



L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales

Access to care for migrants in France and the "culture of local initiative". An analysis of the local contexts to the test of the national

Anne-Cécile Hoyez



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/cybergegeo/24796>

DOI : 10.4000/cybergegeo.24796

ISSN : 1278-3366

Éditeur

UMR 8504 Géographie-cités

Référence électronique

Anne-Cécile Hoyez, « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Cybergegeo : European Journal of Geography* [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 566, mis en ligne le 21 novembre 2011, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/cybergegeo/24796> ; DOI : 10.4000/cybergegeo.24796

Ce document a été généré automatiquement le 2 mai 2019.



La revue *Cybergegeo* est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 3.0 non transposé.

L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales

Access to care for migrants in France and the "culture of local initiative". An analysis of the local contexts to the test of the national

Anne-Cécile Hoyez

Introduction

- 1 Les études portant sur « la santé des migrants »¹ constituent un champ de recherche très fertile pour la géographie dans la mesure où elles touchent aux mobilités des personnes (les migrants, qu'ils soient patients ou pourvoyeurs de soins) et à l'ensemble des réseaux utilisés et mobilisés dans les démarches liées à la santé. Ces mobilités et ces réseaux s'inscrivent dans des logiques multiscalaires et s'organisent aussi bien au niveau local (niveau qui correspond à l'accès aux soins dans l'environnement immédiat), qu'au niveau national (niveau qui régit l'accès aux soins d'un point de vue légal et administratif), international et transnational (niveau où la santé apparaît comme un droit fondamental garanti par tous les Etats).
- 2 Le sujet, peu traité dans la géographie française, rejoint les problématiques de recherche portant sur les organisations spatiales des acteurs de la santé au sein des politiques publiques, les impacts des politiques publiques sur la santé et l'organisation des soins, et se rattache, *in fine*, aux questions relatives aux fondements des inégalités sociales et spatiales de la santé (Curtis, Rees-Jones, 1998 ; Kearns, Gesler, 1998 ; Curtis, 2004 ; Fleuret, Thouez, 2007).

- 3 Aujourd'hui, les recours aux soins des migrants, quel que soit leur statut (individu en situation régulière, irrégulière, réfugié, demandeur d'asile) sont rendus très complexes par la multiplication des niveaux d'intervention et de décision qui s'y rattachent. Le recours aux soins est en effet déterminé à la fois dans le cadre des politiques de la santé, mais aussi dans celui des politiques de l'immigration et du social. Cependant, ces domaines politiques sont mis en tension entre prérogatives supranationales, politiques nationales et actions locales. Au sein du parcours migratoire, les recours aux soins des migrants sont ainsi jalonnés de lieux précis : structures du système dit « de droit commun », mais aussi structures d'accueil aux personnes exclues de ce même système (personnes en grande précarité), et enfin structures créées pour favoriser un accueil spécifique aux populations migrantes (ouverture des droits, traitement des problèmes de santé spécifiques). Parmi ces deux derniers types de structures, on trouve essentiellement des organismes d'accueil résultant d'initiatives locales, aux statuts associatifs et aux missions reliées aux priorités repérées dans les politiques publiques locales (de la santé ou de la ville), aux objectifs constamment négociés entre acteurs locaux et révisés à mesure des changements des orientations des politiques nationales (de santé, d'immigration ou du social).
- 4 L'analyse des adaptations, des compositions et des négociations qui interviennent à l'échelle locale font ici l'objet d'une attention particulière. L'examen conjoint de l'action locale (l'action qui cherche à répondre aux problèmes dits du « terrain ») et de l'espace local (l'espace qui est contenant et contenu de ces problèmes) est à la fois un « *analyseur fécond des transformations en cours dans le monde contemporain* » (Fassin, 1998a), et un révélateur de l'espace des « *transformations du champ de la santé publique* » (Fassin, 1994).
- 5 Cet article propose en premier lieu une synthèse des travaux analysant la question de l'accès aux soins des migrants (incluant le droit à la santé et les entraves à l'accès aux soins) selon les différents niveaux politiques qui la régissent, avec un éclairage particulier sur le cas français², pour ensuite contribuer à une analyse des actions menées à destination des primo-arrivants et de leur santé dans deux configurations différentes en dehors de la capitale, dans les villes de Rennes et de Poitiers. En étudiant les logiques spécifiques à chaque situation, en décryptant les initiatives locales, les formes qu'elles prennent et les enjeux qu'elles comportent, l'article met au jour une analyse du fonctionnement des dispositifs mis en place pour les primo-arrivants, en y incluant, en aval, des questions sur le rôle que les associations de migrants peuvent avoir dans la mise en place et le fonctionnement de ces structures.

Penser la « santé des migrants »

L'accès aux soins des migrants : aspects administratifs et légaux

Droit international vs droit national ?

- 6 L'accès aux soins des individus, indépendamment de leur statut et de leur origine nationale, est un droit fondamental édicté dans toutes les conventions, les chartes, les traités, les conférences mondiales et les normes juridiques internationales³. Chaque pays doit donc s'engager à garantir le droit à la santé pour tous et toutes, et à respecter l'accès aux services de santé de base, au planning familial et aux soins VIH/Sida⁴.

- 7 Cependant, l'OMS, l'UE ou d'autres ONG travaillant dans le domaine de la santé et de l'accès aux soins des migrants soulignent l'existence (et la persistance) du non-respect de ces normes et de leurs conséquences sur l'émergence de processus d'exclusion et de marginalisation des migrants, et en premier lieu des migrants les plus pauvres (OMS, 2005 ; COMEDE, 2009). Ces instances émettent régulièrement des injonctions aux Etats pour qu'ils respectent le droit international et établissent des programmes pour la mise en œuvre des normes internationales en matière d'accès aux soins dans les politiques nationales. Le non-respect de ce droit ou son contournement conduit en effet à la mise en place de processus discriminatoires, directs ou indirects, toujours préjudiciables à la santé des individus. D'un côté, des discriminations directes sont dénoncées en particulier envers des programmes nationaux qui font des différences à l'égard des migrants temporaires, et en particulier auprès des sans-papiers (c'est le cas de la Grèce ou de la Suède, entre autres). L'introduction de caractères de différenciation entre nationaux et non-nationaux (et, au sein de ceux-ci, entre ressortissants de l'UE ou non) a pour conséquences immédiates de retarder ou entraver les démarches médicales des migrants et d'aggraver leur état de santé, voire de les conduire à avoir recours à l'automédication ou à des personnes qui ne relèvent pas du corps médical (Verbruggen, 2001 ; PICUM, 2007). D'un autre côté, certains processus indirectement discriminatoires ont été observés dans plusieurs pays européens, dans la mesure où les problèmes de l'accès aux soins s'étendent parfois aux migrants en situation régulière. En effet, ceux-ci peuvent être exclus si le coût des services n'est pas abordable (introduisant alors la question des inégalités sociales qui touchent plus fréquemment les migrants), ou si les stigmatisations, inscrites dans des schémas très complexes, entravent l'égalité dans le droit à la santé (Carde, 2007).

Le contexte national français

- 8 La loi du 27/07/1999 (loi n° 99-641) portant création d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) a permis aux Français et aux migrants en situation régulière, non couverts par ailleurs par une assurance maladie professionnelle, de bénéficier d'un régime assurantiel gratuit pour ceux dont les ressources sont les plus faibles (dite CMU-Complémentaire), ou payant (sous forme d'une cotisation) pour ceux dont les déclarations fiscales dépassent un certain montant mais restent faibles. Basée sur la lutte contre l'exclusion, cette loi vise à étendre la protection sociale au plus grand nombre des personnes résidant en France. La création de la CMU a donc permis aux personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées économiquement d'intégrer le régime dit « de droit commun ».
- 9 Mais si la création de la CMU a permis de faciliter l'accès aux soins pour les migrants en situation régulière et stable, elle a aussi « aggravé l'exclusion des étrangers sous titres de séjour précaires et des sans papiers » (Maille, Toullier, 2009). En effet, l'accès à la CMU est garanti soit sous couvert d'une demande d'asile en cours d'instruction, soit sous conditions de résidence depuis trois mois au moins et de régularité du séjour. Suivant ces principes, les migrants en situation irrégulière sont désormais les seuls à entrer dans le cadre de l'assistance médicale d'Etat (AME⁵). Ainsi, en France, la réforme du droit à une couverture maladie a eu pour effet d'isoler les « sans-papiers » au sein de l'AME. De surcroît, certains chercheurs et professionnels ont pu constater que le dispositif n'améliorait pas l'accès aux soins de ces populations dans les faits (Fassin, 1999 ; Maille, Veïsse, 2001 ; Maille, Toullier, Volovitch, 2005 ; Maille, Toullier, 2009 ; Carde 2009a). Ainsi,

toute personne étrangère est susceptible de faire partie d'une catégorie d'exclus des droits « ordinaires » (ceux de l'assurance maladie) voire même de tout droit à une assistance maladie (Carde, 2007), car la mise en place de la CMU et la réforme de l'AME sont parfois accompagnées sur le terrain de pratiques différenciées de la part de certains professionnels. L'application des textes est en effet souvent conditionnée à des circulaires dont la compréhension et l'application peuvent différer d'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à l'autre. Un certain nombre de travaux documente ainsi les pratiques restrictives et les processus d'ouverture des droits à la CMU ou à l'AME à discrétion par les personnes en charge d'instruire les dossiers (Carde, 2009b ; Cagnet *et al.*, 2009). Ceci entre par ailleurs en résonance avec les pratiques de traitement différenciées ou les refus de soins que peuvent rencontrer les personnes bénéficiaires de la CMU, indépendamment de leur origine nationale (Boisguérin, Haury, 2008 ; Despres *et al.*, 2009 ; Despres, 2010 ; Maille, Veisse, 2000).

