certaines pratiques sportives.

En tant qu'association de Défense des droits de l'Homme, nous souhaitons également porter à l'attention du Comité les cas de discrimination dans l'accès au sport dont nous avons été saisis. En effet, de nombreuses jeunes filles se voient refuser l'accès aux clubs de sport, notamment les clubs de football et de basketball. A titre d'exemple, la Fédération Française de Basketball (FFBB) s'oppose à la Fédération Internationale de Basketball (FIBA) qui autorise elle-même le port du foulard par les joueuses musulmanes lors de compétitions internationales et l'explique en ces termes précis : « Le bureau central a approuvé la proposition soumise par la Commission technique qui autorise le port du voile par les joueuses, a indiqué la FIBA dans un communiqué. La nouvelle règle a été développée afin de minimiser le risque de blessure et de préserver une uniformité de couleur avec le reste de l'équipement vestimentaire ».

Lorsque nous interrogerons la FFBB sur l'interdiction du port du foulard il sera tenu des propos totalement différents : « *Soucieuses de respecter les principes qui prévalent en termes de laïcité au sein de la République Française et dans les établissements publics accueillants du public, plus particulièrement dans le sport, et estimant les accessoires couvrant la tête comme « inappropriés au jeu », les instances fédérales ont donc définitivement acté en décembre dernier que cette disposition de la FIBA ne pouvait être appliquée.* »¹⁶

Il est donc imposé aux joueuses musulmanes mineures une interdiction du port du foulard, relevant du règlement intérieur de la FFBB, lequel interdit le port de tout accessoire couvrant la tête, sans pour autant qu'il ne soit précisé que cette interdiction s'appliquait au port du foulard pour des raisons d'ordre religieuse. Il est important de rappeler que l'interdiction du port de signes religieux, puisqu'il s'agit ici d'un signe religieux, n'est pas justifiée sur le plan légal puisque l'établissement est un club de sport et non un établissement public d'enseignement de 1^{er} et/ ou de 2nd degrés dans lesquels s'applique l'interdiction du port de signes manifestant une appartenance religieuse pour les élèves et le personnel.

Par conséquent, les principes de laïcité et neutralité ne sont nullement pertinents puisqu'ils s'appliquent uniquement dans le cas suscité ou à l'égard des agents du service public. L'interdiction du port de signes religieux ne peut donc être opposée aux jeunes filles pour des raisons de laïcité comme cela fut évoqué dans les propos susmentionnés, d'autant plus que le règlement de la FFBB ne comporte aucune clause de neutralité.

Il en va de même pour la Fédération Française de Football (FFF) qui à l'instar de la FFBB, va à l'encontre de la Fédération internationale de Football (FIFA).

La conséquence de ces deux divergences du droit français avec le droit international est l'exclusion de ces jeunes enfants du sport, vecteur d'intégration et d'inclusion sociale.

D/ CONCLUSIONS OBSERVATOIRES

L'ADDH-CCIF recommande au ministère de l'Education nationale d'enseigner la laïcité telle que définie par la loi du 09 décembre 1905.

L'ADDH-CCIF recommande que les dossiers d'ouverture d'écoles privées hors-contrat musulmanes ne se voient plus opposés de refus quasi-systématique.

L'ADDH-CCIF recommande à la France de se conformer aux dispositions internationales applicables aux loisirs sportifs.

¹⁶ Annexe

ANNEXE : RECOMMANDATIONS

- 1- L'ADDH-CCIF recommande que le Premier ministre propose au Président de la République de réviser la Constitution de 1958, comme le permet son article 89, pour qu'y soit reconnue la notion de minorités et que le principe d'indivisibilité soit restreint au seul territoire national. A défaut, et toujours en application de l'article 89 de la Constitution, l'ADDH-CCIF recommande qu'un groupe parlementaire soit constitué pour qu'il puisse travailler sur le projet d'une révision constitutionnelle portant sur les mêmes mesures.
- 2- L'ADDH-CCIF demande que le groupe d'étude Droits de l'enfant et protection de la jeunesse auditionne au moins une fois par an les ONG luttant contre les discriminations, et pas uniquement les ONG spécialisées dans la défense des droits des enfants.
- 3- L'ADDH-CCIF recommande la création d'un module obligatoire dans la formation initiale des agents publics confrontés aux mineurs (tels que les enseignants, les services de police ou de gendarmerie etc.) portant sur la lutte contre l'islamophobie, les discriminations et les préjugés qui l'accompagnent. De façon complémentaire, nous encourageons les autorités publiques à revoir la définition de la radicalisation et des faisceaux d'indices dits signaux faibles l'accompagnant.
- 4- L'ADDH-CCIF recommande que soit créé un lien entre les organisations luttant contre la discrimination et les services publics au contact des mineurs tels que les services de police ou de gendarmerie, les écoles publiques primaires et secondaires etc.
- 5- L'ADDH-CCIF préconise une répartition territoriale policière plus homogène, des mesures d'enquête autonomes, élargies et des sanctions à la mesure de la gravité des faits. Il est nécessaire que lors d'instructions pour outrage ou rébellion à l'encontre d'agents dépositaires de l'autorité publique, l'enquête soit systématiquement délocalisée de sorte qu'elle ne puisse être menée par des fonctionnaires de police appartenant au même service de police ou de gendarmerie que les auteurs des poursuites.
- 6- L'ADDH-CCIF souhaite que le groupe d'étude Droits de l'enfant et protection de la jeunesse puisse travailler sur une définition plus précise de la notion d'intérêt supérieur de l'enfant. En l'espèce, il nous apparaît essentiel de reconnaître comme indicateur de celui-ci la qualité de vie de l'enfant telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé. La qualité de la vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement. L'OMS reconnaît que les convictions personnelles et la spiritualité personnelle forment un domaine central de la qualité de vie de l'individu. La notion de bien-être spirituel, reconnue par la Convention en son article 17, doit être au centre des préoccupations des politiques publiques pour que les principes généraux de la Convention soient respectés.

- 7- .L'ADDH-CCIF recommande que la France soit interrogée quant à ses pratiques de rétention de documents officiels (carte nationale d'identité, passeport) et que le fichage administratif parental ne porte atteinte aux libertés et droits civils de l'enfant.
- 8- .L'ADDH-CCIF préconise qu'un bilan quantitatif et qualitatif de la loi du 15 mars 2004 depuis son entrée en vigueur, renouveler l'opération tous les deux ans et en tirer les conclusions .
- 9- .L'ADDH-CCIF recommande aux institutions de définir scientifiquement et académiquement les notions de communautarisme, de séparatisme et de radicalisation.
- 10- .L'ADDH-CCIF recommande que le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel soit en mesure d'appliquer des sanctions ayant force contraignante.
- 11- .L'ADDH-CCIF recommande que soient prévues des formations initiales à l'attention des magistrats au fait religieux, à la discrimination et à l'intérêt supérieur de l'enfant.
- 12- .L'ADDH-CCIF recommande que l'ordre des médecins prenne des sanctions à la mesure de la gravité des faits portant discrimination de parents et de leurs enfants dans l'accès aux soins. L'ADDH-CCIF recommande la mise en place de rencontres régulières entre les associations de lutte contre la discrimination et l'Ordre national des médecins, comme proposé par la Commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins du 20 septembre 2018.
- 13- .L'ADDH-CCIF recommande au ministère de l'Education nationale d'enseigner la laïcité telle que définie par la loi de 1905.
- 14- .L'ADDH-CCIF recommande que les dossiers d'ouverture d'écoles privées hors-contrat musulmanes ne se voient plus opposés de refus quasi-systématiques.
- 15- .L'ADDH-CCIF recommande à la France de se conformer aux dispositions internationales applicables aux loisirs sportifs et encadrant le port de signes religieux par les mineurs.

Political Secularism and Muslim Integration in the West: Assessing the Effects of the French Headscarf Ban*

Aala Abdelgadir[†] Vasiliki Fouka[‡]

January 2019

Abstract

In response to rising immigration flows and the fear of Islamic radicalization, several Western countries have enacted policies to restrict religious expression and emphasize secularism and western values. Despite intense public debate, there is little systematic evidence on how such policies influence the behavior of the religious minorities they target. In this paper, we use rich quantitative and qualitative data to evaluate the effects of the 2004 French headscarf ban on the socioeconomic integration of French Muslim women. We find that the law reduces the secondary educational attainment of Muslim girls, and impacts their trajectory in the labor market and family composition in the long run. We provide evidence that the ban operates through increased perceptions of discrimination and that it reduces assimilation by casting religion and national identities as incompatible.

*We thank Lisa Blaydes, Lauren Davenport, Mathilde Emeriau, and seminar participants at the Clayman Institute for Gender Research at Stanford and the Stanford-Berkeley PE workshop for useful comments and suggestions.

[†]Department of Political Science, Stanford University. Email: aala.abdelgadir@stanford.edu.

[‡]Department of Political Science, Stanford University. Email: vfouka@stanford.edu.

1 Introduction

Concerns about rising immigration and homegrown radicalization have dominated both European and US politics in recent years, fueling populist far-right parties and driving policy choices of elected political leaders. At the confluence of these two issues lies the large and growing group of Muslim immigrants which has been increasingly perceived as less desirable than other cultural and religious groups (Bansak, Hainmueller, and Hangartner 2016), difficult to assimilate (Bisin et al. 2008), and a threat to Western values (Sniderman, Hagendoorn, and Prior 2004). Either as a direct response to terrorism, or as a means of reaffirming the secular character of the state and society in view of a new and salient religious minority, several governments have enacted policies that regulate Islamic dress, especially the various types of head and face covering worn by Muslim women. As can be seen in Figure 1, about one third of European countries have either a local or national ban on some form of veiling. The type of veiling banned ranges from full-face covers, like the niqab or burqa, to partial ones that cover hair and sometimes neck, like the headscarf. The scope of application also varies, from bans on veiling in all public spaces, to restrictions in specific state or state-funded institutions only (like public services, courts or schools).

[Figure 1 about here.]

Such policies have on various occasions been upheld by the European Court of Justice and survey data indicates that they are supported by a majority of the public in countries where they are debated or enacted.¹ While their intended goal often is to

¹A poll by Pew Research Center in 2010 showed that 62% of people in the UK, 82% in France, 71% in Germany and 59% in Spain support a ban on full-face veiling. <http://www.pewglobal.org/2010/07/08/widespread-support-for-banning-full-islamic-veil-in-western-europe/>

reduce the visibility of religion in the public sphere, policies of secularity may inadvertently have other effects on the behavior and choices of the religious minorities they target. Despite the increasing prevalence of these laws in Europe and the widespread public debate on their normative implications, there has been little systematic investigation on their broader effects. And yet this question should be of paramount importance, not only to social scientists, but also to policymakers and Western societies that grapple with achieving both immigrant integration and the preservation of Western culture. To what extent are religious bans contributing towards these goals?

Recent research suggests reasons to doubt the efficacy of bans. Despite approval from native populations, veiling bans targeting Muslim women are perceived as discriminatory by Muslims and many non-Muslims alike.² A growing theoretical literature suggests that both discrimination and cultural prohibitions can intensify a minority's sense of identity and, under certain conditions, encourage radicalization (Bisin et al. 2011; Battu, Mwale, and Zenou 2007; Battu and Zenou 2010). Empirically, it has been shown that perceptions of discriminatory treatment among Muslims in the US positively correlate with feelings of sympathy for radical Islam (Lyons-Padilla et al. 2015) and European countries like Belgium or France, which have enacted national veiling bans, have among the greatest flows of foreign fighters to ISIS (Benmelech and Klor 2016). While such correlations do not necessarily imply a causal relationship, they do suggest that the effects of cultural and religious bans may not be innocuous.

This paper is the first attempt to empirically identify the effect of veiling bans on a large range of behavioral and attitudinal outcomes of Muslims. We do so in the context of the most famous of veiling laws, the 2004 French law on secularity and conspicuous religious symbols. The law banned the use of religious signs in primary and secondary public schools in France, and though it did not explicitly single out any particular sym-

²Institut Montaigne (2016) survey a representative sample of French Muslims. They find that 60% support wearing the headscarf in schools and in other public institutions.

bol or religion (large Christian crosses, as well as Sikh turbans and Jewish kippahs were included in the ban), it aimed to and de facto mostly affected veiled Muslim school-girls. Using rich individual-level data from the French Labor Force Survey, the French census, and a representative survey of immigrants in France, we employ a difference-in-differences strategy to isolate the impact of the law on educational and labor market outcomes, as well as on attitudes of Muslim women. We measure educational and socioeconomic outcomes of French-born women with parents from Muslim-majority countries who were just old enough to have been at school when the law was enacted, and compare them to older cohorts who did not experience the ban, and to a variety of control groups, including non-Muslim immigrants and Muslim men.

Our first finding is that exposure to the ban significantly reduces the likelihood of completing secondary education. Part of this effect appears to be driven by a negative impact on enrollment rates in secondary school for Muslim women aged 16 and above – the cohorts that, by French compulsory schooling law, were legally allowed to drop out. We also find that Muslim women affected by the ban took longer to complete secondary education, conditional on their pre-existing age-educational profiles. These higher dropout rates and longer completion times indicate that the ban disrupted the educational progress of Muslim girls. This negative educational shock carries over to a number of longer term outcomes, such as labor force participation, employment rates, and fertility patterns.

We show that these longer run effects of the ban work through two hypothesized pathways: a *discrimination* channel, and an *identity* channel. First, women affected by the ban report increased perceptions of discrimination at school and a lower trust in the French school system. A set of interviews conducted in Paris with religious Muslim women who shared their personal experiences on the 2004 ban corroborates the role of discrimination. As the accounts of interviewees suggest, discriminatory treatment in the public school, as well as outside of it, negatively impacted educational performance, and sometimes even led girls to leave the public school. Second, both survey and

interview evidence highlight the importance of identity channels as potential drivers of our findings. Muslim women were forced to choose between a secular French identity and attachment to their religious practices, a conflict that often led to alienation from the French society. In the data, Muslim women affected by the ban increase their identification with the nationality of their father relatively more than their identification with France. Interestingly however, identification increases both for French and for foreign identities on average. This latter result indicates that the salience of identity and belonging in general increased for affected cohorts. It also points to a potential polarization of identities, as the incompatibility of French and foreign identities was highlighted by the ban.

The rest of the paper is organized as follows. In Section 2, we review the tension between increasing Muslim presence and secular values in France, which led to the passage of the 2004 ban against conspicuous religious symbols. We then synthesize a body of theoretical work on the effects of assimilationist policies and discrimination on minority identity, and highlight two distinct mechanisms through which bans on veiling can negatively impact the behavior and attitudes of Muslim women: discrimination and identity (Section 3). In Section 4 we outline the empirical strategy and data that we use to evaluate the impact of the headscarf ban on French-born women of Maghrebi and Middle Eastern origin. In Sections 5 and 6 we investigate the short and long-term effects of the ban on secondary educational attainment and other outcomes, and present evidence that the effects are driven by the hypothesized discrimination and identity channels. In Section 7 we present additional qualitative support for these mechanisms through a set of interviews with French Muslim women. Section 8 concludes with a discussion of the broader significance of our findings for integration policies and of avenues for future research.

2 Context

2.1 Islam and laïcité in France

Approximately 6 million Muslims live in France (Mattei and Aguilar 2016). The history of their integration has been fraught with difficulties.³ Current tensions over the assimilability of Muslims can be traced to the 1980s. A religious consciousness arose among third generation French of Muslim origins. Their increased religiosity was a radical deviation from prior generations that maintained only a cultural connection to their Islamic heritage. The reorientation of third generation Muslims to Islam precipitated public anxiety for two reasons. First, Islam was associated with fanaticism and retrogradeness.⁴ In the 1980s, fundamentalist Islam was on the rise globally, with restrictions on women’s dress in theocratic Iran, religious war against the Soviets in Afghanistan, and Islamist terrorism in Algeria’s civil war (Piscatoi 1990; Appignanesi and Maitland 1989; Bowen 2007).

Public anxiety over Islam was also rooted in the French approach to religion. French laws, enacted in the late 1800s as part of the anti-clericalism of post-Revolutionary France, relegate faith to the private sphere and strongly regulate organized religion to maintain public order (Mattei and Aguilar 2016). The state’s policies are enshrined in the principle of laïcité (loosely translated as “secularism”). Embodied by several laws, laïcité is meant to ensure freedom of conscience, equality of religious expression, and religious neutrality of government institutions (Messner et al. 2003) – to avoid religious conflict and maintain social order.

Laïcité was importantly enacted through the education system. Public schools were established to combat the influence of the church, replacing religious fealty with nationalism (Kepel 2012). Schools were and remain an important vehicle through which

³For more information, consult Fredette (2014) and Cesari (2009).

⁴For more on French media representation of Islam, see Bowen (2007).

the state creates citizens, instilling in all children republican values (Lorcerie 2012). As Fredette (2014) explains, “Part of France’s *jus soli* [birthright citizenship] tradition is the belief that one is not born French; one becomes French. That process of becoming French is carried out in public schools. It is there that students learn what it means to be French and how to be a good French citizen.” Within this context, the increasing religiosity of Muslims – translated into pupils in headscarves, praying in public settings, requests for halal food (meals prepared as prescribed by Muslim law), and refusal to engage in certain activities (like swimming in mixed gender environments or studying classical art with pictures of nudes) – was perceived as an assault on the very institution instilling republican values (Bowen 2007).

2.2 The headscarf ban

Latent anxieties culminated in public crisis. In 1989, three veiled girls attended Gabriel-Havez Middle School. The principal asked them to unveil because headscarves infringed on the neutrality of public schools. When the girls refused, the school expelled them. The students filed suit against the school, and the case reached the Conseil d’Etat (French Supreme Court of administrative law). Ultimately, it ruled that the girls had the right to veil unless their headscarves were disruptive, and it instructed schools to determine disruptiveness on a case by case basis (Mattei and Aguilar 2016). The government also created a ministerial office to help mediate between schools and pupils.

When cases of headscarf expulsion persisted, the government convened a parliamentary commission in 2002 to find a definitive solution. The Stasi Commission – a group of public intellectuals and politicians – consulted relevant stakeholders. Educators reported that headscarves jeopardized the liberating mission of schools “to give citizens-in-the-making the means to free themselves from social, cultural, ethnic or gendered determinism” (Bowen 2007). Headscarves, they argued, impinged on the liberty of conscience of other pupils, and represented the triumph of communitarian pressures (Bowen 2007). Ultimately, the Stasi Report (2004) advocated state intervention – in-

cluding a school ban.

In 2004, the National Assembly passed a bill banning conspicuous religious symbols in schools. The bill broadly refers to ostentatious religious symbols, including large crosses and kippahs. However, headscarves not only motivated the enactment of the law, but also, due to their prevalence among students as compared to other religious symbols, they were the main symbol affected by the law in practice (Paul 2004). The bill went into effect in September 2004 in primary and secondary public schools. It preserved the mediation infrastructure of the prior decades and instructed schools to pursue mediation efforts before imposing penalties on students (Tebbakh 2007).

While no systematic study of the ban exists, there are a few lessons about its impact. The French government sponsored a study of four public schools, culminating in the 2005 Chérifi Report. It painted a positive picture of the ban's implementation, citing a decrease in veiling and expulsions. At the start of the school year in 2004, only 639 out of 10 million students showed up wearing ostentatious religious symbols, 626 of whom were Muslims (Mattei and Aguilar 2016).⁵ Of the 639, 143 students switched from public to private schools and 50 enrolled in long-distance courses (Mattei and Aguilar 2016). There is also evidence the ban was applied broadly. Castel and Saby (2011) find that some schools used the ban to bar veiled parents from schools, university professors sometimes adopted the ban (though it only applies to public primary and secondary schools), and young interns were expected not to veil.

⁵This compares to 3000 cases of wearing religious symbols in 1994-1995, and 1465 cases in 2003-2004 (Mattei and Aguilar 2016; Tebbakh 2007).

3 Conceptually linking religious bans to minority outcomes

How would we expect the 2004 ban on religious symbols to affect the behavior and outcomes of French Muslim women? We anticipate that the ban depressed the educational performance and attainment of French Muslim girls enrolled in secondary school during and after its implementation in 2004. We furthermore expect that this had downstream effects on longer-term socioeconomic outcomes of affected cohorts. We combine insights from a rich interdisciplinary literature to identify two classes of mechanisms through which cultural bans can impact a minority group's integration.

The first and more direct one is the de facto discriminatory nature of the law. The law was discriminatory in a specific sense: it singled out Muslim schoolgirls who chose to veil and subjected them to differential treatment because of their mode of dress. During the first phase of the law's implementation, girls who persisted in wearing the headscarf were removed from their classes to discuss alternatives to veiling with school administrators (Mattei and Aguilar 2016). If this failed, girls were expelled. Girls then had several options: they could leave the education system (if 16 or older), switch to private school, opt into distance learning, or leave the country.⁶ The process of switching and the period of mediation away from class could have directly impaired school performance.⁷

Besides the direct changes that girls experienced in their everyday school life, the ban's passage was accompanied by a national debate that singled out veiled girls – and predominantly cast their veiling as incompatible with French ideals. This broader

⁶There are many reasons for lack of compliance with the law. One could be marriage market considerations (Blaydes and Linzer 2008). Prior to the ban, in communities that value pious brides, girls could veil at school without jeopardizing their marriage prospects. If returns to marriage were high enough compared to returns to education, some girls may have left the public school after the ban to avoid removing the veil.

⁷Even the optimistic evaluation of the law in the Chérifi report expressed concerns that the transitional mediation period may have been too long.

public discussion, and the associated anti-Islamic sentiment expressed by segments of the French population, likely reinforced Muslims' difference. A significant literature demonstrates that perceived racism is negatively associated with educational performance (Levy et al. 2016; Chavous et al. 2008). While Islamophobia spurred by the ban might have broadly affected all Muslims, we expect that this effect should be most acute in school-age Muslims because they were in their formative and most impressionable years when the ban was implemented (Wong and Sameroff 2003; Sanders-Phillips 2009; Adam et al. 2015; Brondolo et al. 2009; Dahl 2004). School-age Muslim boys may have also experienced a drop in educational outcomes, but we expect that the effect of the ban was most felt by school-age Muslim girls because the 2004 law pertained directly to them.

The second potential mechanism linking the 2004 ban to lower educational outcomes relates to social and group identity. The 2004 law defined the Muslim headscarf as a “violation of French secularism, and by implication, a sign of the inherent non-Frenchness of anyone who practiced Islam, in whatever form” (Scott 2009). French Muslim girls that could until that point readily identify as members both of their religious community (by wearing the headscarf) and of their country of birth, received the signal that their two identities were incompatible and that one could not be French without embracing the principle of secularity as enshrined in the law. Both theoretical and empirical work on the formation of oppositional identities (Bisin et al. 2011; Fouka 2018) indicate that assimilationist attempts on the part of a majority may strengthen the identity of minority members. In this case, we contend that the headscarf ban led some Muslim girls to resolve this identity conflict by retreating into their religious and ethnic communities. Practically, we expect this retreat to alter behavior in the short- and long-run, for example through reduced participation in the educational system and the labor force.

In sum, we hypothesize that the headscarf ban depressed educational performance and attainment through two pathways: a *discrimination channel*, and an *identity chan-*

nel. Under the label discrimination we bundle both the direct consequences of the implementation of the law in the classrooms, and the associated differential treatment either inside the school or outside of it. Discrimination of girls wearing the headscarf may have disrupted their ability or willingness to attend school thereby delaying school completion and worsening educational performance. We also hypothesize that the ban impaired educational and labor market outcomes in the long run. This could have occurred as a direct result of the ban’s negative effect on Muslim girls’ educational attainment. Additionally, the emphasis the law placed on the incompatibility of a religious Muslim identity with being French could have increased some Muslim girls’ identification with the Muslim community and reduced their participation in the education system and the labor market. Finally, based on both the discrimination and the identity channel, we expect Muslim girls from families with two Muslim parents to have been more acutely affected by the ban because these girls are doubly implicated in the public debate, and being part of a family with a unified Muslim identity likely intensifies the conflict between family background and belonging to the French society.

4 Data and empirical strategy

4.1 Data

We utilize two datasets in our main empirical analysis of the ban’s effect on educational attainment and long-term labor and social outcomes. We describe the data in detail below.

French Labor Force Survey. Our main data source is the French Labor Force Survey (Enquête Emploi, and henceforth LFS). The LFS is a comprehensive survey of socioeconomic and labor market characteristics conducted in a representative sample of the French population. It has a rolling panel structure, with each household remaining in the survey for six consecutive quarters. All household members over 15 years of age are interviewed every quarter. For most of our analysis, we keep only the first

quarterly observation of an individual, thus treating the survey as a repeated cross-section. We take advantage of the panel structure of the data in Section 5 in order to better understand the mechanisms behind our observed effects. We restrict the sample to the French born, so as to ensure that we are only examining the behavior of people who went to school in France. We focus on respondents interviewed 2003 to 2012, the range of years in which we can identify the country of birth of both the individual and of the father, and thus the origin of second-generation immigrants. We also restrict attention to individuals who were 20 or older in each survey year, so that we can examine completed education and labor market characteristics.

One limitation for our exercise is lack of information on religion and veiling behavior. French statistics do not collect data on religion and religious practices, and thus we rely on the father’s country of birth to identify Muslim women.⁸ This information is highly aggregated in the LFS. The variable coding father’s origin takes one out of ten values (excluding a code for missing values): France, Northern Europe, Southern Europe, Eastern Europe, Maghreb, Rest of Africa, Middle East, Laos/Vietnam/Cambodia, Rest of the World. We drop from the sample the categories Rest of Africa and Rest of the World, which contain both countries with and without a significant Muslim population. We then code the Maghreb and the Middle East as “Muslim” and all other countries as our “non-Muslim” control group. Our final cross-sectional sample consists of 52,201 observations, out of which 4,163 are Muslim. Our main results are based on the sample of women, but we use men as an additional control group for a number of our analyses.

