Institut de Recherche en Santé Publique
GIS-IReSP

Questions de santé publique

N°34 – juin 2018 https://doi.org/10.1051/qsp/2018034

Les migrations constituent un des moteurs majeurs des dynamiques de population. Elles sont pourtant encore trop peu étudiées sous l'angle de la santé publique, bien que celle-ci s'intéresse à tout ce qui est en lien avec le bien-être et la santé des populations. En France, cela vient en partie de notre modèle d'intégration républicaine, qui ne distingue pas les individus ou les groupes selon des critères d'origine ethnique ou de religion. Cependant, certaines maladies comme le VIH/sida ont montré qu'il pouvait être nécessaire de prendre en compte l'origine des personnes pour améliorer la prévention et l'accès aux soins. Améliorer l'accueil et la prise en charge des immigrés* dans le système de santé français passe en effet par une meilleure connaissance de leurs besoins spécifiques.

Migrations et santé :

des (nouvelles) questions de santé publique au cœur des enjeux sociétaux

Annabel Desgrées du Loû

IRD, CEPED, équipe SAGESUD ERL Inserm 1244 - Université Paris Descartes/ceped,
45 rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France - annabel.desgrees@ird.fr

Les flux migratoires s'accélèrent aujourd'hui, dans le monde entier, sous l'effet de divers processus : mondialisation, crises politiques, changements environnementaux… Les migrations internationales sont devenues un enjeu majeur du XXIe siècle, avec dans les vingt dernières années une diversification des profils de migrants et de réfugiés ainsi que des trajectoires migratoires, et l'émergence de l'idée d'un droit à la mobilité, celle-ci étant un facteur essentiel du développement humain [1]. Cette intensification des circulations pose toute une série de questions dans le champ de la santé.

Certaines appartiennent au champ de la « santé globale », avec une forte dimension internationale : comment surveiller ou prévoir les épidémies et organiser une réponse rapide ? Comment organiser une couverture maladie universelle qui permette à chacun d'être soigné dans le pays où il demeure ? Comment accueillir les migrants, parfois en situation d'urgence, dans les systèmes de santé ? Comment, dans les politiques de santé publique, dans le développement de nouveaux médicaments et de nouvelles pra-

* Voir glossaire page 6.

tiques thérapeutiques, prendre en compte non seulement les circulations des personnes mais aussi celles des savoirs (nouveaux comme traditionnels), des médicaments de toutes sortes ?

Dans chaque pays, les migrations posent aussi des questions spécifiques au système national de santé : les personnes immigrées ont-elles des besoins de santé spécifiques ? Comment les accueille-t-on dans le système de santé ? Dans ce numéro de *Questions de Santé Publique*, nous proposons un bref éclairage sur la façon dont ces dernières questions se posent en France, et sur les difficultés à y répondre, faute de données précises. Nous montrerons tout d'abord qu'elles n'ont émergé que récemment en tant que questions de santé publique. Nous proposerons ensuite quelques éléments sur la santé des immigrés en France par rapport à celle des natifs, et sur leur accès au système de santé, pour souligner les enjeux actuels et la nécessité de mieux comprendre, en France, l'articulation entre migration et santé.

