

17 janvier 2012 / n° 2-3-4

Numéro thématique - Santé et recours aux soins des migrants en France

Special issue - Health and health care use among migrants in France

p. 13 **Éditorial / Editorial**

p. 14 **Sommaire détaillé / Table of contents**

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Florence Lot, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, et Elodie Aina, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France, et pour le comité de rédaction : Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé, Paris, France ; Bruno Morel, Agence régionale de santé Rhône-Alpes, Lyon, France et Valérie Schwoebel, Cellule de l'InVS en région Midi-Pyrénées, Toulouse, France

Éditorial / Editorial

Myriam Khat

Directrice de recherches, Institut national d'études démographiques, Paris, France

En France, l'Insee dénombrait à la fin des années 2000 un effectif de 5,3 millions d'immigrés¹ (8,4% de la population), dont 38% originaires d'Europe et 43% d'Afrique [1], mais il n'existe pas de vision d'ensemble de la santé de ces populations. Si les entraves au développement de ce champ sont en partie idéologiques, il y a lieu de souligner la difficulté de l'exercice, du fait de la diversité des populations et des nombreux biais (biais de déclaration dans les enquêtes, sous-estimation de la mortalité en raison du retour de migrants gravement malades dans leur pays d'origine).

L'étude de la santé des migrants est pourtant intéressante à plus d'un titre : en épidémiologie descriptive, elle relève d'une démarche d'investigation utilisée autrefois pour apprécier la part de l'environnement dans la genèse des maladies chroniques ; en santé publique, elle relève traditionnellement de l'intérêt pour les populations vulnérables. Les études rassemblées dans ce numéro du BEH se situent dans cette seconde perspective. La majorité d'entre elles exploite de grands corpus de données, avec une représentativité nationale ou régionale (Enquêtes nationales périnatales, Enquête décennale de santé, Cohorte SIRS, Enquête Trajectoires et origines, systèmes de surveillance des maladies infectieuses). En complément, les autres études se basent sur des données de centres de soins d'ONG (Comede, Médecins du Monde).

Une revue de la littérature existante en France (C. Berchet et coll.) révèle des résultats contradictoires : de meilleur que celui des non-immigrés dans les années 1980 et 1990, l'état de santé des immigrants semble devenir moins bon dans les années 2000. Une évolution similaire a été décrite dans d'autres grands pays d'immigration. Dans la littérature internationale, l'effet « immigrant en bonne santé » (*healthy migrant effect*), très net pour les migrations de travail, a été observé pour le taux de mortalité, la santé perçue et la prévalence de certaines maladies chroniques. Cette différence en faveur des migrants a longtemps été interprétée comme le reflet : (a) des facteurs sélectifs, tenant à la fois au filtre des procédures d'immigration et à un processus d'auto-sélection ; (b) de certaines habitudes de vie, notamment alimentaires, plus favorables. Les femmes migrantes arrivées dans le cadre du regroupement familial ne semblaient pas bénéficier de cet effet, qui a été documenté aux États-Unis (où il existe toute une littérature épidémiologique sur le *Latino mortality paradox* [2]), au Canada, en Australie et dans certains pays d'Europe [3]. Mais cet avantage s'estompe au fur et à mesure que la durée de résidence dans le pays d'accueil s'allonge, jusqu'à se retourner en désavantage par rapport à la population du pays d'accueil [4]. Ce « paradoxe de l'assimilation » est attribué en grande partie à l'adoption progressive par les migrants d'habitudes de vie moins favorables à la santé, engendrant une exposition croissante aux facteurs de risque des maladies de civilisation (alcool, tabac, obésité). Pour la France, l'explication réside sans doute aussi dans une évolution des profils de migrants (voir l'encadré de C. Wihtol de Wenden). À ces effets de composition s'ajoutent un effet d'usure lié à la pénibilité des emplois et une fragilité particulière par rapport à la crise et à la montée de la précarité, alors que les appuis familiaux et sociaux sont affaiblis suite au déracinement.

Les auteurs se penchent sur les différentes facettes de la vulnérabilité des populations migrantes en France dans les années récentes. Il en ressort une série de faits marquants : un moins bon état de santé que la population majoritaire, qui ne s'explique que partiellement par des facteurs sociaux et psychosociaux, et la grande diversité des profils de santé selon le pays d'origine (C. Hamel et coll.) ; la situation particulièrement exposée des femmes migrantes, avec les risques périnataux (femmes originaires d'Afrique subsaharienne, cf. M-J Saurel-Cubizolles et coll.), les risques de diabète (femmes originaires d'un pays du Maghreb, cf. S. Fosse et coll.), et l'insuffisance du dépistage du cancer du col de l'utérus (pour les étrangères et pour les françaises nées au moins d'un parent étranger, cf. F. Grillo et coll.) ; l'importance des pathologies mentales, et notamment des psychotraumatismes parmi les patients des centres de soins (A. Veisse et coll.). Par ailleurs, en 2009, la moitié des découvertes de séropositivité à VIH et des cas de tuberculose maladie et les trois quarts des patients pris en charge pour une hépatite B chronique concernaient des migrants,

¹ Sont immigrées les personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France, y compris celles qui ont acquis la nationalité française depuis leur arrivée.

avec des retards importants de dépistage ou de prise en charge après diagnostic pour certains groupes de migrants (F. Lot et coll.). Enfin, il apparaît qu'en Guyane les migrations pour soins ne représentent qu'une minorité des mouvements migratoires dans ce département (A. Jolivet et coll.).

La situation est aggravée par les difficultés d'accès aux soins, évoquées au fil des articles. Au premier plan figurent les barrières administratives et juridiques : complexité du droit en matière d'immigration et succession des réformes et des nouveaux textes de lois ; complexité des situations par rapport au droit de l'assurance maladie (N. Drouot et coll.). À ceci s'ajoutent des difficultés de communication relevant à la fois des registres linguistique et culturel (C. Berchet et coll.), sans compter les problèmes de discrimination à l'égard des migrants. S'il est impératif de simplifier l'accès aux soins pour ces populations, il existe également une marge d'action importante en matière de prévention.

La question de la santé des migrants relève pleinement de la problématique des inégalités sociales de santé, sans y être réductible. Ce courant de recherches doit se développer pour une meilleure connaissance des spécificités des populations migrantes dans leur diversité, en élaborant des approches générationnelles pour éclairer la situation des descendants d'immigrés, nés en France. Les avancées dans ce domaine pourront alimenter très utilement la réflexion sur les politiques publiques et les programmes en direction des migrants, à une époque où les enjeux de santé publique associés aux phénomènes migratoires font l'objet d'un intérêt croissant dans le monde.

Références

- [1] Breuil-Genier P, Borrel C, Lhommeau B. Les immigrés, les descendants d'immigrés et leurs enfants. In : France, portrait social. Paris : Insee : 2011 ; pp. 33-9. Disponible à : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=FPORSOC11d_VE22Immig
- [2] Abraído-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health*. 1999;89(10):1543-8.
- [3] Khlal M, Darmon N. Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe? *Int J Epidemiol*. 2003;32(6):1115-8.
- [4] La santé des migrants. Santé Canada. Bulletin de recherche sur les politiques de santé. 2010;(17):1-52.

Sommaire détaillé / *Table of contents*

SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS DES MIGRANTS EN FRANCE *HEALTH AND HEALTH CARE USE AMONG MIGRANTS IN FRANCE*

p. 13	Éditorial / Editorial
p. 15	Encadré. Tendances récentes des migrations en France <i>Box. Recent trends of migrations in France</i>
p. 17	État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature <i>Health status and health care use of immigrants in France: a literature review</i>
p. 21	Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008 <i>Migrations, living conditions, and health in France based on the "Trajectoires et origines" survey, 2008</i>
p. 25	Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B <i>Three frequent infectious diseases in migrants in France: HIV infection, tuberculosis and hepatitis B</i>
p. 30	Santé périnatale des femmes étrangères en France <i>Perinatal health of foreign-born women in France</i>
p. 35	Encadré. Prévalence du diabète, état de santé et recours aux soins des personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb et résidant en France métropolitaine <i>Box. Prevalence of diabetes, health status and use of health care in diabetic patients from Maghreb countries who live in France</i>
p. 36	Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner <i>Mental health amongst migrants/foreigners: improving description for better care</i>
p. 41	L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000 <i>Access to health care for migrants living in precarious situations, based on data from the Médecins du Monde Observatory: observations in 2010 and main trends since 2000</i>
p. 45	L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010 <i>Absence of cervical cancer screening for women in Paris metropolitan area according to their migration characteristics in 2010</i>
p. 48	Migration, santé et soins en Guyane (France), 2009 <i>Migration, health and care in French Guiana, 2009</i>

Encadré. Tendances récentes des migrations en France

Box. Recent trends of migrations in France

Catherine Wihtol de Wenden (dewenden@ceri-sciences-po.org)

UMR 7050, Centre d'études et de recherches internationales (CNRS/Sciences Po), Paris, France

La définition, le comptage et la catégorisation des migrants en France sont l'objet de nombreux débats où l'on distingue les migrants (personnes nées à l'étranger et vivant sur le sol français, y compris des nationaux), les étrangers (non nationaux) et les Français. Mais d'autres classifications juridiques opposent les migrations de travail aux migrations de familles et de réfugiés, que l'on ne peut pas interdire en vertu de principes constitutionnels, les migrations volontaires et les migrations forcées (personnes déplacées contre leur gré), les migrations selon l'âge, le sexe, la qualification (mobilité des cerveaux). On assiste aujourd'hui à un brouillage des catégorisations de la migration, car beaucoup de migrants appartiennent à la fois à l'une ou l'autre de ces catégories (migrant de travail et d'asile, par exemple, ou migrant de travail venu dans le cadre du regroupement familial) ou entrent successivement dans celles-ci au cours de leur vie, ce qui n'était pas le cas dans le passé où les catégorisations étaient beaucoup plus étanches.