- 10 En France, les réaménagements qui sont intervenus depuis 1993⁶, et surtout depuis 2003⁷, ont eu comme autre conséquence d'accroître le nombre des personnes sans-papiers reçues dans les consultations de soins gratuits des associations ou des ONG : par exemple, la mission France de MDM a reçu 90,2 % de patients étrangers en 2009 contre 78,3 % en 2000 (MDM, 2010), tout comme les centres d'accueil, en région, sur lesquels nous reviendrons plus loin. Au-delà de cela, l'accroissement du nombre de personnes, étrangères ou non, reçues dans ces dispositifs pose la question de la pérennité de ces structures dans le contexte actuel : ces structures apparaissent toujours comme des pivots, voire des repères, pour les populations concernées, mais à l'heure de la régionalisation et de l'accès généralisé au système de droit commun, via la CMU, ces structures se trouvent amputées d'une grande partie du budget qui leur était alloué par l'Etat, et voient par conséquent leur légitimité remise en cause sur le terrain.
- 11 Ces réaménagements font en grande partie écho aux politiques d'immigration en se basant, d'une part, sur l'argument économique invoquant des objectifs de limitation des dépenses de santé imputables aux étrangers en situation irrégulière et, d'autre part, sur l'argument de « l'appel d'air » et les supposées conséquences d'un système de santé accessible à tous sans critère de régularité sur l'attractivité du pays pour les migrants les plus pauvres. Cet argument politique, qui touche plus largement à la question de la prise en charge collective de la pauvreté et de l'exclusion, est cependant contrecarré par des rapports récents examinant cette idée « d'appel d'air » et sur la supposée surconsommation médicale des étrangers en situation irrégulière (Romero-Ortuno, 2004 ; Carde 2007). Un rapport de Médecins du Monde (2009), basé sur une enquête effectuée dans onze pays européens, signale que la santé n'est citée que dans 6 % des motivations à la migration et que « *les sans-papiers qui vivent en Europe ne sont pas venus pour « profiter » du système social et médical européen ni pour se faire soigner* » (MDM, 2009) et l'ONG demande explicitement que « *les politiques de santé cessent d'être assujetties aux politiques d'immigration* ».

De l'accès aux soins à l'état de santé des migrants en France

- 12 Les constats sur les décalages entre la façon dont sont édictés les droits des migrants et la façon dont ils sont appliqués sont de mieux en mieux connus. Mais il importe également d'étudier l'ensemble des phénomènes complexes touchant aux pratiques de soins, qu'elles proviennent des patients ou des praticiens.

- 13 En effet, les migrants et les professionnels de la santé et du social ont identifié des décalages importants entre les messages collectifs de la santé publique et la situation particulière des migrants, quelque soit leur statut administratif : ils soulignent que les perceptions de la maladie et de ses causes, par les migrants, ne s'adaptent pas nécessairement aux cadres institutionnels et aux pratiques de soins des pays d'accueil, que le caractère homogène des politiques publiques à destination des migrants ne s'adapte pas toujours aux réalités du terrain, caractérisées par les différences de vécu selon les individus, en fonction de leurs trajectoires migratoires et des contextes post-migratoires dans lesquels ils évoluent.
- 14 Du côté des praticiens, certaines études ont pu repérer l'existence, chez les professionnels de santé, de pratiques différenciées auprès des populations migrantes, que ce soit du côté du diagnostic clinique, de la communication et l'information du patient ou de la présence de représentations sociales dépréciatives relatives à la figure du malade étranger. Ainsi, l'étude d'Anne Guillou à Rennes (Guillou, 2006) révèle que certains médecins généralistes, pour un ensemble de raisons variées (manque de temps, volonté de discrétion, difficultés de communication⁸), ne connaissent pas l'histoire migratoire de leurs patients et ne l'envisagent comme pathogène uniquement lorsqu'il en existe des signes cliniques visibles (torture, viol)⁹. Et, même s'ils repèrent un ensemble de « troubles fonctionnels » chez les migrants, les médecins expriment des difficultés à les analyser et à les traiter. Parallèlement, les médecins ayant répondu à l'enquête étant ceux qui sont les plus concernés dans leur pratique professionnelle par les questions de précarité et d'immigration, certains d'entre eux ont pu évoquer la sur-représentation, dans leur patientèle, de patients migrants bénéficiaires de la CMU. La mention de cette relation entre origine et supposée « facilité d'accès aux soins » s'analyse surtout dans le cadre des représentations sociales liées à la figure du malade étranger. Ces représentations peuvent déformer la relation entre le praticien et le patient : l'analyse de la combinaison entre facilité d'accès aux soins et difficultés socio-économiques peut « activer chez le médecin le réflexe de pensée du migrant-profiteur » (Guillou, 2006).
- 15 Du côté des patients, la consommation des soins médicaux ne révèle pas d'écarts significatifs entre la population générale et la population étrangère, mais plutôt des mécanismes ponctuels de sur-consommation et de sous-consommation. Par exemple, l'exploitation des enquêtes nationales de santé et de protection sociale ne pointe pas de claire sur-consommation ou sous-consommation, mais une consommation en lien avec la structure démographique, la morbidité, les risques professionnels et les lieux de résidence des migrants (Mizrahi et Mizrahi, 2006). En prolongement de ce constat, l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES, basée sur l'exploitation d'un échantillon de l'enquête décennale de santé de l'INSEE, permet d'étendre ces constats à la santé perçue des migrants en France (Dourgnon & al., 2008 ; Jusot & al, 2008). L'enquête souligne les inégalités face à la santé plus souvent repérées chez les personnes d'origine étrangère. Ces inégalités par rapport à la population générale sont expliquées en partie par le phénomène de sélection à la migration¹⁰ (« healthy migrant effect »), compensé à terme par la détérioration de l'état de santé en raison des conditions de vie dans le pays d'accueil. Par ailleurs, les inégalités observées entre groupes de migrants aux origines différentes sont expliquées par les caractéristiques des systèmes de santé des pays de naissance. Sur des bases différentes, une autre enquête quantitative et qualitative cherche à comprendre les mécanismes complexes des liens entre origines et accès à divers domaines de la vie sociale : l'enquête « Trajectoires et Origines » de l'INED (en

cours d'exploitation à ce jour) vise à connaître et comprendre les variations selon l'origine des personnes, en matière d'éducation, d'emploi, de logement et de santé. L'enquête permet surtout d'analyser les processus de discrimination dans l'accès à ces secteurs du point de vue des personnes enquêtées. Les premiers résultats concernant la santé révèlent que les hommes migrants, et encore plus les femmes migrantes, ont une plus forte probabilité de déclarer un mauvais état de santé que la population française née de parents français. Certains groupes de migrants (notamment ceux originaires de Turquie, du Maghreb et du Portugal) ont une probabilité encore plus élevée que les autres groupes de migrants de déclarer un état de santé altéré, et l'état de santé des migrants est d'autant plus détérioré que la durée de résidence est longue, soulignant les effets délétères des conditions de vie (Hamel, Moisy, 2010). Ces résultats sont par ailleurs à interpréter avec beaucoup de précaution car ils portent une part de subjectivité (il s'agit de déclaration de l'état de santé perçu par les personnes enquêtées) et doivent être analysés en tant que révélateurs de processus sociaux et culturels complexes.

Agir pour la santé des migrants : l'échelle locale

- 16 Quelles sont les modalités de mise en place d'un dispositif de soins pour les migrants à l'échelle locale ? Comment les acteurs locaux (professionnels de santé, élus, associations) repèrent et agissent sur les problèmes liés à l'accès aux soins des populations migrantes ? Nous savons que ce sont de plus en plus les configurations locales entre acteurs qui sont décisives pour l'action publique, notamment en santé (Hassenteufel *et al.*, 1998 ; Loncle, 2009). Pour cela, les institutions ont plusieurs façons de se saisir, pour les réduire, des inégalités et des discriminations en lien avec la santé. Les plus classiques sont la constitution de divers organismes d'intervention et la planification territoriale (telle la régionalisation, à l'œuvre depuis 2004). La planification participe à la construction de territoires de santé identifiés comme problématiques, où vivent des populations victimes d'inégalités sociales (pauvreté) ou spatiales (problèmes d'accès aux soins) de santé. Cependant, la question de la santé des migrants, surtout des primo-arrivants, n'est pas toujours identifiée à part, les problèmes spécifiques aux populations migrantes étant « dilués » dans ceux de l'ensemble des populations vulnérables. Il faut, pour que leurs difficultés soient repérées, que les acteurs de la santé, du social et du politique, identifient et isolent cette question, à l'échelle locale, puis qu'ils se dotent d'outils opérationnels (programmes et structures) touchant à la santé et aux pratiques de soins à destination des migrants : des centres de soins gratuits, des réseaux locaux d'acteurs, etc.

Les migrants entre actions politiques locales et enjeux de santé

- 17 L'existence (et la permanence) des inégalités sociales et spatiales dans l'accès aux soins et dans l'état de santé des migrants est une évidence attestée par les professionnels de la santé et du social. Mais ces professionnels travaillent en tension entre réalités vécues sur le terrain (urgences des situations individuelles) et prérogatives fixées par le système légal (mesures restrictives dans l'accès aux soins des migrants). Leurs actions à destination des migrants sont marquées et rythmées par les va-et-vient entre les nécessaires interventions au cas par cas et les cadres de la légalité et des politiques nationales.