UNE PROBLÉMATIQUE ÉMERGENTE

Historiquement, il existe peu de travaux en France sur la santé selon l'origine, du fait du modèle d'intégration républicaine, réticent à distinguer les individus ou les groupes selon des critères d'origine ethnique ou de religion, encore moins de « race* ». Ainsi, de nombreux travaux traitent de la question des inégalités sociales de santé sans pour autant intégrer les différences d'origine. Les principaux déterminants pour étudier les inégalités sociales de santé sont le sexe, l'âge, le niveau d'étude, le revenu, les catégories socio-professionnelles et le lieu d'habitation. Les différences qui peuvent exister entre personnes de diverses origines ont longtemps été pensées comme réductibles à ces déterminants sociaux ou géographiques. À partir des années 2000, émerge l'idée qu'il est sans doute nécessaire de prendre en compte les différences d'origine *per se*. Ces réflexions sont en particulier suscitées dans le champ du virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida), épidémie qui touche de façon disproportionnée en France les personnes originaires d'Afrique subsaharienne [2]. Dans un ouvrage de l'ANRS[1] qui s'intitule « Sida, immigration et inégalités » [3], le démographe Patrick Simon plaide pour que le pays de naissance des enquêtés soit mieux pris en compte dans les collectes de données et les analyses. Il montre comment le fait de ne pas considérer les origines « ethniques » des individus découle d'un paradigme socio-économique qui postule que les inégalités ou discriminations dans les différents domaines de l'emploi, du logement et de la santé, sont entièrement explicables par des différences de revenus, d'éducation, etc. Les différences de nationalité ou d'origine sont considérées *a priori* comme non pertinentes pour expliquer ces discriminations. Patrick Simon fait un parallèle avec la prise en compte du genre*, le sexe n'étant que depuis peu accepté comme un possible facteur de discrimination en tant que tel. De la même façon qu'il a été montré que le fait d'être une femme pouvait être défavorable sur le marché de l'emploi, à qualification et capital social égal à celui d'un homme, il plaide pour que se développe une recherche sur les implications du statut

Figure 1. Magazine « Et la santé on dit quoi ? » édité depuis 2008 par Santé Publique France à destination des populations d'origine africaine vivant en France.



[1] ANRS : Agence Nationale de recherche sur le Sida et les hépatites.

* Voir glossaire page 6.

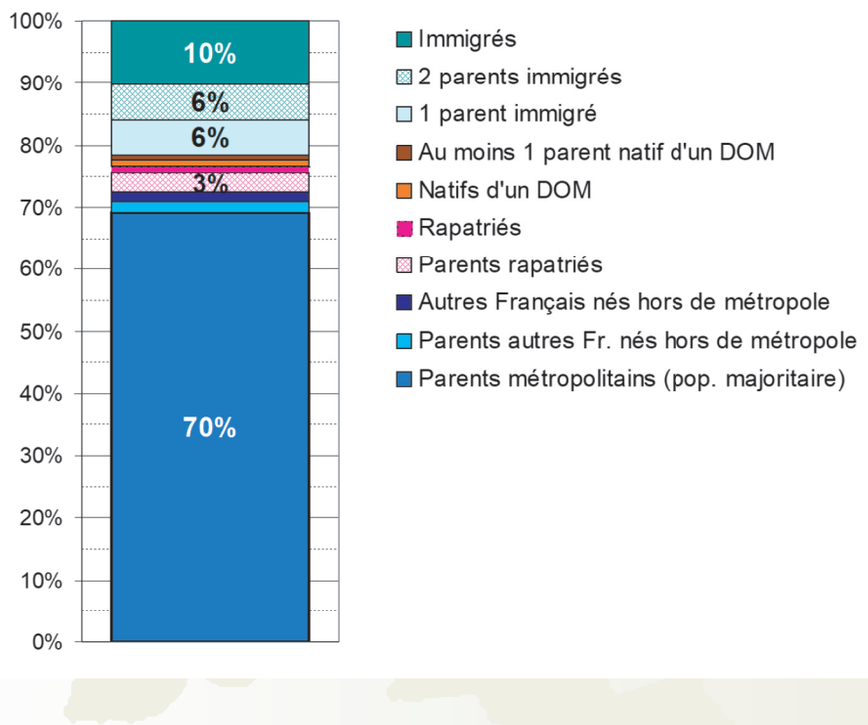
d'immigré sur la santé de cette population. Peu après la parution de cet ouvrage, l'INPES[2] a mené en Île-de-France une enquête intitulée KABP (*Knowledge, attitudes, behaviors and perceptions*) spécifiquement auprès des personnes originaires d'Afrique, pour mieux comprendre les connaissances et pratiques par rapport aux infections sexuellement transmissibles (IST) et au VIH dans cette population [4]. Dans cette dynamique, plusieurs chercheurs, médecins et associations se sont rassemblés pour réaliser une recherche spécifique auprès d'immigrés subsahariens. Au cours de cette enquête nommée *Parcours* (menée en 2012-2013), 2 500 histoires de vie d'immigrés africains en Île-de-France touchés ou non par le VIH et par l'hépatite B ont été recueillies, afin de mieux comprendre les difficultés spécifiques rencontrées par ces populations face à ces maladies [5].