Le comptage distingue également les flux, c'est-à-dire les entrants annuels, et les stocks, c'est-à-dire le nombre de personnes étrangères sur le territoire d'un État à un moment donné.

La France est le plus ancien pays d'immigration en Europe, mais cette ancienneté ne l'a pas empêchée d'avoir une politique de l'immigration souvent hésitante, bien que partie prenante de la mondialisation des migrations et, pour la gestion des flux, enserrée dans l'ensemble du dispositif européen sur l'immigration et l'asile. Avec des flux d'entrées assez stables, la politique d'immigration et du vivre ensemble est traversée par des doutes et des crises : faut-il renforcer la fermeture des frontières ou au contraire les entrouvrir ? Comment concilier les objectifs sécuritaires avec les pénuries de main-d'œuvre et la recherche d'élites à l'échelon mondial dans une Europe à la population vieillissante ? Comment convertir les opinions publiques à l'idée que l'Europe est devenue un continent d'immigration et mener les politiques d'intégration qui en découlent ? Autant de questions posées à l'heure où l'on s'interroge sur une gouvernance mondiale des migrations internationales.

Historique

La France a été, depuis le milieu du XIX^e siècle, le premier et le plus grand pays d'immigration européen jusqu'aux années 1960. Avec aujourd'hui environ 3,7 millions d'étrangers (non nationaux) et plus de 5 millions d'immigrés (nés à l'étranger et ayant effectué le passage d'un pays de naissance à un autre pays

quelle que soit la nationalité conservée ou acquise), elle est dépassée par l'Allemagne, premier pays d'immigration en Europe, et par l'Espagne, mais reste en première place pour le nombre des personnes de culture musulmane vivant sur son sol (évalué entre 4 et 5 millions).

La politique française d'immigration, caractérisée par une tradition d'accueil, d'assimilation, puis d'intégration des étrangers, est aussi très fluctuante, oscillant depuis plus d'un demi-siècle entre ouverture et fermeture des frontières. Depuis 1974, la suspension de l'entrée de travailleurs salariés a eu pour effet de renforcer le regroupement familial déjà amorcé auparavant, et qui constitue aujourd'hui l'essentiel des entrées. On observe aussi un afflux de demandeurs d'asile depuis les années 1990, dû aux grandes crises et conflits mondiaux, suivi d'une décrue avec quelque 40 000 demandes d'asile par an depuis 2006.

Mais la politique française d'immigration s'insère aussi dans un dispositif européen qui gère les flux migratoires : c'est l'« acquis communautaire », constitué pour l'essentiel par les accords de Schengen de 1985 sur la suppression des frontières internes et le renforcement des frontières externes de l'Europe, par les accords de Dublin I et de Dublin II sur l'asile, par le traité d'Amsterdam de 1997 sur la communautarisation du processus de décision et le traité de Lisbonne de 2007. Les stocks, quant à eux, c'est-à-dire les populations installées, demeurent régis par les politiques d'intégration nationales à l'échelon national ou local. Ce système de double niveau de décision, appelé « subsidiarité », qui caractérise tous les États européens, fait parfois apparaître un décalage entre les objectifs communautaires et les préoccupations des États, qui se considèrent liés par l'exercice de leur souveraineté sur les frontières et les étrangers, leurs opinions publiques nationales, leur histoire ou leur géographie et les relations de proximité ou de face-à-face qui s'y construisent.

Après une période de vide législatif sur la question des étrangers (entre 1945 et 1980, aucune loi n'a été adoptée en France sur l'entrée et le séjour des étrangers), une frénésie législative s'est emparée de l'immigration depuis 1980, au gré des alternances politiques : une vingtaine de lois sur l'immigration et la nationalité ont été votées. Ceci s'accompagne d'un renforcement des reconductions à la frontière, fixées à 30 000 par an, de restrictions pour les travailleurs européens de l'Est qui ne bénéficient pas encore tous de la liberté de travail et d'installation, assorties de quotas d'emplois très qualifiés

destinés à accueillir les élites dans une perspective de compétition mondiale d'attraction des talents. La loi du 24 juillet 2006 a mis fin à l'objectif d'immigration « zéro » annoncé en 1993, en durcissant les conditions du regroupement familial et de l'asile (l'immigration « subie ») tout en se réclamant de l'« immigration choisie », une politique sélective à l'égard des qualifiés et des très qualifiés qui circulent, et des peu qualifiés dans les secteurs de main-d'œuvre saisonnière. Le droit de la nationalité a également été modifié par deux fois, en 1993 et 1998, pour revenir finalement à un équilibre entre droit du sol et droit du sang qui caractérise la France. Dans le même temps, les effets pervers de la fermeture de l'immigration et de la crise du droit d'asile ont eu pour effet la multiplication des sans-papiers : des personnes souvent ni régularisables (seules deux grandes régularisations, avec 150 000 candidats chacune ont eu lieu, en 1981 et en 1997) ni expulsables, les « ni... ni », maintenues sur le territoire français car elles y ont fondé une famille ou viennent d'un pays où on ne peut pas les reconduire, et qui travaillent de façon non déclarée. Malgré la multiplication des obligations de quitter le territoire français (OQTF), leur application demeure délicate, coûteuse financièrement, diplomatiquement avec les pays d'origine et politiquement pour les droits de l'Homme. À la différence de pays européens voisins, les demandeurs d'asile n'ont pas le droit de travailler depuis 1991. Beaucoup des reconduits reviennent ensuite. Certains sans-papiers ont d'ailleurs été régularisés malgré l'annonce de la fin des régularisations dans la loi de 2006. Un dernier train de régularisations a été mis en œuvre en 2008 pour ceux qui travaillaient déjà durablement chez un employeur, souvent sous la pression des mobilisations associatives et syndicales, les régularisations les plus récentes s'effectuant au gré des préfectures (« au fil de l'eau »).

La conjonction d'une politique d'immigration mettant l'accent sur la dissuasion, de l'europlanisation dans laquelle s'inscrivent les politiques migratoires de contrôle des frontières et de l'entrée en mobilité de la population mondiale, induit de nouveaux profils de migrants, souvent en décalage par rapport aux politiques d'entrées, d'accueil et de séjour censées accompagner leur mobilité.

Évolution des profils de migrants

De nouvelles figures de migrants se profilent, fruit de la mondialisation des flux migratoires : étudiants, femmes et enfants isolés, pendulaires inscrits dans la mobilité, commerçants, experts, fort éloignés du travailleur d'usine étranger des années de croissance.

Mais le couple migratoire formé entre le Maghreb et la France se vérifie toujours, malgré la diversification des migrations : selon les données les plus récentes fournies par l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) (tableau), on comptait en 2007, 475 000 Algériens, 452 000 Marocains et 144 000 Tunisiens, les Portugais demeurant les plus nombreux (491 000). La migration subsaharienne est en augmentation, mais les chiffres ne comptabilisent pas l'immigration clandestine. Enfin, il ne faut pas oublier quelques 500 000 Harkis et leurs familles et les jeunes issus de l'immigration, souvent double nationaux et comptés comme Français.