To verify the robustness of results produced using the LFS, we use information from the 2011 1% sample of the French census microdata, which is part of the International Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS International), collected and distributed by the University of Minnesota. More details on this data source are

⁸We use the father to identify second-generation Muslims because Islam is patrilineal, passed on through the male line. If we use the mother, LFS results are only slightly attenuated.

provided in the Appendix.

Survey *Trajectories and Origins*. To assess the long-run effects of the headscarf ban on the social attitudes of Muslim women, we take advantage of a survey uniquely designed to record the characteristics and attitudes of immigrant populations in France, the survey Trajectories and Origins (Trajectoires et Origines, henceforth TeO). TeO was conducted in 2008-2009 on a sample of 21,000 people and included representative samples of immigrants, descendants of immigrants, as well as French without an immigrant background, born in France or in overseas departments. The survey includes religious adherence, which allows us to improve on our earlier identification, by focusing on self-reported Muslim women, without needing to indirectly identify them using the father’s country of birth.⁹ We restrict attention to women born in France, or those who moved to France before age 6, so as to ensure that everyone in the sample attended school in France.

Tables B.1 and B.2 in the Appendix provide summary statistics on our main outcome variables for women and men, respectively. A complete description of all variables is provided in Appendix Section C.

4.2 Identification strategy

To evaluate the effects of the school veiling ban, we employ a difference-in-differences analysis. Our source of cross-sectional variation is Muslim origin. Depending on the outcome of interest, we use two sources of time variation: birth cohorts and survey years. Birth cohort variation (i.e. comparing outcomes of cohorts in school during the ban to those who completed school before the ban) allows us to examine the long-run effect of the law. Yearly variation (i.e. comparing outcomes of everyone before and after the ban’s passage in 2004) allows us to identify its immediate impact. We explain

⁹The TeO thus also allows us to verify that our approach for identifying Muslims in the LFS and IPUMS is valid: the correlation between self-reported Islamic religion and an indicator for father born in a Muslim-majority country in the TeO sample is 0.7403.

each of these strategies in detail below.

Cohort variation. When examining the ban’s effect on educational attainment, as well as other long-term socioeconomic characteristics, we assess how the difference in outcomes between women of Muslim and non-Muslim origin changes for cohorts of school age at the time of the law’s enactment as compared to cohorts just old enough to have left school at the time of the ban. Students in France attend secondary education between the ages of 11 and 18. While attendance is compulsory by law only until the age of 16, the second stage of secondary education (*lycée*) which prepares students for a high school degree, or *baccalauréat*, lasts until the age of 18. Based on this structure of the educational system, we assume that women born in 1985 or earlier, who were 19 years old in 2004, were likely to have already left secondary education and would thus be unaffected by the law. Any cohort born in 1986 or later would instead have had at least one year of education under the new law.¹⁰ These younger cohorts of Muslim girls constitute our treatment group. The distinction between treatment and control group is not sharp – some girls born 1986 or later may have not actually been in school when the ban was implemented – but this only introduces measurement error which would bias any estimated effect towards zero. We always restrict our focus to cohorts born 1980 or later, to ensure a roughly equal amount of observations on either side of the 1986 cutoff.

Our simplest specification takes the form:

$$Y_{icg} = \alpha_1 + \alpha_2 T_{cg} + g_g + c_c + \epsilon_{icg} \quad (1)$$

where i indexes individuals, c indexes birth cohorts, and g indexes groups based on the father’s region (LFS) or country of birth (IPUMS), or the individual’s religion (TeO). T_{cg} is an indicator for individuals identified as Muslim and who were 18 or

¹⁰Figure B.1 in the Appendix shows that close to 100% of women born 1986 or later were enrolled in secondary education in 2003, the year before the implementation of the ban. This share drops to less than 80% for those born in 1985 and to 40% or less for older cohorts.

younger in 2004 (born 1986 or later). g_g and c_c are group and birth cohort fixed effects, respectively, and ϵ_{icg} is an idiosyncratic error term. The coefficient of interest is α_2 , the differential treatment effect of the ban on schooling age cohorts of Muslim women. When using the LFS, the repeated cross-section structure of the data allows us to simultaneously control for birth year, survey year and age fixed effects, since we observe the same birth cohorts at multiple points in time. Our preferred specification then includes a full set of father’s region of origin by age fixed effects. This is particularly important, since most of our educational and labor force outcomes of interest follow a different age profile for Muslim vs non-Muslim women.

Yearly variation. When analyzing the immediate effect of the ban on secondary school enrollment, we use an alternative time dimension as a source of variation. We assess how the difference in the change of student status between fall and spring quarter of the same year for Muslims and non-Muslims varies before and after the ban. We exploit the fact that the LFS has a panel structure, which allows us to observe the same individual in six consecutive quarters, and we track the same person right before and right after the implementation of the law. We run a regression of the form:

$$\Delta Y_{isg} = \beta_1 + \beta_2 T_{sg} + g_g + s_s + \epsilon_{isg} \quad (2)$$

where i and g index individuals and groups, as before, and s indexes survey years. T_{sg} is an indicator that equals one for Muslim individuals observed in a survey year when the law is already in place. The outcome of interest ΔY_{isg} in this case is the change in student status (in secondary education) from the second to the fourth quarter of survey year s . As before, we are interested in the direction and magnitude of the coefficient β_2 , the differential treatment effect on student enrollment for Muslim women.

Threats to identification. The validity of the difference-in-differences approach relies on two identifying assumptions. First, outcomes of Muslim and non-Muslim women would have been following parallel trends in the absence of the law. While this assumption cannot be tested directly, availability of data for older cohorts of women

allows us to demonstrate the absence of any differential pre-trends in outcomes prior to the passage of the law. This rules out the possibility that behavior was already changing for younger cohorts of Muslim women for reasons unrelated to the headscarf ban. Second, there can be no time-variant unobservable factors that coincide temporally with the headscarf ban and differentially affect women of Muslim origin. This assumption is also unlikely to be violated given the nature of the variation we are exploiting: the time dimension for most of our analysis is not years, but birth cohorts. It would have to be the case that any time-variant confounder that differentially affects Muslim girls does so only, or disproportionately, for the younger cohorts. We are not aware of other changes in legislation or rules relating to the educational system that could be correlated with the 2004 ban. It is plausible that general discrimination against Muslims, particularly against veiled Muslim women, either preceded or was a direct consequence of the ban and the associated public discussion. We consider such anti-Muslim sentiment part of the bundle of factors that constituted the “effect” of the law, and not a confounder. To the extent that anti-Muslim sentiment extended to older Muslim women and did not only single out young Muslim women, this will bias downward our estimate of the differential effect of the law on the directly affected group of school-aged Muslim women. We will present evidence of such spillovers of the law on Muslim men in Section 5.

A more concrete threat to identification is a source of discrimination unrelated to the law, such as Islamophobia, initially spurred by the 9/11 attacks in 2001 and still prevalent in later years. There are two reasons why such a concern is unlikely to be important. First, even if such discrimination differentially affected school-age cohorts – an unlikely hypothesis a priori – it would not have manifested with a sharp break in the educational attainment of cohorts just old enough to be in school in 2004. In Appendix Section A.1, we demonstrate with a set of placebo exercises that no cohort born before 1986 displays a significant drop in secondary educational attainment, as we would expect if other sources of discrimination, and not the ban, were the drivers of our findings. Second, part of our difference-in-differences design exploits an entirely

different source of time variation (survey years instead of birth cohorts). It is unlikely that generalized Islamophobia can explain both educational attainment of cohorts born 1986 and later and the change in rates of secondary enrollment of Muslim women between 2003 and 2004.

Finally, it is worth emphasizing at this point that we lack information on who was wearing a headscarf in 2004 and was thus *treated* by the law in the strictest sense. What we are identifying is the effect of the law on women of schooling age who either report being Muslim (TeO) or whose father was born in an identifiable Muslim-majority region or country (LFS, IPUMS). To the extent that schooling-age Muslim women who did not wear a headscarf did not respond at all to the 2004 ban, we would expect an additional downward bias in our estimates. In short, both the potential spillover effects of the law, as well as the lack of precise information on veiling practices, should contribute to estimated treatment effects being a lower bound of actual effects.¹¹

5 Effects on educational attainment

As discussed in Section 3, the first order effect of the 2004 law should be traceable in educational attainment. Figure 2 separately plots the likelihood of having completed secondary education for Muslim and non-Muslim women in the LFS, conditioning on age and survey year fixed effects. Secondary attainment of Muslim women is generally lower, but follows a parallel trend to non-Muslim women for older cohorts, thus providing support to the main identifying assumption of the difference-in-differences strategy. This pattern ends abruptly with the group born in 1986, precisely the first cohort of women old enough to be affected by the ban while at school. The gap between

¹¹It is also worth pointing out here that prior to the law, regulation of headscarves was decided school by school. A ministry of education circular had established this discretion prior to 2004. Therefore, not all schools were affected equally by the law; some implemented anew the regulations against veiling whereas others maintained the status quo. That some schools did not accommodate veiling prior to 2004 should be an additional factor biasing our estimated effects downwards.

Muslim and non-Muslim women more than doubles with this cohort, and remains large thereafter.

[Figure 2 about here.]

Table 1 clarifies the magnitude and demonstrates the robustness of this result. Column (1) reports the interaction coefficient from equation 1 which suggests that the difference in the likelihood of completing secondary education between Muslim and non-Muslim women becomes almost three percentage points larger for school age cohorts. The effect remains unchanged when controlling for survey year fixed effects in column (2). In column (3) we control flexibly for age by father's birthplace fixed effects, effectively allowing women from different origins to have different age profiles in terms of when they complete secondary education. This increases the magnitude of the estimated coefficient. In column (4), we include a linear Muslim-specific trend in birth year. The coefficient remains robust and further increases in magnitude. This increase likely captures a fact that can be observed in Figure 2: Muslim women born before 1986 were catching up with their non-Muslim counterparts in terms of secondary educational attainment.

The estimated effects are large. The magnitudes imply that the difference between Muslim and non-Muslim women in secondary attainment more than doubles. Our preferred specification reported in column (3) implies that we can attribute to the veiling law a differential increase in the share of Muslim women who fail to finish secondary education of 3.9 percentage points, which corresponds to 20% of the overall share of women without secondary education in our sample (19.1%).

[Table 1 about here.]

Finally, column (5) investigates one important source of the effect's heterogeneity: the origins of the parents. The drop in secondary educational attainment is double in magnitude for women with both parents born in Muslim-majority regions, compared to those with a Muslim father and a non-Muslim mother. Parental origin may proxy for

two things. The first is the intensity of the treatment – girls born in Muslim families are perhaps more likely to wear the headscarf and thus to have been directly affected by the ban. The second relates to the strength of the identity channel in driving responses to the ban. Conditional on having worn the headscarf, women from Muslim families would have faced more of a conflict between their family background and French secular identity compared to their counterparts with parents in mixed marriages.

We perform a wide set of robustness checks to verify the validity of the estimated effect of the ban on the likelihood of completing secondary school. We show that the effect is not driven by other changes coinciding temporally with the headscarf ban, such as general xenophobia and Islamophobia spurred by the 9/11 attacks, or by imbalances across the sample of Muslims and non-Muslims. A detailed description of robustness checks can be found in Section A.1 of the Appendix.

5.1 How does the ban reduce educational outcomes?

Through which pathway does the law have such a negative impact on the educational outcomes of Muslim women? In what follows, we further unpack the process that leads cohorts affected by the ban to attain lower levels of secondary education, and identify two additional effects of the law.

First, Muslim women in affected cohorts are likely to require more time than their counterparts in the control group to complete secondary education. Figure 3 plots the differential treatment effect of the ban, estimated from a flexible version of the specification in equation 1, which interacts Muslim origin with two-year birth cohort dummies. The dependent variable is the likelihood of being enrolled in (but not having completed) secondary education, conditional on a full set of age by father’s birthplace fixed effects. The pattern suggests that cohorts born after 1986 are more likely to be students in high school at any given age. Conditional on differential age trends, Muslim women are on average somewhat more likely to stay in secondary education longer than non-Muslims, but this gap widens for affected cohorts. One reason this may happen,

which would be consistent with observations made in the official evaluations of the ban's effects, is the ban led girls to repeat a class. This could be because of time lost during the mediation period, switches from public to private education, or simply the pernicious effects of discrimination at school on girls' effort and grades.

[Figure 3 about here.]

The increase in enrollment rates in secondary education conditional on age is substantial in magnitude. Muslim women's enrollment rates increase by up to 4 percentage points. Note that among 20 year old non-Muslims, only around 7.9% are still attending secondary education. For Muslims this share is 13.3% – a difference that is largely explained by the estimated effect of the veiling law.

Second, we find evidence that Muslim girls drop out of school in direct response to the law's implementation. The panel nature of the French LFS allows us to examine how the student status of Muslim women changed after 2004. We restrict attention to women enrolled in secondary school in the spring quarter of each school year and who were older than 16 (and thus could have legally dropped out of school if they wanted to). We then compute a proxy for dropping out of school, as the difference in student status between spring quarter and fall quarter of the next school year. This variable takes on the value -1 for individuals who were students in secondary education in the spring quarter, but are not students anymore (in any degree of education) in the fall of the same academic year. We examine how this average difference changes for Muslim girls after 2004, by estimating the specification in equation 2. The results are plotted in Figure 4 for all survey years in our sample. While we only have information on one calendar year before 2004 (the change between spring 2003 and fall 2003), it is clear that this difference is zero and increases by around 6 percentage points in 2004–2005. With the exception of 2006 and 2009, all years after 2004 see an increased dropout rate for Muslim women compared to their non-Muslim counterparts.

[Figure 4 about here.]

Figure B.2 in the Appendix examines the effects of the ban on men's likelihood of dropping out of secondary school, plotted alongside those of women. For men, as for women, there is an increase in the dropout rate in the two years directly following the implementation of the ban. For later years, the difference in the dropout rate returns to pre-2004 levels or even decreases for men. Table 2 demonstrates the robustness of this result to a number of specifications and successive inclusion of fixed effects, both for men and for women. Once again, estimated magnitudes for women are large. The average rate of leaving secondary education in our data is 11.8 percent. Estimates in Table 2 indicate an increase in dropout rates for Muslim women exposed to the law of up to 60 percent of this long run average, a sizable effect.

[Table 2 about here.]

There are two possible explanations for the differential drop in student status for Muslim women after 2004. One possibility is that they complete secondary education, but do not follow their classmates to university. Alternatively, they drop out earlier, before completing secondary education in the first place. Arbitrating between these two scenarios allows us to further test if the observed effect indeed results from the 2004 law: since the ban did not legally pertain to universities, we should not see an immediate reduction in university attendance rates between 2003 and 2004. Instead, the short-run effect should come from drop outs in secondary education.

Table 3 demonstrates that this is indeed the case. Columns (1) and (2) display the differential change in the dropout rate from secondary education for Muslim women in the short (column 1) and long run (column 2). Specifically, column 1 presents the estimated effect of the ban on dropout rates between 2003 and 2004, i.e. during the first year of implementation. Though imprecisely estimated, the effect is negative and larger in the short-run. Columns (3) and (4) present the same differential effect for the dropout rate out of university. Unlike with those in high school, Muslim women enrolled in university are not more likely to drop out in 2004. They do, however, become more likely to drop out in the longer run. Conditional on a full set of parent

birthplace-specific age effects, this finding is consistent with the immediate effects of the law on high school dropout rate carrying on to university in later years. It is also consistent with accounts of Muslim women that discrimination against those who veil was also present in the university in the years following the ban's implementation, even though the official law did not apply to higher education.

[Table 3 about here.]

In sum, our results so far indicate that the 2004 headscarf ban negatively impacted the secondary educational attainment of Muslim women. It also had two additional effects. It led affected cohorts of Muslim women to spend more time completing secondary education. As Tables 2 and 3 show, it also made Muslim women more likely to drop out of secondary school upon implementation of the law, but also in subsequent years. The effect spilled over to Muslim men, though this was limited in magnitude and duration.

To what extent were these facts the result of discrimination faced by these cohorts in school? While we cannot precisely test how much of the effect is due to discrimination, we can show that affected cohorts faced more intense discrimination at school than the control group. To this purpose, we apply our difference-in-differences specification to the TeO survey. Figure 5 plots the interaction coefficient from equation 1 in the sample of French-born women born 1980-1994. Columns 1–2 of Table B.3 in the Appendix report the magnitudes associated with these effects, as well as a comparison of the differential effect between men and women, in a triple differences specification. Affected cohorts are significantly more likely to say that they have experienced racism (in the form of insults or harassment) in school. They are also more likely to report lower trust in the French school. These results show that Muslim girls were differentially treated in schools, and thus work as evidence for a discrimination channel driving results on educational outcomes.

[Figure 5 about here.]

6 Effects on long-run socioeconomic integration

We next proceed to examine how the headscarf ban affected a larger set of longer term outcomes. We are unable to precisely distinguish what part of these effects is the direct result of lower educational attainment, and what part was independently produced through the mechanisms highlighted in Section 3. Our analysis of the TeO does, however, provide suggestive quantitative evidence for both the role of discrimination and that of identity. We complement and further strengthen this evidence with qualitative data from interviews in Section 7.

Our analysis here mirrors that presented in Table 1, using as dependent variables a number of different outcomes: labor force participation, employment, co-habitation with one's parents, the likelihood of being married, and number of children. In Table 4, we estimate our preferred specification of equation 1, which includes a full set of survey and age fixed effects interacted with father's region or country of birth. Affected cohorts of Muslim women are almost 3 percentage points more likely to be out of the labor force and 3.7 percentage points less likely to be employed. They are also 2.4 percentage points more likely to live with their parents. Finally, while we find a small (negative) difference in the likelihood of marriage, affected cohorts are almost 4 percentage points more likely to have children.

[Table 4 about here.]

Both the labor market and social effects are substantial. When comparing them to the difference between Muslim and non-Muslim women among untreated cohorts, the estimated magnitudes indicate that the veiling law widens the gap with respect to employment by more than a third (initial gap of 10.9%) and the gap with respect to labor force participation by more than half (initial gap of 5.3%). The gap between Muslims and non-Muslims in cohabitation with parents increases by a similar amount (more than a third of the initial gap of 6.9%). Reassuringly, we find similar patterns when we replicate our results in the 2011 1% sample of the French census. These are

discussed in Section A.2 of the Appendix.

Finally, we use the TeO data to provide evidence that the 2004 ban had an impact on social identity. Figure 6 reports differential effects on various self-reported measures of identity for school age cohorts of Muslim women.¹² Affected cohorts are less likely (though not significantly so) to report higher levels of agreement with the statement “I am seen as French,” but not less likely to say that they feel at home in France. Surprisingly, treated cohorts are more likely to identify both as French, and with their father’s country of origin, though on average, identification tends to increase more with the father’s origin than with France. This indicates that identity, whether French or foreign, became a more salient issue for cohorts affected by the law. Models of oppositional identity formation (Bisin et al. 2011) would suggest that attempts at assimilation have a polarizing effect, by forcing individuals to identify with one of two incompatible identities. While we find some indication of this effect here – since Muslim women identify relatively more with their father’s background on average – our results do not fully support the predictions of such models. The headscarf ban may have cast Muslim identity as incompatible with French ideals, but the TeO results suggest that Muslim women respond to this by reaffirming their belonging to both France and their ethnic and religious communities.

[Figure 6 about here.]

7 Qualitative evidence on mechanisms

To complement our empirical analysis, as well as provide evidence particularly on the mechanisms driving our long-term estimated effects, we leverage qualitative interviews.

¹²Columns 3–7 of Table B.3 in the Appendix report the magnitudes associated with these effects, as well as a comparison of the differential effect between men and women, in a triple differences specification.

The experiences of young Muslim respondents show how the discriminatory environment present after the 2004 ban impaired women’s educational and career trajectories. Interviews also reveal a split in the attitudes and behaviors of young Muslim women. The incompatibility of the Muslim and French identities, signaled by the ban and reinforced by the media, drove some respondents to withdraw from French society while others reasserted their belonging to both French and Muslim communities.

This section draws on interviews with 20 Muslim women conducted by one of the authors in Paris in July-August 2011. Information about sampling strategy and data collection is provided in Appendix Section D. Importantly, the respondent pool is diverse in terms of age, ranging from 18 to 47, as well as immigrant origins, including sub-Saharan Africa, North Africa, Turkey, and Pakistan. Because we anticipate the headscarf ban to have negatively affected younger cohorts who were in the education system in 2004, the age distribution of respondents enables us to corroborates that older cohorts were unaffected by the ban. Summary statistics on the characteristics of interviewees are provided in Table D.2 in the Appendix.¹³

7.1 Discrimination channel

Interviews indicate that the ban generated differential treatment of Muslim women in educational institutions and the labor market, thereby impeding Muslim women’s advancement. First the law instituted a de facto discriminatory regime in primary and secondary education, wherein veiled girls were the primary targets of the new regulations. Twenty-eight-year-old Nadia shared her own experience of expulsion.¹⁴ Nadia started veiling at 13. When she veiled at school, her teachers were dismayed but failed to convince her to unveil. The school ultimately expelled her and engaged a govern-

¹³These interviews were approved by Yale University’s Human Subjects Committee under IRB protocol 1005006869.

¹⁴Names have been changed to preserve anonymity. Her expulsion occurred prior to the 2004 ban, when an education circular enabled schools to adopt their own regulations. She attended a school where veils were not allowed.

ment mediator to resolve the impasse. Her parents, concerned about her education, convinced her to unveil in school.¹⁵ That process took a significant amount of time and led her to fall behind relative to her peers. Her experience illustrates how the law directly altered the lives of veiled Muslim girls, with the potential to undermine their academic performance.

Even for girls who obeyed school veiling regulations or did not veil at all, the 2004 law contributed to an environment more hostile to Muslim girls more broadly. An anti-islamophobia lawyer reported, “For those who remained, there was an enormous psychological effect. They are made to feel like culprits but they have done nothing. Despite that, they are humiliated, and [they] do not understand why they are insulted or made to feel like outsiders.”¹⁶ Interviewees who were in the education system in 2004 recall an environment of scrutiny and suspicion after the passage of the ban. Respondents in schools with predominantly French-origin peers were asked to serve as representatives of the Muslim community; they were challenged to disprove the benefits of the ban: its preservation of secularism, its liberation of Muslim women from religious pressure, and its assimilation of a community that claimed to be French but preserves its difference.¹⁷ The stereotypes and interrogations placed Muslim girls, particularly highly religious ones, under considerable stress, and “the more discussion [of the ban], the more one is alienated”.¹⁸

7.2 Identity channel

The law also signaled that veiling was not compatible with the French identity. The narrative of the inconsistency of the Islamic and French identities was reinforced by the national media as well as enacted through the formal enforcement of the law in

¹⁵Author interview, July 2011.

¹⁶Author interview, July 2011

¹⁷Author interview, July 2011

¹⁸Author interview, July 2011

schools and its unauthorized application in higher education. Respondents were all keenly aware of the alleged incompatibility of their Muslim and French identities, but they differed in their reactions. Some rejected the false choice between identities and reasserted their right to be both French and Muslim. One respondent proclaimed that she was born in France, she speaks the language, and she respects the laws, and therefore she was as French as any other citizen. She, and others, insisted on integrating on their terms, maintaining their veils and French values. A few interviewees used activism at university or through civic associations to affirm their dual identities.¹⁹ One such activist explained, “But for me, I think that it [retreating, giving up] is not the solution at all. I think it is necessary to cling on... when you hang on, you make advancements.”²⁰ In contrast, other respondents chose to retreat into their Muslim identity. This retreat took many forms, such as attending a school where children of immigrants predominate, applying to work in Muslim-owned businesses, and moving to immigrant-dominated suburbs.²¹ One woman interviewed left work altogether and began wearing the burqa. She explains her decision, “you can do what you want without limitations if you have bad intentions. But there is persecution [of those who want to do good]. It is the hypocrisy of France. They teach in schools [that we are free] but then they close off all of your options; they do not accept you at all [if you do not conform].”²²

The dynamics described here were reported by Muslim women born between 1983 and 1990. Respondents born in the 1960s and 1970s were not personally impacted by the ban, neither were those born after 1990. Rokhaya, a French-Senegalese woman born in 1976, describes an adolescence without a relentless focus on Islam and veiling. When she started working in 1998, she experienced no pushback against her religious practice

¹⁹Author interviews with three respondents, July 2011.

²⁰Author interview, July 2011.

²¹One respondent in particular reported that the persecution she felt pushed her to become much more insular and closer to her family. (Author interview, July 2011.)

²²Author interview, July 2011.

at work, including covering her hair and praying.²³ These cohort differences provide evidence that Muslim girls in school in 2004 were most affected by the headscarf law relative to older cohorts.