Sur cette même période (2000-2015), l'appareil de santé publique français s'engage dans la voie d'une reconnaissance de la spécificité de certains groupes. L'INPES développe dans le domaine de la prévention du VIH/sida des outils ciblés pour atteindre des groupes d'origines spécifiques, comme par exemple le magazine « Et la santé on dit quoi ? », outil de communication destiné plus particulièrement à la communauté afro-caribéenne *(Figure 1)*.

Cette inscription de la question des origines dans la santé publique participe en fait d'une tendance plus générale. La « question raciale » prend place dans le débat en sciences sociales dans la première décennie du XXIe siècle. Dans l'ouvrage « De la question sociale à la question raciale ? » [6], un collectif d'auteurs décrypte combien les discriminations raciales dans l'emploi, le logement, à l'école, face à la police et à la justice, structurent les inégalités sociales. Ils montrent comment la « question raciale » croise la « question sociale » sans s'y réduire. L'enquête *Trajectoires et Origines* sur la diversité des populations en France, menée par l'INED[3] et l'INSEE[4] en 2008-2009, a été construite dans cette dynamique. Elle permet de comparer les groupes de populations immigrés et leurs descendants, selon le pays d'origine, avec la population native de France dont aucun parent n'est immigré ou originaire d'un département ou région d'outre-mer. Il s'agit de la première enquête qui permet de prendre en compte la diversité des immigrés *(Figure 2)*. Elle met à jour la grande hétérogénéité de situations rencontrées selon le pays et la région d'origine, les conditions d'arrivée et de vie en France. Cependant, derrière cette hétérogénéité, les immigrés vivent en moyenne des situations professionnelles et sociales défavorisées par rapport aux natifs [7].

Ainsi, face à l'épidémie de VIH/sida qui touche particulièrement les populations de certaines origines géographiques, une approche par origine s'est développée dans le cadre de la recherche en santé publique, à un moment où l'idée d'une question raciale socialement construite prenait toute sa place dans le champ des sciences sociales.

Figure 2. **Diversité des immigrés : les origines de la population de la France métropolitaine à partir de l'enquête « Trajectoires et Origines » de 2008-2009, adapté de [7].**



LA SANTÉ DES IMMIGRÉS EN FRANCE

La très grande hétérogénéité que recouvre le terme « immigré » rend périlleuse toute tentative de dégager des traits caractéristiques de la santé des immigrés. Est en effet immigrée toute personne née étrangère à l'étranger, quelle que soit sa situation administrative en France – naturalisée française ou pas, avec ou sans titre de séjour. Nous nous contenterons ici de tirer quelques enseignements de la littérature scientifique disponible.

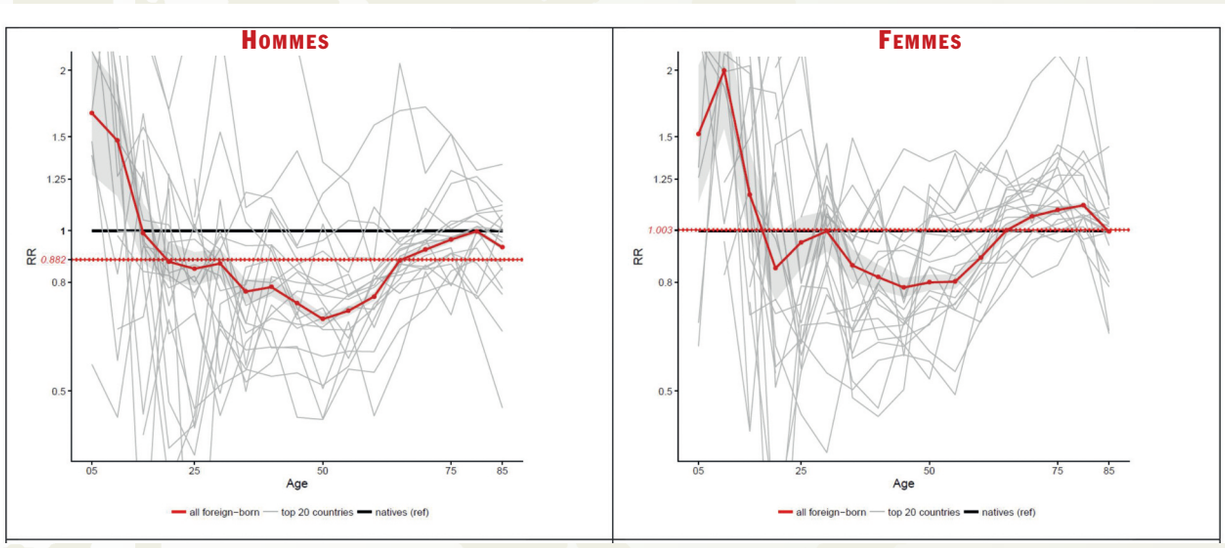
Deux mots, apparemment antinomiques, sont souvent employés pour parler de la santé des immigrés : robustesse et vulnérabilité [8]. Les indicateurs de mortalité en particulier sont plus bas chez les immigrés hommes que chez les natifs *(Figure 3)*, malgré des conditions socio-économiques moins favorables. Cette robustesse s'explique en grande partie par d'importants effets de sélection : 1) le « *healthy migrant effect* » ou effet de sélection par la « bonne