Pendant plus de quinze ans, le chiffre des étrangers est resté stable car ceux qui acquerraient la nationalité française égalaient en nombre ceux qui entraient légalement chaque année sur le territoire : ce chiffre, longtemps situé autour de 100 000 entrées et de 100 000 nouveaux Français par an, a aujourd'hui doublé, avec une prédominance d'Algériens et de Marocains parmi les entrants légaux mais une progression des flux chinois, devant les Portugais. Les migrations sanitaires ou de tourisme prolongé des retraités ne constituent qu'une partie négligeable des flux même si elles ont une certaine visibilité dans les secteurs concernés, comme l'hôpital, car les migrants sont une population essentiellement jeune et active. On assiste aujourd'hui à un glissement des catégories d'étrangers car la même

personne peut être, au cours de sa vie sans papier, étudiant, travailleur salarié, demandeur d'asile, ce qui rend parfois complexe l'adéquation entre les profils de migrants et les législations existantes.

Quant aux populations installées, c'est le « vivre ensemble » qui est l'objectif annoncé, un terme lancé en 1983 pour couper court aux débats sur l'assimilation, l'insertion et l'intégration. Les instruments les plus marquants de l'intégration « à la française » sont le droit de la nationalité, qui fait une place à la naturalisation et au droit du sol bien avant ses voisins européens, c'est-à-dire depuis la fin du XIX^e siècle, et la politique de la ville. Cette dernière consiste en une approche territorialisée des inégalités sociales (et non pas ethniques) pour lutter contre l'exclusion et promouvoir des politiques d'égalité des chances fondées sur des actions positives.

Conclusion

La politique française d'immigration a longtemps été marquée par une approche consistant à faire le tri entre les immigrés qui avaient vocation à rester et ceux qui demeureraient une main-d'œuvre temporaire vouée au retour. La prise de conscience des changements survenus depuis 1974 s'est faite tardivement et souvent sous le contrôle d'une opinion publique insécurisée et travaillée sur ce thème par l'extrême-droite. La dimension européenne est venue apporter un nouveau

cadre de référence contraignant sur des thèmes emblématiques comme le contrôle des frontières, la définition d'un réfugié ou les contours de l'intégration. Elle présente des mesures d'harmonisation des politiques à l'échelon européen, dans un sens sécuritaire infléchi par les hésitations de l'Europe à être ou non un continent d'immigration. La perspective sécuritaire vient concurrencer les impératifs démographiques, les besoins de main-d'œuvre et les tentatives de construire un espace euro-méditerranéen.

Pour en savoir plus

Dewitte P. Deux siècles d'immigration en France. Paris: La Documentation Française; 2003. 128 p.

Héran F. Le temps des immigrés. Paris: éd. du Seuil (coll. La République des idées); 2007. 112 p.

Lequin Y (dir). Histoire des étrangers et de l'immigration en France (chapitres 22 et 23). Paris: Larousse; 2006. 122 p.

Noiriel G. Atlas des migrations en France. Paris: Autrement; 2002. 64 p.

Weil P. La France et ses étrangers. L'aventure d'une politique de l'immigration de 1938 à nos jours. Paris: Gallimard (coll. Folio Actuel); 1995. 592 p.

Weil P. La République et sa diversité. Immigration, intégration, discriminations. Paris: éd. du Seuil; 2005. 112 p.

Wihtol de Wenden C. Ouverture et fermeture de la France aux étrangers : un siècle d'évolution. Vingtième Siècle. Revue d'histoire. 2002;73:27-38.

Wihtol de Wenden C. Atlas mondial des migrations. Paris: Autrement; 2009. 80 p.

Tableau Les étrangers selon leur nationalité en 1999 et en 2007, France métropolitaine / **Table** Foreigners in France, according to nationalities in 1999 and 2007

	1999 (en milliers)	2007 (en milliers)	Évolution (en pourcentage)	Part (en pourcentage) dans l'ensemble 2007
Nationalités d'Europe (y compris la CEI)	1 347	1 441	7,0	40,4
Union européenne (UE) à 25	1 219	1 245	2,1	34,9
Espagnols	160	131	-18,1	3,7
Italiens	201	175	-12,9	4,9
Portugais	555	491	-11,5	13,7
Autres nationalités de l'UE à 25	303	448	47,9	12,5
Autres nationalités d'Europe	128	185	44,5	5,2
Nationalités d'Afrique	1 418	1 527	8,0	41,8
Maghreb	1 135	1 071	-5,6	30,0
Algériens	475	475	0,0	13,3
Marocains	506	452	-10,7	12,7
Tunisiens	154	144	-6,5	4,0
Afrique subsaharienne	211	347	64,5	9,7
Autres nationalités d'Afrique	72	109	51,4	3,1
Nationalités d'Asie	411	485	18,0	13,6
Turcs	206	223	8,3	6,2
Sud-Est asiatique	63	42	-33,3	1,2
Autres nationalités d'Asie	142	220	54,9	6,2
Nationalités d'Amérique et d'Océanie	84	118	40,5	3,3
Ensemble des étrangers	3 260	3 571	9,5	100,0

Extrait de « Rapport du SOPEMI pour la France ». Disponible à : http://www.immigration.gouv.fr/IMG/pdf/SOPEMI_2010.pdf
Source : Insee (recensements de la population 1999 et 2007).

État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature

Caroline Berchet (caroline.berchet@dauphine.fr)¹, Florence Jusot^{1,2}

1/ Université Paris-Dauphine, Leda-Legos, Paris, France

2/ Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Paris, France

Résumé / Abstract

L'état de santé des immigrés est considéré comme un véritable enjeu de santé publique en raison de la fragilisation économique et sociale que peuvent connaître certains d'entre eux, et qui participe à la détérioration de leur état de santé.

Ce bilan des études françaises sur l'état de santé et l'accès aux soins des immigrés suggère l'existence d'inégalités de santé liées à la migration et de disparités selon le pays d'origine. En outre, l'ensemble des études s'accorde sur le moindre recours aux soins de la population immigrée, révélant des difficultés d'accès à la médecine de ville. Enfin, la situation économique et sociale plus défavorisée des immigrés, leur moindre accès à la complémentaire santé et leur moindre intégration sociale sont les principaux facteurs expliquant ces inégalités de santé et d'accès aux soins.

Ces travaux appellent à une modification des politiques sanitaires et sociales visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère.

Mots clés / Key words

Migration, inégalités de santé, recours aux soins / Migration, health inequalities, access to care

Introduction

La France a connu, comme de nombreux pays européens, une forte augmentation du nombre d'immigrés depuis 2005 [1]. En 2010, on estime à 6,7 millions le nombre d'immigrés résidant en France [1]. À ce titre, leur situation en matière de santé est devenue un enjeu social et politique en raison de la fragilisation économique et sociale que peuvent connaître certains immigrés, et qui contribue à la dégradation de leur état de santé. Ainsi, les différentes initiatives déployées par l'Union européenne témoignent de la volonté des États-membres de mettre en perspective la situation des immigrés en matière de santé. En 2007, la santé des immigrés apparaît comme un thème majeur de la politique de la Présidence portugaise du Conseil de l'Europe [2] qui s'est, en outre, accompagné du projet "Assisting Migrants and Communities: Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities" [3], visant à accroître les échanges sur la santé et le recours aux soins des immigrés.

Malgré ces différentes initiatives, les connaissances en France portant sur la santé des immigrés restent limitées en raison d'un manque d'information sur la nationalité et le pays de naissance dans la plupart des enquêtes santé. Certains travaux montrent, néanmoins, que la population immigrée présente un état de santé et un recours aux soins fondamentalement différents de ceux de la population autochtone en raison, notamment, de phénomènes de sélection liés à la migration, de la situation économique des immigrés dans le pays d'accueil, d'une perte de lien social, de barrières informationnelles ou d'une réponse différenciée des filières de soins. Nous présentons dans cette

étude une synthèse des travaux français portant sur l'état de santé et le recours aux soins des immigrés. Nous nous demandons dans un premier temps s'il existe des disparités de santé ou d'accès aux soins entre la population immigrée et la population française. Compte tenu de l'influence des conditions socio-économiques sur l'état de santé, nous regardons ensuite si les disparités persistent après la prise en compte de ces facteurs. Enfin, nous dressons un panorama des principaux déterminants qui expliquent les disparités de santé entre la population immigrée et la population française.

Méthodologie

Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée par interrogation systématique de la Banque de données en santé publique et de la base de données bibliographiques de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) pour les périodes 1980-2011 et 1991-2011. Les articles ont été identifiés à l'aide des mots-clés suivants : « migrant, immigré, étranger » et « accès soins, recours soins, inégalités devant soins, soins médicaux, soins hospitaliers, consommation médicale, non recours, refus, état de santé, morbidité, prévalence, incidence, épidémiologie » et « France ». Au total, 787 articles ont été identifiés, parmi lesquels 435 portaient sur l'accès aux soins et 352 sur l'état de santé. Dix-neuf articles ont été sélectionnés par les auteurs, économistes de la santé, sur la base du titre, du résumé, des mots-clés et du support de publication. Cette première sélection a été complétée par des articles et rapports non repérés par l'analyse systématique et par des références internationales.