8 Discussion and conclusion

Do bans on religious expression affect minority integration? In this paper we systematically investigate the effects of the 2004 French headscarf ban and show that the integration of Muslim women was negatively impacted by the law along a number of dimensions. Affected cohorts of Muslim women are less likely to complete secondary education, more likely to drop out of secondary school after the law's enactment, and more likely to take longer to complete secondary education. Long-term socioeconomic outcomes and attitudes are also affected. Treated cohorts have lower rates of labor force participation and employment, and are more likely to have more children. A combination of quantitative and qualitative evidence suggests that these results are primarily driven by two mechanisms. The first one is discrimination, either through the policy itself or through negative attitudes surrounding and accompanying its implementation. This manifested in school, with direct consequences for educational performance and enrollment, but also in university and in the labor market. The second mechanism is the strengthening of Muslim identity and the weakening of ties with France, which led women affected by the ban to retreat into their communities and avoid interaction with the broader society.

We emphasize these two mechanisms, as the mediators of observed effects most supported by our evidence. They do not, however, exhaust the set of potential channels at work. The headscarf ban may affect outcomes by interfering with other functions that veiling performs for women who use it, such as signaling adherence to the norms

²³Author interview, July 2011.

of the religious community. Studies such as Carvalho (2012), Patel (2012), and Aksoy and Gambetta (2016) suggest that pious Islamic dress is used by Muslim women as a commitment device which, by affirming their religiosity to the community, allows them to work and otherwise participate in the broader society. By removing this signaling mechanism, veiling bans can thus have the perverse effect of increasing religiosity and decreasing integration. There are a few different reasons to think that school-age girls may substitute away from veiling to other signals of religious commitment. As the third generation is more religious than prior generations, signaling religious piety, in general or to peers, is more important than in prior generations. Moreover, parents, who are particularly religious could have played a role in these substitution decisions. Some of the documented effects of the law involved girls switching from public to private schools or to distance learning so that they would not have to remove their head covers (Mattei and Aguilar 2016). For students or parents who did not have the means to switch in that way, substitution could have manifested with increased monitoring of behavior and increased emphasis on religious behavior outside the school. Such behaviors could have a lasting impact on girls' religiosity, and associated attitudes towards female education or labor force participation in the long run.²⁴ These behaviors would also be consistent with the identity channel we document above, though we lack the data to identify whether signaling considerations played an additional role in Muslim women's decisions.

Our paper makes four main contributions. First, we are the first to causally assess the impact of veiling laws in general and of the French 2004 law in particular. Given the increasing prevalence of these laws, the support they garner both from native populations and European courts, as well as the intense debate surrounding them, a systematic positive evaluation of their effects was prominently absent. Second, we contribute to a

²⁴The work of Meyersson (2014) in Turkey provides an interesting test of a similar hypothesis in the reverse setup. In Turkey, female educational outcomes improved in municipalities with higher Islamic representation in the local government, consistent with the interpretation that an education more aligned with religious norms may increase educational investment of both parents and schoolchildren.

growing theoretical and empirical literature on the effects of assimilationist policies on minority outcomes and identity, which so far has produced conflicting results. Though some theoretical studies suggest the likelihood of a minority reaction to assimilationist attempts (Bisin et al. 2011; Carvalho 2012), others discount such a possibility (Alesina and Reich 2013), and empirical work has produced conflicting evidence. Feir (2016) and Gregg (2018) suggest that even the legacy of assimilationist Native American boarding schools in the US and Canada can be positive for individuals and communities in terms of economic indicators. At the same time, Fouka (2018) finds that forced monolingualism intensifies minority self-identification, but that such effects are characterized by substantial heterogeneity in responses depending on the initial degree of assimilation and minority identity. Our study shows that religious bans can have a similar negative effect on integration, but makes substantial progress compared to existing literature in identifying the mechanisms behind this effect.

Third, we provide new evidence on the effects that discrimination has for immigrant behavior and integration outcomes. Theoretically, one potential effect of discrimination is that it induces minority group members to disassociate themselves from the minority group and assimilate into the majority in order to avoid being singled out. Fouka (2017) finds evidence for such effects in the behavior of German immigrants in the US during the period of heightened anti-Germanism that followed World War I. At the same time, it is also theoretically possible that discrimination can lead to alienation or radicalization. Adida, Laitin, and Valfort (2014) use behavioral games to show that discrimination against Muslims and alienation of the latter coexist in a “discriminatory” equilibrium in France. Gould and Klor (2015) show that the integration of Muslim immigrants in the US was substantially hindered after 9/11, and more so in states that saw a higher rise in hate crime. Mitts (2018) shows that online Islamic radicalization correlates with patterns of right-wing voting in Europe. In the absence of exogenous variation in discrimination none of these studies identifies a causal effect of discrimination on immigrant behavior. Our study contributes to this literature by isolating a

causal effect of the veiling ban on Muslim outcomes and providing multiple pieces of evidence that indicate that the effect is driven by discrimination of Muslim women at school.

Finally, our study contributes to a broader debate on the success of multiculturalist policies. Wright and Bloemraad (2012) and Bloemraad and Wright (2014) have attempted to place countries on a spectrum of multiculturalism and assess the impact of multiculturalist policies on immigrant integration. Their findings suggest that multiculturalism has modest positive effects for the first generation and no discernible effects for the second generation. By moving beyond cross-country correlations and focusing on the evaluation of a specific policy, our study informs the debate on the merits of multiculturalism by providing causal evidence that policies with an assimilationist character can hinder integration. Evaluating the impacts of specific integration policies can be a useful complementary approach to broader overviews of country policy packages, and a fruitful avenue for future research on immigration and integration.

It is worth emphasizing at this point, that important potential effects of the ban are not easy to assess with existing data. Theoretical work on cultural transmission (Bisin and Verdier 2001; Bisin et al. 2011) suggests that assimilationist policies, cultural bans and native discrimination have long-run multi-generational implications for the dynamics of minority identity. One of the potential impacts of veiling bans highlighted by Carvalho (2012) is their potential to increase religiosity and minority identification among younger generations. To what extent policies like the headscarf ban affect the incentives of second-generation immigrants to acculturate their children, and the implications this may have for minority identity in the long-run are important questions that remain unanswered. We leave such questions to future research.

References

- Adam, E. K., et al. 2015. “Developmental histories of perceived racial discrimination and diurnal cortisol profiles in adulthood: A 20-year prospective study”. *Psychoneuroendocrinology* 62:279–291.
- Adida, Claire L., David D. Laitin, and Marie-Anne Valfort. 2014. “Muslims in France: Identifying a Discriminatory Equilibrium”. *Journal of Population Economics* 27 (4): 1039–1086.
- Aksoy, Ozan, and Diego Gambetta. 2016. “Behind the Veil: The Strategic Use of Religious Garb”. *European Sociological Review* 32 (6): 792–806.
- Alesina, Alberto, and Bryony Reich. 2013. *Nation Building*. NBER Working Paper 18839. <https://www.nber.org/papers/w18839>.
- Appignanesi, Lisa, and Sara Maitland. 1989. *The Rushdie File*. Syracuse University Press.
- Bansak, Kirk, Jens Hainmueller, and Dominik Hangartner. 2016. “How Economic, Humanitarian, and Religious Concerns shape European Attitudes toward Asylum Seekers”. *Science* 354 (6309): 217–222.
- Battu, Harminder, McDonald Mwale, and Yves Zenou. 2007. “Oppositional Identities and the Labor Market”. *Journal of Population Economics* 20:643–67.
- Battu, Harminder, and Yves Zenou. 2010. “Oppositional Identities and Employment for Ethnic Minorities. Evidence for England”. *Economic Journal* 120 (120): F52–F71.
- Benmelech, Efraim, and Esteban F. Klor. 2016. *What Explains the Flow of Foreign Fighters to ISIS?* NBER Working Paper 22190. <https://www.nber.org/papers/w22190>.
- Bisin, Alberto, and Thierry Verdier. 2001. “The Economics of Cultural Transmission and the Dynamics of Preferences”. *Journal of Economic Theory* 97 (2): 298–319.

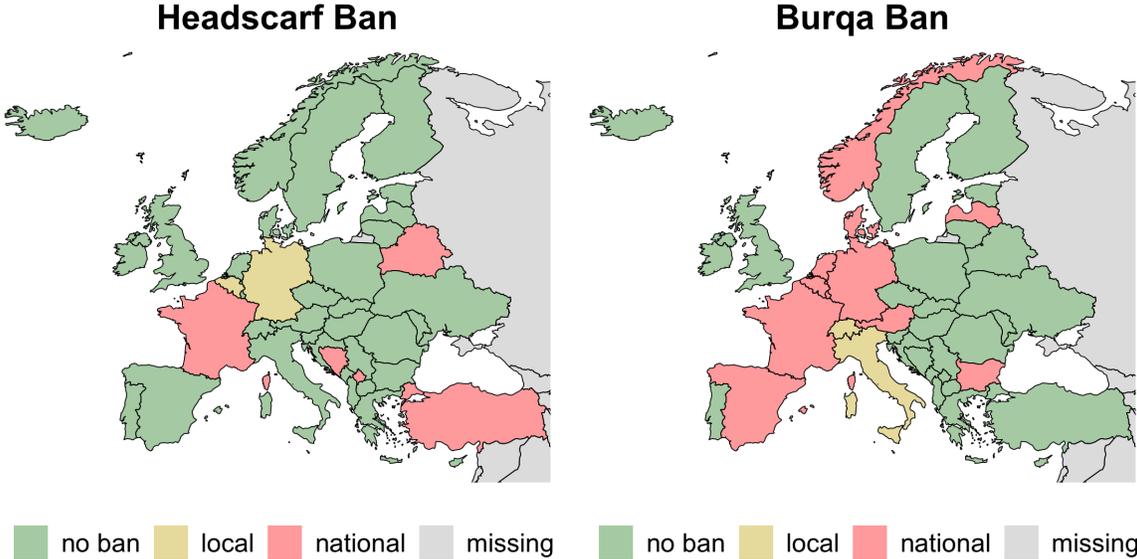
- Bisin, Alberto, et al. 2008. “Are Muslim Immigrants Different in Terms of Cultural Integration?” *Journal of the European Economic Association* 6 (2-3): 445–456.
- . 2011. “Formation and Persistence of Oppositional Identities”. *European Economic Review* 55 (8): 1046–1071.
- Blaydes, Lisa, and Drew A Linzer. 2008. “The Political Economy of Women’s Support for Fundamentalist Islam”. *World Politics* 60 (4): 576–609.
- Bloemraad, Irene, and Matthew Wright. 2014. ““Utter Failure” or Unity out of Diversity? Debating and Evaluating Policies of Multiculturalism”. *International Migration Review* 48 (s1).
- Bowen, John R. 2007. *Why the French Don’t Like Headscarves: Islam, the State, and Public Space*. Princeton: Princeton University Press.
- Brondolo, E., et al. 2009. “Coping with racism: a selective review of the literature and a theoretical and methodological critique”. *Journal of Behavioral Medicine* 32 (1): 64–88.
- Carvalho, Jean-Paul. 2012. “Veiling”. *The Quarterly Journal of Economics* 128 (1): 337–370.
- Castel, Hafid A. Picard J.E., A., and O Saby. 2011. *La Liberté Religieuse à l’École*. Tech. rep. École nationale d’administration.
- Cesari, Jocelyn. 2009. *Islam in France: The Shaping of a Religious Minority*. In *Muslims in the West, from Sojourners to Citizens*, ed. by Yvonne Haddad-Yazbek. Oxford: Oxford University Press.
- Chavous, T. M., et al. 2008. “Gender Matters, Too: The influences of social racial discrimination and racial identity on academic engagement outcomes among African American adolescents”. *Developmental Psychology* 44:637–654.
- Dahl, RE. 2004. “Adolescent Brain Development: A Period of Vulnerabilities and Opportunities. Keynote Address.” *Annals of the New York Academy of Sciences* 1021 (6): 1–22.

- European Commission. 2017. *Religious Clothing and Symbols in Employment: A Legal Analysis of the Situation in the EU Member States*. Tech. rep. https://ec.europa.eu/newsroom/just/item-detail.cfm?item_id=608849.
- Feir, Donna L. 2016. “The long-term Effects of Forcible Assimilation Policy: The Case of Indian Boarding Schools”. *Canadian Journal of Economics/Revue Canadienne d’Économique* 49 (2): 433–480.
- Fouka, Vasiliki. 2017. *How do Immigrants Respond to Discrimination? Evidence from Germans in the US during World War I*. Working paper. Stanford University. <https://vfouka.people.stanford.edu/sites/g/files/sbiybj4871/f/discriminationseptember2018.pdf>.
- . 2018. *Backlash: The Unintended Effects of Language Prohibition in US Schools after World War I*. Working paper. Stanford University. https://vfouka.people.stanford.edu/sites/g/files/sbiybj4871/f/backlash2018_0.pdf.
- Fredette, Jennifer. 2014. *Immigration, ‘Race’ and Ethnicity in Contemporary France*. Philadelphia: Temple University Press.
- Gould, Eric D, and Esteban F Klor. 2015. “The Long-run Effect of 9/11: Terrorism, Backlash, and the Assimilation of Muslim Immigrants in the West”. *The Economic Journal* 126 (597): 2064–2114.
- Gregg, Matthew T. 2018. “The long-term effects of American Indian boarding schools”. *Journal of Development Economics* 130:17–32.
- Hainmueller, Jens. 2012. “Entropy balancing for causal effects: A multivariate reweighting method to produce balanced samples in observational studies”. *Political Analysis* 20 (1): 25–46.
- Institut Montaigne. 2016. *A French Islam is Possible*. Tech. rep. <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/a-french-islam-is-possible-report.pdf>.

- IPUMS. 2018. *Integrated Public Use Microdata Series, International: Version 7.0 [dataset]*. Minneapolis, MN: Minnesota Population Center. <http://doi.org/10.18128/D020.V70>.
- Kepel, Gilles. 2012. *Banlieue de la République: société, politique et religion à Clichy-sousBois et Montermeil*. Paris: Gallimard.
- Ladd, Jonathan McDonald, and Gabriel S Lenz. 2009. “Exploiting a rare communication shift to document the persuasive power of the news media”. *American Journal of Political Science* 53 (2): 394–410.
- Levy, D. J., et al. 2016. “Psychological and biological responses to race-based social stress as pathways to disparities in educational outcomes”. *American Psychologist* 71 (6): 455–473.
- Lorcerie, Françoise. 2012. “Y a-t-il des élèves musulmans?” *Diversité : ville école intégration*: 64–73.
- Lyons-Padilla, Sarah, et al. 2015. “Belonging Nowhere: Marginalization & Radicalization Risk among Muslim Immigrants”. *Behavioral Science & Policy* 1 (2): 1–12.
- Mattei, Paola, and A Aguilar. 2016. *Secular Institutions, Islam and Education Policy: France and the US in Comparative Perspective*. Springer.
- Messner, Francis, et al. 2003. *Traite de Droit Français des Religions*. LexisNexis.
- Meyersson, Erik. 2014. “Islamic Rule and the Empowerment of the Poor and Pious”. *Econometrica* 82 (1): 229–269.
- Mitts, Tamar. 2018. “From Isolation to Radicalization: Anti-Muslim Hostility and Support for ISIS in the West”. *American Political Science Review*: 1–22.
- Open Society Foundations. 2018. *Restrictions on Muslim Women’s Dress in the 28 EU Member States: Current Law, Recent Legal Developments, and the State of Play*. Tech. rep. <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/restrictions-muslim-women-s-dress-28-eu-member-states>.

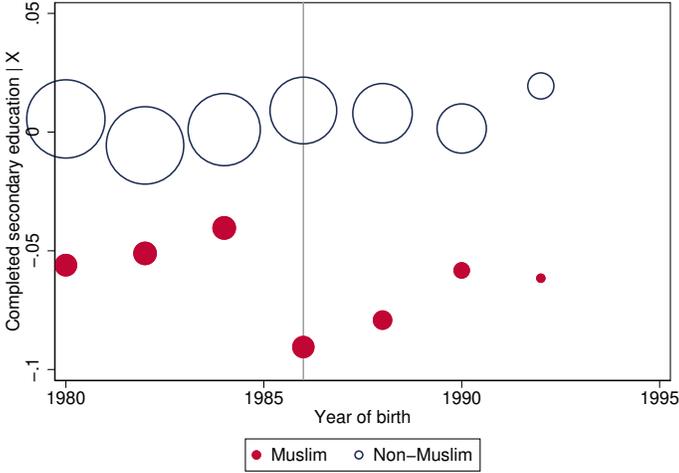
- Patel, David S. 2012. "Concealing to Reveal: The Informational Role of Islamic Dress". *Rationality and Society* 24 (3): 295–323.
- Paul, Silverstine. 2004. "Headscarves and the French Tricolor". *Middle Eastern Research Online*.
- Piscatoi, James. 1990. "The Rusdhi Affair and the Politics of Ambiguity". *Journal of International Affairs* 66:767–789.
- Sanders-Phillips, K. 2009. "Racial Discrimination: A continuum of violence exposure for children of color". *Clinical Child and Family Psychology Review* 12 (2): 174–195.
- Scott, Joan Wallach. 2009. *The Politics of the Veil*. Princeton: Princeton University Press.
- Sniderman, Paul M, Louk Hagendoorn, and Markus Prior. 2004. "Predisposing Factors and Situational Triggers: Exclusionary Reactions to Immigrant Minorities". *American Political Science Review* 98 (01): 35–49.
- Stasi Report. 2004. *Report to the President of the Republic, Commission of Reflection on the Application of the Principle of Laicism in the Republic*. Tech. rep. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000725.pdf>.
- Tebbakh, Sonia. 2007. *Muslims in the EU: Cities Report*. Open Society Institute. <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/muslims-europe-report-11-eu-cities>.
- Wong, Eles J. S., C. A., and A. Sameroff. 2003. "The Influence of Ethnic Discrimination and Ethnic Identification on African American Adolescents' School and Socioemotional Adjustment". *Journal of Personality* 71:1197–1232.
- Wright, Matthew, and Irene Bloemraad. 2012. "Is there a Trade-off Between Multiculturalism and Socio-political Integration? Policy Regimes and Immigrant Incorporation in Comparative Perspective". *Perspectives on Politics* 10 (1): 77–95.

Figure 1. Prevalence of laws regulating veiling across Europe



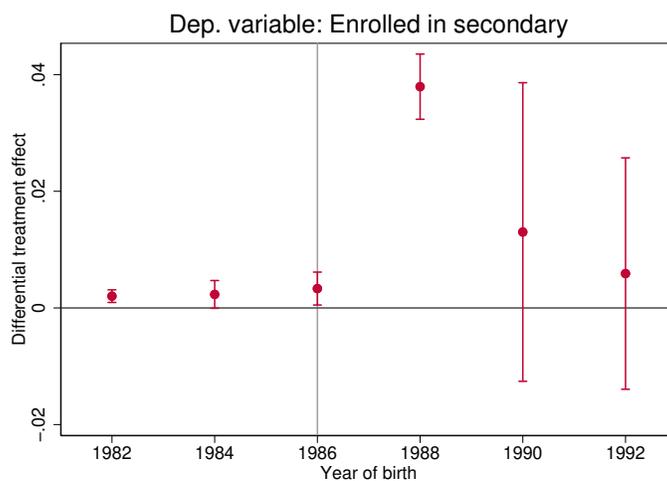
Source: European Commission (2017) and Open Society Foundations (2018). On the left, the map visualizes the status of headscarf bans. National or local laws refer to bans implemented broadly in the public sphere or specific contexts such as schools or courts. On the right, the map visualizes the status of national bans on the full-face veil (burqa or niqab).

Figure 2. Probability of having completed secondary education by birth cohort for French-born women



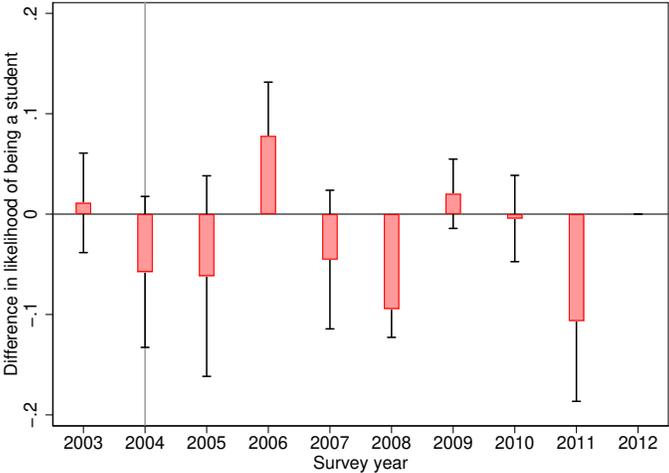
The figure plots residuals, aggregated over two-year cohorts, from a regression of an indicator for completed secondary education on age and survey year fixed effects. The sample consists of French-born women born after 1980 and who were at least 20 years old at survey year. Data is from the 2004 to 2012 waves of the LFS. Circle size is proportional to sample size. The vertical line corresponds to 1986, the first birth cohort impacted by the ban.

Figure 3. Likelihood of being a student in secondary education, conditional on age



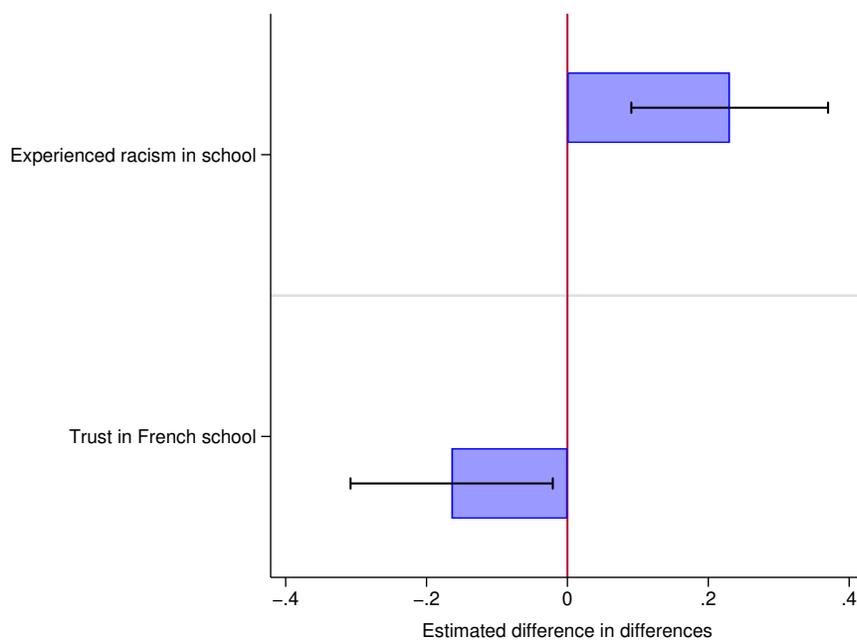
The figure plots estimates of the interaction coefficient between Muslim origin and 2-year birth cohorts from a regression of an indicator for being in secondary school, that additionally controls for survey year and father's birthplace by age fixed effects. Vertical lines denote 90% confidence intervals. The sample consists of French-born women born after 1980 and who were at least 20 years old at survey year. Data is from the 2004–2012 waves of the LFS.

Figure 4. Change in student status between spring and fall quarter, difference Muslim women vs others



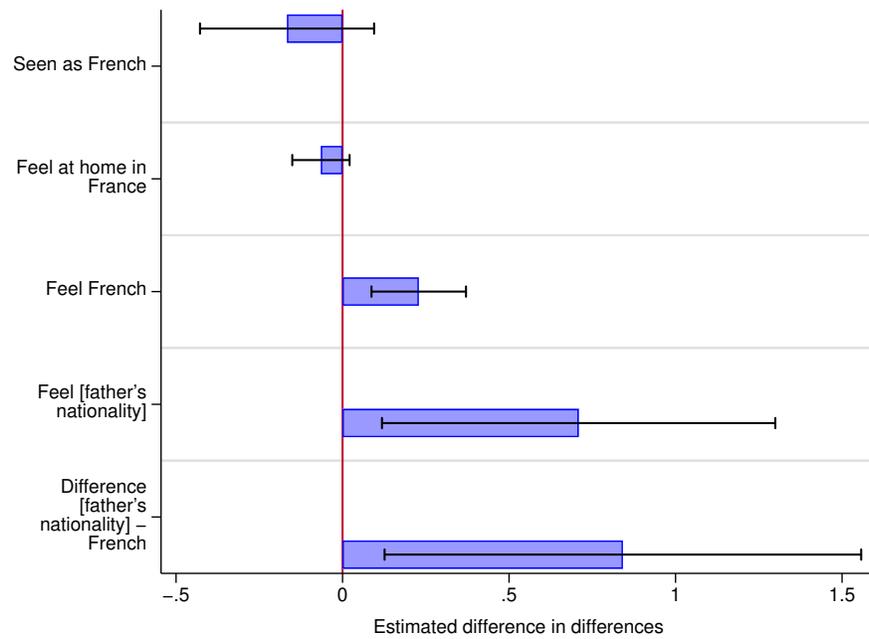
The figure plots estimates of the interaction coefficient between Muslim origin and survey year fixed effects from a regression of an indicator for changed student status between fall and spring quarter of the same school year, that also controls for survey year, birth cohort and father's birthplace by age fixed effects. Vertical lines denote 90% confidence intervals. The sample consists of French-born women aged 16 or above at survey year, who were enrolled in secondary education in the spring quarter of the previous year. Data is from the 2004–2012 LFS.

Figure 5. Effects on self-reported attitudes related to school



The figure plots coefficient estimates and 90% confidence intervals from the interaction between Muslim religion and an indicator for individuals born after 1986. The regression controls for birth cohort and religion fixed effects, as well as for a linear Muslim-specific age trend. The sample consists of French-born women born after 1980. Outcomes are standardized and estimated effects can be interpreted in terms of standard deviations. Data is from the Trajectories and Origins survey.