[2] INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, qui a depuis fusionné avec d'autres instituts pour devenir Santé Publique France.

[3] INED : Institut National d'Études Démographiques.

[4] INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

Figure 3. Ratios de mortalité des immigrés par rapport aux natifs par âge, pour chaque sexe. (France, 2005-2009), extrait et adapté de [20].



Les ratios supérieurs à 1 correspondent à une surmortalité des immigrés par rapport aux natifs. Les ratios inférieurs à 1 correspondent à une sous-mortalité chez les immigrés par rapport aux natifs. La courbe rouge représente les ratios par âge pour tous les immigrés. La ligne droite rouge représente le ratio de mortalité de tous les immigrés par rapport aux natifs après ajustement sur l'âge. Les courbes en gris représentent les ratios de mortalité des immigrés par rapport aux natifs par âge pour les 20 premiers pays d'origine des immigrés.

santé » des candidats à l'immigration (migrent ceux qui ont les moyens et la santé pour partir) ; 2) le « biais du saumon », à savoir une tendance de certains immigrés à retourner vers leur pays d'origine à la fin de leur vie. Cependant, face à des conditions de vie souvent difficiles dans le pays d'accueil (difficultés de logement, métiers physiquement éprouvants), leur état de santé a tendance à se détériorer avec la durée de résidence en France, et sans doute aussi avec l'adoption de certains comportements à risque (tabac, alcool par exemple) ou un changement dans l'alimentation habituelle. La robustesse initiale se double donc d'une vulnérabilité liée aux conditions de vie. Chez les enfants qui migrent avec leurs parents, chez qui le biais de sélection à la migration n'existe pas ou est moindre, les taux de mortalité plus élevés que chez les natifs révèlent cette vulnérabilité *(Figure 3)*.

Certaines études montrent des différences entre immigrés et natifs en termes de type de morbidité* et de causes de mortalité [8] : les immigrés meurent plus de maladies infectieuses et moins par cancer que les natifs. Par ailleurs, ils semblent plus exposés aux cancers liés aux infections dans l'enfance (du foie, de l'estomac, du col de l'utérus) et moins aux cancers liés au mode de vie occidental (du sein, de la prostate, colorectal). Les immigrés, en particulier ceux venant de pays à ressources limitées, ont un risque accru de développer un diabète, conséquence possible d'un changement brutal de style de vie à l'arrivée.

Les décès autour de l'accouchement (mortalité maternelle) sont plus nombreux chez les femmes immigrées (12,5 pour 100 000 femmes *versus* 7,9 pour 100 000 femmes chez les natives françaises), ainsi que les fausses couches, naissances prématurées et de petit poids [9].

Les migrants et réfugiés, du fait des conditions de vie extrêmement difficiles lors de leur parcours migratoire, ou dans les camps d'hébergement ou de rétention, ont une santé très dégradée avec un cortège de maladies : maladies infectieuses, troubles digestifs liés à une malnutrition, troubles musculo-squelettiques, troubles psychiques importants, en particulier du fait des violences subies [10, 11].