Health status and health care use of immigrants in France: a literature review

The health status of immigrants is considered as a genuine public health concern due to the economic and social fragility that they may experience, which contributes to the deterioration of their health.

This review of French studies on migrant health status and access to care suggests the existence of health inequalities related to migration and some disparities according to the country of origin. In addition, the body of evidence shows a lesser use of health care among the migrant population, suggesting difficulties in accessing ambulatory care. Finally, the more disadvantaged economic and social status of immigrants, their lower access to complementary health coverage, and their lower social integration are the most important factors explaining these health and health care inequalities.

These studies call for health and social policy reforms designed to improve the health status and health care use of the foreign born population.

Différentes définitions d'un « immigré »

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), un immigré est « une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France »¹. Toutefois, la définition de la population immigrée est variable à travers les études en raison de la diversité des instruments utilisés dans les grandes enquêtes françaises, retenant ou non le critère de nationalité et de lieu de naissance. Globalement, trois grandes typologies sont mobilisées. La première, qui est la plus courante, consiste à distinguer les personnes étrangères des Français en se basant sur le seul critère de nationalité. Ainsi, un étranger est une personne de nationalité étrangère. Le deuxième niveau d'analyse, qui est plus satisfaisant, définit un immigré selon deux critères : la nationalité et le lieu de naissance. Il permet de distinguer les étrangers (les individus nés étrangers à l'étranger), et de différencier, parmi les Français, ceux de naissance et les immigrés naturalisés (les individus nés étrangers qui ont acquis la nationalité française). Trois catégories de population sont alors définies : les Français de naissance, les immigrés naturalisés et les immigrés étrangers. Une dernière typologie, qui est plus rarement considérée, repose sur les critères de nationalité et de pays de naissance des personnes interrogées et ceux de leurs parents. Il s'agit de différencier la population française, la population immigrée de première génération et la population immigrée de seconde génération. Les immigrés de première génération correspondent aux individus nés étrangers à l'étranger, indépendamment de la nationalité et de l'origine de leurs

¹ <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/immigre.htm>

parents. Les immigrés de seconde génération correspondent aux individus nés Français dont au moins un parent est né étranger à l'étranger. La population française correspond enfin aux individus nés Français et dont les parents sont nés Français.

Résultats

De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu en 30 ans plus mauvais que celui des Français

En cohérence avec certaines études menées aux États-Unis, au Canada ou en Espagne [4-6], les premiers travaux français datant des années 1980 ont mis en évidence des différences de santé en faveur des immigrés. L'exploitation des données du recensement de 1975 et des fichiers d'état-civil indique que l'espérance de vie des hommes étrangers est sensiblement plus élevée que celle des Français en raison d'une sous-mortalité après 30 ans [7]. Ce constat a, par la suite, été confirmé par les résultats de plusieurs études [8;9] qui étayaient l'idée d'une sous-mortalité des étrangers résidant en France. L'analyse des causes de décès de 1979 à 1991 a montré que les hommes immigrés marocains bénéficiaient à âge égal d'une espérance de vie plus longue que les natifs [10]. Ces résultats sont, par ailleurs, cohérents avec certains travaux qui ont mis en évidence le meilleur état de santé des étrangers [11;12]. Après ajustement sur l'âge, les étrangers jouissent d'une meilleure longévité que l'ensemble de la population, et présentent aussi une moindre incidence d'invalidité [11]. Les taux de morbidité déclarée des personnes vivant dans des ménages originaires du Maghreb apparaissent également particulièrement faibles avant et après ajustement sur l'âge et la profession et catégorie sociale [12]. Ainsi, la déclaration de maladie chez les femmes et les hommes membres des ménages originaires du Maghreb est inférieure de 16% et de 33% par rapport à celle des femmes et hommes de ménages français. Cette sous-morbidité semble être très marquée chez les hommes au regard des cancers et des maladies cardiovasculaires alors que, chez les femmes, la situation est plus contrastée avec une surmorbidité par maladies endocriniennes et périnatales [12].

Si les résultats des premiers travaux français sont conformes aux résultats internationaux, les études françaises plus récentes, développées à partir des années 2000, apportent des résultats contradictoires en suggérant un moins bon état de santé de la population immigrée. Ce paradoxe français peut être tout d'abord attribué à une immigration moins sélective que dans d'autres pays et à une modification des conditions d'accueil des immigrés. À partir de 1974, l'immigration motivée par le regroupement familial et l'asile politique remplace l'immigration motivée par l'emploi en raison du ralentissement de la croissance économique [13]. Il est par ailleurs envisageable que la définition d'un immigré ne soit pas complètement comparable entre les différentes études ou entre les différentes périodes d'une même enquête. Enfin, l'incohérence des résultats à travers les études peut s'expliquer par la variété des indicateurs de santé utilisés. Les études suggérant un meilleur état de santé des populations immigrées

s'appuient sur des indicateurs objectifs de santé tels que la mortalité ou la prévalence de certaines maladies. En revanche, les derniers travaux sont basés sur des indicateurs plus subjectifs tels que la santé perçue qui indique, en dehors des maladies, un mal-être lié à l'isolement social ou à des conditions de vie difficiles, facteurs auxquels les immigrés sont davantage exposés.

Ainsi, les conclusions des travaux plus récents montrent que la population immigrée souffre d'un moins bon état de santé que la population française. L'exploitation des données de l'enquête « Passage à la retraite des immigrés », confrontées aux données de l'enquête « Emploi du temps », indique, quels que soient l'âge et le sexe, que l'état de santé subjectif des immigrés est plus dégradé que celui de l'ensemble de la population [14]. En outre, les résultats montrent que l'état de santé des immigrés tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'accroît sur le territoire français, après ajustement des caractéristiques démographiques et des conditions socio-économiques. Ce constat est confirmé par les résultats de l'enquête « Histoire de vie » qui mettent en évidence un risque de limitation fonctionnelle plus élevé parmi les femmes ayant immigré pendant l'adolescence [15].

La comparaison de l'état de santé des Français à celui des étrangers à l'aide de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) conduite en 2000-2002 [16] montre que, quels que soient l'âge et le sexe, l'état de santé des étrangers est plus altéré que celui de l'ensemble des Français en termes de santé subjective et de déclaration de maladie chronique. Cette même étude, qui confronte ces résultats à ceux basés sur l'Enquête décennale santé menée en 1980 puis en 1991, indique que les étrangers déclaraient, à ces deux dernières périodes, moins de maladies chroniques que l'ensemble des Français. Ainsi, la discordance des résultats selon les périodes de temps considérées peut témoigner d'une dégradation de l'état de santé des immigrés. L'exploitation de l'Enquête décennale santé conduite en 2002 et 2003 [17], visant à comparer les Français de naissance aux immigrés naturalisés et immigrés étrangers, confirme le moins bon état de santé perçu des immigrés (qu'ils soient étrangers ou naturalisés), et ce après ajustement des caractéristiques démographiques et des conditions socio-économiques. Toutefois, l'analyse de la déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité conduit à des résultats différents. Après ajustement de la structure démographique et des conditions socio-économiques, les immigrés étrangers déclarent moins souvent des maladies chroniques et des limitations d'activité que les Français de naissance. Ces divergences des résultats selon l'indicateur de santé utilisés peuvent être le reflet de biais de déclaration liés au profil migratoire. Ainsi, la moindre déclaration de maladie chronique ou de limitation d'activité peut être expliquée par une plus mauvaise compréhension de ces indicateurs ou par une différence de normes et d'attentes en matière de santé chez les immigrés [17].

Enfin, les résultats des vagues successives de l'ESPS menées en 2006 et 2008 confirment le moins bon état de santé perçu de la population immigrée [18;19]. Si la distinction entre la première et la seconde génération d'immigrés est

rarement prise en compte dans la littérature empirique [15], celle-ci peut être pertinente si l'on considère le processus d'acculturation ou d'assimilation qui suggère une convergence entre l'état de santé des immigrés de seconde génération et celui des natifs, en raison notamment de l'adoption de pratiques culturelles propres au pays d'accueil. Ainsi, après ajustement sur l'âge, le moins bon état de santé perçu est plus marqué chez les immigrés de première génération que chez les immigrés de seconde génération et il semble également plus notable parmi les femmes [18].