Figure 6. Effects on self-reported attitudes related to identity



The figure plots coefficient estimates and 90% confidence intervals from the interaction between Muslim religion and an indicator for individuals born after 1986. The regression controls for birth cohort and religion fixed effects, as well as for a linear Muslim-specific age trend. The sample consists of French-born women born after 1980. Outcomes are standardized and estimated effects can be interpreted in terms of standard deviations. Data is from the Trajectories and Origins survey.

Table 1. Effect on the probability of having completed secondary education

Dep. Variable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Completed secondary education				
Muslim \times Born after 1986	-0.0295*** (0.00776)	-0.0291*** (0.00771)	-0.0386*** (0.00343)	-0.0712*** (0.00805)	
Muslim father only \times Born after 1986					-0.0233*** (0.00298)
Muslim father and mother \times Born after 1986					-0.0488*** (0.00776)
Observations	45265	45265	45265	45265	45265
R-squared	0.00456	0.00548	0.00985	0.00994	0.0117
Birth year FE	✓	✓	✓	✓	✓
Father's birthplace FE	✓	✓	✓	✓	✓
Survey year FE		✓	✓	✓	✓
Age \times Father's birthplace FE			✓	✓	✓
Muslim-specific linear trend				✓	✓

Notes: The sample consists of French-born women born after 1980 and who were at least 20 years old at survey year. Data is from the 2004–2012 waves of the LFS. “Muslim” refers to women whose father was born in the Maghreb or the Middle East. Standard errors are clustered at the father’s birthplace level. *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$.

Table 2. Change in student status between spring and fall quarter

Dep. Variable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Change in student status				
	Panel A: Women				
Muslim \times 2004 or later	-0.0268 (0.0278)	-0.0701* (0.0365)	-0.0662** (0.0302)	-0.0542*** (0.0163)	-0.0561*** (0.0178)
Observations	8667	8667	8667	8667	1387
R-squared	0.00383	0.0984	0.100	0.107	0.136
	Panel B: Men				
Muslim \times 2004 or later	-0.00333 (0.0343)	-0.00932 (0.0329)	-0.00774 (0.0332)	-0.0142 (0.0471)	0.0315 (0.0303)
Observations	8462	8462	8462	8462	1479
R-squared	0.00453	0.0943	0.0974	0.104	0.160
Survey year FE	✓	✓	✓	✓	✓
Father's birthplace FE	✓	✓	✓	✓	✓
Age FE		✓	✓	✓	✓
Birth year FE			✓	✓	✓
Age \times Father's birthplace FE				✓	✓
Sample 2003-2004					✓

Notes: The dependent variable is student status in quarter 4, difference from quarter 2. The sample is restricted to French-born individuals older than 16, who were in secondary education 2 quarters before. Data is from the 2003–2012 LFS. Standard errors clustered at the father's birthplace level. *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$.

Table 3. Likelihood of being in secondary or tertiary education, conditional on age

Dep. Variable	(1)	(2)	(3)	(4)
	In secondary		In university	
Muslim \times 2004 or later	-0.0496 (0.232)	-0.0114 (0.0525)	0.00766 (0.209)	-0.0342 (0.0410)
Observations	1387	8667	1387	8667
R-squared	0.230	0.201	0.169	0.172
Survey year FE	✓	✓	✓	✓
Birth year FE	✓	✓	✓	✓
Age \times Father's birthplace FE	✓	✓	✓	✓
Sample 2003-2004	✓		✓	

Notes: The sample is restricted to French-born women older than 16, who were in secondary education 2 quarters before. Data is from the 2003–2012 LFS. Standard errors clustered at the father's birthplace level. *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$.

Table 4. Effect on long-term outcomes

Dep. Variable	Out of labor force (1)	Employed (2)	Lives with parents (3)	Has children (4)	Married (5)
Muslim \times Born after 1986	0.0288** (0.00875)	-0.0370*** (0.00461)	0.0242** (0.00655)	0.0398*** (0.00993)	-0.00912** (0.00285)
Observations	45289	45289	45289	9836	45286
R-squared	0.183	0.174	0.244	0.0347	0.132
Birth year FE	✓	✓	✓	✓	✓
Father's birthplace FE	✓	✓	✓	✓	✓
Father's birthplace \times Age FE	✓	✓	✓	✓	✓

Notes: The sample consists of French-born women born after 1980 and who were at least 20 years old at survey year. Data is from the 2004–2012 waves of the LFS. “Muslim” refers to women whose father was born in the Maghreb or the Middle East. Standard errors are clustered at the father’s birthplace level. *** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1.

Appendix (Not for publication)

Table of Contents

A	Robustness checks	2
A.1	Ruling out alternative explanations for effects on educational attainment	2
A.2	Replicating LFS results using census microdata	8
B	Additional Figures and Tables	12
C	Variable description	16
D	Interview protocol	18
D.1	Sampling	18
D.2	Mode of data collection	18

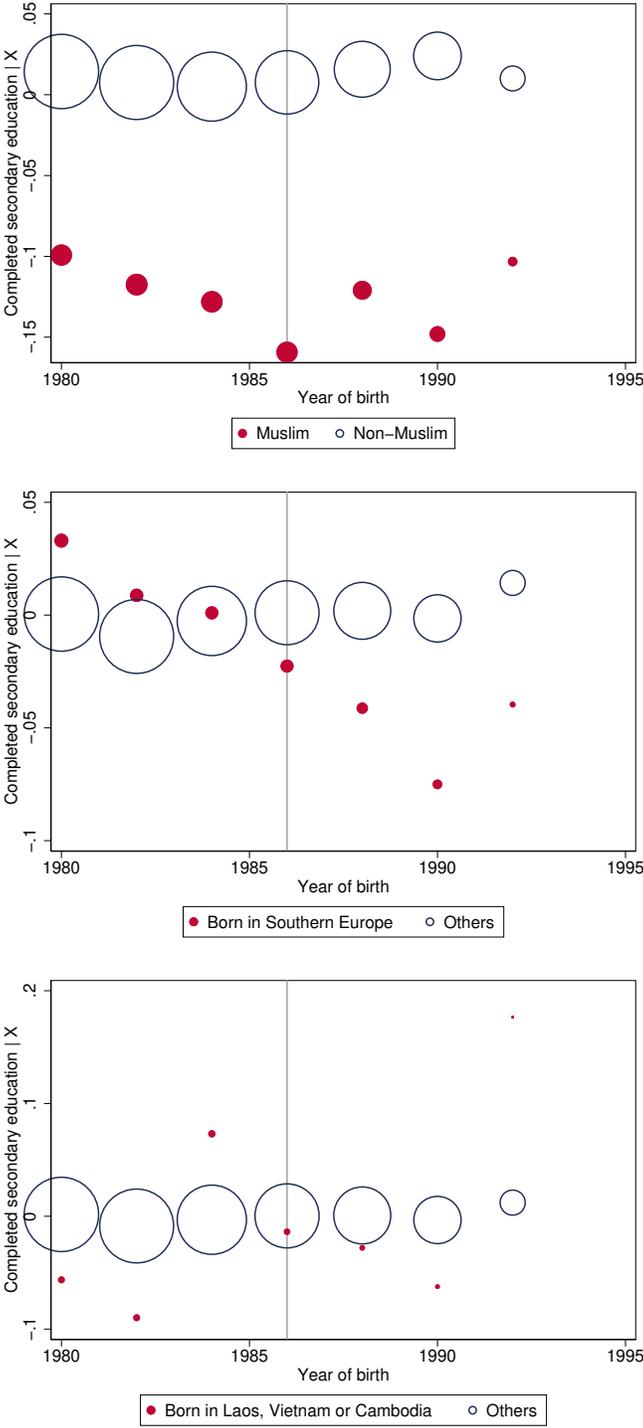
A Robustness checks

A.1 Ruling out alternative explanations for effects on educational attainment

We perform a wide set of checks to verify the validity of the estimated effect of the ban on the likelihood of completing secondary school. Figure A.1 is a replication of Figure 2 for a set of different comparisons that constitute plausible placebo checks. If the effect estimated in the previous section is indeed resulting from the veiling ban, rather than from general discrimination or other events, then it should be more pronounced for Muslim women, as compared to Muslim men. This is indeed what we observe. The upper panel of Figure 2 plots the conditional likelihood of completing secondary education in the sample of men, comparing Muslims to non-Muslims. There is somewhat of a dip in educational attainment for cohorts born in 1986 or 1987, but the drop is not as pronounced as for women. Though the trend for Muslim men is more of a continuation of an earlier trend and rebounds for younger cohorts, it is still potentially reflective of an indirect effect of the law.

Similarly, if the estimated effect is resulting from a general increase in xenophobia, potentially targeting women more directly, we should observe a similar drop in educational attainment of cohorts born 1986 or later for all immigrant groups. This is not what we find. The middle and lower panels of Figure A.1 focus on the sample of women, but define as treated two groups of second-generation immigrant women that should not have been affected by the ban: Southern Europeans (the largest group of second generation immigrants in France after those from the Maghreb) and those born in Laos, Vietnam or Cambodia. Despite smaller sample sizes, there is no pattern that mirrors that for Muslim women and that would indicate that confounding factors are affecting the educational profiles of younger cohorts of second generation immigrants in general.

Figure A.1. Placebo results for men and non-Muslim second generation immigrant women



The figure plots residuals, aggregated over two-year cohorts, from a regression of an indicator for completed secondary education on age and survey year fixed effects. The sample consists of French-born men (upper panel) or women (middle and lower panel) born after 1980 and who were at least 20 years old at survey year. Data is from the 2004 to 2012 waves of the LFS. Circle size is proportional to sample size.

To address any concerns that the drop in completed secondary education for younger cohorts reflects discrimination spurred by 9/11, we run additional placebo regressions. Table A.1 reports the interaction coefficient of our preferred specification (that reported in Column (3) of Table 1) when using each cohort in our sample as an alternative cutoff for treatment. Only 1986 corresponds to a large and significant negative effect on educational attainment. Importantly, almost all coefficients for cohorts born before 1986 are near zero, indicating that our findings are not merely the continuation of a trend that started in 2001.

Our difference-in-differences design does not require that Muslims and non-Muslims are balanced in terms of their characteristics in order to deliver estimates of causal effects. The validity of the design only requires that any difference between the two groups would have remained constant in the absence of the headscarf ban. Figure 2 and the robustness of our results to controlling for pre-trends and alternative cutoffs indicate the absence of differential pre-trends in secondary educational attainment between Muslims and non-Muslims. Nonetheless, to further ensure that any differential effect is not driven by a time-varying change in other characteristics of the sample, we combine difference-in-differences with a balancing exercise in the spirit of Ladd and Lenz (2009). We use entropy balancing (Hainmueller 2012) to balance Muslims and non-Muslims in terms of pre-treatment covariates. The method generates a set of weights, that, when applied to the original sample, balance selected moments of the treatment and control group. We match the means of the following pre-treatment characteristics available in the LFS: a full set of age dummies, a set of indicators for different categories of urbanization, and an indicator for individuals living in *sensitive urban zones* (Zones urbaines sensibles, ZUS), urban areas with high unemployment, a low percentage of high school graduates and a high percentage of public housing, which are specifically targets for state policy in France. Table A.2 in the Appendix presents characteristics of the balanced and unbalanced samples, and Table A.3 replicates our main results after applying entropy balance weights. Both the size and the significance of the coefficients

Table A.1. Effect on the probability of completing secondary education - Placebo cohorts

Dep. Variable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Muslim × Born after 1981	-0.00903 (0.0226)											
Muslim × Born after 1982		0.0148 (0.0158)										
Muslim × Born after 1983			0.00183 (0.0174)									
Muslim × Born after 1984				-0.00303 (0.00667)								
Muslim × Born after 1985					0.00176 (0.00278)							
Muslim × Born after 1986						-0.0386*** (0.00343)						
Muslim × Born after 1987							-0.0198 (0.0104)					
Muslim × Born after 1988								-0.00262 (0.00527)				
Muslim × Born after 1989									0.0306*** (0.00303)			
Muslim × Born after 1990										0.0181** (0.00539)		
Muslim × Born after 1991											0.000504 (0.00225)	
Muslim × Born after 1992												0.00961 (0.0178)
Observations	45265	45265	45265	45265	45265	45265	45265	45265	45265	45265	45265	45265
R-squared	0.00972	0.00973	0.00972	0.00972	0.00972	0.00985	0.00975	0.00972	0.00978	0.00974	0.00972	0.00972

Notes: The sample consists of French-born women born after 1980 and who were at least 20 years old at survey year. Data is from the 2004–2012 waves of the LFS. “Muslim” refers to women whose father was born in the Maghreb or the Middle East. All regressions control for survey, cohort and age by father’s region of origin fixed effects. Standard errors are clustered at the father’s birthplace level. *** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1.

remain largely unaffected.

Table A.2. Covariate balance before and after applying entropy balance weights

Variables	Muslim	Non-Muslim (unweighted)	Non-Muslim (weighted)
Age 21	0.102	0.120	0.102
Age 22	0.092	0.118	0.093
Age 23	0.098	0.112	0.098
Age 24	0.089	0.091	0.089
Age 25	0.097	0.076	0.097
Age 26	0.084	0.067	0.084
Age 27	0.075	0.058	0.075
Age 28	0.063	0.048	0.063
Age 29	0.047	0.040	0.047
Age 30	0.037	0.031	0.037
Age 31	0.023	0.022	0.023
Age 32	0.012	0.010	0.012
Rural	0.033	0.045	0.033
Less than 15,000 inhabitants	0.007	0.014	0.007
15,000 – 19,999 inhabitants	0.004	0.008	0.004
20,000 – 24,999 inhabitants	0.010	0.022	0.010
25,000 – 34,999 inhabitants	0.011	0.022	0.011
35,000 – 44,999 inhabitants	0.011	0.024	0.011
50,000 – 99,999 inhabitants	0.060	0.073	0.060
100,000 – 199,999 inhabitants	0.087	0.097	0.087
200,000 – 499,999 inhabitants	0.145	0.191	0.145
500,000 – 9,999,999 inhabitants	0.339	0.253	0.339
Paris	0.266	0.158	0.266
ZUS	0.225	0.061	0.225

Notes: The sample consists of French-born women born after 1980 and who were at least 20 years old at survey year. Data is from the 2004–2012 waves of the LFS. “Muslim” refers to women whose father was born in the Maghreb or the Middle East.

Table A.3. Robustness: Effect on the probability of completing secondary education, entropy balance weights

	(1)	(2)	(3)	(4)
Dep. Variable	Completed secondary education			
Muslim \times Born after 1986	-0.0276** (0.00882)	-0.0280** (0.00832)	-0.0429*** (0.00209)	-0.0662*** (0.0111)
Observations	45255	45255	45255	45255
R-squared	0.0102	0.0115	0.0197	0.0199
Birth year FE	✓	✓	✓	✓
Father's birthplace FE	✓	✓	✓	✓
Survey year FE		✓	✓	✓
Age \times Father's birthplace FE			✓	✓
Muslim-specific linear trend				✓

Notes: The sample consists of French-born women born after 1980 and who were at least 20 years old at survey year. Entropy balance weights applied, matching the mean of a set of age indicators, eleven indicators for levels of urbanizations and an indicator for residence in ZUS areas. Data is from the 2004–2012 waves of the LFS. “Muslim” refers to women whose father was born in the Maghreb or the Middle East. Standard errors are clustered at the father’s birthplace level. *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$.

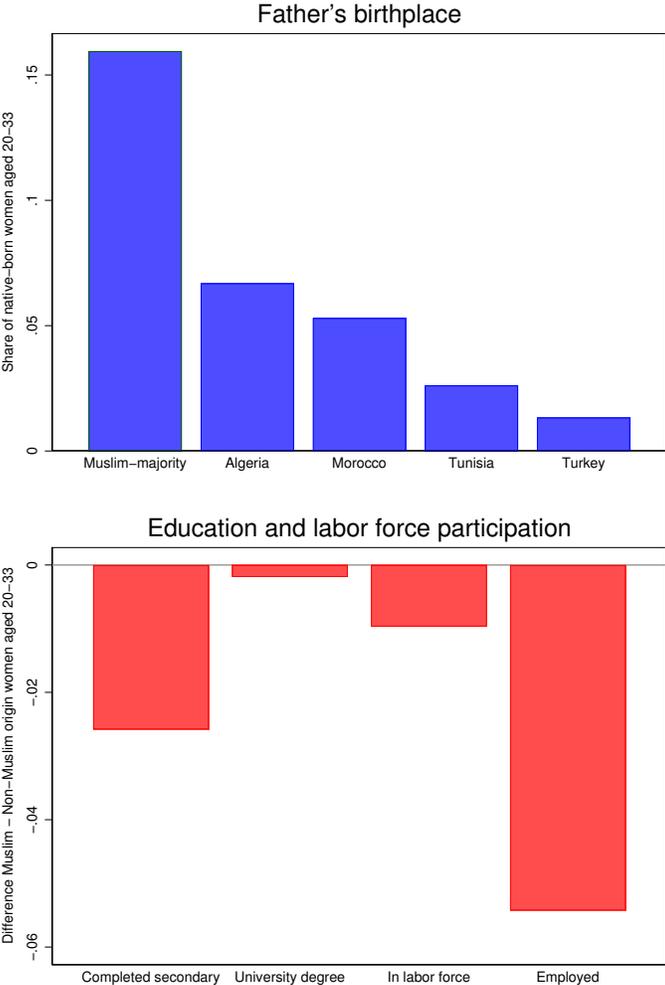
A.2 Replicating LFS results using census microdata

To verify the robustness of the results in LFS, we use information from the 2011 1% sample of the French census microdata, which is part of the International Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS International), collected and distributed by the University of Minnesota.²⁵ This dataset records parents' country of origin only for individuals whose parents are observed to live with them in the same household. While this is an unrepresentative sample of all individuals in our age range of interest, differences between this subsample and the broader population are not very large.²⁶ In any case, our empirical estimates of the ban's effect remain internally valid within this subsample. As in the LFS, we restrict our attention to the native born and code as "Muslim" women whose father was born in Algeria, Morocco, Tunisia, or Turkey and as "non-Muslim" those with fathers born in Italy, Portugal, Spain, France, or the European Union. We drop from the sample those with fathers born in non-specified parts of Europe, of Africa, or the rest of the world, which cannot be identified as predominantly Muslim. Figure A.2 shows the distribution of second-generation Muslim women by father's country of origin (upper panel), and plots differences in key variables between Muslim and non-Muslim French-born women (lower panel) in the IPUMS dataset. Second generation Muslim women are about 2 percentage points less likely to have completed secondary education than other French-born women, and about 6 percentage points less likely to be employed. Our empirical analysis demonstrates that these cross-sectional differences were amplified for cohorts affected by the 2004 ban.

²⁵The 2011 1% French IPUMS sample combines data from 2009 to 2013. The 2006 sample combines data from 2004 to 2008. Since the precise year of data collection is not specified, we cannot identify and exclude those observations that were collected before the passage of the 2004 ban (the first half of 2004). We thus chose not to use the 2006 sample.

²⁶Compared to the full sample of women aged 20–33 in 2011, those living with their parents were 2 percentage points less likely to have completed secondary education and 1 percentage point less likely to be in the labor force.

Figure A.2. Second generation French women with father from Muslim-majority country



Source: 2011 IPUMS France. The sample consists of women aged 20–33 at census time. “Muslim” refers to women whose father was born in Algeria, Morocco, Tunisia or Turkey. The upper panel shows the distribution of second-generation Muslim women by father’s country of origin. The lower panel plots differences in key variables between Muslim and non-Muslim French-born women.

Table A.4 replicates the specification in equation 1 in the IPUMS sample. Results are consistent with those from the LFS not just in direction, but also in magnitude. Column (1) replicates our main finding in the LFS on secondary educational attainment. The estimated (negative) impact of the law on secondary education completion for affected cohorts is 2.9 percentage points, essentially identical to that estimated in the LFS. Women are 0.5 p.p. more likely to be out of the labor force and 2.1 p.p. less likely to be employed. As before, we estimate near zero effects for the likelihood of marriage,

but we do find a near-significant positive effect on the likelihood of marrying someone from the same country of origin as the father for those women who are married. We estimate an identical increase in the likelihood of having children as in the LFS.

Given that in the IPUMS analysis we can only use data from one census year, we are unable to control for differential age profiles of women by their father's birthplace. The comparability of the estimates to those of the LFS suggests this matters little. In any case, to increase confidence in our findings, in Panel B of Table A.4 we repeat our analysis with a sample of Muslim men in the same age range. As in the LFS, we find a small negative effect of the law on secondary attainment of school age cohorts of Muslim men. This is additional evidence of the presence of a spillover effect of the law on Muslim school aged boys. However, with the exception of a lower likelihood of marriage for younger cohorts of Muslim men, no other outcome responds to the law. There are two, non-mutually exclusive ways to interpret this finding. First, lower educational attainment is more likely to affect later outcomes for women, rather than for men, especially given the larger magnitude of the estimated effect. Second, while the law impacted Muslim boys through mechanisms related to school and school performance, the effect on women also worked through additional channels related to identity choices, as discussed in Section 3.

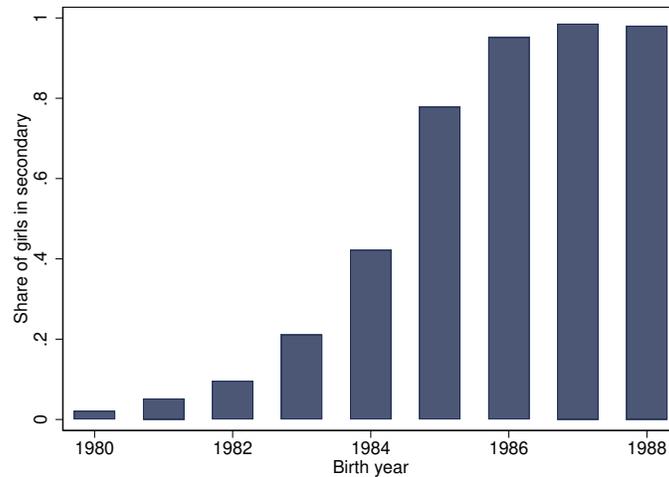
Table A.4. Robustness: Effect on long-term outcomes in census microdata

Dep. Variable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Completed secondary	Out of labor force	Employed	Married	Endogamous marriage	Has children
Panel A: Women						
Muslim \times Born after 1986	-0.0287*** (0.00358)	0.00500** (0.00213)	-0.0214** (0.00678)	0.00344 (0.00280)	0.122 (0.0910)	0.0284*** (0.00331)
Observations	203724	203724	203724	203724	872	203724
R-squared	0.00413	0.00281	0.0532	0.00775	0.288	0.0223
Panel B: Men						
Muslim \times Born 1986 or later	-0.0187*** (0.00449)	-0.00124 (0.00233)	-0.00555 (0.00608)	-0.0282** (0.0101)	-0.0362 (0.0459)	-0.00690 (0.00814)
Observations	310370	310370	310370	310370	1878	310370
R-squared	0.00955	0.00383	0.0449	0.0181	0.198	0.0137
Birth year FE	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Father's birthplace FE	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Age \times Father's birthplace FE	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Notes: The sample consists of French-born individuals born after 1980 and who were at least 20 years old at census year. Data is from the 2011 1% census microsample. "Muslim" refers to individuals whose father was born in Algeria, Tunisia, Morocco or Turkey. *Endogamous marriage* takes on the value one if the spouse is born in the same country as the individual's father. The sample in column (6) is restricted to married individuals with a spouse present in the household. Standard errors are clustered at the father's birthplace level. *** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1.

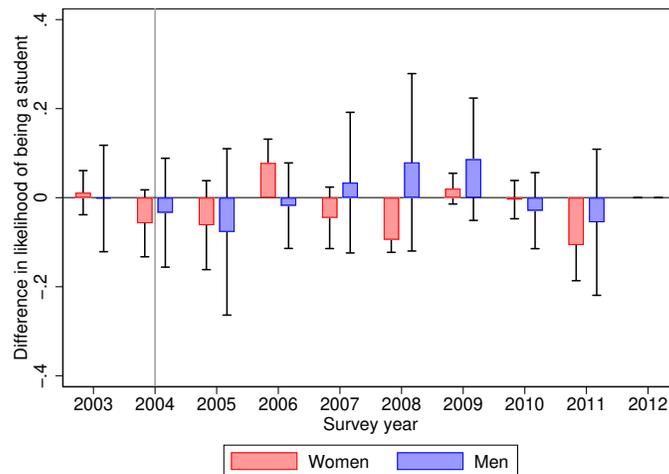
B Additional Figures and Tables

Figure B.1. Share of girls enrolled in secondary education by birth cohort



Data is from the 2003 wave of the LFS. The sample consists of French-born women.

Figure B.2. Change in student status between spring and fall quarter, difference Muslim vs others



The figure plots estimates of the interaction coefficient between Muslim origin and survey year fixed effects from a regression of an indicator for changed student status between fall and spring quarter of the same school year, that also controls for survey year, birth cohort and father's birthplace by age fixed effects. Vertical lines denote 90% confidence intervals. The sample consists of French-born individuals aged 16 or above at survey year, who were enrolled in secondary education in the spring quarter of the previous year. Data is from the 2004–2012 LFS.