- 18 Les actions menées au niveau local entrent aussi dans le cadre de l'action territoriale de l'Etat. Les municipalités et les agglomérations sont en charge de l'application des politiques de santé publique dans des typologies de territoires désignées par l'Etat (ZUS) et des types de contrats dont la délimitation et l'identification sont laissées aux collectivités locales (CUCS). C'est donc au sein de la politique de la ville que sont identifiées les actions prioritaires pour les publics sensibles. Il ne tient donc qu'aux tenants de l'action sociale et de l'action citoyenne de se saisir ou non de la question de la santé des migrants, et de créer, ou non, des dispositifs pour rendre effectif et efficace l'accès aux soins des migrants : prévention, soins, éducation à la santé, formation des personnels de santé, établissement de rapports coopératifs entre décideurs politiques, professionnels de santé et familles de migrants.
- 19 En somme, au niveau local, comme le souligne D. Fassin (1998a), seules les interventions étant passées par la double épreuve de la légalité (niveau national) et de la légitimité (niveau local) peuvent prétendre assurer sur le long terme les actions et interventions à l'échelle locale. Ceci est d'autant plus vrai pour les actions à destination des migrants, et notamment des primo-arrivants. Le jeu des échelles et des légitimités révèle diverses modalités d'adaptation et d'ajustement des politiques locales où interviennent élus locaux, professionnels des services sanitaires ou sociaux, et parfois, représentants de migrants.

Des dispositifs relevant de « la culture de l'initiative locale »

Méthodologie de recherche

- 20 Pour étudier les contextes locaux de la formation des actions et des interventions à destination des primo-arrivants, nous avons réalisé une étude sur les structures de l'accès aux soins qui leur sont destinées dans les villes de Rennes et de Poitiers. Le but de cette étude était de comprendre, auprès des acteurs de l'action locale (élus, professionnels de santé et du social, bénévoles), comment se mettent en place des structures spécialement dédiées à « la santé des migrants » (consultations médicales, orientation dans le système de protection sociale, ouverture de droits, prévention et information santé) et comment ces actions se négocient, se transforment voire se pérennisent¹¹.
- 21 Les sources d'information utilisées ici résident dans l'analyse de la littérature grise des centres d'accueil et de soins des migrants des deux villes : rapports d'activité des centres mentionnés (Relais Georges Charbonnier, 2010 ; Réseau Ville Hôpital 35, 2010) et travaux connexes qui reflètent leurs activités (Borrel-Richard *et al.*, 2009 ; Stephan, 2010). En complément, un ensemble d'entretiens semi-directifs a été réalisé entre janvier et juin 2010, à Rennes et Poitiers, auprès d'élus, de professionnels de la santé et de bénévoles, qui interviennent directement sur les questions de santé touchant les populations migrantes (voir tableau 1). Le « recrutement » de ces personnes s'est fait sur la base du volontariat, en formulant notre demande par écrit ou oral auprès des services ou des associations directement impliqués dans les actions de santé à destination des migrants. Le taux de réponse positive a été élevé ; aucun refus catégorique n'a été enregistré ; les refus ont surtout été liés à des indisponibilités chez les professionnels, ou à des réticences à évoquer des situations que l'on voulait garder confidentielles (notamment de la part de quelques médecins intervenant dans les centres de soins gratuits qui craignaient de tenir des propos soit trop généralisés, soit trop précis et risquant d'entraver la confidentialité

de leur travail). Les personnes interviewées ont, quant à elles, accepté d'évoquer le contexte de leur pratique professionnelle ou bénévole sans hésitation et en font même une démarche de type déontologique. En effet, plusieurs personnes nous ont ainsi déclaré que la verbalisation et l'échange autour des actions entreprises faisaient partie de la démarche d'auto-évaluation et que cet exercice entrait dans la recherche de confrontation au regard critique de l'observateur extérieur dans le but d'améliorer les actions. Nous sommes conscients que ces professionnels et bénévoles sont engagés dans des projets et des processus qui font de plus en plus appel à l'expertise extérieure, et que certains ont pu voir en notre recherche une occasion supplémentaire d'être évalués. De plus, nous avons conscience que dans les milieux où ont été réalisées les enquêtes (un milieu fragile, souffrant de la marginalisation de ses actions par rapport à d'autres plus « nobles », et souffrant de sa faible représentativité tant dans les milieux médicaux que sociaux), le chercheur est celui qui va potentiellement donner une image de la structure à l'extérieur : les discours sont en ce sens parfois bien rodés, les dysfonctionnements et les dissensions internes occultés. Or, en poursuivant ce travail, nous avons tâché de bien prévenir les acteurs et leur expliciter que notre rôle n'était pas inscrit dans une relation d'aide ou d'autorité, et nous avons toujours veillé à prendre de la distance avec les discours recueillis et les analyser à la lumière d'autres éléments de contexte (histoire sociale et politique locale).

- 22 Les entretiens comportaient en premier lieu des questions sur le parcours professionnel de la personne, puis sur le type d'actions qu'elle entreprend dans la ou les structures dans lesquelles elle intervient, et enfin sur les projets qu'elle porte ou soutient au niveau local ou national. Des questions plus ouvertes sur les raisons de la sensibilisation de la personne au public migrant, et sur les modalités de la pratique professionnelle étaient également posées. Enfin, un temps était gardé pour des discussions plus informelles ; les échanges portaient alors souvent sur les modifications majeures du paysage politique national et ses répercussions locales, sur la pratique des professionnels, sur la pérennité ou la légitimité des structures en place, et sur les problèmes de santé (état de santé et accès aux soins) qui se posent pour les primo-arrivants aujourd'hui.

Tableau 1. Constitution de l'échantillon

	Rennes	Poitiers
Élus	0 ¹²	2
Professionnels de la santé	5	3
Professionnels du social	2	2
Bénévoles (représentants d'associations)	2	2
TOTAL	9	9

- 23 Les entretiens ont été mis en parallèle avec une série d'observations effectuées dans les lieux de soins pour migrants, dans les deux villes. Deux médecins du Centre Médical Louis Guillou (CMLG) de Rennes, m'ont, par exemple, autorisée à assister à des consultations médicales à leurs côtés (sur deux journées), me permettant de prendre la mesure de la

complexité d'exercer auprès de patients nouvellement arrivés ; les responsables du CMLG m'ont également accueillie à plusieurs reprises dans leurs locaux pour me permettre d'observer le fonctionnement du centre et de rencontrer (de façon informelle cette fois) les autres acteurs mobilisés pour la santé des migrants (infirmières, professionnels du médico-social, interprètes, juristes). De la même façon, à Poitiers, j'ai pu réaliser des entretiens avec les principaux acteurs sur le lieu même de leur pratique professionnelle, et j'ai pu assister à des entretiens impliquant des professionnels (de la santé, du social) et des primo-arrivants. J'ai également rencontré des professionnels venus d'autres villes ou régions dans le cadre d'échanges organisés lors de conférences organisées par les acteurs locaux sur la question de la santé des migrants¹³.

- 24 Tous ces matériaux ont été compilés dans le présent article et utilisés pour comprendre, *in fine*, dans ces cadres différents, ce qui rend la scène locale singulière par rapport à la scène nationale. L'analyse qui est proposée ici n'a pas vocation à rendre plus « authentiques » ou « vertueuses » les actions qui sont menées ici plutôt qu'ailleurs, mais à souligner les rapports constants entre les niveaux macro, méso et micro dans la constitution et l'évolution des conditions structurelles et subjectives qui entrent dans le cadre de la santé des migrants.
- 25 Nous avons choisi de réaliser cette enquête en dehors de Paris et sa région pour mettre au jour et analyser des situations moins couvertes par les recherches. Ainsi, nous avons choisi deux régions conjuguant les problématiques de la régionalisation de la santé publique, du social et de l'immigration dans des contextes sociaux, économiques et démographiques contrastés. En effet, d'une part, ces régions sont marquées par les oppositions entre zones rurales enclavées et zones urbaines reliées aux autres métropoles régionales de l'ouest, par la présence de secteurs d'activité économique pouvant potentiellement attirer des travailleurs migrants (l'industrie agro-alimentaire, par exemple), et enfin par une démographie dynamique. De plus, les deux métropoles régionales où ont été réalisées ces enquêtes ne sont pas des villes d'immigration majeure. Mais, même si elles sont localisées dans deux régions parmi les moins marquées par l'immigration en France, elles absorbent la majeure partie des immigrés de leur région¹⁴. Si ce ne sont pas les spécificités migratoires de la région ou de la ville qui nous ont intéressées lors de ces recherches, c'est surtout leur profil social et politique qui a retenu toute notre attention. En effet, les villes de Rennes et de Poitiers (comme d'autres villes de l'Ouest de la France) sont reconnues pour leur offre de centres sociaux gratuits à destination des personnes les plus vulnérables, initiatives largement relayées par les élus locaux des deux villes à travers le temps (l'histoire sociale locale étant fortement marquée par des personnalités locales militantes de l'action sociale et sanitaire à destination des populations les plus marginalisées¹⁵). Dépassant les modalités qui engagent ces centres à accueillir les nationaux les plus précaires, ces structures se sont progressivement adaptées (surtout à partir des années 1990 et encore plus à partir de 2000, en raison des réformes des conditions de l'accès aux droits à la santé) à un public d'étrangers et de demandeurs d'asile, fonctionnant en partenariat avec d'autres acteurs de la société civile, favorisant alors la constitution d'une « culture de l'initiative locale », comme l'a souligné, lors d'un entretien, un élu de Poitiers.