Les conclusions des études comparatives européennes sont cohérentes avec les résultats des études françaises récentes. L'exploitation de l'enquête SHARE (*Survey of Health Ageing and Retirement in Europe*) montre que l'état de santé des immigrés est plus altéré que celui des populations natives en termes de santé perçue et de limitation d'activité en France, en Allemagne, au Pays-Bas, en Suède et en Suisse [20]. La comparaison des taux de mortalité par maladies cardiovasculaires des étrangers selon leur pays d'origine aboutit à des conclusions similaires en suggérant une surmortalité chez les étrangers [21]. Ainsi, les taux de mortalité des différents groupes d'étrangers semblent, à l'exception de certains groupes ethniques, toujours plus élevés que ceux de la population native en France, en Écosse, au Danemark, en Angleterre et au Pays de Galles.

Des disparités selon le pays d'origine

Si les études françaises les plus récentes observent en moyenne des disparités de santé en défaveur des immigrés, quelques travaux mettent en évidence la diversité des situations en matière de santé selon le pays d'origine. Les résultats de l'enquête « Passage à la retraite des immigrés » indiquent que les individus originaires d'Europe du Nord et d'Afrique subsaharienne bénéficient d'un meilleur état de santé que les personnes originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord [14]. La diversité des états de santé selon le pays d'origine semble persister après prise en compte des conditions socio-économiques, les individus originaires d'Afrique subsaharienne et d'Europe du Nord déclarant moins souvent un mauvais état de santé que les individus originaires d'Europe du Sud. Les résultats basés sur la même enquête [22] montrent, après ajustement des facteurs culturels, que les immigrés ressortissants d'Europe de l'Est déclarent plus souvent un mauvais état de santé que les autres groupes d'immigrés.

La comparaison de l'état de santé des divers groupes d'immigrés à celui des Français mène à des conclusions différentes. Selon les résultats de l'enquête « Histoire de vie », les hommes immigrés nés en Europe souffrent plus souvent de limitations d'activité que les hommes nés en France de deux parents français, alors que les immigrés originaires des pays non européens en souffrent moins souvent, avant et après prise en compte du statut social [15]. Les résultats de l'Enquête décennale santé [17] indiquent, après ajustement du statut économique et social, que les personnes originaires d'Europe du Sud et du Maghreb présentent un état de santé plus dégradé que la population française.

Ces conclusions sont par ailleurs confirmées par les résultats de l'ESPS qui montrent le moins bon état de santé perçu des femmes immigrées originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord [19]. À l'inverse, les hommes immigrés de seconde génération originaires d'Afrique du Nord se déclarent moins fréquemment en mauvaise santé que les Français nés de parents français après ajustement sur la position sociale et les habitudes de vie.

Au-delà des habitudes culturelles et d'hygiène de vie propres au pays d'origine, la diversité de l'état de santé des immigrés selon le pays d'origine peut également être le résultat d'un effet à long terme des caractéristiques économiques du pays d'origine. Ainsi, en France, les personnes originaires des pays les plus riches présentent un meilleur état de santé que celles originaires des pays les plus pauvres [17].

Des disparités de recours aux soins

Les inégalités de santé liées à la migration sont aussi confirmées par des inégalités en matière de recours aux soins. Les résultats des diverses études françaises sont relativement convergents et soutiennent l'idée d'un moindre recours au généraliste [16;23;24] ou au spécialiste [14;23;24] de la population immigrée. À besoin de soins équivalents, les immigrés de première génération recourent moins souvent au généraliste et au spécialiste, alors que les immigrés de seconde génération ne se distinguent pas des Français nés de parents français. Après ajustement des conditions socio-économiques, seules les disparités d'accès au spécialiste persistent [24].

Les disparités de recours aux soins sont, par ailleurs, cohérentes avec le plus important taux de renoncement aux soins mis en évidence dans certains travaux [25;26]. Ainsi, d'après une enquête réalisée auprès des bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État (AME)² en 2007, 25% des immigrés déclarent renoncer aux soins [25]. Les difficultés financières figurent parmi les premières raisons de ce renoncement. L'exploitation de l'enquête « Trajectoires et origines » [26] indique que les individus originaires d'Afrique sahélienne renoncent plus fréquemment aux soins pour des raisons financières que l'ensemble des autres groupes d'immigrés.

Des disparités d'accès aux mesures de prévention

Concernant l'accès aux mesures de prévention, les études françaises observent des différences entre les immigrés et les Français en matière de vaccination ou de dépistage.

Si les immigrés déclarent globalement se faire plus fréquemment vacciner que les Français avec les mêmes besoins de soins et situations économique et sociale, ils reportent en revanche moins fréquemment un vaccin contre l'hépatite B et un dépistage du VIH dans les douze derniers mois [23]. Les taux de vaccination contre la poliomyélite et le tétanos sont également plus faibles

parmi la population immigrée ibérique et maghrébine que parmi la population française [27]. En revanche, on ne retrouve pas de différence significative dans les taux de vaccination contre la grippe, à l'exception des hommes immigrés maghrébins qui sont plus souvent vaccinés que les hommes français [27].

Alors que la grande majorité des femmes françaises ont déjà subi un examen clinique des seins et un frottis cervical, les femmes immigrées maghrébines y sont moins fréquemment soumises [27]. Ce dernier constat est corroboré par les résultats de l'étude basée sur l'enquête « Santé, inégalités et rupture sociales » menée en 2005. Ainsi, les femmes étrangères résidant en région parisienne déclarent moins fréquemment avoir bénéficié d'un frottis cervical que les Françaises nées de parents français [28]. Les auteurs ne relèvent, en revanche, pas de différence significative entre les Françaises nées de parents français et les secondes générations d'immigrées.

Comment expliquer les inégalités de santé liées à la migration ?

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les inégalités de santé liées à la migration. Les premières hypothèses tentent d'expliquer les inégalités de santé en faveur des immigrés alors que les secondes cherchent à expliquer les inégalités de santé en défaveur des immigrés.

La première hypothèse relève d'un effet de sélection des immigrés en bonne santé selon lequel seuls les individus initialement en bonne santé sont les personnes les plus aptes à migrer parmi les membres de leur pays d'origine [29]. En France, une étude portant sur les immigrés tunisiens résidant dans la région du Languedoc-Roussillon vient à l'appui de cette hypothèse [30]. Ses résultats montrent que les taux de morbidité des immigrés tunisiens sont plus faibles que ceux de la population tunisienne résidant dans le pays d'origine, mais qu'ils sont également plus faibles que ceux de la population française. Cette première hypothèse apparaît, par ailleurs, plus pertinente parmi la population masculine, population pour laquelle la migration est plus généralement motivée par des raisons économiques que par le regroupement familial.

Un second processus de sélection, qualifié dans la littérature de « biais du saumon » a ensuite été proposé pour expliquer les différences de santé en faveur des immigrés [31]. Ce processus suppose un retour au pays d'origine des immigrés vieillissants, reflétant leur désir de séjourner dans leur pays de naissance au moment de leur retraite ou lorsqu'ils sont gravement malades et en fin de vie. Les résultats de l'enquête « Passage à la retraite des immigrés » indiquent que 34,6% des immigrés souhaitent retourner dans leur pays d'origine à des âges élevés ou pour y être inhumés. La préférence pour une inhumation dans le pays d'origine est plus prononcée parmi les personnes originaires d'Afrique et du Moyen-Orient et semble largement influencée par l'appartenance religieuse et les attaches sociales ou familiales des immigrés [31]. Ainsi, le différentiel de santé constaté en faveur des immigrés ne serait qu'un artefact résultant d'un sous-enregistrement des taux de mortalité et de morbidité.

La dernière hypothèse suggère un effet protecteur des habitudes de vie. Les premières études qui suggèrent un meilleur état de santé des immigrés ont montré que les habitudes culturelles ou alimentaires exercent un effet protecteur sur leur état de santé [27;30;32;33]. De nombreuses études indiquent que la faible consommation de boissons alcoolisées ou le régime alimentaire riche en fruits et en légumes de certaines populations étrangères expliquent leur meilleur état de santé [27;32;33]. La contribution positive des habitudes de vie semblent toutefois plus modeste selon les études françaises plus récentes [19].

Si les immigrés bénéficient à l'arrivée d'un meilleur état de santé que l'ensemble de la population, certains facteurs liés aux conditions socio-économiques ou à la perte de lien social contribuent à la détérioration de leur état de santé.