Table B.1. Summary statistics - Women

Variables	Mean	S.D.	Min	Max	N
<u>LFS Repeated cross-section</u>					
Age	23.72	3.225	20	32	52201
Muslim origin	0.080	0.271	0	1	52201
Completed secondary	0.855	0.352	0	1	52155
Out of labor force	0.374	0.484	0	1	52201
Employed	0.514	0.500	0	1	52201
Lives with parents	0.355	0.478	0	1	52201
Housework	0.050	0.218	0	1	48357
Married	0.098	0.297	0	1	52198
Has children	0.195	0.396	0	1	52201
<u>IPUMS</u>					
Age	22.896	2.704	20	33	203724
Muslim origin	0.159	0.366	0	1	203724
Completed secondary	0.899	0.300	0	1	203724
Out of labor force	0.0398	0.195	0	1	203724
Employed	0.490	0.500	0	1	203724
Housework	0.00641	0.080	0	1	203724
Married	0.0167	0.128	0	1	203724
Endogamous marriage	0.720	0.449	0	1	872
Has children	0.0268	0.161	0	1	203724
<u>TeO</u>					
Age	22.376	3.181	17	29	2642
Muslim	0.332	0.471	0	1	2608
Experienced racism in school	0.210	0.407	0	1	2642
Trust in French school	3.225	0.683	1	4	2626
Seen as French	3.0620	1.046	1	4	2566
Feel at home in France	3.630	0.650	1	4	2622
Feel French	3.559	0.743	1	4	2624
Feel [father's nationality]	2.40	1.136	1	4	664

Notes: Data consists of French-born women born after 1980 who were aged 20 or older at survey year. The LFS data pools survey years 2004-2012. IPUMS data is from the 2011 1% French census microsample. “Muslim” refers to women whose father was born in the Maghreb or the Middle East (LFS), in Algeria, Tunisia, Morocco or Turkey (IPUMS) and to religious identification (TeO).

Table B.2. Summary statistics - Men

Variables	Mean	S.D.	Min	Max	N
<u>LFS</u>					
Age	23.71	3.226	20	32	50852
Muslim origin	0.077	0.267	0	1	50852
Completed secondary	0.809	0.393	0	1	50768
Out of labor force	0.291	0.454	0	1	50852
Employed	0.587	0.492	0	1	50852
Lives with parents	0.475	0.499	0	1	50852
Housework	0.00164	0.0405	0	1	46840
Married	0.0569	0.232	0	1	50851
Has children	0.098	0.297	0	1	50852
<u>IPUMS</u>					
Age	23.371	2.896	20	33	310370
Muslim origin	0.140	0.347	0	1	310370
Completed secondary	0.835	0.371	0	1	310370
Out of labor force	0.043	0.202	0	1	310370
Employed	0.557	0.497	0	1	310370
Housework	0.000351	0.0187	0	1	310370
Married	0.0136	0.116	0	1	310370
Endogamous marriage	0.744	0.436	0	1	1878
Has children	0.00762	0.0869	0	1	310370
<u>TeO</u>					
Age	22.281	3.265	17	29	2597
Muslim	0.282	0.450	0	1	2556
Experienced racism in school	0.236	0.424	0	1	2597
Trust in French school	3.114	0.753	1	4	2579
Seen as French	3.064	1.056	1	4	2496
Feel at home in France	3.593	0.668	1	4	2564
Feel French	3.595	0.716	1	4	2567
Feel [father's nationality]	2.466	1.148	1	4	686

Notes: Data consists of French-born men born after 1980 who were aged 20 or older at survey year. The LFS data pools survey years 2004-2012. IPUMS data is from the 2011 1% French census microsample. “Muslim” refers to men whose father was born in the Maghreb or the Middle East (LFS), in Algeria, Tunisia, Morocco or Turkey (IPUMS) and to religious identification (TeO).

Table B.3. Self-reported attitudes, difference-in-differences and triple differences

Dep. Variable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Experienced racism in school	Trust in French school	Seen as French	Feel at home in France	Feel French	Feel [father's nationality]	Feel more [father's nationality] than French
Panel A: Women only							
Muslim × Born after 1986	0.230** (0.0789)	-0.164* (0.0811)	-0.167 (0.147)	-0.0649 (0.0483)	0.229** (0.0796)	0.709* (0.318)	0.842* (0.385)
Observations	2608	2594	1407	1455	1454	200	199
R-squared	0.0141	0.0113	0.0890	0.0401	0.0525	0.146	0.175
Birth year FE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Religion FE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Linear Muslim-specific trend	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Panel A: Entire sample							
Muslim × Born after 1986	-0.155* (0.0759)	0.391*** (0.0757)	0.185 (0.172)	0.0575 (0.0905)	-0.215* (0.104)	0.277 (0.297)	0.372 (0.223)
Muslim × Born after 1986 × Female	0.386** (0.147)	-0.555*** (0.0482)	-0.352 (0.205)	-0.122 (0.0918)	0.443*** (0.117)	0.432* (0.205)	0.470 (0.378)
Observations	5164	5133	2723	2824	2824	404	401
R-squared	0.0146	0.0197	0.0933	0.0422	0.0446	0.200	0.212
Birth year × Female FE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Religion × Female FE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Linear Muslim-female-specific trend	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Notes: The sample consists of French-born individuals born after 1980. Outcomes are standardized and estimated effects can be interpreted in terms of standard deviations. Data is from the Trajectories and Origins survey. Standard errors are clustered at the region level. *** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.1.

C Variable description

Variable	Description
LFS	
Muslim	Indicator for father born in Maghreb or Middle East. Father’s country of birth based on variable PAIPERC.
Completed secondary education	Indicator for having at least a professional secondary degree (CAP, BEP, or equivalent). Coded based on variable DIP11.
Enrolled in secondary	Indicator for currently enrolled in secondary professional (CAP, BEP) or general/technological secondary education. Coded based on variable FORNIV.
In university	Indicator for currently studying for Bachelor’s degree or higher (including Grande École, Master’s, PhD). Coded based on variable FORNIV.
Change in student status	Student status coded based on the variables ACTEU6 and FORNIV, taking on the value one for those who are currently students enrolled in secondary education. Change computed between quarter 4 (fall quarter) and quarter 2 (spring quarter of previous year), for individuals who were enrolled in secondary education in quarter 2.
Out of labor force	Indicator for individuals coded as “inactive”, based on variable ACTEU.
Employed	Indicator for individuals coded as “actively employed”, based on variable ACTEU.
Lives with parents	Indicator for individuals coded as “child of reference person” in the household, based on variable LPR.
Has children	Indicator for individuals with children present in the household, based on variable EM1.
Married	Indicator for married individuals, based on variable MATRI.
IPUMS	
Completed secondary	Indicator based on variable EDATTAIN.
Out of labor force	Indicator for inactive, based on variable EMPSTATD.
Employed	Indicator based on variable EMPSTAT.
Married	Indicator based on variable MARST.
Endogamous marriage	Indicator for individuals whose spouse (present in the household) was born in the same country as their father.
Has children	Indicator based on variable NCHILD.

Variable	Description
TeO	
Experienced racism in school	Indicator for individuals who mentioned they experienced insults or racist attitudes at school. Variable D_OURACL.C.
Trust in French school	Trust of the respondent in the French school. Variable I_ECOLE. Coded on a 4-point Likert scale (1=Trust very much, 4=Do not trust at all), and recoded, so that higher values indicate more trust.
Seen as French	Opinion of respondent on the statement: “I am seen as French.” Variable X_VUFRI. Coded on a 4-point Likert scale (1=Completely agree, 4=Completely disagree) and recoded, so that higher values indicate higher agreement.
Feel at home in France	Opinion of respondent on the statement: “I feel at home in France.” Variable X_MOIFR. Coded on a 4-point Likert scale (1=Completely agree, 4=Completely disagree) and recoded, so that higher values indicate higher agreement.
Feel French	Opinion of respondent on the statement: “I feel French.” Variable X_APPARF. Coded on a 4-point Likert scale (1=Completely agree, 4=Completely disagree) and recoded, so that higher values indicate higher agreement.
Feel [father’s nationality]	Opinion of respondent on the statement: “I feel [father’s nationality].” Variable X_APPARP. Coded on a 4-point Likert scale (1=Completely agree, 4=Completely disagree) and recoded, so that higher values indicate higher agreement.
Feel more [father’s nationality] than French	Difference between <i>Feel [father’s nationality]</i> and <i>Feel French</i> .

D Interview protocol

D.1 Sampling

Subjects were identified through snowball sampling. The author visited Muslim institutions (e.g. civic associations and religious classes) to recruit practicing Muslim women; in turn, they provided access to other women in their social network. The benefit of this sampling strategy is that it enables recruitment of the population most likely to be affected by government religious bans – Muslim women who self-identified as Muslim and enact this identity through their public behavior.²⁷ At the same time, the results are not representative of the experiences of all Muslim women, particularly those who identify as cultural Muslims or practice their religious identity privately. However, insights provided by this non-representative sample are consistent with the quantitative evidence provided, and can help interpret our empirical findings for the broader sample of all Muslim women.

D.2 Mode of data collection

The mode of data collection was semi-structured interviews, with prepared questions regarding several categories: background, religious practice, evolution of (religious) identity, effects of the headscarf ban, effects of the burqa ban, and Muslim experience in France. A list of structured questions is provided below. Interviews took place in cafes, restaurants, or homes of respondents, as per respondent preferences. Five interviews occurred with another person present, often a friend who also came to be interviewed and once a significant other. Interviews lasted between thirty minutes to

²⁷The objective of the study in 2011 was to identify the effect of the burqa ban, which went into effect in 2010. As a result, women who strongly identified as Muslim were selected in order to better understand how the ban would affect their lives. While the project sought to understand the effect of the burqa ban, respondents were also asked about the 2004 ban, their experience in France as Muslims, and the evolution of their religious and political identities. The expansiveness of the interviews enables us to use them for this study.

two hours.

List of Relevant Questions

- Q.1 In your opinion, what unleashed the public discourse on the identity of Muslims?
 - Q.2 What were the general consequences of the 2004 headscarf ban on the Muslim community?
 - Q.3 What were the specific consequences of the 2004 law for your life, in terms of school, employment, housing, and personal interactions?
 - Q.4 How do you think the 2004 law affected the religious practices of Muslim women?
 - Q.5 Describe your own religious trajectory. When did you start veiling and why? How was your decision to veil received by educators, employers, friends, and family?
 - Q.6 What were the religious practices of your parents and family? How did these shape your own religious practices?
 - Q.7 Where did you grow up and go to school? What was the demography of those in your school and neighborhood?
 - Q.8 What does Islam signify in your life?
 - Q.9 Have you experienced discrimination directly? In what domain?
 - Q.10 Describe your family’s cultural/national background.
 - Q.11 Describe your parents’ professional and educational background.
 - Q.12 Age.
 - Q.13 Employment.
 - Q.14 Educational attainment.
 - Q.15 Civic involvement and involvement in Muslim organizations.
-

Table D.2. Interviewee characteristics

Variable	Mean	SD	Min	Max	Obs
Age	27.3	6.9	18	47	20
Born before 1986	0.52	0.51	0	1	19
Attained BA	0.65	0.51	0	1	20
Attained MA	0.35	0.48	0	1	20
Attained Bac	0.95	0.22	0	1	20
Sub-Saharan Africa origin	0.25	0.44	0	1	20
Maghreb origin	0.65	0.42	0	1	20
Turkey origin	0.05	0.22	0	1	20



Réouverture

Coronavirus et risque de replis communautaristes

Aujourd'hui, la violence de la pandémie causée par un nouveau virus nous confronte à l'incertitude sur de multiples plans (en matière, médicale, sociale, économique, culturelle...). La crise du Covid-19 peut être utilisée par certains pour démontrer l'incapacité des Etats à protéger la population et tenter de déstabiliser les individus fragilisés. Divers groupes radicaux exploitent cette situation dramatique dans le but de rallier à leur cause de nouveaux membres et de troubler l'ordre public. Leur projet politique peut être anti-démocratique et antirépublicain. Ces contre-projets de société peuvent être communautaires, autoritaires et inégalitaires.

En conséquence, certaines questions et réactions d'élèves peuvent être abruptes et empreintes d'hostilité et de défiance: remise en question radicale de notre société et des valeurs républicaines, méfiance envers les discours scientifiques, fronde contre les mesures gouvernementales, etc. Or, plus que jamais, nous avons besoin de bâtir une société de la confiance, solidaire porteuse de sens et offrant aux élèves des chemins vers une socialisation positive.

1. Enjeux

- Lutter contre les replis communautaristes qui portent atteintes aux valeurs du pacte républicain et contre toute manifestation de séparatisme ;
- Lutter contre la désinformation, les théories complotistes, les rumeurs et les *fake news* sur le Covid-19 utilisées à des fins mercantiles et politiques ;
- Accompagner les personnels en établissement face aux réactions de repli des élèves.

2. Conduites à tenir

L'École est le lieu par excellence de la **transmission des idéaux républicains**. Le rôle de l'École a été réaffirmé dans le plan national de prévention de la radicalisation (PNPR), « **Prévenir pour protéger** », présenté par le premier ministre le 23 février 2018 ; dix mesures y associent pleinement les acteurs de l'éducation nationale.

Identifier les discours ou les signes de replis communautaristes

- **Prendre en compte l'intégralité du spectre des idées radicales du communautarisme** (ethnique, religieuse, culturelle, sociale, politique, mystique...).
- **Repérer les glissements sémantiques** fréquents entre « communauté » et « communautarisme ». Le terme de « communautarisme » est utilisé pour signifier une dérive opposée à l'idéal républicain, **qui donne la primauté des règles du groupe**



sur la **loi républicaine** française universaliste et intégratrice. Le communautarisme peut être alors considéré comme **une menace pour la cohésion sociale en France**. A l'inverse, « les communautés » en France sont anciennes et expriment le lien social. L'appartenance à une communauté, voire à plusieurs communautés, est un lien positif, voire essentiel pour la **construction de l'identité** de la personne et le développement des valeurs de l'individu.

- **Être attentif aux atteintes** à la République qui doivent être identifiées et sanctionnées.
- **Mobiliser la vigilance de tous** : les enseignants en cours, les CPE et assistants d'éducation dans les couloirs et la cour pour repérer des propos hors de la sphère républicaine en rupture avec les valeurs de l'École et qui s'attaquent à la cohésion sociale.

Identifier les techniques de communication des groupes radicaux qui reposent sur diverses manières de procéder :

- **Attiser les peurs** comme par exemple en qualifiant l'émergence du Covid-19 de « *châtiment envoyé par Dieu sur qui Il veut* » Le coronavirus est interprété comme une punition céleste ;
- **Exploiter la satisfaction vengeresse** : certains groupes extrémistes se félicitent de ce désastre sanitaire en exploitant le déroulement et les effets sur le mode coutumier de la vengeance ;
- **Exploiter la pandémie comme un présage apocalyptique** ;
- **Participer à une vision manichéenne** du monde (les bons scientifiques et les mauvais, les croyants et les impies etc.) ;
- **Engendrer volontairement des confusions et des antagonismes** (islam/islamisme, communauté/communautarisme, identité/nationalité, religion/laïcité...)
- **Critiquer tous les discours d'autorité**, notamment scientifiques, et en même temps de s'en servir pour discréditer les discours qui sont hostiles à leurs thèses.

Alerter

- Alerter l'équipe de direction afin qu'elle puisse :
 - Effectuer un signalement dans l'application « Faits établissement » ;
 - Informer l'IA-DASEN en lien avec la cellule départementale des services de l'État dédiée à cette action et mise en place par le préfet.

3. Proposition d'activités pédagogiques

- **Aborder les questions sur la nouvelle situation géopolitique** en lien avec la pandémie, en montrant à la fois la complexité des relations internationales et la place de la France.
- **Etayer un débat dans le cadre d'une séance d'enseignement moral et civique (EMC)** qui pose progressivement, de l'école primaire au collège, les règles de vie fondamentales dans un Etat de droit. Evoquer les spécificités des lois françaises et ses valeurs : **l'indivisibilité de la République** à l'article 1 de la Constitution ou de l'unicité du peuple français, reconnue dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, **la laïcité** présente, elle aussi, à l'article 1er de la Constitution et **l'égalité entre les femmes et les hommes**, reconnue dans le préambule de la Constitution de 1946 et donc intégrée à notre bloc de constitutionnalité.
- **Organiser une intervention des équipes académiques Valeurs de la République**, sur les principes de liberté, l'égalité, fraternité et laïcité, pour une action d'accompagnement, voire une formation locale, notamment lorsque l'établissement est situé dans l'un des quartiers particulièrement sensibles identifiés dans le plan mis en place depuis février 2018.
- **Animer un débat**, par exemple autour de l'émission de France culture intitulée « A propos des origines animales du virus » » avec l'infectiologue Didier Sicard qui



peut faire l'objet d'une écoute par les élèves et d'une demande de synthèse. Cf. [l'intervention sur France Culture](#).

- **Renforcer l'esprit critique des élèves avec l'éducation aux médias et à l'information (l'EMI)** qui participe à la prévention du complotisme à l'école, afin qu'ils réussissent à résister à la tentation d'une lecture du monde simplificatrice et aux vidéos de propagande qui circulent sur internet.

Les préconisations qui précèdent sont appliquées dans les établissements sous contrat dans le respect de leur caractère propre.

Glossaire de la promotion de la santé



© Organisation mondiale de la santé 1999

Les opinions exprimées dans ce document par des auteurs désignés n'engagent que ces derniers.

Ce document n'est pas diffusé à l'intention du grand public et tous les droits sont réservés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce document ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, en tout ou en partie, sans l'autorisation écrite préalable de l'OMS. Aucun élément de ce document ne peut être enregistré dans un système informatique ni être transmis sous une forme ou par un moyen quelconque (électronique, mécanique, etc.) sans l'autorisation écrite préalable de l'OMS.

Division de la Promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé
Service Éducation sanitaire et promotion de la santé

WHO/HPR/HEP/98.1
Distr. : limitée

Traduction de l'anglais : René Meertens

Glossaire de la promotion de la santé



Le présent Glossaire de la promotion de la santé a été élaboré pour l’OMS par Don Nutbeam, du Centre collaborateur OMS pour la promotion de la santé du Department of Public Health and Community Medicine de l’Université de Sydney (Australie). Une version préliminaire du glossaire a été établie en tant que document de travail pour la Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé (*À ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au XXI^e siècle*), qui a eu lieu à Jakarta (Indonésie), du 21 au 25 juillet 1997. Cette version a ensuite été révisée compte tenu des résultats de cette conférence, et en particulier de la Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle.

Remerciements

Il convient de remercier en particulier Ursel Broesskamp-Stone pour son soutien moral, ses conseils, son apport technique et sa persévérance et Desmond O’Byrne pour ses contributions et ses conseils au cours de l’élaboration du glossaire (tous deux font partie du service Éducation pour la santé et promotion de la santé au Siège de l’OMS à Genève) ; Ilona Kickbusch (division de la Promotion, de l’éducation et de la communication pour la santé au Siège de l’OMS à Genève) pour ses avis éclairés et ses conseils pendant tout le processus d’élaboration et de révision du glossaire ; et les conseillers pour la promotion de la santé et l’éducation sanitaire des bureaux régionaux de l’OMS, pour la coordination de l’examen des versions préliminaires et leurs suggestions.

Avant-propos : Vers une nouvelle santé publique.....	vi
Introduction	vii
Note	viii
Glossaire de la promotion de la santé Partie 1 : Liste de mots et expressions essentiels	1
<i>Santé</i>	1
<i>Promotion de la santé</i>	1
<i>Santé pour tous</i>	3
<i>Santé publique</i>	3
<i>Soins de santé primaires</i>	4
<i>Prévention de la maladie</i>	4
<i>Éducation pour la santé</i>	5
Glossaire de la promotion de la santé Section II : Liste complémentaire de mots et d'expressions	6
<i>Sensibilisation aux questions de santé</i>	6
<i>Alliance</i>	6
<i>Communauté</i>	6
<i>Action communautaire pour la santé</i>	6
<i>Déterminants de la santé</i>	7
<i>Octroi de moyens d'agir en matière de santé</i>	7
<i>Libération du potentiel</i>	8
<i>Épidémiologie</i>	8
<i>Équité en matière de santé</i>	8
<i>Comportement en matière de santé</i>	9
<i>Communication en matière de santé</i>	9
<i>Développement sanitaire</i>	9
<i>Espérance de santé</i>	10
<i>Progrès de la santé</i>	10
<i>But sanitaire</i>	10
<i>Indicateur de santé</i>	11
<i>Compétences en matière de santé</i>	11
<i>Résultats en matière de santé</i>	11
<i>Politique sanitaire</i>	12
<i>Hôpital-santé</i>	12
<i>École-santé</i>	12
<i>Évaluation de la promotion de la santé</i>	13
<i>Résultats de l'action de promotion de la santé</i>	13
<i>Secteur sanitaire</i>	14
<i>État de santé</i>	14
<i>Cible sanitaire</i>	14
<i>Ville-santé</i>	14
<i>Île-santé</i>	15
<i>Politique des pouvoirs publics favorable à la santé</i>	15
<i>Infrastructure pour la promotion de la santé</i>	15
<i>Résultats intermédiaires en matière de santé</i>	16
<i>Coopération intersectorielle</i>	16
<i>Investissement pour la santé</i>	16

<i>Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle</i>	17
<i>Aptitudes utiles dans la vie</i>	17
<i>Mode de vie (favorable à la santé)</i>	17
<i>Conditions de vie</i>	17
<i>Médiation</i>	18
<i>Réseau</i>	18
<i>Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé</i>	18
<i>Partenariat pour la promotion de la santé</i>	18
<i>Aptitudes personnelles</i>	19
<i>Qualité de la vie</i>	19
<i>Réorientation des services de santé</i>	19
<i>Comportement à risque</i>	20
<i>Facteur de risque</i>	20
<i>Auto-assistance</i>	20
<i>Cadre de vie</i>	20
<i>Capital social</i>	21
<i>Réseaux sociaux</i>	21
<i>Responsabilité sociale en faveur de la santé</i>	21
<i>Soutien social</i>	22
<i>Milieus favorables à la santé</i>	22
<i>Développement durable</i>	22
Références	23

Avant-propos : Vers une nouvelle santé publique

La première édition de ce glossaire de la promotion de la santé a été publiée par l'OMS en 1986, afin de faciliter la compréhension des documents et publications de l'OMS. Elle clarifiait le sens d'un grand nombre de termes et expressions peu courants à l'époque et indiquait les relations qui existaient entre eux. Cette première édition du glossaire a été traduite dans plusieurs langues (français, espagnol, russe, japonais et italien), et les termes et expressions définis ont été largement utilisés à l'OMS et en dehors de l'Organisation. Le glossaire a été adapté et publié en allemand en 1990.

Beaucoup de choses se sont passées depuis la publication du glossaire il y a une dizaine d'années. En particulier, en octobre 1986, la Première conférence internationale pour la promotion de la santé a eu lieu à Ottawa (Canada) et a produit la **Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé**. Cette conférence a été suivie d'autres, au cours desquelles les participants ont étudié les grands thèmes de la **Charte d'Ottawa** ; ces conférences ont porté sur la politique des pouvoirs publics favorables à la santé (Adélaïde, 1988) et sur les milieux favorables à la santé (Sundsvall, 1991). Elles nous ont permis de beaucoup mieux comprendre les stratégies de promotion de la santé et leur application pratique, ainsi que de mieux expliquer les questions présentant de l'intérêt pour les pays en développement. En juillet 1997, un nouveau pas en avant a été accompli grâce à la Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé (*À ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au XXI^e siècle*) qui a eu lieu à Jakarta (Indonésie).

L'OMS a élaboré et mis en œuvre plusieurs programmes et projets dont l'objet était de traduire les concepts et stratégies de promotion de la santé en mesures concrètes. Il s'agit notamment des programmes **Villes-santé**, **Villages-santé**, **Municipalités-santé** et **Îles-santé**, des réseaux d'**Écoles-santé** et d'**Hôpitaux-santé**, des programmes **Marchés-santé** et **Lieux de travail favorables à la santé**, ainsi que des plans d'action de l'OMS sur l'alcool et le tabac, la vie active et le vieillissement en bonne santé.

Des évolutions récentes concernant les systèmes de santé dans le monde entier ont donné une importance nouvelle aux méthodes de la promotion de la santé. L'intérêt de plus en plus marqué pour les résultats en matière de santé confirme qu'il est justifié d'accorder un degré de priorité élevé à l'investissement dans les déterminants de la santé grâce à la promotion de la santé. La question « Où la santé est-elle créée ? », posée systématiquement, établit un lien entre la promotion de la santé et deux grands débats sur des réformes : l'élaboration de nouvelles stratégies en matière de santé publique et la nécessité de réorienter les services de santé. La démarche résolument tournée vers l'avenir qui imprègne la **Charte d'Ottawa** a été adoptée par un grand nombre de pays et d'organisations dans le monde entier et ce processus a été encore renforcé grâce à la Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé, qui s'est tenue à Jakarta en juillet 1997. Au cours de cette conférence, les participants ont adopté la **Déclaration de Jakarta** sur la promotion de la santé au XXI^e siècle. Un certain nombre de mots et expressions essentiels de la **Déclaration de Jakarta** ont donc été repris dans cette nouvelle version du glossaire de la promotion de la santé.

Illona Kickbush
Directeur de la division de la Promotion,
de l'éducation et de la communication
pour la santé
Organisation mondiale de la santé, Genève
Janvier 1998

Grâce à une dizaine d'années d'expérience et à l'évolution continue des idées depuis l'élaboration de la première édition de ce glossaire, la présente révision offre une vue d'ensemble actualisée sur les nombreuses idées et notions qui occupent une place essentielle dans la promotion de la santé moderne. Le but fondamental du glossaire est resté inchangé : faciliter la communication entre pays et dans les pays, et entre les différentes organisations et personnes qui travaillent dans ce domaine. Comme précédemment les définitions n'ont rien d'immuable. À mesure que l'expérience s'accumule et que les idées évoluent, les mots et expressions devront être réévalués, sur les plans de leur signification et de leur pertinence.

