

Statut migratoire des parents et inégalités de santé dans la petite enfance

Bárbara Castillo Rico,
doctorante en économie,
Banque de France,
Aix-Marseille Université, CNRS, EHESS,
Centrale Marseille, AMSE,
Lidia Panico,
chargée de recherche, Institut national
d'études démographiques (Ined), Paris.

La population immigrée (définie comme la population née à l'étranger avec une nationalité étrangère) représentait environ 9 % de la population française totale en 2014, soit près de six millions de personnes [1]. En France, les immigrés se trouvent souvent dans une situation relativement défavorisée par rapport à la population majoritaire [2]: ils sont plus susceptibles d'être au chômage, de subir des discriminations ou d'être mal logés. Il existe peu de recherches en France sur l'état de santé des nouveau-nés de parents immigrés. Pourtant, les descendants d'immigrés représentent aujourd'hui près de 11 % de la population française [1].

Migration et santé : ce qui est connu pour la France

Traditionnellement, les discours sur migration et santé se réduisent souvent à des problématiques stéréotypées et souvent négatives, comme « l'importation » de maladies infectieuses des pays d'origine. Ces questions jouent certes un rôle pour un petit nombre de migrants, mais la littérature reconnaît que la relation entre migration et santé est plus complexe.

De plus, cette vision contraste avec plusieurs études académiques – menées surtout sur la population adulte –, qui ont identifié un effet « migrant en bonne santé » (*le healthy migrant effect*)

dans de nombreux pays (par exemple les immigrés de première génération semblent être en meilleure santé comparés à la population majoritaire sur différents indicateurs, notamment en matière de mortalité [3]). Cette observation est souvent attribuée à l'existence d'une autosélection à la migration d'individus en bonne santé: les individus ont souvent une tendance à être en bonne santé pour pouvoir migrer. Les meilleurs comportements de santé des immigrés ont également été avancés comme explication. En France, la revue de la littérature de Khlal et Guillot [4] montre que l'espérance de vie des migrants était meilleure que celle de la population majoritaire dans les années 1990, notamment en raison d'un taux de mortalité plus bas dès le début de l'âge adulte et particulièrement chez les hommes; les immigrés affichaient des taux de morbidité et d'invalidité déclarés plus faibles. Des travaux plus récents présentent cependant une situation plus mitigée. Par exemple, la santé générale perçue des immigrés est plus mauvaise que celle de la population majoritaire, bien qu'ils signalent moins de maladies chroniques ou limitantes.

De nombreux facteurs peuvent jouer un rôle pour préserver la santé des immigrés ou avoir un effet défavorable sur celle-ci: les comportements de santé et la manière dont les immigrés conservent ou modifient ces comportements après leur migration, l'intégration dans le pays de destination (par exemple à travers l'accès à l'emploi et aux services de santé), les conditions de vie, le soutien et les réseaux sociaux, l'exclusion sociale ou la discrimination. Plusieurs études montrent que la santé des immigrés tend à se détériorer avec la durée du séjour en France [2;5], suggérant que si

les immigrés arrivent avec un meilleur capital de santé, une fois en France, l'exposition à des conditions de travail plus difficiles, une situation économique plus précaire ou encore les discriminations s'accumulent et dégradent leur santé au fil du temps. Également, plusieurs études concluent que les immigrés sont moins susceptibles d'utiliser les services de soins primaires par rapport à la population majoritaire [5], même en contrôlant l'état de santé.

Les conditions de santé durant la petite enfance

La petite enfance est considérée comme la phase de développement la plus importante de notre vie. On considère que le développement dès la période prénatale et autour de la naissance exerce une forte influence sur la santé et le bien-être de l'enfant jusqu'à l'âge adulte, par exemple en matière d'obésité adulte, de maladies cardiaques ou encore sur la santé mentale et les fonctions cognitives [6]. La littérature portant plus largement sur les inégalités chez les enfants nous indique que les ressources et les comportements des parents sont des « investissements » clés pour le développement des enfants en termes de santé, d'éducation et de développement psychosocial [7].

L'environnement familial est la plus importante source d'expérience pour un enfant, en particulier dans les premières années de vie, non seulement parce qu'il établit avec les membres de la famille les liens les plus étroits, mais aussi parce que la famille constitue un intermédiaire entre l'enfant et le monde extérieur. Ceci met en évidence l'importance de la qualité et de la quantité des ressources sociales du ménage, comme les compétences parentales, l'éducation, ses réseaux sociaux, ou l'état de santé

des membres de la famille ; autant que des ressources économiques, qui comprennent les revenus du ménage, le statut professionnel des parents ou les conditions de logement. La capacité des immigrés à réaliser ces investissements dès la naissance de leur enfant dépend d'un certain nombre de caractéristiques individuelles et aussi des politiques du pays d'accueil, des services publics et des aides mises à leur disposition.

Bien qu'elles soient scientifiquement et politiquement importantes, les trajectoires de santé des jeunes enfants de parents immigrés sont peu explorées dans la recherche. Mais certains éléments permettent de dresser un premier tableau de la santé des enfants de parents immigrés en France. Par exemple, une étude portant sur les taux de mortalité maternelle entre 1998 et 2007 a révélé que les femmes étrangères semblent avoir une mortalité maternelle plus élevée – 12,5 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes – que les femmes nées en France – 7,9 décès pour 100 000 naissances – [8], suggérant des grossesses plus compliquées ou des problèmes de santé préexistants chez les immigrées. Cela s'explique par le fait que les femmes étrangères, en particulier celles des pays d'Afrique subsaharienne, avaient un taux plus élevé de mortinaissances, de naissances prématurées et de nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance [9], bien

que cela ne soit pas nécessairement le cas pour les mères originaires d'autres régions [9].