L'ACCUEIL DES IMMIGRÉS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Le principe d'universalité des soins qui est au cœur du système de santé français en fait un des systèmes les plus protecteurs pour les étrangers et les immigrés. En particulier, la mise en place en 1999 de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'aide Médicale d'État (AME, qui offre une couverture maladie spécifique aux étrangers sans titre de séjour) permet effectivement un accès rapide des immigrés au système de soins : dans l'enquête *Parcours* menée auprès d'immigrés subsahariens, plus de la moitié des personnes ont rapporté un accès à une couverture maladie dès l'année de leur arrivée en France, ce qui était bien plus rapide que l'accès à un logement ou à un titre de séjour. Cet accès est facilité dans le cas d'un diagnostic d'infection par le VIH/sida, d'une hépatite B

* Voir glossaire page 6.

chronique ou pour les femmes lors d'une grossesse. Cependant, l'absence de titre de séjour reste un obstacle à l'obtention de cette protection maladie, du fait des problèmes administratifs ou sociaux qu'elle engendre [12].

Par ailleurs, malgré cet accès généralisé à une couverture maladie de base, on observe globalement un moindre recours aux soins dans la population immigrée, qui révèle en particulier des difficultés d'accès à la médecine de ville, aux soins de prévention et aux soins de spécialistes [13-15], *(Figure 4)*. Les causes sont plurielles, une couverture maladie insuffisante ainsi que des difficultés à comprendre le système de soins et à savoir s'y orienter.

Le type d'accueil et de prise en charge des immigrés dans le système de soins peut aussi être à l'origine de ces difficultés. Une étude récente sur l'accès aux soins prénatals des femmes immigrées montre une mortalité maternelle et une morbidité maternelle sévère plus importantes, en particulier pour les femmes d'Afrique subsaharienne, pour lesquelles le suivi prénatal peut être inadéquat. Ces défauts dans le suivi des grossesses peuvent tenir aux caractéristiques des femmes (arrivée récente, faible niveau d'éducation, mauvaise connaissance du système de soins, absence de couverture maladie) mais aussi à ce que les chercheurs appellent des « soins sous-optimaux », le système de soins produisant ou creusant les inégalités sociales : « *il semble que le système de soins ne soit pas assez souple pour répondre aux besoins divers de la population et produise en lui-même des obstacles qui réduisent l'accès aux soins prénatals ou diminuent leur efficacité* » [16].

QUELS ENJEUX AUJOURD'HUI ?

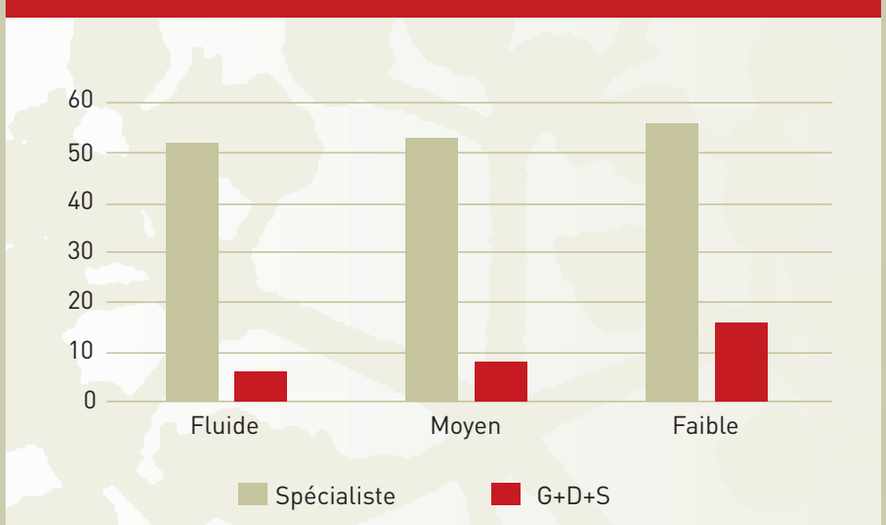
Une meilleure prise en charge des immigrés dans le système de santé français passera d'abord par une meilleure connaissance de leurs besoins spécifiques. Aujourd'hui, hormis pour le VIH/sida et le champ de la périnatalité, peu d'indicateurs de santé précis prenant en compte l'origine des personnes sont disponibles. Les études sur la santé des immigrés sont souvent réalisées à partir d'auto-déclarations sur l'état de santé perçu [17]. Ainsi, prendre en compte systématiquement dans les recueils de données biomédicales le pays de naissance des personnes suivies, ainsi que celui de leurs parents, permettrait de repérer les spécificités dans les pathologies développées et leur histoire naturelle, ainsi que d'identifier d'éventuelles inégalités dans l'accès aux traitements et dans leur suivi.