Cette version du glossaire est sensiblement différente de la première. Des mots et expressions ont été omis, un grand nombre de définitions ont été modifiées compte tenu de l'expérience et de l'évolution des concepts, et l'on a ajouté 19 mots et expressions. La liste des mots et expressions repris n'est ni exhaustive ni exclusive ; elle concerne les disciplines très diverses sur lesquelles repose la promotion de la santé. Dans un certain nombre de cas, la définition adoptée correspond à l'utilisation du terme ou de l'expression dans le contexte de la promotion de la santé, et cela est indiqué dans la définition.

Comme dans la première version, les définitions sont brèves et ne visent pas à offrir des interprétations plus complètes qui peuvent se trouver dans d'autres publications. Là où cela se justifie, des notes explicatives ont été ajoutées.

De même, l'utilisation des mots et expressions est souvent liée à un contexte particulier et déterminée par une situation sociale, culturelle et économique donnée. Certaines des notions et définitions qui figurent dans le glossaire reflètent la façon de s'exprimer et les particularités culturelles de l'auteur principal. Par leur nature même, les définitions sont restrictives, car elles représentent des résumés d'idées et d'actions complexes. L'existence de telles restrictions est implicitement reconnue dans le libellé des définitions.

Malgré ces restrictions évidentes, on a élaboré le glossaire pour permettre à un public aussi large que possible de comprendre les idées et notions fondamentales pour la conception de stratégies et de mesures concrètes en matière de promotion de la santé. Comme le présent glossaire clarifie la terminologie essentielle, il fait partie intégrante de la démarche qui consiste à associer autant de personnes que possible à des actions visant à promouvoir la santé et à prévenir la maladie.

Don Nutbeam
Centre collaborateur OMS pour la promotion de la santé
Université de Sydney (Australie)
Janvier 1998

Ce glossaire comprend deux parties. La première contient sept définitions de mots et expressions fondamentaux pour les notions et les principes de la promotion de la santé ; en outre, des explications plus détaillées sont présentées à leur sujet. La deuxième partie comprend une liste de 54 mots et expressions couramment utilisés dans le domaine de la promotion de la santé. Cette liste est présentée dans l'ordre alphabétique.

Dans la mesure du possible, les définitions ont été reprises ou adaptées de publications de l'OMS, en particulier dans le cas des notions essentielles. La plupart des définitions sont suivies d'une note donnant des explications complémentaires ou des précisions. Lorsque cela se justifie, la source des différents mots et expressions figurant dans la deuxième partie du glossaire a été indiquée dans le texte. Certaines des définitions sont propres au présent glossaire ou font la synthèse de définitions qui correspondent à différentes conceptions à l'égard du mot ou de l'expression en question. La bibliographie mentionne toutes les sources indiquées dans le texte. Des versions préliminaires de la présente révision du glossaire ont été diffusées dans tous les bureaux régionaux de l'OMS en vue de recueillir des observations. Cela a permis d'apporter d'importantes modifications à plusieurs définitions.

Un grand nombre de définitions sont reprises intégralement ou en partie de la première version du glossaire, publiée en 1986. Certaines d'entre elles restent identiques à ce qu'elles étaient dans cette version (**Glossaire de la promotion de la santé, 1986**), mais l'on a modifié un grand nombre d'entre elles compte tenu de l'évolution de l'utilisation et des notions (on indique alors qu'il s'agit d'une **définition modifiée**).

Certains mots faisant partie des définitions et des notes sont imprimés en *italiques*, ce qui renvoie l'utilisateur à d'autres définitions. L'objet de ces renvois est de mieux faire comprendre les relations réciproques qui existent entre les différents mots, expressions et concepts.

Glossaire de la promotion de la santé

Partie 1 : Liste de mots et expressions essentiels

Santé

Dans la Constitution de l’OMS, adoptée en 1948, la santé est définie comme suit :

La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’invalidité.

Dans le contexte de la promotion de la santé, on a considéré que la santé n’était pas un état abstrait, mais plutôt un moyen d’atteindre un but ; sur le plan fonctionnel, il s’agit d’une ressource qui permet de mener une vie productive sur les plans individuel, social et économique.

La santé est une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie ; il s’agit d’un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

Référence : Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986.

La santé étant conçue comme un droit fondamental de la personne humaine, la **Charte d’Ottawa** mentionne certaines conditions préalables à la santé, qui sont la paix, des ressources économiques suffisantes, des aliments et un logement appropriés, un écosystème stable et une utilisation viable des ressources. La prise en compte de ces conditions préalables met en évidence les liens inextricables qui existent entre la situation sociale et économique, l’environnement physique, les modes de vie individuels et la santé. Ces liens sont la clé d’une compréhension globale de la santé, qui est un élément essentiel de la définition de la promotion de la santé.

Aujourd’hui, la dimension spirituelle de la santé est de plus en plus reconnue. L’OMS considère que la santé est un droit fondamental de la personne humaine, de sorte que tous devraient avoir accès aux ressources fondamentales indispensables à la santé.

Conformément à une conception globale de la santé, l’ensemble des systèmes et des structures qui régissent la situation sociale et économique et l’environnement physique doivent tenir compte des incidences de leurs activités sur la santé et le bien-être individuels et collectifs.

Voir également *responsabilité sociale en matière de santé*

Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d’assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d’améliorer celle-ci.

Référence : Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986

La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les

déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur *santé*. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

La **Charte d'Ottawa** définit trois stratégies fondamentales pour la promotion de la santé. Il faut *sensibiliser* à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé indiquées plus haut ; *conférer* à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ; et *servir de médiateur* entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé.

Ces stratégies sont soutenues par cinq domaines d'action prioritaires énoncés dans la **Charte d'Ottawa** pour la promotion de la santé :

- Élaborer une *politique publique saine*
- Créer des *milieux favorables à la santé*
- Renforcer l'*action communautaire pour la santé*
- Acquérir des *aptitudes individuelles*, et
- Réorienter les services de santé

Le glossaire définit ces stratégies et domaines d'action.

La **Déclaration de Jakarta** sur la promotion de la santé au XXI^e siècle (juillet 1997) a confirmé que ces stratégies et domaines d'action sont valables pour tous les pays. En outre, on dispose de données qui indiquent clairement que :

Les approches globales du développement sanitaire sont les plus efficaces. Celles qui combinent les cinq stratégies susmentionnées sont plus efficaces que celles qui reposent sur une seule d'entre elles ;

Les *cadres pour la santé* offrent des possibilités concrètes de mise en œuvre de stratégies globales ;

La participation est essentielle pour que les efforts accomplis soient inscrits dans la durée. Les individus doivent être au centre de l'action de promotion de la santé et des processus de prise de décision pour que ceux-ci soient efficaces ;

La possession et l'acquisition de *connaissances en matière de santé* favorisent la participation. La possibilité de bénéficier d'une action éducative et de recevoir des informations est essentielle si l'on veut obtenir une participation effective des individus et des communautés et leur donner des *moyens d'agir*.

Pour la promotion de la santé au XXI^e siècle, la **Déclaration de Jakarta** énonce cinq priorités :

- Promouvoir la *responsabilité sociale pour la santé*
- Augmenter les *investissements pour le développement sanitaire*
- Développer les *partenariats pour la promotion de la santé*
- Accroître les capacités des communautés et donner des *moyens d'agir* aux individus
- Mettre en place une *infrastructure de promotion de la santé*

Chacune de ces priorités est définie dans le glossaire. La notion de développement des capacités des communautés est abordée dans la définition de l'*action sanitaire auprès des communautés*. La notion d'octroi de *moyens d'agir en faveur de la santé* est définie dans le glossaire.

Santé pour tous

L'accèsion de tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Référence : Glossaire de la série « Santé pour tous ». OMS, Genève, 1984

Depuis près de 20 ans, la Santé pour tous est une référence importante pour la stratégie de santé de l'OMS et de ses États membres. Bien que cette notion ait été interprétée de différentes façons dans les pays, compte tenu du contexte social et économique, de leur situation sanitaire, des caractéristiques de leurs populations en matière de morbidité et de l'état de développement de leur système de santé, elle constitue un objectif ambitieux, qui repose sur l'*équité en matière de santé*. On procède actuellement à une révision de la stratégie de la Santé pour tous pour faire en sorte qu'elle conserve toute sa validité au cours du siècle prochain. Une nouvelle politique est en cours d'élaboration et elle doit être adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 1998.

Santé publique

Science et art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société.

Référence : adapté de l'« Acheson Report », Londres, 1988.

La santé publique est une notion sociale et politique. Elle vise à améliorer la santé, à prolonger la vie et à donner une meilleure *qualité de vie* à des populations entières, par la *promotion de la santé*, la *prévention de la maladie* et d'autres types d'intervention sanitaire. Dans la littérature sur la *promotion de la santé*, on établit une distinction entre la *santé publique* et une nouvelle santé publique, afin de mettre l'accent sur des démarches nettement différentes à l'égard de la description et de l'analyse des *déterminants de la santé*, et des méthodes utilisées pour résoudre les problèmes de santé publique. Cette **nouvelle santé publique** se caractérise par le fait qu'elle repose sur une compréhension globale des façons dont les *modes de vie* et les *conditions de vie* déterminent l'état de santé, et sur une prise de conscience de la nécessité de dégager des ressources et de faire de bons investissements dans des politiques, des programmes et des services qui créent, maintiennent et protègent la santé en favorisant des *modes de vie* sains et en créant des *environnements favorables à la santé*. Il se peut qu'à l'avenir cette distinction entre une santé publique ancienne et nouvelle ne soit plus nécessaire, si la notion générale de santé publique se développe et s'élargit.

La notion de **santé publique écologique** a également fait son apparition dans la littérature. Elle vise à tenir compte de l'évolution des questions sanitaires et de leur interaction avec de nouveaux problèmes mondiaux d'environnement. Ces derniers comprennent des risques écologiques mondiaux tels que la destruction de la couche d'ozone, une pollution sauvage et effrénée de l'air et de l'eau, et le réchauffement de la planète. Ces évolutions nouvelles ont des effets considérables sur la santé, qui se dérobent souvent aux modèles simples de causalité et d'intervention.

La santé publique écologique met l'accent sur les moyens d'action communs qui permettent d'assurer la *santé* et un *développement durable*. Elle est axée sur les *déterminants* économiques et environnementaux *de la santé*, et sur les moyens par lesquels on devrait orienter les investissements économiques pour obtenir les *meilleurs résultats en matière de santé* de la population, une plus grande *équité en matière de santé* et une utilisation viable des ressources.

Soins de santé primaires

Les soins de santé primaires sont des soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, accessibles à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter.

Référence : Déclaration d'Alma Ata, OMS, Genève, 1978

La Déclaration d'Alma Ata souligne également que chacun devrait avoir accès aux soins de santé primaires et y participer. La démarche des soins de santé primaires comprend les éléments essentiels suivants : équité, participation de la *communauté*, intersectorialité, caractère approprié des technologies et accessibilité économique.

Ensemble d'activités, les soins de santé primaires doivent comprendre au minimum une éducation sanitaire pour les individus et la communauté tout entière portant sur la nature et l'ampleur des problèmes de santé et sur les méthodes permettant de prévenir et de maîtriser ces problèmes. Les autres activités essentielles sont la promotion d'un approvisionnement suffisant en aliments et d'une bonne nutrition ; la distribution d'une quantité suffisante d'eau potable et un assainissement de base ; les soins de santé maternelle et infantile, y compris le planning familial ; la vaccination ; un traitement approprié des maladies et lésions courantes ; et la fourniture de médicaments essentiels.

Les soins de santé primaires, tels qu'ils viennent d'être définis, contribuent dans une large mesure à créer les conditions préalables à la *santé* mentionnées plus haut. En outre, de façon très concrète, ils offrent des possibilités considérables de mener une action de *promotion de la santé* tant planifiée qu'opportuniste, grâce au contact quotidien entre le personnel de soins primaires et les individus dans leur localité. Grâce à l'action *d'éducation pour la santé* que les agents de soins primaires mènent auprès de leurs patients et à la *sensibilisation* qu'ils assurent au nom de la communauté locale, ils sont bien placés pour répondre aux besoins individuels et pour influencer les politiques et programmes qui ont des effets sur la *santé* de la *population*.

La notion de soins de santé primaires et les thèmes qu'elle met en jeu font actuellement l'objet d'un réexamen de la part de l'OMS.

Prévention de la maladie

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les *facteurs de risque*, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.

Référence : adapté du Glossaire de la série « Santé pour tous ». OMS, Genève, 1984

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple.

Les expressions « prévention de la maladie » et « *promotion de la santé* » sont parfois utilisées de façon complémentaire. Bien que le contenu et les stratégies de ces deux notions se recouvrent souvent partiellement, la prévention de la maladie est définie séparément. Dans ce contexte, la prévention de la maladie est considérée comme l'action qui provient généralement du *secteur sanitaire* et porte sur des personnes et des populations qui présentent des *facteurs de risque* identifiables, souvent associés à des *comportements à risque* différents.

Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les *compétences en matière de santé*, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'*aptitudes utiles dans la vie*, qui favorisent la *santé* des individus et *des communautés*.

Référence : définition modifiée

L'éducation pour la santé concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé. L'éducation pour la santé comprend la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la *santé*, ainsi que sur les différents *facteurs de risque* et *comportements à risque*, et sur l'utilisation du système de santé. En conséquence, l'éducation pour la santé peut consister à communiquer des informations et à transmettre des aptitudes, ce qui démontre la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de différentes formes d'action visant à agir sur les *déterminants* sociaux, économiques et environnementaux *de la santé*.

Dans le passé, l'expression « éducation pour la santé » englobait une gamme plus large d'actions, qui comprenait notamment la mobilisation sociale et la *sensibilisation*. Ces méthodes relèvent maintenant de la *promotion de la santé*, de sorte qu'une définition plus étroite de l'éducation pour la santé est proposée ici pour souligner cette distinction.

Glossaire de la promotion de la santé

Section II : Liste complémentaire de mots et d'expressions

Sensibilisation aux questions de santé

Ensemble d'actions individuelles et sociales visant à obtenir un engagement politique, le soutien d'une politique, l'acceptation sociale et un appui de systèmes pour un but ou un programme relatif à la santé.

Référence : Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action. WHO, Geneva, 1995

La sensibilisation doit être assurée par des individus et des groupes ou en leur nom pour créer des *conditions de vie* favorables à la *santé* et à l'adoption de *modes de vie* sains. Elle est l'une des trois grandes stratégies de *promotion de la santé* et peut prendre de nombreuses formes, y compris l'utilisation des médias et du multimédia, une action d'influence politique directe et la mobilisation de la *communauté*, par exemple grâce à des coalitions d'intérêts autour de certaines questions. Les professionnels de la santé ont une importante responsabilité en matière de sensibilisation aux questions de *santé* à tous les niveaux de la société.

Alliance

Une alliance pour la promotion de la santé est un *partenariat* entre plusieurs parties qui s'efforcent d'atteindre un ensemble de buts dans le domaine de la *promotion de la santé*.

Référence : nouvelle définition

La constitution d'alliances comporte souvent une *médiation* entre les différents partenaires pour la définition de buts, de règles éthiques de base et de domaines d'action commune, et la réalisation d'un accord sur la forme de coopération propre à l'alliance.

Communauté

Groupe de personnes, qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont dans une certaine mesure conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire.

Référence : définition modifiée

Dans de nombreuses sociétés, en particulier celles des pays développés, les individus n'appartiennent pas à une communauté unique, mais sont membres de diverses communautés reposant sur des variables telles que la géographie, la profession, la place sociale et les loisirs.

Action communautaire pour la santé

L'*action communautaire pour la santé* désigne les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des *déterminants de la santé* et d'améliorer ainsi cette dernière.

Référence : nouvelle définition

La *Charte d'Ottawa* souligne l'importance d'une action *communautaire* concrète et efficace pour la fixation de priorités pour la *santé*, la prise de décision, l'élaboration de stratégies et la mise en œuvre de celles-ci en vue d'améliorer la santé. La notion d'octroi de *moyens d'agir* à la communauté est étroitement liée à la définition de l'action communautaire pour la santé qui se trouve dans la Charte d'Ottawa. Selon la première de ces deux notions, dans une communauté à laquelle on a donné des *moyens d'agir*, les individus et les organisations utilisent leurs aptitudes et leurs ressources de façon collective pour répondre à des priorités sanitaires et à leurs besoins respectifs en matière de santé. Grâce à cette participation, l'individu et les organisations d'une communauté dotée de *moyens d'agir* fournissent un *soutien social pour la santé*, font face aux conflits au sein de la *communauté* et obtiennent une influence et une maîtrise accrues sur les *déterminants de la santé* dans la *communauté*.

Déterminants de la santé

Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'*état de santé* des individus ou des populations.

Référence : nouvelle définition

Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et agissent les uns sur les autres. La *promotion de la santé* porte fondamentalement sur l'action et la *sensibilisation* nécessaires pour prendre des mesures à l'égard de l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables, non seulement vis-à-vis de ceux qui sont liés aux actions des individus, tels que les *comportements en matière de santé* et les *modes de vie*, mais également de facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques. Combinés, ces éléments créent différentes *conditions de vie* qui ont des effets sur la santé. La réalisation d'un changement de ces *modes de vie* et *conditions de vie*, qui déterminent l'*état de santé*, est considérée comme un *résultat intermédiaire en matière de santé*.

Octroi de moyens d'agir en matière de santé

Dans le domaine de la promotion de la santé, l'octroi de *moyens d'agir* est un processus par lequel les individus maîtrisent mieux les décisions et les actions qui influent sur leur santé.

Référence : nouvelle définition

L'octroi de *moyens d'agir* peut être un processus social, culturel, psychologique ou politique qui permet aux individus et aux groupes sociaux d'exprimer leurs besoins, d'indiquer leurs préoccupations, de concevoir des stratégies en vue d'une participation à la prise de décision, et de mener une action politique, sociale et culturelle en vue de satisfaire ces besoins. Grâce à ce processus, les individus constatent une meilleure correspondance entre leurs buts dans la vie et une idée de la façon de les atteindre, ainsi qu'un lien entre leurs efforts et les résultats obtenus dans l'existence. La *promotion de la santé* comprend des actions visant non seulement à renforcer les *aptitudes* fondamentales utiles *dans la vie* et les capacités des individus, mais également à influencer les conditions sociales et économiques de base et les environnements physiques qui ont des effets sur la *santé*. Dans ce sens, la *promotion de la santé* vise à créer des conditions plus favorables à l'existence d'une relation entre les efforts des individus et des groupes et les *résultats* ultérieurs *en matière de santé* de la façon décrite plus haut.

On établit une distinction entre l'octroi de **moyens d'agir** à un individu et à une **communauté**. En ce qui concerne l'individu, les moyens d'agir désignent avant tout l'aptitude à prendre des décisions sur sa vie personnelle et à maîtriser celle-ci. Une communauté dispose de moyens d'agir lorsque les individus agissent collectivement pour obtenir une plus grande influence et une maîtrise accrue sur les *déterminants de la santé* et la *qualité de la vie* dans leur *communauté*; l'obtention de moyens d'agir par une communauté est un important but de l'*action communautaire pour la santé*.

Libération du potentiel

En matière de promotion de la santé, la libération du potentiel consiste à mener une action en *partenariat* avec des individus ou des groupes afin de les doter des moyens d'agir qui leur permettent, par la mobilisation de ressources humaines et matérielles, de promouvoir et de protéger leur *santé*.

Référence : nouvelle définition

Dans cette définition, l'importance accordée à l'octroi de *moyens d'agir* grâce à des *partenariats* et à la mobilisation de ressources attire l'attention sur le rôle important des professionnels de la santé et des autres militants de la santé qui agissent comme des catalyseurs pour une action de promotion de la santé, par exemple en donnant accès à des informations sur la santé, en facilitant l'acquisition de compétences et en soutenant l'accès aux processus politiques qui façonnent les politiques des pouvoirs publics influant sur la *santé*.

Épidémiologie

Étude de la distribution et des déterminants des états ou des événements de santé dans des populations déterminées, et application de cette étude à la lutte contre les problèmes de santé.

Référence : Last, JM. Dictionary of Epidemiology. Royaume-Uni, 1988

L'information épidémiologique, notamment celle qui définit les risques relatifs à l'individu, à une population ou à l'environnement physique, est au cœur de la *santé publique* et constitue la base des activités de *prévention de la maladie*. Les études épidémiologiques utilisent les classifications sociales (telles que la catégorie socioéconomique) pour l'étude de la maladie dans les populations mais ne se sert généralement pas de façon optimale des sciences sociales, en particulier des informations économiques et relatives à la politique des pouvoirs publics pour l'étude et la compréhension de la maladie et de la *santé* dans les populations.

L'**épidémiologie sociale** s'est constituée en discipline au cours des deux dernières décennies. Elle est l'étude de la *santé* et de la maladie dans les populations ; elle repose sur des informations sociales, psychologiques, économiques et relatives à la politique des pouvoirs publics et utilise ces informations pour définir les problèmes de *santé publique* et des propositions de solutions. À l'avenir, à mesure que l'épidémiologie se développera et s'étendra, de telles distinctions perdront de leur importance.

Équité en matière de santé

Qui dit équité dit justice. Pour qu'il y ait équité en matière de santé, il faut que les besoins des personnes guident la répartition des possibilités de bien-être.

Référence : Equity in health and health care. WHO, Geneva, 1996

La stratégie mondiale de la *Santé pour tous* de l'OMS vise fondamentalement à réaliser la plus grande équité en matière de santé entre populations, au sein de populations et entre pays. Cela signifie que tous les individus doivent avoir une possibilité égale d'être et de rester en bonne *santé*, grâce à un accès juste et équitable aux ressources de santé. L'équité en matière de santé n'est pas synonyme d'égalité d'*état de santé*. Les inégalités d'*état de santé* entre individus et entre populations sont des conséquences inévitables de différences génétiques, d'écarts entre situations sociales et économiques ou de choix personnels de *mode de vie*. Un manque d'équité existe à la suite de différences de possibilités offertes, qui entraînent par exemple un accès inégal aux services de santé, à des aliments nourrissants, à un logement approprié, etc. Dans ces cas, les inégalités d'*état de santé* résultent de manque d'équité dans les possibilités offertes aux individus.

Comportement en matière de santé

Toute activité entreprise par une personne, quel que soit son *état de santé* objectif ou subjectif, en vue de promouvoir, de protéger ou de maintenir la *santé*, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans la perspective de ce but.

Référence : Health Promotion Glossary, 1986

On peut soutenir que presque tous les comportements ou toutes les activités d'un individu ont des effets sur son *état de santé*. Dans ce contexte, il est utile d'établir une distinction entre les comportements adoptés délibérément pour promouvoir ou protéger la *santé* (comme indiqué dans la définition qui précède) et ceux qui sont adoptés indépendamment des conséquences pour la *santé*. Une distinction est établie entre les comportements en matière de santé et les *comportements à risque*, qui sont des comportements liés à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une cause déterminée de mauvaise santé.

Les comportements en matière de santé et les *comportements à risque* sont souvent liés entre eux dans un ensemble plus complexe de comportements appelés « *modes de vie* ».

Communication en matière de santé

La communication en matière de santé est une stratégie essentielle visant à informer le public au sujet de problèmes de santé et à faire en sorte que d'importantes questions de santé intéressent la population. L'utilisation des médias, du multimédia et d'autres innovations technologiques pour diffuser d'utiles informations en matière de santé augmente la prise en conscience de certains aspects de la santé individuelle et collective, ainsi que de l'importance de la santé dans le développement.

Référence : adapté de Communication, Education and Participation : A Framework and Guide to Action, WHO (AMRO/PAHO), Washington, 1996

La communication en matière de santé vise à améliorer l'*état de santé* des individus et des populations. Une grande partie de la culture moderne est transmise par les médias et le multimédia, ce qui a des conséquences positives et négatives pour la *santé*. Les travaux de recherche montrent que des programmes de *promotion de la santé* reposant sur une théorie particulière peuvent susciter l'intérêt du public pour la *santé*, renforcer les messages de santé, inciter les individus à obtenir plus d'informations et, dans certains cas, favoriser des *modes de vie* sains de façon durable.

La communication en matière de santé englobe plusieurs domaines : divertissement éducatif, journalisme axé sur la santé, communication interpersonnelle, action de sensibilisation dans les médias, communication organisationnelle, communication sur les risques, communication sociale et marketing social. Elle peut revêtir de nombreuses formes, depuis les communications par les médias et le multimédia jusqu'à la communication traditionnelle et propre à la culture locale, telle que le récit oral, les représentations de théâtre de marionnettes et les chansons. Elle peut prendre la forme de messages de santé discrets ou être incorporée dans des supports de communication tels que les feuillets radiophoniques ou télévisés.

Les progrès accomplis dans le domaine des supports de communication, en particulier le multimédia et les nouvelles technologies de l'information, continuent d'améliorer l'accès à l'information en matière de santé. À cet égard, la communication sur la santé devient un élément de plus en plus important lorsqu'il s'agit de donner plus de *moyens d'agir* aux individus et aux *communautés*.

Développement sanitaire

Le développement sanitaire est le processus d'amélioration progressive et continue de l'*état de santé* des individus et des groupes d'une population.

Référence : Terminology Information System. WHO, Geneva, 1997

Selon la **Déclaration de Jakarta**, la *promotion de la santé* est un élément essentiel du développement sanitaire.