La situation poitevine

- 26 À Poitiers, une structure agissant pour la prise en charge médicale de la santé des migrants apparaît comme pivot (le relais Georges Charbonnier -RGC), au sein d'un

ensemble d'autres services existants : services de santé publique, services sociaux, associations et ONG de droit privé. Au sein de ce paysage de la santé et du social, le RGC est réellement identifié comme central pour les publics précaires, et, parmi eux, les migrants. L'adressage par les autres structures y est quasi-systématique. Le RGC qui existe depuis 2000, est conçu comme un lieu de soins et d'écoute pour tous, animé par des personnels sociaux et médicaux et des bénévoles. Gratuit, le centre accueille un public de personnes fragilisées, dont une très large majorité de migrants (73 % - chiffre en progression depuis 2000 (Relais Georges Charbonnier, 2010¹⁶)). Le RGC agit comme un pivot entre toutes les structures d'aide aux personnes vulnérables et d'aide aux migrants. Il agit avec les instances politiques locales (mairie et agglomération de Poitiers), les centres sociaux (CCAS), les centres hospitaliers (universitaire et psychiatrique), certains médecins généralistes, les associations à vocation socio-culturelle (M3Q, Toit du Monde) et les ONG (MDM).

- 27 Jusqu'en 2002, c'est la mission locale de Médecins du Monde (MDM) qui faisait office de permanence d'accueil pour les consultations de soins à destination des migrants. Progressivement, et en concertation avec les autres acteurs locaux, les intervenants de MDM ont pris la décision de se retirer de ce processus, à la fois pour réorienter leur mission et pour fournir une aide mieux coordonnée devant l'arrivée croissante de primo-arrivants en situation de grande précarité. De façon tout à fait originale et inédite, les intervenants de MDM ont pris l'initiative conjointe de former les médecins hospitaliers et généralistes et les intervenants sociaux de l'agglomération poitevine à la pratique professionnelle auprès des populations migrantes, pour progressivement passer le relais au sein d'une structure spécialement conçue pour les personnes les plus vulnérables.
- 28 Cette entreprise a permis un rapprochement entre le CHU, les services sociaux de la ville, et les associations comme MDM ou bien le Toit du Monde¹⁷. La transmission des pratiques et des savoir-faire s'est effectuée entre 2000 et 2002. Le RGC est alors devenu l'antenne hospitalière pour les soins à destination des populations vulnérables et exclues du circuit de ce que l'on appelle le « droit commun »¹⁸.
- 29 À Poitiers, la nécessité d'étendre et de mieux coordonner les actions des intervenants locaux auprès de ces publics est apparue comme une action légitime et commune entre des professionnels et des bénévoles qui se connaissent et agissent ensemble depuis longtemps. Ainsi, la constitution de la structure d'accueil (le RGC), sur fond de mise en commun des compétences et des complémentarités des acteurs locaux, apparaît comme le résultat des dynamiques des initiatives locales.

La situation rennaise

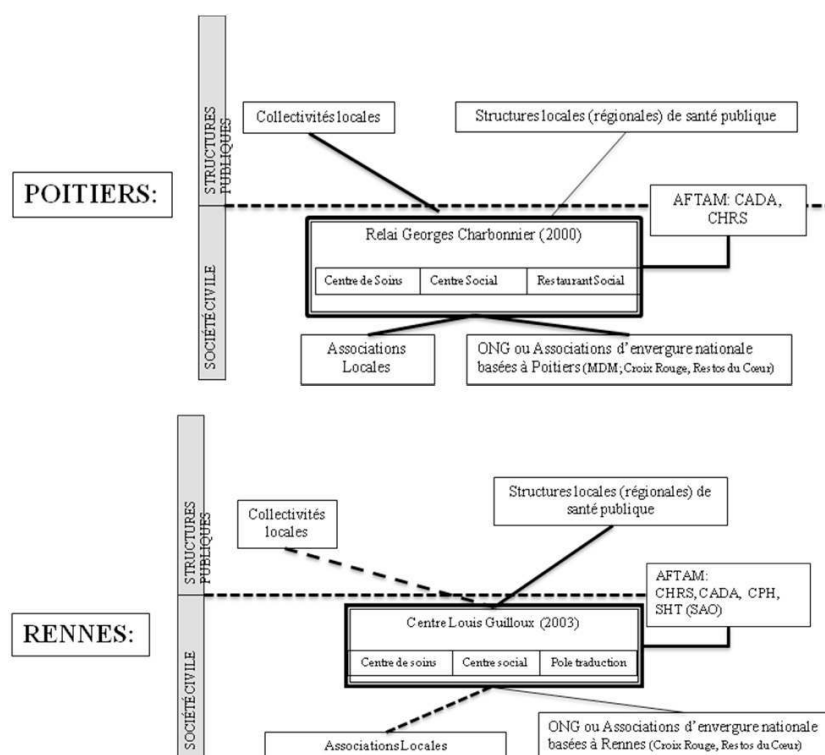
- 30 À Rennes, la santé des primo-arrivants (aides aux démarches pour l'ouverture des droits, consultations médicales, dispensation de médicaments ou délivrance d'ordonnances pour examens complémentaires) est prise en charge dans le cadre d'un dispositif de santé publique, le Réseau Ville Hôpital (RVH), au statut d'association. Le RVH est une organisation souple dont la création a été impulsée par la mise en place, dans le code de santé publique, des réseaux de soins. Cependant, ce sont les personnes qui ont instauré ce réseau de soins qui en définissent et en renouvellent les objectifs. Aussi, l'homogénéité des statuts des RVH cache une forte hétérogénéité des logiques locales ayant contribué à la constitution des réseaux (Fassin, 1994).

- 31 À ses débuts, en 1993, le RVH d'Ille-et-Vilaine (RVH35), comme tous les autres RVH, visait à assurer la coordination des soins des personnes atteintes du VIH-Sida, entre l'hôpital, les praticiens de la médecine de ville et du secteur médico-social. Dix ans après sa création, le RVH35 décide de réorienter ses actions vers la santé des migrants pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il s'est avéré que la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) du CHU de Rennes n'était pas tout à fait opérationnelle (pas de personnel formé en nombre suffisant, problèmes d'orientation des patients), les patients se retrouvant alors exclus des droits à la protection sociale et aux soins, et mal (voire pas) pris en charge. De plus, l'essentiel de l'activité du RVH entre 1993 et 2003 a mis en lumière que la prépondérance des maladies infectieuses graves étaient plus importantes chez les migrants que dans la population locale (VIH-Sida, tuberculose, hépatites)¹⁹. Cette réalité a interpellé les praticiens du RVH qui ont souligné à la fois les problèmes de santé publique sous-jacents et la question des pratiques de soins spécifiques aux migrants. Ainsi, les nouvelles orientations ont-elles été dirigées vers la question de l'adaptation des pratiques médicales aux besoins médicaux et sociaux propres aux migrants.
- 32 Le RVH a instauré en 2003 un centre médical, le Centre Médical Louis Guilloux (CMLG), spécifiquement dirigé vers les actions de santé à destination des migrants, localisé dans un quartier défavorisé (classé ZUS) de Rennes pour être au plus proche des populations concernées par ses actions et se déconnecter du CHU pour que l'activité ne reste pas perçue et cantonnée aux soins uniquement. Son but est de permettre l'intégration progressive des patients dans le système de soins « de droit commun ».
- 33 Une douzaine de médecins généralistes sont associés au réseau et assurent des consultations médicales, un autre médecin se charge de la coordination médicale. Le CMLG offre également une permanence d'accueil pour l'organisation des consultations médicales et psychologiques et du suivi des patients, l'ouverture des droits, l'observance des traitements, l'orientation médicale et sociale des personnes, et la prévention. Le RVH coordonne également un pôle interprétariat, un pôle d'enquête et de suivi des malades atteints de la tuberculose et du VIH-Sida, et a mis en place un projet d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), dont certains peuvent être attribués à des migrants malades suivant un traitement lourd.
- 34 À Rennes, ce sont les dispositifs des actions de santé publique locale qui ont procédé à la mise en place d'une structure d'accueil spécialement dédiée aux migrants. L'idée est originale, puisqu'elle reste à ce jour la seule initiative de ce type en France. Cette structure, même si elle évolue dans le cadre d'un des dispositifs politiques de santé publique, et même si elle est largement orientée sur des questions de santé individuelle et collective, repose néanmoins sur les actions conjointes des personnels de santé et du social (assistants sociaux, animateurs). Elle est peu liée aux pouvoirs publics locaux qui offrent plus un soutien « moral » à ce type d'initiative que financier. Dorénavant, la structure envisage de passer à la coordination des actions et des soins à destination des migrants à l'échelle régionale. Nous le verrons plus loin, réaliser une coordination à l'échelle régionale, c'est aussi faire intervenir de nouveaux acteurs dans le fonctionnement d'un réseau visant spécifiquement le public migrant ; mais c'est aussi s'éloigner des prérogatives d'un service de santé publique à vocation universaliste.