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'état de santé des immigrés semble s'altérer avec leur durée de résidence dans le pays d'accueil. Ce constat peut être expliqué par un « effet d'usure » [14] lié à des emplois plus pénibles ou à une situation économique et sociale plus précaire [16;17;19]. À ce titre, la position sociale occupée par les immigrés ou leur accès aux droits au travail sont plus limités que ceux des Français de naissance [34]. Le taux de chômage des immigrés en 2007 était en effet deux fois plus élevé que celui des Français de naissance [13]. En outre, après prise en compte du niveau d'éducation, du sexe et de la profession et catégorie sociale, la population immigrée demeure plus souvent au chômage que la population non-immigrée, suggérant une moindre transférabilité de leur capital humain accumulé à l'étranger ou encore des discriminations sur le marché du travail. L'étude basée sur l'enquête « Trajectoires et origines » suggère que les immigrés de première et de seconde générations sont davantage exposés aux discriminations que la population non-immigrée [26]. Si les conditions socio-économiques figurent parmi les principaux déterminants sociaux de la santé [35], certains travaux indiquent que ces facteurs influencent de manière plus importante l'état de santé des populations immigrées que celui des populations non-immigrées [36]. Ainsi, certaines études françaises ont montré que la situation économique et sociale des immigrés explique en partie leur plus mauvais état de santé ou leur moindre recours à la médecine de ville [14;17;23]. Les différences de revenu et de profession et catégorie sociale entre la population immigrée et la population française de naissance expliqueraient, par exemple, 42,5% et 16% des disparités de santé perçue [18]. À cela s'ajoutent des difficultés d'accès à l'assurance complémentaire, alors que celle-ci est considérée comme essentielle pour maintenir l'accès aux soins des populations les plus démunies [37]. En France, 35% des immigrés étrangers et 20% des immigrés naturalisés n'ont pas accès à une complémentaire santé contre seulement 7% des Français de naissance [23].

Au-delà des effets liés aux conditions matérielles de vie sur l'état de santé, la perte du lien social ou l'exclusion sociale sont des facteurs contribuant à la dégradation de l'état de santé des immigrés. La migration peut susciter un stress important associé à l'insertion dans un

² L'Aide médicale de l'État (AME) ne s'adresse qu'à une minorité particulière d'immigrés. Seules les personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et qui sont en situation irrégulière bénéficient de ce dispositif.

nouvel environnement ou à un manque de soutien social [38]. Or, l'influence sur l'état de santé ou sur le recours aux soins du soutien social, ou plus précisément du capital social, est largement documentée [39;40]. Ces facteurs permettent, par exemple, de diffuser des informations sur les ressources médicales disponibles ou sur les filières de soins, ce qui permet, *in fine*, d'accroître l'accès aux soins. Les conclusions des études françaises et internationales sont convergentes en suggérant des inégalités de santé ou de recours aux soins liées au manque de soutien social [18;19;41;42]. Plus spécifiquement, le différentiel de capital social entre la population immigrée et la population française de naissance expliquerait 54% des disparités de santé observées [18].

Les facteurs culturels et informationnels peuvent renforcer la dégradation de l'état de santé des immigrés. La moindre connaissance du système et des filières de soins ou la moindre maîtrise de la langue représentent des obstacles à l'accès pouvant contribuer à détériorer l'état de santé de ces populations [43]. Si ces facteurs sont difficilement quantifiables, certains travaux ont montré que les personnes étrangères qui ne maîtrisent pas la langue du pays d'accueil déclarent plus fréquemment un mauvais état de santé [15], recourent moins souvent aux soins et perçoivent plus de barrières à l'accès [41;42].

Enfin, la littérature suggère des disparités de santé ou de recours aux soins résultant de l'interaction particulière entre les professionnels de santé et les patients immigrés [44]. Les médecins peuvent tout d'abord adopter un comportement discriminatoire « pur » à l'encontre des immigrés en raison d'une préférence nationale ou de préjugés sur la capacité à respecter certaines indications thérapeutiques [45]. Un tiers des bénéficiaires de l'AME déclare, par exemple, avoir été soumis à un refus de soins de la part des professionnels de santé [25]. La moindre maîtrise de la langue ou les différences de représentations culturelles des maladies et des soins peuvent, par ailleurs, brouiller la communication entre le patient et le médecin. Il peut en résulter une mauvaise interprétation des symptômes par les médecins, et donc des diagnostics erronés et traitements inappropriés [45].

Conclusion

En dépit de la divergence des résultats d'une étude à l'autre, en raison de la diversité des indicateurs de santé utilisés et des périodes considérées, les études françaises les plus récentes suggèrent l'existence d'inégalités de santé liées à la migration et de disparités selon le pays d'origine. En outre, l'ensemble des études s'accorde sur le moindre recours aux soins de la population immigrée, révélant des difficultés de recours aux soins et d'accès aux mesures de prévention. Enfin, la situation économique et sociale plus défavorisée des immigrés, leur moindre accès à la complémentaire santé et leur moindre intégration sociale sont les principaux facteurs expliquant ces inégalités de santé et d'accès aux soins.

Ce constat appelle la mise en œuvre de politiques de santé publique visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère. Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion

sociale (CNLE), propose ainsi, dans son récent avis du 5 juillet 2011, plusieurs leviers d'action pour simplifier l'accès aux droits à l'AME et de la Couverture maladie universelle, afin de favoriser la prévention et l'accès aux soins de toutes les personnes démunies vivant sur le territoire.

Remerciements

Cette recherche a bénéficié d'un soutien financier de la Fondation du Risque (Chaire Santé, Risque et Assurance, Allianz) et du programme de recherche EUNAM (EU FP7/2007-2013 grant 260715).

Références

- [1] Organisation internationale pour la migration (OIM). L'état de la migration dans le monde 2010, l'avenir des migrations. Renforcer les capacités face aux changements. Genève : OIM; 2010. 295 p. Disponible à : http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_FRENCH.pdf
- [2] Journal officiel de l'Union européenne. Avis du Comité économique et social européen sur « Santé et Migration », C256/123. 2007; 8 p.
- [3] Peiro MJ, Roumyana B. Eurohealth. Migrant health policy: The Portuguese and Spanish EU Precidencies. Eurohealth. 2010;16(1):1-4.
- [4] McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. Soc Sci Med. 2004;59(8):1613-27.
- [5] Kennedy S, McDonald JT, Biddle N. The healthy immigrant effect and immigrant selection: evidence from four countries. Hamilton, Ontario, Canada: Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP) Research Group. Research Paper n°164. 2006. 54 p. Disponible à : <http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap164.pdf>
- [6] Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. Soc Sci Med. 2009;69(3):370-8.
- [7] Brahimi M. La mortalité des étrangers en France. Population. 1980;3:603-22.
- [8] Wanner P, Bouchardy C, Khlat M. Causes de décès des immigrés en France 1979-1985. Migrations Santé. 1997;91:9-38.
- [9] Bouvier-Colle MH, Magescas JB, Hatton F. Causes de décès et jeunes étrangers en France. Rev Epidemiol Santé Publique. 1985;33(6):409-16.
- [10] Khlat M, Courbage Y. Mortalité des immigrés marocains en France, de 1979 à 1991. II-Les causes de décès. Population. 1995;50(2):447-71.
- [11] Mizrahi A, Mizrahi A, Wait S. Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France. Paris : Credes ; 1993.
- [12] Khlat M, Sermet C, Laurier D. La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'enquête santé Insee 1991-1992. Population. 1998;53(6):1155-84.
- [13] Perrin-Haynes J. L'activité des immigrés en 2007. Insee Première. 2008;1212.
- [14] Attias-Donfut C, Tessier P. Santé et vieillissement des immigrés. Retraite et Société. 2005;46:90-129.
- [15] Lert F, Melchior M, Ville I. Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study. Rev Epidemiol Santé Publique. 2007;55(6):391-400.
- [16] Mizrahi A, Mizrahi A. Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger. Journal d'Économie Médicale. 2008;26(3):159-76.
- [17] Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration. Revue Économique. 2009;60(2):385-411.