Ces résultats sont conformes à ce que nous connaissons sur la vulnérabilité des familles migrantes en France. Les mères d'origine migratoire peuvent faire face à des situations stressantes pendant leur grossesse, avec des facteurs chroniques tels que la pauvreté, ou du stress aigu lié à leur migration ; ces facteurs peuvent avoir une incidence sur la croissance intra-utérine et la prématurité [10; 10].

Cependant, un certain nombre d'études suggèrent que les parents immigrés, en particulier les mères, présentent souvent des comportements qui se révèlent positifs pour la santé des enfants au début de leur vie : par exemple, dans une étude de cohorte de 18 000 enfants nés en France en 2011 (Étude longitudinale française depuis l'enfance – Elfe), les mères immigrées affichent une consommation plus faible d'alcool et de tabac pendant la grossesse [11]. Cela est cohérent avec les données portant sur la population générale, qui montrent que les femmes immigrées originaires de l'Afrique du Nord ont un niveau de consommation de tabac globalement plus faible que les ressortissants français et consomment moins d'alcool [9; 12]. Des études internationales ont également montré que les mères immigrées sont plus susceptibles que le reste de la population

d'allaiter leurs enfants. Dans l'étude Elfe, les mères d'origine immigrée étaient plus susceptibles de commencer un allaitement maternel [13].

Conclusion

Comprendre la relation entre le statut migratoire des parents et la santé des nourrissons est important en termes de politiques publiques, la petite enfance étant une phase de vie vulnérable avec des fenêtres d'opportunités vastes pour assurer un bon développement des enfants. Les parents immigrés peuvent fournir un capital de santé positif à leurs nouveau-nés, en particulier grâce à leurs meilleurs comportements de santé pendant la grossesse et la petite enfance. Cependant, ces apports peuvent être compromis si les parents immigrés n'ont pas un chemin facile d'intégration à la vie du pays d'accueil, notamment par un niveau trop faible d'accès aux soins, l'exposition à des événements stressants et à des discriminations, en particulier pendant la grossesse, et les – souvent – mauvaises conditions socio-économiques. Cela met en évidence la nécessité de mettre en place des politiques publiques et de santé pour soutenir les parents immigrés autour de la naissance, une étape cruciale du développement de leurs enfants. ■

Contacts : barbara.castillo-rico@etu.univ-amu.fr ; lidia.panico@ined.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Brutel C. Populations française, étrangère et immigrée en France depuis 2006. *Insee Focus*, n° 38, 2015. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1410693>
- [2] Beauchemin C., Hamel C., Simon P. *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France*, Paris : Ined, coll. Grandes Enquêtes, 2015 : 624 p.
- [3] Wingate M.S., Alexander G.R. The healthy migrant theory: variations in pregnancy outcomes among US-born migrants. *Social Science & Medicine*, vol. 62, n° 2, janvier 2006 : p. 491-498.
- [4] Khlal M., Guillot M. *Health and Mortality Patterns Among Migrants in France*. [Working Paper] University of Pennsylvania, Population Center, Working Paper (PSC/PARC)WP2017-8, 2017. En ligne : http://repository.upenn.edu/psc_publications/8
- [5] Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Questions d'économie de la santé*, n° 146, septembre 2009 : p. 1-6. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes146.pdf>
- [6] Irwin L.G., Siddiqi A., Hertzman C. *Early child development: A powerful equalizer*. Final report to the WHO Commission on social determinants of health, Genève : World Health Organization, 2007 : 38 p. En ligne : http://www.who.int/social_determinants/resources/eccdn_report_07_2007.pdf
- [7] Currie J. Healthy, wealthy, and wise: Socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development. *Journal of Economic Literature*, vol. 47, n° 1, mars 2009 : p. 87-122.

- [8] Saurel-Cubizolles M.-J., Saucedo M., Drewniak N., Blondel B., Bouvier-Colle M.-H. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2, janvier 2012 : p. 30-34. En ligne : http://www.solipam.fr/IMG/pdf/BEH_2012-01-17.pdf
- [9] Panico L., Tô M., Thévenon O. What is the link between mothers level of education and low birthweight?. *Population & Societies*, n° 523, juin 2015. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/23849/population.societies.2015.523.mother.education.birthweight.en.pdf
- [10] Lefmann T., Combs-Orme T. Prenatal stress, poverty, and child outcomes. *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 31, n° 6, décembre 2014 : p. 577-590.
- [11] Melchior M., Chollet A., Glangeaud-Freudenthal N., Saurel-Cubizolles M.-J., Dufourg M.-N., van der Waerden J. *et al.* Tobacco and alcohol use in pregnancy in France: the role of migrant status: the nationally representative ELFE study. *Addictive behaviors*, n° 51, 2015 : p. 65-71. En ligne : https://www.researchgate.net/profile/Maria_Melchior/publication/281352490_Tobacco_and_alcohol_use_in_pregnancy_the_role_of_migrant_status_1_Tobacco_and_alcohol_use_in_pregnancy_in_France_the_role_of_migrant_status/links/560e442f08ae967420111cf8/Tobacco-and-alcohol-use-in-pregnancy-the-role-of-migrant-status-1-Tobacco-and-alcohol-use-in-pregnancy-in-France-the-role-of-migrant-status.pdf
- [12] Wanner P., Khlal M., Bouchardy C. Life style and health behavior of Southern European and North African immigrants in France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 43, n° 6, décembre 1995 : p. 548-559.
- [13] Wagner S., Kersuzan C., Gojard S., Tichit C., Nicklaus S., Geay B. *et al.* Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 29, septembre 2015 : p. 522-532. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/29/2015_29_1.html