Les contextes locaux des ajustements

- 35 En dehors des lieux de soins à destination des migrants, il existe aussi à Poitiers et à Rennes un ensemble d'associations reconnues d'utilité publique et d'ONG apportant une aide aux personnes vulnérables. Ces associations ou ONG, comme les Restaurants du Cœur et la Croix Rouge, sont en lien permanent avec les structures de soins et d'accueil aux migrants, dans la mesure où elles sont, elles aussi, confrontées à leurs demandes. De plus, le paysage de l'action locale étant assez restreint, les acteurs, qui se connaissent et ont l'habitude de travailler ensemble, sont régulièrement amenés à dialoguer : personnels hospitaliers (notamment ceux de la PASS) et des services sociaux, bénévoles des associations, etc. Aussi, les modes d'adressage des patients sont plutôt fluides, dans la mesure où les acteurs se connaissent tous et communiquent régulièrement et ce d'autant plus que certains d'entre eux interviennent dans diverses structures (à titre bénévole ou professionnel). Cependant, ces aspects microcosmiques ont leurs limites et désavantages : le manque de personnels et d'acteurs impliqués est un problème chronique, et l'adressage entre ces structures cantonne, au final, une partie des patients à l'offre gratuite et d'urgence, les liens avec le « système de droit commun » étant difficiles par ailleurs (notamment en raison de l'enrayement des processus de l'accès aux soins effectifs, décrits dans la première partie de l'article, et rédhitoires dans de nombreuses villes françaises). Ces réseaux étant fragiles et voyant leur pérennité remise en cause, on peut observer, parmi les changements en cours, un renforcement du rôle du RVH (Rennes) et de la PASS (Poitiers) dans la consolidation des réseaux de professionnels qui interviennent. Ces professionnels intervenant souvent dans les structures associatives en parallèle de leurs fonctions dans les structures de santé publique, les réseaux parviennent à maintenir une activité cohérente. Mais le « réservoir » de main d'œuvre souffre du non-renouvellement.
- 36 Ainsi, pour l'ensemble des personnes qui interviennent auprès des migrants et dans le cadre de leur santé, au niveau local, on notera que c'est l'engagement personnel qui est plus fort que l'engagement professionnel, et que le tissu d'acteurs (les mêmes depuis des années) qui interviennent vont au-delà de la santé publique : les médecins ne sont pas majoritaires dans les dispositifs, et seuls sont présents ceux qui sont inscrits dans des réseaux ou démarches militants, comme cela a pu être constaté par ailleurs (Fassin, 2005). La place des dispositifs pour la santé des migrants ne tient donc pas qu'au strict domaine de la santé publique ou du système de soins, et semble bel et bien s'intégrer dans le domaine du médico-social, avec une prépondérance du secteur privé et associatif. Les structures dédiées à la santé des migrants sont synthétisées dans la figure 1.

Figure 1. Les structures de soins pour la santé des migrants



NB : les traits pleins signalent des liens formels établis entre structures ; les traits pointillés des liens informels, voire distants.

- 37 Cependant, même si dans les villes comme Rennes et Poitiers tous ces acteurs de la vie sociale ont toujours eu des rapports privilégiés avec les élus locaux, ceux-ci rencontrent un problème majeur : le rapport qu'ils entretiennent avec l'Etat.
- 38 Le renforcement du contrôle par l'Etat du domaine des migrations, du domaine de la santé et du domaine du social affaiblit les associations (jusqu'à présent principales intervenantes dans la prise en charge des primo-arrivants au niveau local). En effet, l'Etat a décidé de réduire drastiquement les budgets des associations, sur lesquelles il s'était pourtant largement reposé pour assurer certaines démarches (notamment celles entrant dans le cadre de l'aide aux demandeurs d'asile). Depuis 2007 et la création du Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire, l'Etat, en mettant en place des structures nationales et régionales d'accompagnement aux migrants (ANAEM/OFIG), a repris la main sur les démarches liées à l'immigration et l'asile, dont les démarches de santé. Le renforcement du rôle de l'Etat pourrait être en soi un élément positif, mais les modalités d'accès aux soins et aux droits en général, dorénavant coordonnées par des services aux missions nouvelles et aux personnels peu formés et peu sensibilisés aux questions du terrain, imposent des contraintes nouvelles aux individus (la contrainte, entre autres, de devoir aller faire toutes ses démarches à la préfecture de région), induisant des effets négatifs dans les démarches de santé. De plus, cette situation remet largement en cause les actions, voire même la place, de certaines associations, qui sont pourtant des repères pour les populations dans le paysage local de la santé et du social²⁰. Elles se trouvent alors obligées de réorienter leurs objectifs et leurs modalités d'actions, en même temps qu'elles perdent les moyens financiers pour agir²¹. Cette

situation n'est pas propre au domaine de l'aide et du soutien aux immigrés ; elle est également à l'œuvre dans tout le domaine de la santé et du médico-social, où l'on voit se modifier profondément les rapports entre pouvoirs publics et associations, avec notamment l'introduction de contrats d'objectifs (conditionnant l'accès aux subventions et impliquant un fort contrôle par l'Etat des actions entreprises) (Skinner & Fleuret 2011). Ceci n'empêche pas les associations, dont l'action reste légitimée par la connaissance qu'elles ont des terrains et des publics, de résister, de continuer à agir en tant qu'entités civiles, et de peser dans les débats nationaux.

- 39 L'analyse géographique de ces contextes locaux révèle que l'ensemble des opérations locales sont fragiles, car à la merci du désengagement de l'Etat, à la fois tant sur le plan des politiques migratoires que sur le plan des politiques de santé publique et du social. Les questions politiques et éthiques restent au cœur de la pratique quotidienne de praticiens de la santé et des travailleurs sociaux. Ceux-ci ont en permanence à s'accommoder des projets nationaux, en les déstructurant pour se les approprier et en faire des initiatives locales légales et légitimes.

Mise en place des initiatives locales : de l'identification des problèmes de santé des primo-arrivants aux enjeux que revêt la « santé des migrants »

- 40 L'apparition, l'évolution et l'ancrage de ces structures dépendent des modalités de mobilisation des acteurs, de la façon dont ceux-ci identifient les problèmes de santé des migrants, et de la façon dont ils inscrivent leurs actions dans des projets plus collectifs (allant, par exemple, s'inscrire dans les mobilisations nationales). La constitution des liens entre les acteurs mentionnés est liée à l'identification d'un problème relevant du domaine de la santé, particulière à chaque ville, par les acteurs en présence (voir figure 2). Comme cela a été mentionné précédemment, à Rennes, l'identification de problèmes est passée par le RVH, via des réflexions sur la prévalence de certaines maladies infectieuses comportant un risque pour les populations et par conséquent pour la santé publique. À Poitiers, la mise en place de structures d'accueil et d'orientation adaptées au public migrant a émergé à travers les informations relayées par les personnes impliquées sur le terrain (médecins et intervenants sociaux) aux collectivités locales.

Figure 2. Les modalités de mobilisation des acteurs à Rennes et Poitiers

	À RENNES	À POITIERS
DOMAINE D'ACTION	Santé publique locale	Politique de la ville
STRUCTURE/ CADRE	RVH	CUCS
CIBLAGE DES ACTIONS	Par population et par pathologie	Par population entrant dans le cadre des luttes contre les discriminations (entrée santé)

- 41 L'exemple de Poitiers mérite que l'on s'y arrête un peu plus longuement. Progressivement repérée comme prioritaire par la politique de la ville, et en particulier au sein des actions relevant de la lutte contre les inégalités et les discriminations, la question des inégalités de santé est devenue un enjeu important et a fait émerger une réflexion sur la santé des primo-arrivants aussi bien que celle des migrants installés depuis longtemps à Poitiers. La question de la santé des migrants est désormais incluse dans la politique de la ville, via le CUCS notamment.
- 42 Avant le dernier changement de municipalité en 2008, la mairie considérait la santé comme une fonction régaliennne, qui n'entraînait pas dans le cadre de la collectivité. Avec l'établissement d'un nouveau CUCS, des enquêtes de terrain ont été mises au point et des informations nouvelles sont remontées par « les quartiers » : manque de formation des intervenants sociaux par rapport aux problèmes spécifiques des populations des CUCS, identification des problèmes de santé comme problèmes majeurs. L'identification de cette question s'est accompagnée de la mise en place d'un atelier santé ville (ASV) proposant une réflexion non seulement sur le soin, mais sur tout ce qui l'entoure. Les objectifs de l'ASV sont de faire de la prévention, de la promotion et de la protection, à travers une série d'actions bien précises (hygiène corporelle, alimentation). Ses actions sont de taille très modeste ; elles rassemblent les habitants au sein de petits groupes pour échanger et mettre au point des actions envers les autres habitants. Ces groupes ont, à Poitiers, pour particularité de toucher les migrants (à moins de n'être constitués que par eux) et comme objectif de les faire devenir acteurs dans les pratiques des soins quotidiens.
- 43 En somme, la légitimation des actions tournées vers la santé dépend non seulement du partage de référentiels communs entre les acteurs locaux, mais également des formes de reconnaissance institutionnelle, notamment avec les collectivités locales (Hassenteufel *et al.* 1998). Ce dernier point est très important car c'est là que se jouent les possibilités de financement, orientant en retour les modalités d'actions. Ainsi, on constate qu'à Rennes, les financements, qui sont assurés par les organismes de la santé publique (le RVH est subventionné par l'ARS depuis avril 2010 ; et l'était auparavant par l'ARH et l'URCAM) impliquent le rattachement des structures de l'accès aux soins des migrants au domaine de l'administration régionale de la santé. À Poitiers, les financements issus des collectivités locales, notamment ceux de la municipalité et du comité en charge de la lutte contre les discriminations, ancrent ces mêmes structures dans la politique de la ville. Sur ce point, le contexte local poitevin permet d'identifier l'intervention d'autres acteurs, encore peu représentés dans l'ensemble des structures : les migrants et leurs représentants.