- [18] Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social. Une analyse en décomposition. Économie publique. 2009;24-25(1-2):73-100.
- [19] Berchet C, Jusot F. L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. Une analyse selon le genre et l'origine. Revue Économique. 2010;61(6):1075-98.
- [20] Solé-Auro A, Crimmins EM. Health of immigrants in European countries. Int Migr Rev. 2008;42(4):861-76.
- [21] Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, Fagot-Campagna A, Giampaoli S, Hammar N, et al. Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. Eur J Public Health. 2011 May 20 [Epub ahead of print].
- [22] Vaillant N, Wolff FC. Origin differences in self-reported health among older migrants living in France. Public Health. 2010;124(2):90-8.
- [23] Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Immigrants' access to ambulatory care in France. Questions d'Économie de la Santé. 2009;146:1-6.
- [24] Berchet C. Immigration and health care utilisation in France: New evidences from the Health, Health Care and Insurance Survey. Document de travail Leda-Legos (mimeo). 2011.
- [25] Boisguerin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins. Études et Résultats. 2008;645:1-8.
- [26] Beauchemin C, Hamel C, Simon P. Trajectories and Origin: Survey on population diversities. INED Working Paper. 2010;168:5-6.
- [27] Wanner P, Khlat M, Bouchardy C. Habitudes de vie et comportements en matière de santé des immigrés méditerranéens en France – enquête Conditions de Vie 1987. Rev Epidemiol Santé Publique. 1995;43:548-59.
- [28] Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parisot I, Chauvin P. The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities: the case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). Health Place. 2010;16(5):838-52.
- [29] Fennelly K. The "healthy migrant" effect. Minn Med. 2007;90(3):51-3.
- [30] Méjean C, Traissac P, Eymard-Duvernay S, El Ati J, Delpeuch F, Maire B. Influence of socio-economic and lifestyle factors on overweight and nutrition-related diseases among Tunisian migrants versus non-migrant Tunisian and French. BMC Public Health. 2007;7:265.
- [31] Attias-Donfut C, Wolff FC. Le lieu d'enterrement des personnes nées hors de France. Population. 2005;60(5):813-36.
- [32] Darmon N, Khlat M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. Public Health Nutr. 2001;4(2):163-72.
- [33] Khlat M, Darmon N. Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe? Int J Epidemiol. 2003;32(6):1115-8.
- [34] Institut national de la statistique et des études économiques. Les immigrés en France. Fiches thématiques. Insee. Édition 2005. Disponible à : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?id=104®_id=0
- [35] Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on social determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372(9650):1661-9.
- [36] Dunn J, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. Soc Sci Med. 2000;51(11):1573-93.
- [37] Perronnin M, Pierre A, Rochereau T. Complementary health insurance in France: Wide-scale Diffusion but inequalities of access persist. Questions d'Économie de la Santé. 2010;161:1-6.
- [38] OMS. Santé des migrants, flux migratoire et mondialisation. Rapport du secrétariat de l'OMS. 2008: A71/12.

[39] Folland S. Does "community social capital" contribute to population health? Soc Sci Med. 2007;64(11):2342-54.

[40] Putnam R. Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.

[41] Zambrana RE, Ell K, Dorrington C, Wachsman L, Dee H. The relationship between psychosocial status of

immigrant Latino mothers and use of emergency pediatric services. Health Soc Work. 1994;19(2):93-102.

[42] Leclerc FB, Jensen L, Biddlecom AE. Health care utilization, family context and adaptation among immigrants to the United States. J Health Soc Behav. 1994;35(4):370-84.

[43] Chaouchi S, Casu C, Caussidier J, Ledesert B (dir). État de santé et accès aux soins des migrants en France.

Analyse et synthèse bibliographique. Montpellier : Observatoire régional de la Santé du Languedoc-Roussillon; 2006. 82 p.

[44] Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. J Health Econ. 2003;22(1):89-116.

[45] Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Santé Publique. 2007;19(2):99-109.

Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008

Christelle Hamel (christelle.hamel@ined.fr)¹, Muriel Moisy²

1/ Institut national d'études démographiques, Paris, France

2/ Université Paris-X, Nanterre, France

Résumé / Abstract

Les immigrés âgés de 18-60 ans se déclarent globalement en plus mauvaise santé que les personnes sans ascendance migratoire depuis au moins deux générations. Toutefois, la catégorie « immigrés » revêt des réalités différentes en fonction de l'origine, des parcours migratoires et des conditions de vie passées et actuelles sur le territoire métropolitain. Les immigrés originaires de Turquie et du Portugal sont ceux qui se déclarent le plus en mauvaise santé. Pour les premiers, un cumul de précarité sur le territoire métropolitain explique cette sur-déclaration d'une mauvaise santé malgré une structure de population très jeune ; pour les seconds, les facteurs explicatifs relèvent davantage d'événements vécus pendant l'enfance et de faibles niveaux de qualification, qui, s'ils ne les empêchent pas d'être sur le marché du travail, les exposent à des conditions de travail pénibles.

Mots-clés/Key words

État de santé déclaré, conditions de vie, genre, immigrés, natifs d'un DOM / Reported health status, living conditions, gender, immigrants, DOM native-born

Introduction

La santé des migrants a émergé comme domaine de recherche en France à partir des années 1990 sous l'angle de la mesure des disparités en matière de mortalité et de morbidité entre groupes de population [1]. Des travaux plus récents, menés à partir de l'Enquête décennale santé de 2002-2003, ont montré que les immigrés se déclarent plutôt en moins bonne santé que le reste de la population, un constat qui résulte notamment de conditions de vie souvent plus précaires [2;3]. Des travaux réalisés au Mexique [4] ont révélé l'existence d'un effet sélectif de l'état de santé sur la migration : ne migrent que les personnes en bon état de santé, mais une fois sur le territoire du pays d'accueil, leur santé se dégrade plus vite du fait de moins bonnes conditions de vie et d'une sous-utilisation des dispositifs de santé.

Quel est aujourd'hui l'état de santé des personnes résidant en France métropolitaine ayant vécu une migration ? Cet article entend répondre à cette question, mais en allant au-delà de la catégorie « immigrés » pour examiner s'il existe, au sein de cette population hétérogène, des différences de déclaration de l'état de santé selon le pays ou la région d'origine. En effet, de fortes disparités sociales existent entre courants migratoires et entre parcours de vie des femmes et des hommes migrants, ce qui invite à explorer plus en détails l'impact des conditions de vie et des conditions de la migration sur la déclaration de l'état de santé.

Sources et méthode

L'enquête « Trajectoires et origines » (TeO)

La plupart des études menées en France sur la santé des immigrés s'appuient sur des enquêtes conduites en population générale qui ne permettent pas, en raison d'une taille d'échantillon trop faible, de distinguer les immigrés par origine. Avec près de 9 000 personnes immigrées (nées étrangères à l'étranger), l'enquête « Trajectoires et origines » (TeO)¹ ouvre de nouvelles perspectives d'analyse.

Cette enquête, représentative de la population vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine, a été réalisée en 2008 par l'Ined (Institut national d'études démographiques) et l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) auprès d'un échantillon d'environ 22 000 personnes âgées de 18 à 60 ans. Elle décrit les caractéristiques de la migration (âge à l'arrivée et durée de résidence en France) ainsi que les conditions de vie des enquêtés. Elle a été conduite non seulement auprès des personnes immigrées, mais aussi des enfants d'immigrés nés en France, des personnes nées dans un DOM et leurs enfants nés en métropole, ainsi que des personnes dites « de la population majoritaire » (ni immigrées, ni enfants d'immigrés, ni originaires d'un DOM), qui représentent 80% des personnes âgées de 18 à 60 ans en France, soit la majorité numérique.

¹ <http://teo.site.ined.fr/>

Migrations, living conditions, and health in France based on the "Trajectoires et origines" survey, 2008

Immigrants aged 18-60 generally report being in less good health than persons with no migrant parents or grandparents. However, the "immigrant" category reflects different realities depending on origin, migration history, and past and present living conditions in France. Immigrants from Turkey and Portugal are those who report the poorest health. For the former, a combination of economic and social insecurity in France explains this over-reporting of poor health, despite a very young population structure; for the latter, the main explanatory factors tend to be events experienced during childhood and low levels of qualification which, while not excluding them from the labour market, expose them to arduous working conditions.

Indicateurs de santé et outils d'analyse

L'enquête TeO explore l'état de santé à partir des 3 questions du mini-module européen de santé, qui appréhendent les dimensions subjectives, médicales et fonctionnelles de la santé. Il permet de disposer d'une auto-évaluation par les enquêtés de leur état de santé sans avis d'un médecin. Les réponses à sa première question : « Comment est votre état de santé en général ? », renseignent tant sur la santé physique que mentale et constituent un indicateur de bien-être. La santé altérée regroupe les modalités de réponse « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » par opposition à « bon » ou « très bon » (tableau 1). L'état de santé étant très dépendant de l'âge et des conditions de vie, l'explication des différences observées se situe en partie dans la plus forte concentration au sein de certains groupes d'origine des personnes âgées de 51 à 60 ans (figure 1). C'est le cas des immigrés d'Asie du Sud-Est (31%), du Portugal (35%) et plus encore d'Espagne et d'Italie (54%), plus âgés que la population majoritaire (24%) tandis qu'à l'inverse, les originaires d'Afrique subsaharienne et de Turquie concentrent une population très jeune, avec respectivement 63% et 70% d'enquêtés âgés de moins de 40 ans. Pour affiner la comparaison selon l'origine, des régressions logistiques ont été utilisées. Le modèle 1 (tableau 2) permet de déterminer si, à âge identique, les personnes d'une origine donnée déclarent plus souvent que les personnes de la population majoritaire un état de santé altéré. Le modèle 2 (tableau 2) poursuit

Tableau 1 Fréquence de la déclaration d'un état de santé altéré* (18-60 ans, pourcentages pondérés) dans l'enquête Trajectoires et origines, France, 2008 / *Table 1* Reporting frequency of impaired health (18-60 years old, weighted percentage) in the "Trajectoires et origines" survey, France, 2008

Pays ou région de naissance	Hommes		Femmes	
	Pourcentages qui déclarent une santé altérée	Effectifs pondérés, (en milliers)	Pourcentages qui déclarent une santé altérée	Effectifs pondérés, (en milliers)
Population majoritaire	15	1 922	16	2 251
Natifs d'un DOM	18	25	20	31
Ensemble des immigrés	18	313	25	474
Autres pays dont UE27	12	54	17	108
Afrique subsaharienne	12	19	21	44
Espagne/Italie	20	23	27	29
Algérie	20	47	28	72
Maroc/Tunisie	21	73	30	103
Turquie	22	25	31	26
Asie du Sud-Est	26	16	33	18
Portugal	26	55	37	74

Source : Enquête Trajectoires et origines, Ined-Insee, 2008.