L'impact des conditions de vie sur la santé, et en particulier celui des difficultés inhérentes à l'arrivée dans un nouveau pays, et des obstacles à l'installation, doivent être mieux compris. Des travaux récents ont montré que ces difficultés étaient pour partie responsables de la transmission sur le territoire français de certaines maladies (VIH/sida, tuberculose) qu'on estimait à tort être des maladies « importées », uniquement contractées dans les pays d'origine [18, 19]. En raison des effets de sélection, l'impact de ces conditions de vie sur la santé des migrants est difficile à évaluer.

Les équipes de recherche françaises en santé publique sont encore peu nombreuses et peu visibles dans le domaine santé et migration, alors que celui-ci se structure actuellement au niveau européen comme un domaine à part entière, avec des conférences dédiées, en particulier *via* l'association EUPHA (*European Public Health Association*), qui organise tous les 2 ans une conférence EUPHA migrants. La première conférence mondiale sur le sujet est organisée en mai 2018 à Edimbourg[5] (*Migration, Ethnicity, Race and Health 1st world congress*).

Parmi les dix instituts convergences (IC) nés du 2e programme d'investissement d'avenir (PIA2), l'IC Migrations est spécifiquement dédié à ces questions. Il est porté par huit institutions (CNRS[6], Ined, Inserm[7], IRD[8], EPHE[9], Université Paris 1, EHESS[10], Collège de France) et a pour objectif de favoriser le croisement des approches et des disciplines, en particulier entre sciences sociales et sciences de la vie, pour mieux comprendre et appréhender les migrations dans leurs différentes dimensions. La dimension Santé, pilier de la qualité de vie des immigrés, constituera un des six départements de cet institut[11] qui devrait contribuer à répondre aux enjeux suggérés ici.

Figure 4. **Non recours aux soins selon l'aisance en français.**



Source et champ : enquête « Parcours et Profils des Migrants » 2007, auprès de « nouveaux migrants » venant d'obtenir un titre de séjour d'un an au minimum, éligibles au contrat d'accueil et d'intégration (CAI), extrait et adapté de [15].

16 % des personnes ayant une faible aisance en français n'ont consulté aucun médecin (Généraliste + Dentiste + Spécialiste) au cours de l'année écoulée et 56 % n'ont pas consulté de spécialistes.

[5] http://www.merhcongress.com/

[6] CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique.

[7] Inserm : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

[8] IRD : Institut de Recherche pour le Développement.

[9] EPHE : École Pratique des Hautes Études.

[10] EHESS : École des Hautes Études en Sciences Sociales.

[11] http://www.icmigrations.fr/

GLOSSAIRE

Immigrés : personne née étrangère à l'étranger, et résidant en France. En France, la qualité d'immigré est permanente : un individu devenu français par acquisition continue d'appartenir à la population immigrée. C'est le pays de naissance et non la nationalité qui définit la qualité d'immigré.

Race : les races humaines biologiques n'existent pas : il n'y a pas de différence biologique fondamentale entre des groupes humains qui détermineraient leur culture et se transmettraient de façon héréditaire. Pour autant, cela n'a pas mis fin au racisme et à l'effectivité de la « race » (même sans fondement biologique) dans le champ social. Le concept de race est donc utilisé en sciences sociales, pour définir un rapport social par lequel des groupes sont assignés à une identité [6].

Genre : le genre est une notion utilisée dans les sciences sociales. Le concept renvoie à la dimension culturelle de l'appartenance sexuelle (par exemple la distribution du pouvoir et à la répartition des rôles entre les femmes et les hommes dans une société donnée), par opposition à la notion de « sexe », qui traduit une réalité biologique universelle.

Morbidité : fréquence des maladies, des blessures et des incapacités dans une population donnée.