Investissement des associations de migrants dans les structures de l'accès aux soins

- 44 Le dialogue qui s'instaure entre acteurs et financeurs est alors conditionné par le rôle que l'on veut donner aux migrants dans les interventions, et conditionne, en retour, la place des migrants dans le fonctionnement des structures d'accès aux soins des primo-arrivants.
- 45 À Rennes, il n'y a pas d'intervention stricto sensu de migrants dans les structures de soins : il n'existe pas, à ce jour, de lien direct avec les associations de migrants, et il n'y a qu'un médecin d'origine étrangère qui intervient dans ces structures (une femme,

d'origine Russe et russophone, ce qui est très important en raison de l'importance de l'arrivée de populations exilées des anciens pays du bloc communiste).

- 46 Ces liens distants, pour ne pas dire inexistant, avec les représentants migrants sont principalement expliqués par les personnes intervenant au RVH par deux points. Le premier niveau d'explication provient du rapport que le RVH entretient avec ses financeurs (ARS) et le facteur « éthique » ou « moral » inclinant les acteurs de la santé publique à privilégier une position universaliste. Introduire des acteurs issus des milieux migrants, et formaliser un lien avec eux dans le fonctionnement du RVH, pourrait être perçu comme du différentialisme voire du communautarisme, position que ne peuvent cautionner les organismes financeurs de santé publique. Le deuxième niveau d'explication provient de l'image donnée par le RVH : le réseau étant étiqueté « sida et migration » et privilégiant une approche « pathologique » (donc potentiellement stigmatisante) des migrants, les intervenants se heurtent à la réticence des associations de migrants à s'engager auprès d'eux.
- 47 Le RVH, et l'activité entière du CMLG, reposent donc sur l'approche médicale des actions envers les migrants. Néanmoins, en raison des réorganisations conséquentes à la mise en place de la loi HPST, et sans oublier les conséquences de la réforme qui touche au droit d'asile (ces deux pans de la politique publique étant désormais régionalisés), le RVH doit repenser ses actions dans le cadre de l'ARS et doit envisager une probable extension de son réseau à la Bretagne. Or, en dehors de Rennes, les structures guidant les migrants et les professionnels de santé qui travaillent à leur contact sont quasiment toutes de droit privé (ce sont souvent des associations) et interagissent avec les services locaux de santé et du social sur les questions de la précarité en général. Régionaliser l'offre de soins à destination des migrants reviendrait alors à harmoniser des actions et des pratiques professionnelles aux côtés de ces représentants associatifs, au sein d'un réseau étendu dans lequel l'engagement serait de résoudre des problématiques locales et régionales, qui doivent à la fois concorder avec les prérogatives nationales et prendre en compte les spécificités des populations migrantes et en particulier des primo-arrivants. Ainsi, en dehors des consultations médicales et du suivi des malades, le RVH commence à développer quelques passerelles avec des migrants et en particulier avec leurs représentants dans le milieu associatif. Par exemple, dans les conférences ou les séminaires publics organisés par le RVH²², les représentants associatifs deviennent des interlocuteurs privilégiés dans les projets de réorganisation à l'échelle régionale. Associations de migrants ressortissantes de certaines régions du monde (Afrique subsaharienne, Maroc), associations visant à organiser un des domaines touchant à des questions de santé qui prennent un sens particulier lorsqu'il s'agit de migrants (grossesse, naissance, vieillissement, par exemple), ou associations d'aide ou de soutien juridique et psychologique aux migrants deviennent progressivement des acteurs associés aux projets de réseaux interprofessionnels de partages de connaissances, d'expériences et de représentations sur la santé, les soins, la maladie. Ces dernières actions sont récentes, et leur mise en place encore hésitante, mais elles permettent de souligner à nouveau les permanentes adaptations de la part des personnels de santé et du social à la pratique auprès de migrants et avec eux. Elles semblent aussi ouvrir des pistes de recherche de financements nouvelles et complémentaires, du côté de partenaires institutionnels plus orientés sur les liens sociaux et culturels avec les groupes de migrants.
- 48 À Poitiers, la situation est complètement différente, dans la mesure où l'angle d'approche de la santé des migrants relève des politiques locales de lutte contre les discriminations et

les inégalités territoriales. La conjoncture poitevine favorise la constitution de groupes identifiés comme interlocuteurs privilégiés.

- 49 Deux associations (créées en 2005 et 2008), qui se placent clairement dans l'intervention auprès des migrants par des migrants, sont concernées. Au sein de ces deux associations, l'entrée « santé » est très forte. Ces associations regroupent majoritairement des migrants d'origine subsaharienne, correspondant à des personnes installées depuis longtemps et bien intégrées dans le tissu social local. Elles ne sont pas représentatives de tous les migrants de Poitiers, et encore moins des nationalités des primo-arrivants qui y sont accueillis aujourd'hui. Cependant, ce sont ces associations qui ont, depuis ces dernières années, ouvert un espace de négociation qui leur permet de prendre un rôle au sein des structures locales.
- 50 Ces associations ont pu mettre en place trois types d'actions et de négociations bien précis. Tout d'abord, elles effectuent un service dit d'entraide sociale entre migrants, en proposant par exemple une « permanence-santé » à destination des primo-arrivants et des migrants installés depuis plus longtemps. Ensuite, les associations cherchent à développer des partenariats avec les collectivités²³. Les intervenants de l'association tentent ainsi de se positionner comme des médiateurs des services sociaux municipaux et exercent un rôle pivot entre les migrants et les institutions. De plus en plus, ces associations de migrants se constituent comme « entités sociales », mettant à profit ce statut pour intervenir dans l'action publique locale. Certes, la représentativité de ces associations est somme toute assez limitée. Mais la place prise par leurs représentants révèle néanmoins des vellétés d'ancrage d'acteurs nouveaux dans l'action locale, une position favorisée par la politique de la ville, en quête d'interlocuteurs auprès des populations qu'elle administre.

Conclusion

- 51 Dans cet article, nous avons vu l'importance des ajustements des politiques locales pour composer une offre de structures adaptées à la prise en charge médicale et sociale des primo-arrivants. Nous avons également vu que, de la question des primo-arrivants, les politiques publiques locales (de la ville, de la santé publique) glissaient aussi vers des préoccupations à destination de tous les autres migrants. La « santé des migrants » revêt donc, au niveau local, en France, un ensemble complexe d'éléments, comportant à la fois la prise en compte des agencements, des choix individuels et des contextes sociaux, politiques et économiques, et les séries d'ajustements et les négociations des modèles de santé locaux, c'est-à-dire les tactiques mises en place par les acteurs locaux pour compléter ou contourner les interventions de l'Etat.
- 52 Cet article a montré qu'il existe un ensemble d'initiatives émanant du tissu d'acteurs locaux. Le registre des pratiques locales qui ont été décrites dans cet article est plutôt hétérogène et se renouvelle continuellement. Ces initiatives sont différentes d'une ville à l'autre, mais cherchent toutes à répondre aux mêmes problèmes, qui se forment à l'échelle nationale : les inégalités dans l'état de santé et dans l'accès aux soins entre migrants et non-migrants, et entre migrants, se maintiennent, voire se renforcent (Dourgnon *et al.* 2008 ; Hamel & Moisy, 2010) et il incombe aux structures d'aide sociale et sanitaire locales de prendre en charge ces problèmes. L'objectif premier est donc de palier aux problèmes induits pour les populations migrantes, à l'échelle locale. L'objectif suivant est de maintenir une action locale effective et efficace dans un contexte national

marqué par la prégnance de plus en plus forte des politiques d'immigration sur les politiques sectorielles (de la santé et du social, notamment) et par le désengagement de l'Etat dans le soutien aux associations qui interviennent dans un domaine nouvellement réinvesti par les pouvoirs publics (domaine médico-social, et domaine du droit d'asile).

- 53 Cet article repose en partie sur une problématique de géographie de la santé : comment s'organisent les acteurs de la santé et des domaines connexes (ici acteurs du social et de l'immigration) pour garantir un accès aux soins efficace et effectif pour les populations migrantes, et quels sont les impacts des politiques internationales et nationales sur l'organisation des soins à destination de ces populations au niveau local ? Au-delà de l'analyse des grands dispositifs nationaux concernant l'accès aux soins des migrants, nous avons vu à travers cette recherche que les parcours de soins étaient, *in fine*, largement dépendants des ajustements et des compositions qui intervenaient à l'échelle locale (tableau 2). Il n'existe pas de parcours de soins homogènes pour les migrants ; tous dépendent des structures en place, de la connaissance que les individus en ont, et de l'utilisation qu'ils en font. Entre structures dites de droit commun et structures spécifique, les lieux de soins pour les migrants varient considérablement en fonction de ce qui est disponible et négocié dans les réseaux locaux constitués des acteurs du médical, du social et du politique.