Espérance de santé

L'espérance de santé est une mesure basée sur une population de la proportion de la durée d'existence prévue dont on estime qu'elle se caractérise par une bonne santé et est gratifiante ou est exempte de maladie et d'invalidité selon les normes et perceptions sociales et les critères professionnels.

Référence : nouvelle définition

L'espérance de santé appartient à une nouvelle génération ou à un nouveau type d'indicateurs de santé en cours d'élaboration. Ces indicateurs visent à créer des mesures qui soient plus sensibles à la dynamique et aux *déterminants* de la santé. Les indicateurs d'espérance de santé combinent des informations provenant de tables de mortalité et d'enquêtes sur la santé dans la population. Ils doivent reposer sur l'espérance de vie au niveau du pays ou d'une zone géographique similaire.

Parmi les indicateurs d'espérance de santé actuellement utilisés, on peut citer les années de vie sans invalidité et les années de vie corrigées de la qualité. Ils sont essentiellement axés sur la mesure dans laquelle les individus ont une existence exempte d'invalidités, de troubles ou de maladies chroniques. La *promotion de la santé* vise à élargir la compréhension de la notion d'espérance de santé au-delà de l'absence de maladies, de troubles et d'invalidités pour obtenir des mesures positives de la création, du maintien et de la protection de la santé, en mettant l'accent sur une durée de vie en bonne santé.

Progrès de la santé

Le progrès de la santé est un moyen d'exprimer une amélioration des *résultats en matière de santé*. On peut utiliser cette notion pour rendre compte de l'avantage d'une intervention de santé par rapport à une autre parce que la première engendre un plus grand progrès de la santé.

Référence : nouvelle définition

Selon la Déclaration de Jakarta, en menant une action de promotion de la santé, « on agit sur les *déterminants de la santé* et on contribue aux progrès de la santé ».

Voir également *résultats en matière de santé* et *résultats intermédiaires en matière de santé*

But sanitaire

Les buts sanitaires résument les *résultats en matière de santé* qu'un pays ou une *communauté* pourrait espérer obtenir dans un laps de temps déterminé, compte tenu des connaissances et des ressources disponibles.

Référence : nouvelle définition

Les buts sanitaires sont des énoncés généraux exprimant une intention et une aspiration, qui visent à être le reflet des valeurs de la *communauté* en général et du *secteur sanitaire* en particulier en ce qui concerne une société saine. De nombreux pays ont adopté une méthode de fixation de buts et de *cibles sanitaires* indiquant une orientation et une intention concernant leurs *investissements pour la santé*. L'OMS a soutenu cette évolution et a favorisé l'utilisation de buts et de cibles sanitaires aux niveaux mondial, régional, national et local.

Indicateur de santé

Caractéristique d'un individu, d'une population ou d'un environnement qui se prête à des mesures (directement ou indirectement) et peut être utilisée pour décrire un ou plusieurs aspects de la santé d'un individu ou d'une population (qualité, quantité et temps).

Référence : définition modifiée

Il est possible d'utiliser des indicateurs de santé pour définir des problèmes de *santé publique* à un moment donné, mettre en évidence une évolution dans le temps de la santé d'une population ou d'un individu, définir des différences de santé entre populations et évaluer la mesure dans laquelle les objectifs d'un programme sont en vue d'être atteints.

Les indicateurs de santé peuvent comprendre des mesures relatives à des maladies qui sont plus fréquemment utilisées pour mesurer les *résultats en matière de santé*, à des aspects positifs de la santé (tels que la *qualité de la vie*, les *aptitudes utiles dans la vie* ou *l'espérance de santé*) ou à des comportements et des actions d'individus qui sont liés à la santé. Ils peuvent aussi englober des indicateurs qui mesurent la situation sociale et économique et l'environnement physique dans la mesure où il est lié à la santé, et des mesures concernant les *compétences en matière de santé* et les *politiques des pouvoirs publics favorables à la santé*. On peut utiliser les indicateurs faisant partie de ce dernier groupe pour mesurer des *résultats intermédiaires en matière de santé* et des *résultats de l'action de promotion de la santé*.

Compétences en matière de santé

Aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne *santé*.

Référence : nouvelle définition

Pour posséder des compétences en matière de santé, il faut atteindre le niveau de connaissances, d'aptitudes personnelles et de confiance nécessaire pour prendre les mesures requises pour améliorer sa santé et celle de la communauté en modifiant ses *modes de vie* et les *conditions de vie*. En conséquence, les compétences en matière de santé vont au-delà de l'aptitude à lire des brochures et à prendre des rendez-vous. Étant donné que les compétences en matière de santé améliorent l'accès des individus à des informations sur la santé et leur capacité à les utiliser efficacement, elles sont essentielles pour l'obtention de *moyens d'agir*. Les compétences en matière de santé dépendent d'un niveau d'instruction plus général. Un niveau d'instruction médiocre peut nuire directement à la *santé*, en limitant l'épanouissement personnel, social et culturel des individus, et entraver l'acquisition de compétences en matière de santé.

Résultats en matière de santé

Changement de *l'état de santé* d'un individu, d'un groupe ou d'une population qui est attribuable à une intervention planifiée ou à une série planifiée d'interventions, que ces interventions visent ou non à modifier *l'état de santé*.

Référence : nouvelle définition

Cette définition met l'accent sur le résultat d'interventions planifiées (par opposition à une exposition fortuite à des risques, par exemple) ; elle souligne également que les résultats peuvent concerner des individus, des groupes ou des populations tout entières. Les interventions peuvent comprendre des politiques gouvernementales et les programmes et dispositions législatives et réglementaires adoptés en conséquence, ou des services et des programmes sanitaires, notamment des programmes de *promotion de la santé*. La définition englobe également les résultats en matière de santé intentionnels ou non intentionnels des politiques des pouvoirs publics relatifs à des secteurs autres que celui de la santé. Normalement, on évalue les résultats

en matière de santé en utilisant des *indicateurs de santé*. Voir également les rubriques *résultats intermédiaires en matière de santé* et *résultats des actions de promotion de la santé*.

Politique sanitaire

Énoncé ou processus relevant d'institutions (en particulier le gouvernement), qui définit des priorités et les paramètres d'action compte tenu des besoins sanitaires, des ressources disponibles et d'autres pressions politiques.

Référence : définition modifiée

La politique sanitaire est souvent adoptée sous la forme d'une législation ou d'autres normes qui définissent des dispositions réglementaires et des incitations permettant d'assurer des services et de mettre en œuvre des programmes sanitaires, et garantissant l'accès à ces services et programmes. La politique sanitaire se distingue actuellement de la *politique des pouvoirs publics favorable à la santé* du fait qu'elle concerne avant tout les services et les programmes sanitaires. Les progrès qu'accompliront à l'avenir les politiques sanitaires seront mis en évidence par la mesure dans laquelle elles peuvent également être définies comme des *politiques des pouvoirs publics favorables à la santé*.

Comme c'est le cas de la plupart des politiques, les politiques sanitaires résultent d'un processus systématique d'obtention d'un appui pour des actions de *santé publique* inspirées de données disponibles complétées par les préférences des communautés, les réalités politiques et la disponibilité de ressources.

Hôpital-santé

Un hôpital-santé offre des services médicaux et infirmiers complets de haute qualité, mais crée également une image de marque englobant les buts de la *promotion de la santé*, met en place une structure et une culture organisationnelles favorables à la santé (notamment en donnant des rôles actifs et participatifs aux patients et à tous les membres du personnel), devient un environnement physique favorable à la santé et coopère activement avec sa *communauté*.

Référence : adapté de la Déclaration de Budapest sur les Hôpitaux-santé. OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1991

Les Hôpitaux-santé agissent pour promouvoir la *santé* de leurs patients, de leur personnel et de la population de la localité dans laquelle ils sont implantés. Ils s'emploient activement à devenir des « organisations saines ». L'initiative « Hôpitaux-santé » est mise en œuvre depuis 1988. Il existe un réseau international chargé de promouvoir l'adoption plus large de cette notion dans les hôpitaux et d'autres cadres de soins.

École-santé

École qui renforce constamment son aptitude à être un cadre sain de vie, d'apprentissage et de travail.

Référence : Promoting health through schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series N°870. WHO, Geneva, 1997

Pour atteindre le but énoncé dans cette définition, une école-santé incite les fonctionnaires responsables de la *santé* et de l'enseignement, les enseignants, les élèves, les parents et les notables locaux à déployer des efforts pour promouvoir la santé. Elle favorise la *santé* et l'apprentissage par tous les moyens qui sont à sa disposition et s'efforce d'offrir un *cadre favorable à la santé* et un ensemble de programmes et de services scolaires essentiels

d'*éducation pour la santé* et de promotion de la santé. Une école-santé met en œuvre des politiques, des pratiques et d'autres mesures propices à l'estime de soi des individus, offre de multiples possibilités de succès et tient dûment compte des efforts et des bonnes intentions, ainsi que des réalisations personnelles. Elle s'emploie à améliorer non seulement la santé des élèves mais aussi celle du personnel scolaire, des familles et des membres de la communauté, et coopère avec les notables locaux pour les aider à comprendre comment la *communauté* contribue à la *santé* et à l'instruction.

L'initiative mondiale Écoles-santé de l'OMS vise à aider toutes les écoles à devenir des écoles-santé, par exemple en encourageant et en soutenant des réseaux internationaux, nationaux et sous-nationaux d'écoles-santé et en contribuant à renforcer les capacités nationales de *promotion de la santé* à l'école.

Évaluation de la promotion de la santé

L'évaluation de la promotion de la santé vise à déterminer la mesure dans laquelle les actions de *promotion de la santé* obtiennent un résultat auquel une « valeur » est attribuée.

Référence : nouvelle définition

La mesure dans laquelle les actions de *promotion de la santé permettent* aux individus ou aux communautés de maîtriser leur *santé* représente un élément essentiel de l'évaluation de la promotion de la santé.

Dans de nombreux cas, il est difficile de déterminer les processus qui lient certaines activités de promotion de la santé à des *résultats en matière de santé*. Cela peut être dû à diverses raisons, par exemple la difficulté technique de séparer cause et effet dans des situations concrètes complexes. En conséquence, la plupart des modèles récents relatifs aux résultats en matière de *promotion de la santé* établissent une distinction entre différents types de résultats et proposent une hiérarchie entre eux. Les *résultats en matière de promotion de la santé* représentent le premier point d'évaluation et traduisent des modifications des facteurs personnels, sociaux et environnementaux qui constituent un moyen d'améliorer la maîtrise que les individus ont sur leur *santé*. Les modifications des *déterminants de la santé* sont définies comme des *résultats intermédiaires en matière de santé*. Les changements d'*état de santé* représentent des *résultats en matière de santé*.

Dans la plupart des cas, une « valeur » est attribuée au processus par lequel différents résultats sont obtenus. Dans l'optique de processus valorisés, les évaluations des activités de promotion de la santé peuvent être **participatives**, c'est-à-dire associant tous ceux qui ont intérêt à ce que l'initiative aboutisse ; **interdisciplinaires**, c'est-à-dire faisant intervenir diverses perspectives disciplinaires ; et **intégrées** dans tous les stades de conception et de mise en œuvre d'une initiative de promotion de la santé. Elles peuvent aussi contribuer à permettre aux individus, aux *communautés*, aux organisations et aux pouvoirs publics de faire face à d'importants problèmes de santé.

Résultats de l'action de promotion de la santé

Les résultats en matière de promotion de la santé sont les changements des caractéristiques et aptitudes personnelles, des normes et actions sociales ou des pratiques organisationnelles et des politiques des pouvoirs publics qui sont attribuables à une activité de *promotion de la santé*.

Référence : nouvelle définition

Les résultats de l'action de promotion de la santé représentent les effets les plus immédiats des activités de *promotion de la santé* et sont généralement orientés vers une modification des *déterminants de la santé* susceptibles d'être changés. Les résultats de l'action de promotion de la santé se situent dans les domaines des *compétences en matière de santé*, des *politiques des*

pouvoirs publics favorables à la santé et de l'action communautaire pour la santé. Voir aussi résultats en matière de santé et résultats intermédiaires en matière de santé.

Secteur sanitaire

Le secteur sanitaire comprend les services de santé publics et privés organisés (y compris la *promotion de la santé*, la *prévention de la maladie*, le diagnostic, le traitement et les soins), les politiques et les activités des services sanitaires et des ministères de la santé, les organisations non gouvernementales et les *groupes communautaires* s'intéressant à la santé, et les associations professionnelles.

Référence : adapté du Glossary of Terms used in Health for All series N°9. WHO, Geneva, 1984

État de santé

Description ou mesure de la *santé* d'un individu ou d'une population à un moment donné en fonction de normes définies, généralement par référence à des *indicateurs de santé*.

Référence : adapté du Glossary of Terms used in Health for All series N°9. WHO, Geneva, 1984

Cible sanitaire

Les cibles sanitaires énoncent, pour une population donnée, l'ampleur du changement (exprimé à l'aide d'un *indicateur de santé*) qu'on peut raisonnablement attendre dans un laps de temps défini. Elles reposent généralement sur des changements spécifiques et mesurables des *résultats en matière de santé* ou des *résultats intermédiaires en matière de santé*.

Référence : nouvelle définition

Les cibles sanitaires définissent les mesures concrètes qui peuvent être prises pour atteindre des *buts sanitaires*. L'adoption de cibles constitue aussi une méthode d'évaluation des progrès accomplis dans l'optique d'une *politique* ou d'un programme *sanitaire* déterminé, car elle fixe des points de repère par rapport auxquels il est possible de mesurer ces progrès. L'adoption d'une cible nécessite l'existence d'un *indicateur de santé* approprié et d'informations sur la distribution de cet indicateur dans la population considérée. Elle exige également une estimation des tendances actuelles et futures probables en ce qui concerne la modification de la distribution de cet indicateur, ainsi qu'une compréhension des possibilités de modifier la distribution de cet indicateur dans la population considérée.

Ville-santé

Ville qui crée et améliore en permanence les environnements physiques et sociaux et développe les ressources communautaires qui permettent aux individus de se soutenir mutuellement pour accomplir toutes les fonctions de la vie et réaliser pleinement leur potentiel.

Référence : Terminology for the European Conference on Health, Society and Alcohol: A glossary with equivalents in French, German and Russian. WHO (EURO), Copenhagen, 1995

Le programme Villes-santé de l'OMS est un programme de développement à long terme qui vise à mettre la *santé* en bonne place parmi les préoccupations des villes du monde entier et à constituer un mouvement en faveur de la *santé publique* au niveau local. L'idée de ville-santé s'élargit à d'autres formes d'habitat, en particulier les villages-santé et les municipalités-santé.

Île-santé

Île qui a engagé résolument un processus d'amélioration de la santé et de la *qualité de la vie* de ses habitants et de création d'environnements physiques et sociaux plus sains dans le contexte du *développement durable*.

Référence : adapté de la Déclaration de Yanuca, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, Manille, 1995

Selon la **Déclaration de Yanuca**, les îles-santé sont des lieux où le corps et l'esprit des enfants sont protégés ; où les environnements favorisent l'apprentissage et les loisirs ; où les habitants travaillent et vieillissent dans la dignité ; et où l'équilibre écologique est une source de fierté. Cette déclaration a été ratifiée par les ministres de la santé de 14 États insulaires du Pacifique en 1995 et est devenue une référence interrégionale pour des programmes Îles-santé mis sur pied dans le monde entier.

Politique des pouvoirs publics favorable à la santé

Une politique des pouvoirs publics favorable à la santé se caractérise par une préoccupation pour la *santé* et l'équité dans tous les domaines et par une responsabilité pour les effets sur la santé. Le but principal d'une politique des pouvoirs publics favorable à la santé est de créer un *environnement qui permette* aux individus de mener une vie saine. Grâce à une telle politique, il est possible ou plus facile pour les citoyens de faire des choix sains. Elle a pour effet que les environnements sociaux et physiques améliorent la santé.

Référence : Politiques pour la santé : les recommandations d'Adélaïde. OMS, Genève, 1988

La **Charte d'Ottawa** a mis en évidence le fait que l'action de *promotion de la santé* va au-delà du secteur des soins de santé, en soulignant que la santé doit constituer un sujet de préoccupation dans tous les secteurs et à tous les niveaux des pouvoirs publics. Dans l'optique d'une politique des pouvoirs publics favorable à la santé, la notion de responsabilité en matière de *santé* est importante. Les gouvernements sont en définitive responsables devant les citoyens des conséquences sanitaires de leurs politiques ou de leur absence de politique. Un gouvernement soucieux de mettre en œuvre des politiques favorables à la santé doit mesurer ses *investissements pour la santé*, les *résultats de ces derniers en matière de santé* et les *résultats intermédiaires en matière de santé* de ces investissements et politiques ; il doit également faire rapport à ce sujet sous une forme que tous les groupes de la société comprennent aisément. La stratégie d'*investissement pour la santé* est étroitement liée à la notion de politique des pouvoirs publics favorable à la santé, qui relève du domaine de la promotion de la santé. L'investissement pour la santé constitue une stratégie permettant d'optimiser les effets de promotion de la santé des politiques des pouvoirs publics.

Infrastructure pour la promotion de la santé

Ressources humaines et matérielles, structures organisationnelles et administratives, politiques, réglementations et incitations qui facilitent une action organisée de promotion de la santé en vue de faire face à des questions et défis de *santé publique*.

Référence : nouvelle définition

Ces infrastructures peuvent résider dans des structures organisationnelles très diverses, dont des organismes de *soins de santé primaires*, des pouvoirs publics, du secteur privé et du secteur non gouvernemental, des organisations d'*entraide* et des organismes et fondations spécialisés dans la promotion de la santé. Bien que de nombreux pays aient un personnel spécialisé dans la *promotion de la santé*, la principale ressource humaine est constituée par le personnel de santé en général, les travailleurs d'autres secteurs que la *santé* (par exemple l'enseignement, la protection sociale, etc.) et des non-professionnels qui agissent au sein des *communautés*. L'infrastructure pour la promotion de la santé prend non seulement la forme de ressources et de

structures tangibles mais également celles de la sensibilisation publique et politique aux questions de santé et de la participation aux mesures visant à faire face à ces questions.

Résultats intermédiaires en matière de santé

Modifications des *déterminants de la santé*, en particulier des *modes de vie*, et des *conditions de vie* qui sont attribuables à une ou plusieurs interventions planifiées, notamment des actions de *promotion de la santé*, de *prévention de la maladie* et de dispensation de *soins de santé primaires*.

Référence : nouvelle définition

Voir aussi *déterminants de la santé, résultats en matière de santé*

Coopération intersectorielle

Relation entre des éléments de différents secteurs de la société qui a été établie en vue d'agir sur une question de façon à atteindre des *résultats en matière de santé* ou des *résultats intermédiaires en matière de santé* d'une façon qui soit plus efficace, plus rationnelle ou plus durable que si le *secteur sanitaire* avait agi seul.

Référence : adapté de Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health for All in the 21st Century. WHO, Geneva, 1997

L'action intersectorielle pour la santé est considérée comme essentielle pour l'obtention d'une plus grande *équité en matière de santé*, en particulier là où l'accomplissement de progrès dépend de décisions et d'actions relevant d'autres secteurs, tels que l'agriculture, l'enseignement et les finances. Un but important de l'action intersectorielle est de sensibiliser davantage aux conséquences sanitaires de décisions et de pratiques organisationnelles dans différents secteurs et, de cette façon, de provoquer un mouvement dans la direction de *politiques* et de pratiques *des pouvoirs publics favorables à la santé*. Certaines actions intersectorielles pour la santé ne nécessitent pas la participation du *secteur sanitaire*. Par exemple, dans certains pays, la police et le secteur des transports pourraient s'associer pour prendre des mesures visant à réduire les dommages corporels résultant des accidents de la circulation. De telles mesures, bien qu'elles visent à réduire le nombre de traumatismes, peuvent dans certains cas être prises sans la participation du *secteur sanitaire*. On considère de plus en plus que la coopération intersectorielle s'effectue entre les grands secteurs de la société, tels que le secteur public, la société civile et le secteur privé.

Investissement pour la santé

L'investissement pour la santé désigne des ressources qui sont affectées spécifiquement à l'obtention de la *santé* et de *progrès en matière de santé*. Ces ressources peuvent être investies par des organismes publics et privés, ainsi que par des individus et des groupes. Les stratégies d'investissement pour la santé reposent sur des connaissances relatives aux *déterminants de la santé* et visent à obtenir un engagement politique en faveur de *politiques des pouvoirs publics favorables à la santé*.

Référence : nouvelle définition

L'investissement pour la santé ne se limite pas à des ressources consacrées à la prestation et à l'utilisation de services de santé, et peut comprendre, par exemple, des investissements réalisés par des individus et des groupes dans les domaines de l'enseignement, du logement, de l'attribution de moyens d'agir aux femmes ou de l'épanouissement des enfants. Un plus grand investissement pour la santé suppose également une réaffectation des ressources au sein du *secteur sanitaire* en direction de la *promotion de la santé* et de la *prévention de la maladie*. Une proportion importante des investissements pour la santé est réalisée par des personnes dans

le contexte de leur vie quotidienne et relève de stratégies de maintien de la santé personnelle et familiale.

Voir aussi *politique des pouvoirs publics favorable à la santé et environnements favorables à la santé*

Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle

Voir *promotion de la santé* (section I)

Aptitudes utiles dans la vie

Aptitudes à adopter un comportement adaptatif et positif, qui permet aux individus de faire face efficacement aux exigences et aux difficultés de la vie quotidienne.

Référence : Life skills education in schools. WHO, Geneva, 1993

Les aptitudes utiles dans la vie sont des compétences personnelles, interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux individus de maîtriser et de diriger leur existence et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. Voici des exemples d'aptitudes utiles dans la vie : capacité à prendre des décisions et à résoudre des problèmes, raisonnement créatif et réflexion critique, conscience de soi et empathie, compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles, capacité à faire face à ses émotions et à maîtriser le stress. Les aptitudes utiles dans la vie mentionnées plus haut sont fondamentales pour l'acquisition de *compétences personnelles en matière de promotion de la santé*, qui constituent selon la **Charte d'Ottawa** l'un des domaines d'action essentiels.

Mode de vie (favorable à la santé)

Façon de vivre qui repose sur des types définissables de comportement qui sont déterminés par les relations réciproques entre les caractéristiques personnelles d'un individu, les relations sociales et les *conditions de vie* socioéconomiques et environnementales.

Référence : définition modifiée

Ces types de comportement sont en permanence interprétés et mis à l'épreuve dans différentes situations sociales et ne sont donc pas immuables. Les modes de vie individuels, caractérisés par des types de comportement définissables, peuvent avoir des effets importants sur la santé d'un individu et la santé des autres. Pour améliorer la *santé* en permettant aux individus de modifier leur mode de vie, les mesures prises doivent être orientées non seulement vers l'individu mais également vers la situation sociale et les *conditions de vie*, qui s'influencent mutuellement pour produire et maintenir ces types de comportement.

Cependant, il importe de se rendre compte qu'il n'existe pas de mode de vie « optimal » qu'il faille recommander à tous. La culture, le revenu, la structure familiale, l'âge, les aptitudes physiques, le foyer et l'environnement professionnel rendent certaines façons de vivre et conditions de vie plus intéressantes, plus réalisables et plus appropriées.

Conditions de vie

Les conditions de vie sont constituées par l'environnement quotidien des individus, là où ils vivent, se distraient et travaillent. Elles sont un produit de circonstances sociales et économiques et de l'environnement physique – qui peuvent tous avoir des effets sur la *santé* – et dans une large mesure ne peuvent être influencées de façon immédiate par l'individu.

Référence : définition modifiée

L'action de création de *milieux favorables à la santé* prévue par la *Charte d'Ottawa* porte en grande partie sur la nécessité d'améliorer et de changer les conditions de vie pour favoriser la santé.

Médiation

Dans le domaine de la *promotion de la santé*, la médiation est un processus par lequel les différents intérêts (personnels, sociaux et économiques) des individus et des *communautés* et des différents secteurs (public et privé) sont conciliés d'une façon qui assure la promotion et la protection de la santé.

Référence : nouvelle définition

La modification des *modes de vie* et des *conditions de vie* des individus entraîne inévitablement des conflits entre les différents secteurs et intérêts d'une population. De tels conflits peuvent par exemple résulter de préoccupations concernant l'obtention, l'utilisation et la répartition de ressources, ou de contraintes pesant sur des pratiques individuelles ou organisationnelles. Pour éliminer ces conflits d'une façon qui favorise la santé, il peut être nécessaire que les praticiens de la promotion de la santé déploient des efforts considérables, notamment en utilisant leurs aptitudes à mener une action de *sensibilisation de la santé*.

Réseau

Groupement d'individus, d'organisations et d'organismes structuré de façon non hiérarchique autour de questions ou de préoccupations communes, qui font l'objet d'une action préventive et systématique reposant sur une volonté d'agir et la confiance.

Référence : nouvelle définition

L'OMS a procédé au lancement et assure le fonctionnement de plusieurs réseaux de *promotion de la santé* axés sur des *cadres de vie* et des questions essentiels. Il s'agit par exemple du réseau intersectoriel *Villes-santé*, des réseaux d'*Écoles-santé* et des réseaux de pays de l'OMS pour la promotion de la santé tels que l'initiative megapays de l'OMS. Des réseaux de réseaux sont également en cours de création. À cet égard, on peut mentionner l'initiative « Travail en réseau des réseaux » du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et des initiatives mondiales d'activités en réseau pour la promotion de la santé, qui visent à mettre en place une *alliance mondiale pour la promotion de la santé*.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

Voir *promotion de la santé* (section I)

Partenariat pour la promotion de la santé

Accord entre partenaires désireux de travailler en coopération en vue d'obtenir un ensemble commun de *résultats en matière de santé*.