RÉFÉRENCES

[1] Wihtol de Wenden C. *La question migratoire au xxie siècle. Migrants, réfugiés et relations internationales.* Paris : Presses de Sciences Po, 2017.

[2] Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, *et al.* Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. *Bull Epidémiol Hebd* 2015 ; 9-10 : 152-61. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11607

[3] Fassin D. Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux. In : *Sida, immigration et inégalités.* Collection Sciences sociales et sida. Paris : ANRS, 2002.

[4] Lydié N. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), et Observatoire régional de santé (Île-de-France). *Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH-sida : connaissances, attitudes, croyances et comportements.* Saint-Denis : INPES, 2007.

[5] Desgrées du Loû A, Lert F (eds). *Parcours : parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France.* Collection Recherches. Paris : Éditions La Découverte, 2017.

[6] Fassin D, Fassin E (eds). *De la question sociale à la question raciale ?* Paris : Éditions La Découverte, 2006.

[7] Beauchemin C, Hamel C, Simon P, Héran F (eds). *Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France.* Collection Grandes enquêtes. Paris : Éditions Ined, 2015.

[8] Khlat M, Guillot M. Health and — mortality patterns among migrants in France. In : Trovato F, ed. *Migration, health and survival : international perspectives.* Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA : Edward Elgar Publishers, 2017 : 193-213.

[9] Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle MH. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *Bull Epidémiol Hebd* 2012 ; sect. 2-3-4.

[10] Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Merlin B, Janssens M, Denoual A, et al. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes acceuillies à Calais et à Grande Synthe, novembre 2015-octobre 2016. *Bull Epidémiol Hebd* 2017 ; sect. 19-20.

[11] Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'otobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. *Bull Epidémiol Hebd* 2017 ; sect. 19-20.

[12] Vignier N, Desgrées du Loû A, PannetierJ, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, Lydié N, Bouchaud O, Dray Spira R, et the PARCOURS Study Group. Access to health insurance coverage among Sub-Saharan African migrants living in France : rResults of the ANRS-PARCOURS Study. In : Gusmano M (ed). *PLoS One* 2018 ; 13 (2) : e0192916. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192916

[13] Berchet C, Jusot F. Health care utilisation in France : an analysis of the main drivers of health care use inequalities related to migration. *Rev Epidemiol Sante Publ* 2013 ; 61 (suppl 2) : S69-79. https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.03.001

[14] Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening ? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. In : Vermund SH (ed). *PLoS One* 2014 ; 9 (1) : e87046. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087046

[15] Coirier E. Le recours aux soins des nouveaux migrants. I*nfos Migrations,* juin 2015, sect. 76.

[16] Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles M, Saucedo M, Deneux-Tharaux C, Azria E. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. *Bull Epidémiol Hebd* 2017 ; 19-20.

[17] Hamel C, Moisy M. Migrations et conditions de vie : leur impact sur la santé. In : *Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France.* Paris : INED, 2016 : 263-90.

[18] Desgrées du Loû A, Pannetier J, Gosselin A, Ravalihasy A, Supervie V, Bajos N, Panjo H, Lert F, Lydié N, Dray-Spira R. *Sub-Saharan African migrants living with HIV in France : how many acquired HIV after migration ?* Estimations from the ANRS PARCOURS study, 2012-2013. Eurosurveillance 2015.

[19] Delphine A, Che D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007. *Bull Epidémiol Hebd* 2009 ; sect. 12-13.

[20] Guillot M, Khlat M, Elo I, Solignac M, Wallace M. *Understanding age variations in the migrant mortality advantage : an international comparative perspective.* Paper presented at the 2016 PAA meetings, Washington, DC, 1 April 2016 and at the 2016 EPC, Mainz, Germany, 3 September 2016

L'Institut Convergences Migrations : rassembler les chercheurs pour mieux répondre

Depuis le 1er septembre 2017, huit institutions de recherche française ont décidé de joindre leurs forces pour mieux aborder les défis de recherche que posent les migrations, l'accueil et l'intégration des migrants en France. Conjointement, ils ont obtenu un financement de 13,6 millions d'euros sur huit ans pour organiser et faire valoir la recherche française dans ce domaine, faciliter les rencontres entre chercheurs menant des travaux sous des angles ou des méthodes différentes, et faire naître de nouveaux projets originaux répondant aux besoins de connaissance nombreux. Le projet est dirigé par François Héran, Professeur au Collège de France et Annabel Desgrées du Loû, directrice de recherche à l'IRD. À partir de 2020, l'équipe du projet sera localisée sur le nouveau Campus des Sciences sociales et humaines en cours de construction à Aubervilliers, le Campus Condorcet.