Tableau 2 : L'accès aux soins des migrants : une problématique spatiale, sociale et politique multiscalaire

Échelles	Impact sur les territoires	Actions
INTERNATIONALE	Accès universel et présence (théorique) de structures indifférenciées sur tout le territoire	Garantir l'accès aux soins comme droit fondamental
NATIONALE	Mise en place de dispositifs nationaux en matière de : - Santé publique - Social - Immigration (NB : les réformes du droit d'asile et de l'immigration agissent sur le droit à la santé et les démarches de santé)	Possible formation d'inégalités sociales ou de discriminations (quand le droit ou les pratiques professionnelles font des différences entre nationaux et non-nationaux)

LOCALE	Composition d'une offre locale en fonction des acteurs engagés : - Définition des objectifs de santé publique locale - Repérage et adressage vers des médecins généralistes volontaires et formés à la pratique auprès de migrants - Intervention des structures de la politique de la ville - Intervention des associations d'aide « humanitaire »	Inégalités spatiales entre différents contextes locaux (pourvus ou non de structures spécifiques); cantonnement des patients à une offre de « proximité ».
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

54 Cet article a donc pour ambition d'ouvrir de nouvelles perspectives pour la discipline : l'idée est d'explorer la question des inégalités spatiales et sociales de santé du point de vue d'une population particulière, ici les migrants. Etudier ce groupe, généralement considéré comme plus vulnérable (pour un ensemble de raisons complexes, liant contextes économiques, sociaux, politiques et culturels de l'accueil), implique de poser un autre regard sur les questions de l'accès aux soins : fonctionnement des structures qui prennent en charge leur santé, impacts sur l'accès aux soins et sur les parcours de soins, et regard sur les fondements des inégalités sociales et spatiales de la santé. Les travaux impulsés par ces réflexions engagent donc à aller examiner la façon dont les structures de soins s'organisent ou se créent pour leur permettre, ou non, un accès différencié aux soins. Au-delà de l'étude de l'offre de soin, il s'agit donc d'observer les modalités de mobilisation des acteurs pour un public spécifique, en fonction de ce qui est repéré comme prioritaire pour l'action locale en santé, et en fonction de ce qui est faisable au sein de contextes politiques et économiques nationaux changeants. En ouverture, cette approche permet d'ouvrir des réflexions sur les ressources dont disposent les migrants pour leur santé en général : ressources structurelles, sociales et spatiales. Ces ressources restent fragiles car elles sont conjoncturelles : elles s'inscrivent dans les programmes d'action des politiques publiques, et peuvent être sujettes à instrumentalisation, à un cantonnement dans un rôle auxiliaire, marginal, alors qu'elles restent malgré tout un des derniers maillons de la garantie d'un accès à un droit fondamental, celui de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

Billion P., Garnier J., Dumont A. 2010, *Immigrations en Poitou-Charentes. Mémoires de l'invisible*, Paris : Autrement, collection « Français d'ailleurs, peuple d'ici ».

Boiguérin B., Haury B., 2008, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Etudes et Résultats*, IRDES, no.645, 8p.

Borrel-Richard Sophie, Floréan Marc, Kempf Antoine, Lapras Jean-Marie, Lengline Nicolas, Movrel Marie-José, Rousselle Olivier, Schmitt Daniel, Verlaque Nadège, 2009, *La place du réseau*

- migrants dans la prise en charge médico-sociale des migrants en Ille-et-Vilaine*. Rapport d'évaluation. Module Interprofessionnel de Santé Publique. Rennes : EHESP.
- Carde E., 2007, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, no.2, 99-110.
- Carde E., 2009a, « Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers », *Mouvements*, en ligne <http://www.mouvements.info/Quinze-ans-de-reforme-de-l-acces-a.html> ."
- Carde E., 2009b, « Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires ? La loi et l'illégitime », *Santé Publique*, no.3, 331-337.
- Cognet M., Gabarro C., Adam-Vezina E., 2009, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes et Migrations*, no.1282, 54-65.
- COMEDE, 2009, *La santé des exilés*, Rapport d'activité et d'observation COMEDE 2008, <http://www.comede.org/IMG/pdf/rapp-comede08.pdf>
- Curtis S., 2004, *Health and inequalities: geographical perspectives*, London, Sage.
- Curtis S., Rees Jones I., 1998, « Is There a Place for Geography in the Analysis of Health Inequality? », *Sociology of Health & Illness*, no.20(5), 645-672.
- D'Halluin E., 2006, « La mobilisation du clinicien dans les procédures d'asile en France : pratiques et dilemmes », *L'Evolution psychiatrique*, no.71(3), 521-534.
- Despres C., 2010, « La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires », no.41(1), 33-43.
- Despres C., Guillaume S., Couralet P.-E., 2009. *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens*. Rapport final. Fonds CMU. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000303/index.shtml>
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J., 2008, « La santé perçue des immigrés en France. Une exploitation de l'enquête décennale santé 2002-2003 », *Questions d'Economie de la Santé-IRDES*, no.133. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes133.pdf>
- Dussud X., Le Roho Y., Levy D., 2004, *Atlas des immigrés en Bretagne*, Rennes : INSEE.
- Etiemble A., Petit-Sénéchal P., Dantec R., 2006, « Bretagne, terre d'immigration », Numéro Spécial, *Hommes et Migrations*. No.1260.
- Fassin D., 1994, « Les réseaux ville hôpital, agitateurs depuis 1985. Une approche localiste de la prise en charge des malades du sida », *Prévenir*, no.27, 2ème semestre.
- Fassin D., 1998a, *Figures Urbaines de la Santé Publique. Enquête sur les expériences locales*, Paris : La Découverte.
- Fassin D., 1998b, « Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? », *Plein Droit*, no. 38, 29-35. <http://www.gisti.org/doc/plein-droit/38/sante.html>
- Fassin D., 1999, « Santé et immigration. Les vérités politiques du corps », *Cahiers de l'URMIS*, no.5, 69-76.
- Fassin D., 2005, « Le travail politique des militants de la santé », *Revue Humanitaire*, Hors Série no. 2 « Quelle santé pour les migrants en Europe ? », *Médecins du Monde*. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/Publications/Publications/La-revue-humanitaire/Hors-Serie-n-2-ete-2005-quelle-sante-pour-les-migrants-en-europe>

- Fleuret S., Thouez J.-P., 2007, *Géographie de la Santé. Un panorama*, Paris : Economica, Anthropos-Géographie.
- Guex P., Singy P., 2000, *Quand la médecine a besoin d'interprètes*, CMS, Médecine et Hygiène.
- Guillou A.-Y., 2005, *Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques des migrants à Rennes*, Rapport d'enquête ODRIS/RVH35/FASILD. http://www.odris.fr/documents/etudes/Pratiques_Therapeutiques_2005.pdf
- Guillou A.-Y., 2007, *Patients immigrés dans la région rennaise. Le regard des médecins généralistes*. Rapport d'enquête ODRIS/RVH35/ACSE. http://www.odris.fr/documents/etudes/RVH_SM2_RapportFINAL.pdf
- Hamel C., Moisy M., 2010, « L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins », in *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats*, Documents de travail no. 168, pp. 77-84. http://www.ined.fr/fr/publications/documents_travail/bdd/publication/1516/
- Hassenteufel P., Le Bihan-Youinou B., Loncle-Moriceau P., Vion A., 1998, « L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et à Brest », in Didier Fassin (dir), *Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur les expériences locales*, Paris : La Découverte.
- INSEE, 2004, *Atlas des populations immigrées de la région Poitou-Charentes*, INSEE-Cahiers 45. <http://www.insee.fr/fr/regions/poitou-charentes/default.asp?page=themes/cahiers/cahier45/cahier45.htm>
- Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C. (2008) « Etat de santé des populations immigrées en France », *Document de Travail - IRDES*, no. 14. <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopuImmigrFrance.pdf>
- Kearns R. A., Gesler W. M., 1998, *Putting Health into place. Landscape, Identity and Well-Being*, Syracuse-New York: Syracuse University Press.
- Loncle P., 2009, « La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : « l'animation territoriale en santé en Bretagne » », *Sciences Sociales et Santé*, no.27(1), 5-31.
- Maille D., Veïsse A., 2000, « Exclue des soins à l'heure de la CMU : comment réintégrer le système de santé ? », *La Revue du Praticien, médecine générale*, no.14(502), 1111-1114.
- Maille D., Toullier A., 2009, « Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants », *Hommes et Migrations*, 1282, 24-33.
- Médecins du Monde, 2007, *Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière*, Médecins du Monde. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/Publications/Publications/Les-rapports/A-l-international/Enquete-europeenne-sur-l-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-irreguliere-Observatoire-Europeen-de-l-Acces-aux-Soins-des-Medecins-du-Monde>
- Médecins du Monde, 2009, *L'accès aux soins : un droit non respecté en Europe, 2^{ème} rapport de l'observatoire européen de l'accès aux soins* <http://www.medecinsdumonde.org/fr/Presse2/Dossiers-de-presse/a-l-International/L-acces-aux-soins-un-droit-fondamental-non-respecte-en-Europe>
- Médecins du Monde, 2010, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. Rapport 2009*, Médecins du Monde, <http://www.medecinsdumonde.org/fr/Presse/Dossiers-de-presse/France/L-acces-aux-soins-des-plus-demunis-en-2010/remise-en-cause-d-un-systeme-social-solidaire>

- Mizrahi A., Mizrahi A., 2006, *Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger*, ARgSES.
http://argses.free.fr/textes/41_Morb_et_CM_etrangers_2006.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé, 2005, *Migrations internationales, santé et droits humains*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé. http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924256253X_fre.pdf
- Relai Georges Charbonnier, 2010, *Rapport d'activité 2009*, Document interne.
- Réseau Ville Hopital 35, 2010, *Rapport d'activité 2009*, Document interne.
- Romero-Ortuno R., 2004, « Access to health care for illegal immigrants in the EU : should we be concerned ? » *European Journal of Health Law*, 11.
- Skinner M.W. & Fleuret S., 2011. Health geography's voluntary turn: A view from western France. *Health & Place*, no.17(1), 33-41.
- Stephan S., 2010. *L'avenir des réseaux de santé. L'exemple du projet de régionalisation du Réseau Ville Hôpital 35*. Mémoire de M2 Professionnel, mention Sociologie (mention insertion, médiation, prévention), sous la direction de F.X. Schweyer. Université Rennes 2 Haute Bretagne. Collège Coopératif de Bretagne.
- The Franco-British Working Group on Health, Well-Being and Migration, 2009, « Health, migration and immigrant population in France and Britain », *International Journal of Migrants' Health and Social Care*, no.5(4), 4-19.