Référence : nouvelle définition

Un partenariat de ce type peut constituer un élément d'une *coopération intersectorielle* pour la santé ou reposer sur des *alliances* pour la promotion de la santé. Le partenariat peut se limiter à viser la réalisation d'un but clairement défini – tel que l'élaboration et la mise en vigueur de dispositions législatives – ou avoir un caractère permanent et porter sur une large gamme de questions et d'initiatives. De plus en plus, les acteurs de la *promotion de la santé* étudient la possibilité de mettre en place des partenariats entre le secteur public, la société civile et le secteur privé.

Voir également *responsabilité sociale pour la santé* et *soins de santé primaires* (section I)

Aptitudes personnelles

Voir *aptitudes utiles dans la vie*

Qualité de la vie

La qualité de la vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement.

Référence : Quality of Life Assessment. The WHOQOL Group, 1994. What Quality of Life? The WHOQOL Group. In: World Health Forum. WHO, Geneva, 1996

Cette définition met en évidence l'idée que la qualité de la vie relève d'une évaluation subjective, qui a des dimensions à la fois positives et négatives et est enracinée dans un contexte culturel, social et environnemental. L'OMS a défini six grands domaines qui décrivent les aspects essentiels de la qualité de la vie dans une perspective transculturelle : un domaine physique (énergie et fatigue, par exemple), un domaine psychologique (sentiments positifs, par exemple), un degré d'indépendance (mobilité, par exemple), des relations sociales (soutien social concret, par exemple), l'environnement (la possibilité d'obtenir des soins de santé, par exemple) et les convictions et la spiritualité personnelles (sens de l'existence, par exemple). Le domaine de la *santé* et celui de la qualité de la vie sont complémentaires et se recouvrent partiellement.

Il y a qualité de la vie lorsque les individus estiment que leurs besoins sont satisfaits et qu'ils ne sont pas privés de possibilités d'être heureux et comblés, quel que soit leur *état de santé* physique ou la situation sociale et économique. Le but d'amélioration de la qualité de la vie, à côté de celui-ci relatif à la prévention des problèmes de santé évitables, a pris une importance accrue dans le domaine de la *promotion de la santé*. Cela revêt une importance particulière lorsqu'on s'efforce de répondre aux besoins des personnes âgées, des malades chroniques, des patients en phase terminale et des handicapés.

Réorientation des services de santé

La réorientation des services de santé se caractérise par une préoccupation plus nette pour l'obtention de *résultats en matière de santé* de la population grâce à la façon dont le système de santé est organisé et financé. Cela doit provoquer un changement d'attitude et d'organisation des services de santé, axé sur les besoins de l'individu considéré comme un tout complet, mis en balance avec les besoins des groupes de la population.

Référence : adapté de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS, Genève, 1986

La **Charte d'Ottawa** souligne également qu'il importe que le *secteur sanitaire* participe aux efforts en faveur de la santé. L'obtention de ce résultat incombe à l'ensemble des professions de santé, aux institutions du service de santé et aux pouvoirs publics, dont l'action est complétée par la contribution des individus et des communautés desservis par le *secteur sanitaire*. Dans la plupart des cas, cela nécessite une expansion de l'action de *promotion de la santé* et de *prévention de la maladie*, afin d'obtenir un équilibre optimal entre les investissements dans la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le diagnostic, le traitement, les soins et les services de réadaptation. L'élargissement de ce rôle ne nécessite pas toujours une augmentation de l'activité directe du système de santé. Il se peut que l'action menée par des secteurs autres que le *secteur sanitaire* permette d'atteindre plus efficacement de meilleurs *résultats en matière de santé*. Les pouvoirs publics doivent reconnaître le rôle essentiel que le *secteur de la santé* joue dans le soutien de cette action intersectorielle pour la santé.

Voir également *Hôpital-santé*

Comportement à risque

Comportement dont on a constaté qu'il est lié à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une maladie déterminée ou de certains problèmes de santé.

Référence : définition modifiée

On définit généralement les comportements à risque sur la base de données épidémiologiques ou d'autres données sociales. La modification des comportements à risque représente un but important de la *prévention de la maladie* et, traditionnellement, on utilise l'*éducation pour la santé* à cette fin. Dans le cadre plus large de la *promotion de la santé*, on peut considérer que le comportement à risque est une réaction à de mauvaises *conditions de vie* ou un mécanisme visant à faire face à ces dernières. Les stratégies permettant de contrer cette réaction comprennent la transmission d'*aptitudes utiles dans la vie* et la création d'*environnements plus favorables à la santé*.

Facteur de risque

Situation sociale ou économique, état biologique, comportement ou environnement qui est lié, éventuellement par une relation de cause à effet, à une vulnérabilité accrue à une maladie, à des problèmes de santé ou à des traumatismes déterminés.

Référence : définition modifiée

Comme dans le cas des *comportements à risque*, une fois que des facteurs de risque ont été repérés, ils peuvent devenir le point de départ ou l'axe de stratégies et d'actions de *promotion de la santé*.

Auto-assistance

Dans le contexte de la *promotion de la santé*, actions menées par des personnes qui ne font pas partie professionnellement du secteur de la santé en vue d'obtenir les ressources nécessaires pour promouvoir, maintenir ou rétablir la santé des individus ou des communautés.

Référence : définition modifiée

Bien que l'on comprenne généralement la notion d'« auto-assistance » comme une action menée par des individus ou des *communautés* qui en bénéficient directement, elle peut également englober une entraide entre individus et groupes. L'auto-assistance peut même inclure l'auto-prise en charge, qui comprend notamment l'auto-médication et les premiers soins dans le contexte social normal de la vie quotidienne des individus.

Cadre de vie

Lieu ou contexte social dans lequel les individus vaquent à leurs activités quotidiennes et où les facteurs environnementaux, organisationnels et personnels influent les uns sur les autres et ont ainsi des effets sur la santé et le bien-être.

Référence : nouvelle définition

Un cadre de vie est aussi un lieu où des personnes utilisent activement ou façonnent l'environnement et ainsi créent ou résolvent des problèmes relatifs à la *santé*. Normalement, les cadres de vie se caractérisent par des frontières physiques, diverses personnes ayant des rôles définis et une structure organisationnelle.

Les actions menées pour promouvoir la santé dans différents cadres de vie peuvent revêtir des formes très variées, souvent via un mode de développement organisationnel particulier, y

compris la modification d'environnements physiques, de la structure organisationnelle, de l'administration et de la gestion. On peut également utiliser les cadres de vie pour mener une action de promotion de la *santé* en atteignant les gens qui y travaillent ou en les utilisant pour obtenir un accès à des services et via l'interaction de différents cadres de vie avec la *communauté* dans son ensemble. Les cadres de vie sont par exemple l'école, le lieu de travail, l'hôpital, le village et la ville.

Capital social

Le capital social représente le degré de cohésion sociale qui existe dans les *communautés*. Il désigne les processus interpersonnels qui établissent des *réseaux*, des normes et la confiance sociale, et facilitent la coordination et la coopération dans l'intérêt des différentes parties.

Référence : nouvelle définition

Le capital social est créé à partir de la myriade de relations quotidiennes entre les individus et prend la forme de structures telles que des associations de citoyens, des groupes religieux, la famille et les *réseaux* communautaires informels, et de normes (le volontarisme, l'altruisme et la confiance). Plus ces réseaux et ces liens sont solides, plus il est probable que les membres d'une *communauté* coopèrent dans l'intérêt de tous. De cette façon, le capital social crée la santé et peut renforcer les avantages découlant de l'*investissement dans la santé*.

Réseaux sociaux

Relations et liens d'ordre social entre les individus qui permettent d'obtenir un *soutien social* favorable à la *santé*.

Référence : définition modifiée

Une société stable a généralement mis en place des réseaux sociaux qui permettent de bénéficier d'un *soutien social*. Des influences déstabilisatrices, telles qu'un taux de chômage élevé, des programmes de relogement et une urbanisation rapide, peuvent entraîner des perturbations considérables des réseaux sociaux. Dans ce cas, l'action de promotion de la santé peut être axée sur des mesures contribuant au rétablissement des réseaux sociaux.

Responsabilité sociale en faveur de la santé

La responsabilité sociale en faveur de la santé trouve son expression dans les mesures que les décideurs des secteurs public et privé prennent pour mettre en œuvre des politiques et des pratiques qui assurent la promotion et la protection de la *santé*.

Référence : Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle. OMS, Genève, 1997

Les politiques et les pratiques mises en œuvre par les secteurs public et privé devraient éviter de nuire à la *santé* des individus ; protéger l'environnement et assurer l'utilisation viable des ressources ; restreindre la production et la commercialisation de produits et substances intrinsèquement nocifs, et décourager les pratiques malsaines de commercialisation ; protéger le citoyen sur le marché et l'individu sur le lieu de travail, et procéder à des évaluations d'impacts sur la santé axés sur l'*équité* en tant que partie intégrante des politiques.

Voir aussi *politique des pouvoirs publics favorable à la santé*

Soutien social

Assistance dont les individus et les groupes peuvent bénéficier au sein de *communautés* et qui peut atténuer les effets négatifs d'événements de la vie et de *conditions de vie*, et constituer une ressource positive pour l'amélioration de la *qualité de la vie*.

Référence : définition modifiée

Le soutien social peut comprendre le soutien affectif, le partage d'informations et la fourniture de ressources matérielles et de services. On reconnaît maintenant largement que le soutien social est un important *déterminant de la santé* et un élément essentiel du *capital social*.

Milieus favorables à la santé

Les milieux favorables à la santé offrent aux individus une protection contre les menaces pesant sur la *santé* ; ils leur permettent de développer leurs capacités et leur autonomie en matière de santé. Ils comprennent les lieux où les individus vivent, leur *communauté* locale, leur foyer, et les endroits où ils travaillent et se divertissent, et englobent l'accès des individus à des ressources pour la santé ainsi que des possibilités d'acquérir des *moyens d'agir*.

Référence : adapté de la Déclaration de Sundsvall sur les milieux favorables à la santé. OMS, Genève, 1991

L'action visant à créer des milieux favorables à la santé comporte de nombreuses dimensions et peut inclure des mesures politiques directes visant à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et des réglementations qui contribuent à mettre en place des milieux favorables à la santé ; des mesures économiques, en particulier en vue de favoriser un développement économique durable ; et une action sociale.

Développement durable

Développement qui répond aux besoins de la génération actuelle sans compromettre l'aptitude des générations futures à répondre à leurs propres besoins (Commission mondiale pour l'environnement et le développement 1987). Il comprend de nombreux éléments et l'ensemble des secteurs, y compris le *secteur de la santé*, qui doit contribuer à réaliser ce type de développement.

Référence : Notre avenir à tous : Rapport de la Commission mondiale pour l'environnement et le développement, 1987. Santé et environnement dans le cadre d'un développement durable. Cinq années après le Sommet Planète Terre. OMS, Genève, 1997

Les êtres humains sont au centre du développement durable. Celui-ci désigne une utilisation des ressources, une orientation des investissements et du progrès technologique, et un développement institutionnel tels que l'exploitation et l'utilisation actuelles des ressources ne compromettant pas la *santé* et le bien-être des générations futures.

Il n'existe pas une seule façon optimale d'organiser la relation complexe développement-environnement-santé, qui révèle toutes les interactions importantes et les points de départ possibles d'interventions en matière de *santé publique*. En ce qui concerne la *promotion de la santé*, le développement durable revêt une importance particulière dans l'optique de l'élaboration de *politiques des pouvoirs publics favorables à la santé* et la mise en place de *milieux favorables à la santé* d'une façon qui améliore les *conditions de vie*, favorise les *modes de vie* sains et réalise une plus grande *équité en matière de santé* tant maintenant qu'à l'avenir.

(énumérées dans l'ordre chronologique de la publication) *

Organisation mondiale de la santé. Constitution. OMS, 1948

Les soins de santé primaires : Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma Ata (URSS). OMS, Genève, 1978

Nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaires : Rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Série de rapports techniques 690. OMS, Genève, 1983

Glossaire de la série « Santé pour tous » (n° 9). OMS, Genève, 1984

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. WHO/HPR/HEP/95.1. OMS, Genève, 1986

Nutbeam, D. Glossaire de la promotion de la santé (**première version**)

Notre avenir à tous : Rapport de la Commission mondiale sur l'environnement et la santé

Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function ("Acheson Report"). London, HMSO 1988

Politique pour la santé : les recommandations d'Adélaïde. WHO/HPR/HEP/95.2. OMS, Genève, 1988

Last, JM. Dictionary of Epidemiology. Oxford University Press, UK, 1988

Promoting Health in Developing Countries: A Call for Action. WHO/HEP/90.1. WHO, Geneva, 1990

Déclaration de Sundsvall sur des milieux favorables à la santé. WHO/HPR/HEP/95.3. OMS, Genève, 1991

Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991

Badura, B. and Kickbusch, I. Health promotion research: Towards a new social epidemiology. Series N° 37. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991

Life skills education in schools (unpublished document 1991) WHO/MNH/PSF/93.7A. WHO, Geneva, 1993

Dhillon, HS. et Philip L. Promotion de la santé et action communautaire en faveur de la santé dans les pays en développement. OMS, Genève, 1995

Quality of Life Assessment: international perspectives. Proceedings of the joint meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2-3, 1993. In: Orley J., Kuyken W. (eds.). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest. Springer-Verlag, Berlin, 1994

Terminology for the European Conference on Health, Society and Alcohol: A glossary with equivalents in French, German and Russian. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995

Development Communication in Action. Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development. HED/92.5. WHO, Geneva, 1995

Déclaration de Yanuca. Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. WPR/RC46/INF.DOC./1. Manille, 1995

Renewing the Health for All Strategy: Guiding principles and essential issues for the elaboration of a policy for equity, solidarity, and health. WHO, Geneva, 1995

Communication, Education and Participation: A Framework and Guide to Action. WHO Regional Office for the Americas/Pan American Sanitary Bureau, Washington, 1996

Promoting Health through Schools. The World Health Organization's Global School Health Initiative. WHO/HPR/HEP/96.4. WHO, Geneva, 1996

Equity in Health and Health Care. WHO/ARA/96.1. WHO, Geneva, 1996

What Quality of Life? The WHOQOL Group. In: World Health Forum, Vol. 17, p. 354–356. WHO, Geneva, 1996

Health and Environment in Sustainable Development. Five Years after the Earth Summit. WHO/EHG/97.8. WHO, Geneva, 1997

Kickbusch I. Health Promoting Environments – the next steps. Australian and New Zealand Journal of Public Health. Supplement, July 1997

Promoting Health through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series N° 870. WHO, Geneva, 1997

Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health for All in the 21st Century. WHO/PPE/PAC/97.6. WHO, Geneva, 1997

La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle. HPR/HEP/41CHP/BR/97.4. OMS, Genève, 1997

Système d'information terminologique (disponible sur Internet). OMS, Genève, 1997

* La plupart des ouvrages mentionnés ont été publiés par l'OMS. Pour des renseignements complémentaires concernant des publications, veuillez consulter : Health Promotion Bibliography. WHO/HPR/HEP/41CHP/RS/97.2. WHO, Geneva, 1997.

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques et sa condition économique ou sociale. »

L'OMS est une institution spécialisée aux termes de la Charte des Nations Unies. Elle a été créée en 1948 par 61 gouvernements désireux de coopérer entre eux et avec d'autres pour favoriser la santé de tous. Le nombre d'États membres s'élève maintenant à 191.

L'OMS représente l'aboutissement d'efforts de coopération internationale en matière de santé qui ont commencé il y a près de 150 ans. En 1851, on a organisé la première conférence sanitaire internationale, qui a examiné des mesures visant à empêcher l'importation de la peste en Europe. Plus tard, des pays se sont associés pour lutter contre des menaces communes telles que la fièvre jaune, le choléra, la variole et le typhus. Il faut également mentionner la création du Bureau sanitaire panaméricain en 1902, de l'*Office international d'hygiène publique* en 1907 et de l'Organisation sanitaire de la Société des Nations en 1919. En 1945, le Brésil et la Chine ont proposé de créer une organisation internationale de la santé, ce qui a débouché sur l'élaboration de la Constitution de l'OMS, adoptée en 1946. La Constitution est entrée en vigueur le 7 avril 1948, lorsque le 26ème des 61 États membres signataires a procédé à la ratification.

Les fonctions principales de l'OMS sont les suivantes :

- donner des conseils dans le domaine sanitaire à l'échelle du monde entier ;
- coopérer avec les gouvernements pour renforcer la planification, la gestion et l'évaluation de programmes sanitaires nationaux ;
- concevoir et transférer des technologies, des informations et des normes sanitaires appropriées.

Depuis la création de l'OMS, des résultats très importants ont été obtenus sur le plan de la santé dans le monde. En particulier, l'Organisation :

- lutte contre les maladies infectieuses. C'est ainsi que, chaque année, des millions d'enfants évitent de contracter des maladies mortelles et invalidantes, notamment grâce à des programmes mondiaux de vaccination ;
- fournit des services sanitaires ;
- réduit la mortalité ;
- fournit des médicaments essentiels ; et
- accroît la salubrité des villes.

L'OMS a éradiqué la variole en 1980 et, aujourd'hui, nous pouvons nous attendre à l'élimination d'autres graves maladies, telles que la poliomyélite, la dracunculose et la lèpre, au cours des prochaines années.

L'OMS doit encore s'acquitter de tâches difficiles :

- réaliser la Santé pour tous ;
- maîtriser des maladies anciennes et nouvelles ;
- assurer la santé reproductive pour tous ;
- constituer des partenariats pour la santé ; et
- assurer la promotion de modes de vie et d'environnements sains.

Les publications de l'Organisation contiennent des informations plus détaillées sur de nombreux aspects des activités de l'OMS.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE D'AUCH

MINUTE JAF N°

AFFAIRE N° RG 19/00702 - N° Portalis DBX5-W-B7D-CKG5

M.
c/
Mme

JUGEMENT

Le dix sept décembre deux mil dix neuf,

Monsieur , Juge aux Affaires Familiales, assisté de Madame , Greffière,

a rendu le jugement dont la teneur suit, après que la cause a été débattue à l'audience du 19 novembre 2019, date à laquelle le Juge aux Affaires Familiales a indiqué que la décision serait rendue à la date de ce jour ;

PARTIE DEMANDERESSE :

assisté de Me, avocat au barreau de GERS

PARTIE DÉFENDERESSE :

assistée de Me, avocat au barreau de AIX EN PROVENCE

CCCFE Le
Me
Me

De l'union de M. et de Mme, qui l'ont tous deux reconnu, est né un enfant :

- né le 12 Juillet 2012.

Selon le dernier état des décisions de la juridiction des affaires familiales rendues entre les parties (Jaf Auch 7 mai 2013, 3 décembre 2013 et 27 janvier 2015) :

- l'exercice de l'autorité parentale a été confié conjointement aux deux parents,
- la résidence de l'enfant a été fixée au domicile de la mère,
- le droit de visite et d'hébergement du père a été réglementé,
- la contribution alimentaire du père a été fixée à la somme mensuelle de 130 €.

M. ayant formé une demande tendant au transfert de la résidence de l'enfant, par jugement du 17 septembre 2019 cette juridiction a :

- sursis à statuer au fond,
- ordonné l'audition de l'enfant,
- dans l'attente, provisoirement, reconduit les mesures arrêtées par les précédents jugements.

Après audition de l'enfant, l'affaire a été appelée à l'audience du 19 novembre 2019.

A cette date :

- M. a réitéré sa demande,
- Mme a conclu au rejet des prétentions adverses.

SUR QUOI :

Attendu qu'il n'y a pas lieu d'avoir égard aux attestations versées aux débats, celles émanant du clan paternel faisant de M. le portrait d'un père attentionné et celle émanant du clan maternel le décrivant comme un personnage irresponsable ;

Attendu qu'il est constant que suite à son admission dans la fonction publique Mme (qui s'est récemment convertie à l'Islam), courant septembre 2019, s'est installée avec l'enfant à Gardanne (13) ;

Attendu que, s'il ne peut être attendu de lui des réponses raisonnées, un enfant de 7 ans est tout à fait en mesure d'exprimer un ressenti et de répondre à des questions purement factuelles ;

Attendu que lors de son audition l'enfant a clairement exprimé le souhait de vivre chez son père chez lequel il se sent mieux ;

Attendu que, sur interpellation, l'enfant a notamment indiqué :

- "chez ma mère, je ne mange pas de porc. Ma mère m'a dit que je n'avais pas le droit d'en manger",
- "j'aimerais prendre des cours d'arabe",
- "ma mère a des copains qui viennent la voir. Des fois l'un, des fois l'autre. Ils sont musulmans" ;

Attendu que prises isolément, chacune de ces réponses est anecdotique ;

Que leur conjonction, dans le contexte actuel ne peut qu'interpeller, voir inquiéter ;

Attendu que, par ailleurs :

- l'enfant a toujours vécu dans le Gers où il a ses habitudes et ses amis et où réside la famille paternelle (la famille maternelle réside à proximité dans le département de l'Ariège) ;
- la mère n'a pas respecté l'exercice conjoint de l'autorité parentale en imposant unilatéralement à l'enfant des pratiques alimentaires dictées par des considérations purement religieuses ;

Attendu qu'en considération de l'ensemble de ces éléments, il apparaît qu'il est de l'intérêt de l'enfant que sa résidence soit fixée au domicile de son père ;

Attendu qu'il n'est pas contesté qu'il y a lieu d'attribuer à la mère un droit d'accueil adapté à la distance séparant le domicile des 2 parents ;

Attendu qu'au vu des pièces financières versées aux débats, et par référence au barème indicatif du Ministère de la Justice, il y a lieu d'arbitrer à 130 € le montant mensuel de la contribution alimentaire de la mère ;

Attendu qu'aucun élément objectif ne justifie qu'il soit fait droit à la mesure d'interdiction de sortie du territoire national sollicitée par le père ;

PAR CES MOTIFS

Le Juge aux Affaires Familiales,

Statuant en Chambre du Conseil, par décision contradictoire et en premier ressort, après débats hors la présence du public, et après en avoir délibéré conformément à la Loi,

Vu les jugements précités,

Vu le jugement du 17 septembre 2019 et le procès-verbal d'audition de l'enfant ;

- Fixe, à compter de la fin du 1er trimestre scolaire 2019-2020, la résidence de l'enfant mineur au domicile du père,
- Dit que la mère disposera sur la personne de son enfant mineur d'un droit de visite et d'hébergement s'exerçant, sauf meilleur accord :
 - pendant l'intégralité des vacances scolaires à l'exception de celles d'été et de Noël qui seront partagées par moitié avec alternance,
- Dit qu'il appartiendra à la mère d'aller chercher l'enfant et de le ramener,
- Supprime la pension alimentaire précédemment mise à la charge de M. du chef de l'enfant,
- Condamne Mme à payer à M. , d'avance et sans frais, entre le 1er et le 5 de chaque mois, une pension alimentaire mensuelle de 130€ pour contribuer aux frais d'entretien et d'éducation de l'enfant mineur,
- Dit que cette contribution sera indexée sur l'indice mensuel des prix à la consommation des ménages urbains, dont le chef est employé ou ouvrier, série "France entière", ensemble "hors tabac" publié mensuellement par l'INSEE, (Tél. 08 92 68 07 60 ou internet : www.indices.insee.fr ; site permettant le calcul de l'indexation :

www.service-public.fr/calcul-pension/index.html) ; révisable au 1er janvier de chaque année et pour la première fois le 1er janvier 2020, sur l'indice du mois de novembre précédent, selon la formule :

$$\text{pension revalorisée} = \frac{(\text{montant initial pension}) \times (\text{nouvel indice})}{\text{indice de référence : décembre 2019}}$$

- ▶ Rappelle que cette pension sera due y compris au-delà de la majorité si l'enfant demeure à la charge du parent gardien,
- ▶ Déboute les parties de leurs prétentions plus amples ou contraires,
- ▶ Ordonne l'exécution provisoire de la présente décision,
- ▶ Dit que la présente décision sera signifiée par voie d'huissier à la diligence des parties conformément aux dispositions des articles 651 et suivants et 1142 du code de procédure civile,
- ▶ Dit que chaque partie supportera la charge de ses propres dépens.

LA GREFFIÈRE

LE JUGE AUX AFFAIRES FAMILIALES

Pour satisfaire aux prescriptions de l'article 9 de la loi n° 84-1171 du 22 décembre 1984, il est rappelé qu'en cas de défaillance dans le règlement des sommes dues au titre de la contribution alimentaire:

(1) le créancier peut en obtenir le règlement forcé en utilisant à son choix une ou plusieurs des voies d'exécution suivantes : saisie-attribution entre les mains d'un tiers, autres saisies, paiement direct entre les mains de l'employeur, recouvrement public par l'intermédiaire du Procureur de la République,

(2) le débiteur qui manque à ses obligations encourt les peines des articles 227-3 et 227-9 du Code Pénal : 2 ans d'emprisonnement et 15 000 €uros d'amende, interdiction des droits civiques, civils et de famille, suspension du permis de conduire, interdiction de quitter le territoire de la République.,

(3) Si le débiteur organise volontairement son insolvabilité pour éviter de payer la pension qu'il doit, le créancier peut porter plainte à ce titre. Le débiteur peut être puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 €uros d'amende.

Tant que la pension n'est pas révisée, elle est intégralement due par le débiteur.