Le projet IC Migrations est particulièrement attentif au dialogue science-société. Le projet développera des outils permettant aux chercheurs d'apporter leur connaissance rapidement dans les débats médiatiques et d'apporter un éclairage critique au débat public. Un deuxième volet consiste à mettre en place des partenariats diversifiés avec les acteurs locaux (élus, associations, enseignants, personnel médical et social) du Nord-Est parisien et faciliter un enrichissement mutuel.

Entre février et avril 2018, l'IC Migrations a lancé son premier appel à affiliation auprès des chercheurs et commencé à tisser des contacts avec les acteurs variés du Nord-Est parisien. Plus de 340 candidatures ont été reçues, et 280 chercheurs de toute la France ont été affiliés. La réunion de lancement du projet, le 16 mai à Aubervilliers, a permis de prendre la mesure des attentes de tous sur le sujet.

Rassemblés autour de cinq départements thématiques, chercheurs et acteurs aborderont des questions variées que la récente « crise » de migrants réactive ou met à jour, telles que :

- **Quels outils pouvons-nous utiliser pour anticiper au mieux les crises migratoires ?**
- **La crise marque-t-elle le début d'un « nouveau régime migratoire » pour l'Europe ou est-ce du déjà-vu ? Existe-t-il des exemples historiques d'arrivées massives de migrants ou de réfugiés dans nos sociétés ou dans d'autres sociétés ? Que peuvent-ils nous dire sur les modes d'accueil ou de réception des autres ?**
- **Comment expliquons-nous les différentes manières de traiter les demandes d'asile au sein de l'UE ?**
- **Face à l'augmentation de la migration « mixte », les catégories administratives d'admission (travail, famille, refuge, étude) doivent-elles rester étanches ?**
- **L'aide au développement réduit-elle ou augmente-t-elle la tendance à migrer ?**
- **Pourquoi les indicateurs d'intégration pour la « deuxième génération » dans une grande partie de l'Europe sont-ils plus mauvais qu'ils ne l'étaient pour le premier ?**
- **Quel est l'impact respectif des conditions de vie, du biais de sélection, de l'accès aux soins, du comportement et de l'héritage familial sur l'écart de santé qui existe entre les migrants et les autochtones ?**

Le département HEALTH/SANTE, dirigé par Maria Melchior (IPLESP, Inserm) s'articulera autour des thématiques de la santé des femmes, des maladies infectieuses, de la santé mentale des migrants et de l'accès aux soins.

Pour suivre les travaux de l'IC Migrations, rendez-vous sur www.icmigration.fr ou twitter@icmigrations.

Directeur de la publication : Corinne Alberti. **Comité de rédaction :** Sarah Bellouze, Marion Cipriano, Alexandre Cobigo et Jean-Marie Gagliolo. **Questions de santé publique** est une publication de l'Institut de Recherche en Santé Publique. **Éditeur :** EDP Sciences, 109, avenue Aristide Briand, 92541 Montrouge Cedex, France Tél. : 06 09 34 98 84, fax : 01 49 85 03 45. E-mail : francois.flori@edpsciences.org. **Création/maquette/infographie :** Isabelle Benoit. Dépôt légal : à parution – ISSN : 1967-5615

N°34 – juin 2018

Présentation de l'Institut de Recherche en Santé Publique

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007. Il rassemble aujourd'hui 22 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IReSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IReSP est dirigé par Corinne Alberti, professeur de santé publique.

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé
- Politiques publiques et santé
- Interaction entre les déterminants de la santé
- Recherche Interventionnelle

Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail et d'actions coordonnées sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

Les partenaires de l'IReSP

Ministères (Ministère de la Santé [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESCA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (HAS, ANSM, ANSES, EFS, ABM, INCa, Santé Publique France), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).

Site internet : www.iresp.net

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP : www.iresp.net