NOTES

1. L'existence d'une « santé des migrants » est à nuancer. En effet, la « santé des migrants » ne peut être réduite à un lien explicatif entre santé et origine (Fassin, 1998b). L'expression se réfère à une construction mêlant (i) les déterminants sociaux de la santé, (ii) les impacts des politiques d'immigration, du social et de la santé publique, à différentes échelles, (iii) les pratiques de soins des migrants et des professionnels de santé travaillant à leur contact et (iv) les contextes de l'action citoyenne à destination des migrants (qu'il s'agisse d'initiatives de la population générale ou de la population migrante).
2. Le choix a été fait ici de ne se baser que sur l'exemple français afin d'offrir un article détaillé sur une situation qui est encore peu informée. La démarche comparative internationale, dont les aspects théoriques ont été traités par ailleurs (The Franco-British Research Group on Health, Well-Being and Migration, 2009), reste malgré tout d'actualité et devrait faire l'objet de plus amples travaux dans les années à venir.
3. Pour les références concernant les textes juridiques internationaux, voir OMS (2005).
4. Tous les acronymes utilisés dans cet article sont développés dans l'annexe 1.
5. L'AME, l'assistance médicale d'Etat, est un dispositif d'aide sociale en matière de protection maladie, qui, depuis 1999, n'est réservée qu'aux étrangers les plus démunis (sous conditions de ressources) et les plus marginalisés (qui ne remplissent pas les conditions de régularité de séjour). Ceux-ci se trouvent donc exclus de l'accès à la couverture assurancielle et versés dans le régime assistanciel.
6. Les lois de 1993, dites « lois Pasqua », ont introduit les conditions de régularité du séjour dans les conditions de l'accès aux prestations sociales.
7. Le vote de la loi de finance de 2003, qui a introduit un critère de résidence ininterrompue pendant 3 mois dans l'obtention du droit à l'AME, a également contribué à restreindre l'accès aux soins des sans-papiers (Carde, 2009a). Depuis, la loi de finance de 2011, promulguée le 30/12/2010, malgré l'avis contraire émis dans un rapport de l'IGAS-IGF, a introduit une nouvelle

mesure de restriction des critères d'obtention de l'AME : celle qui consiste à faire payer un droit d'entrée à l'AME de 30 € par an.

8. Sur les questions de communication et de santé, voir Guex et Singy (2000).

9. Cette situation est liée au fait que l'expertise des médecins est requise depuis la loi de 1998 édictant les critères de « régularisation pour soins » ; cette expertise est effectuée parfois de façon formelle (désignation des experts médicaux dans les procédures de régularisation), parfois de façon informelle (médecins engagés auprès de leurs patients migrants) par des professionnels à qui l'on demande de certifier les séquelles physiques ou psychologiques subies dans le pays d'origine dans le cadre de la procédure d'asile (D'Halluin, 2006).

10. Le "healthy migrant effect" est un effet (positif) de sélection à la migration : il s'explique par le fait que les candidats à la migration sont en général les individus en meilleure santé que la moyenne par rapport à la population du pays d'origine et la population du pays d'accueil. Cet effet positif serait après un certain temps inversé en raison des conditions de vie dans le pays d'accueil.

11. Un autre pan de cette recherche concernant les usagers, leurs connaissances et leurs modalités d'utilisation de ces services est en cours d'exploitation. Cette partie ne sera donc pas abordée dans le présent article, mais fera certainement l'objet d'un traitement spécifique à venir.

12. A Rennes, si aucun élu ne nous a répondu, c'est qu'il n'y a aucun élu en charge des questions liées à l'accès aux soins des migrants à l'échelle du quartier ou de la ville. Cette question, prise en charge dans un dispositif de santé publique, n'est pas relayée au niveau local : elle n'est pas identifiée comme telle par les élus de quartier où se situe le CMLG ou par les agents du service communal d'hygiène et de santé.

13. Voir notamment les compte-rendus de conférences-débats organisées en 2010 à Poitiers et rassemblant une grande partie des acteurs concernés : http://www.mshs.univ-poitiers.fr/migrinter/e-migrinter/201006/e-migrinter2010_06_086.pdf, <http://www.villesaucarre.org/page.php?id=299>

14. Selon l'INSEE, en 2004, 1,6 % de la population de la Bretagne entrait dans la catégorie « immigrés ou étrangers », et 2,4 % pour la région Poitou-Charentes. Pour ces deux régions, l'immigration est plutôt récente (années 1990), et se répartit surtout dans les métropoles régionales (les villes de Rennes et de Poitiers absorbant près des deux tiers des populations immigrées de la région ; la part des populations immigrées y étant respectivement de 2,7 % et de 5,4 %) (Dussud *et al.*, 2004 ; INSEE, 2004). Si les migrations dans ces deux régions ne sont pas forcément aussi marquées que dans d'autres régions françaises (elles n'ont pas eu le même développement urbain et industriel), elles comportent cependant un ensemble de caractéristiques très particulières (si elles accueillent principalement des populations en provenance du Maroc et du Portugal, elles accueillent aussi un nombre important d'immigrés d'origine européenne, en particulier de Grande-Bretagne depuis les années 1990) (Etiemble *et al.*, 2006 ; Billion *et al.*, 2010).

15. Personnalités qui ont d'ailleurs donné leur nom aux centres d'accueil : Louis Guilloux à Rennes et Georges Charbonnier à Poitiers.

16. Pour information, la file active du centre était constituée de 741 patients (toutes origines confondues) en 2009 (contre 514 en 2007 et 672 en 2008), et le nombre de consultations était de 2453 en 2009 (contre 1512 en 2007 et 2094 en 2008).

17. Le Toit du Monde est une association de solidarité visant à favoriser l'intégration des personnes étrangères, tant en les aidant dans leurs démarches administratives que dans leur vie quotidienne à Poitiers.

18. Depuis 2003, MDM ne prodigue donc plus d'actions de soins médicaux, et s'est doté d'autres missions locales : suivi médical des personnes qui se prostituent, écoute dans la rue, suivi des enfants de migrants, travail sur le lien mère-enfant à la PMI, orientation des patients vers les centres de soins appropriés.

19. Le même constat a pu être dressé ailleurs, par MDM par exemple (2010).

20. La disparition du Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire lors du remaniement ministériel d'octobre 2010 n'a pas changé la situation, les agences restant dorénavant sous l'égide du Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration.

21. Les associations se trouvent par conséquent non seulement contraintes de revoir leurs priorités et leurs actions, mais elles se trouvent peu à peu délégitimées, voire rendues coupables d'actes illégaux : leurs interventions, pouvant être apparentées à de l'aide au séjour des migrants en situation irrégulière rend leurs membres passibles de poursuites judiciaires.

22. Ces séminaires ou colloques sont mis en place régulièrement (tous les trimestres) dans le but de sensibiliser et former les professionnels de la santé et du social, mais sont également ouverts à un public plus large, notamment aux représentants associatifs.

23. Par exemple, un membre d'association de migrant participe au « comité plomb » auprès des services départementaux et de la mairie de Poitiers, en intervenant dans le dialogue avec les familles, et en effectuant de la prévention aux côtés des assistantes sociales de la DDASS lors de leurs visites chez les familles migrantes.

RÉSUMÉS

Cet article propose une synthèse des travaux analysant la question de la santé des migrants selon les différents niveaux politiques qui la régissent, pour ensuite contribuer à une analyse des actions menées à destination des migrants et de leur santé dans deux configurations différentes, dans deux villes françaises (Rennes et Poitiers). L'article privilégie une analyse du fonctionnement des dispositifs mis en place pour les primo-arrivants. Dans cet article est soulignée l'importance des ajustements des politiques locales pour composer une offre de structures adaptées à la prise en charge médicale et sociale des primo-arrivants, et pour s'ouvrir à des préoccupations à destination de tous les autres migrants, en incluant des questions sur le rôle que les associations de migrants peuvent jouer dans la mise en place et le fonctionnement de ces structures.

This article aims at synthesizing the literature on migrants' health, considering the different political levels that impact on it, and to analyze the various actions turned towards migrants' health in two different settings, in France (Rennes and Poitiers). The article highlights the functioning of the local structures aiming at taking care of new migrants. In this article, I underline the importance of adjustments made by local policies to propose and compose structures appropriated to healthcare and social care for new migrants as well as migrants living in the city for longer, including questions on migrants associations' role in such context.

INDEX

Keywords : health, immigration, local government, public policies

Mots-clés : immigration, politique locale, politique publique, santé

geographyun 908, 926, 250

AUTEUR

ANNE-CÉCILE HOYEZ

Chargée de Recherche CNRS

UMR 6588 Migrinter/ Université de Poitiers

Maison des Sciences de l'Homme et de la Société

Bat A, 5 rue Théodore Lefebvre, 86000 Poitiers, France.

anne.cecile.hoyez@univ-poitiers.fr