Champs : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, âgés de 18-60 ans.

* Ici la santé altérée regroupe les modalités «moyen», «mauvais» et «très mauvais» de l'état de santé déclaré.

cette comparaison en ajoutant diverses caractéristiques individuelles (le diplôme, la taille de la fratrie, le nombre d'enfants), ainsi que divers indicateurs de conditions de vie actuelles et passées : la situation sur le marché du travail, l'opinion sur le revenu du ménage, le degré d'isolement social appréhendé par le fait de ne pas avoir rencontré d'amis dans les 15 derniers jours, l'expérience de discrimination au cours des cinq dernières années potentiellement génératrice de stress et d'isolement, l'expérience d'un logement très précaire au cours de la vie (tel qu'un squat, une chambre d'hôtel, un foyer d'hébergement ou la rue) et enfin, les situations marquantes vécues pendant l'enfance que sont les graves problèmes d'argent, l'alcoolisme d'un des parents ou des violences graves. Le modèle 3 (tableau 3) explore les liens entre la santé actuelle et les caractéristiques de la migration. Dans ce modèle, les migrants sont comparés entre eux et non plus à la population majoritaire

qui n'a pas migré. À origine, âge et diplôme identiques, il est examiné ici dans quelle mesure le fait d'être arrivé enfant, adolescent ou adulte et le fait d'être arrivé récemment ou de résider sur le territoire métropolitain depuis longtemps sont associés à la déclaration d'une santé altérée.

Populations étudiées

Dans cet article, le champ de l'étude est constitué de l'ensemble des immigrés, des natifs d'un département d'outre-mer (DOM) et des enquêtés de la population majoritaire âgés de 18-60 ans. Nous avons inclus les personnes nées dans un DOM car, si elles ne sont pas immigrées, elles ont vécu une mobilité géographique importante et viennent de régions où les conditions de vie et l'offre de soins sont moins favorables qu'en métropole. Cette étude s'appuie sur une démarche comparative : dans les modèles 1 et 2, l'état de santé déclaré par les migrants âgés de 18-60 ans

est comparé, origine par origine, à celui déclaré par les personnes de la population majoritaire (et non à l'ensemble des personnes qui n'avaient pas migré car les descendants d'immigrés de l'enquête n'ont pas été sélectionnés selon la même tranche d'âge, seulement parmi les 18 à 50 ans) ; dans le modèle 3, les réponses des migrants sont comparées entre elles. Les analyses ont été conduites séparément par sexe, car les femmes migrantes sont globalement mieux informées sur la santé que les hommes et consultent davantage les professionnels [5]. Un constat que l'on retrouve aussi en population générale [6].

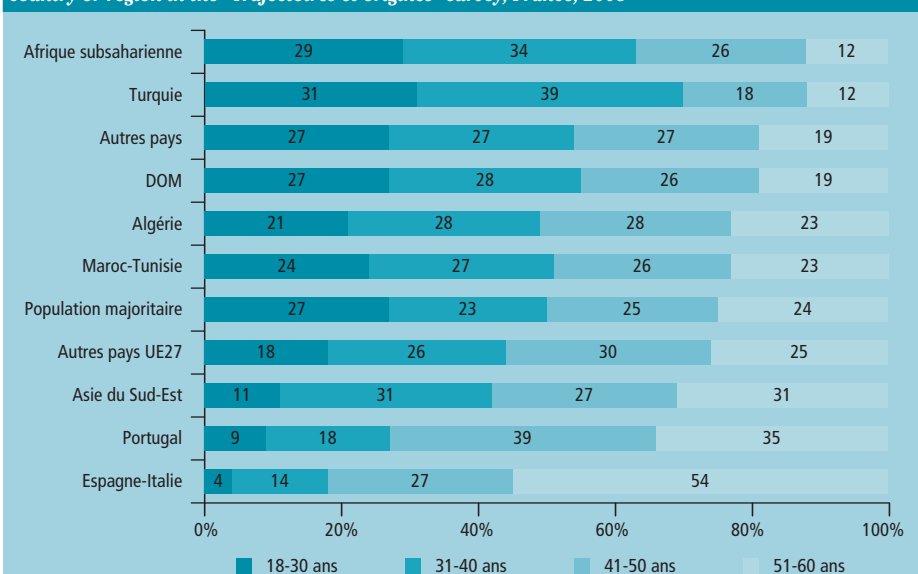
Résultats

Des femmes et des hommes originaires de Turquie en plus mauvaise santé

Parmi les hommes de 18 à 60 ans, 18% des immigrés et autant chez les natifs d'un DOM déclarent un état de santé altéré, contre 15% dans la population majoritaire (tableau 1). Parmi les femmes, ces taux et leurs écarts sont plus marqués : respectivement 25%, 20% et 16%. Ces résultats masquent de fortes disparités selon le pays ou la région de naissance. Au sein de la population masculine, des différences notables existent entre les immigrés d'Afrique subsaharienne ou des pays de l'Union européenne (UE27) (hors Portugal, Espagne et Italie) d'une part, qui sont seulement 12% à déclarer une santé altérée, et les immigrés d'Asie du Sud-Est et du Portugal d'autre part, pour lesquels le pourcentage est 2 fois supérieur (26%). De même, au sein de la population féminine, les écarts sont importants entre les originaires de l'UE27 (17%) et les originaires de Turquie, d'Asie du Sud-Est et du Portugal (respectivement 31%, 33% et 37%). Les différences de structure par âge (figure 1) au sein de ces groupes expliquent une partie de ces écarts même si certains de ces résultats sont surprenants. En effet, bien que très jeunes, les immigrés de Turquie se déclarent plus fréquemment en mauvaise santé que la population majoritaire tandis que ceux venus d'Espagne ou d'Italie, nettement plus âgés, ne sont proportionnellement pas les plus nombreux à se percevoir en mauvaise santé.

Une fois neutralisé l'effet d'âge sur la probabilité de déclarer une santé altérée plutôt qu'une bonne santé (tableau 2, modèle 1), il se confirme qu'hommes et femmes originaires de Turquie se perçoivent plus souvent en mauvaise santé que leurs homologues de la population majoritaire. La sur-déclaration d'une santé altérée se maintient aussi chez les immigrés originaires d'Asie du Sud-Est, du Portugal et du Maghreb mais elle est moins forte. De même, les hommes nés dans un DOM se déclarent en plus mauvaise santé que ceux de la population majoritaire, mais ce résultat est moins significatif. Pour les femmes natives d'un DOM, la sur-déclaration d'un état de santé altéré comparativement aux femmes de la population majoritaire est presque inexistante. À noter que parmi les immigrés d'Afrique subsaharienne, seules les femmes se déclarent significativement davantage en mauvaise santé que les femmes de la population majoritaire. Aucune différence n'est en revanche observée pour les hommes et les femmes venus d'Espagne ou d'Italie, ni pour ceux des autres pays de l'UE27.

Figure 1 Répartition par âge de la population, selon le pays ou la région de naissance, dans l'enquête Trajectoires et origines, France, 2008 / *Figure 1* Distribution by population age, according to birth country or region in the "Trajectoires et origines" survey, France, 2008



Source : Enquête Trajectoires et origines, Ined-Insee, 2008.

Champs : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, âgés de 18-60 ans.

Tableau 2 Probabilité de se déclarer en mauvaise santé plutôt qu'en bonne santé d'après l'Enquête Trajectoires et origines, France, 2008 / **Table 2** Probability for self-reporting good health rather than impaired health according to the "Trajectoires et origines" survey, France, 2008

Variables explicatives	Modalités	Hommes		Femmes	
		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Origine et âge					
Pays ou région de naissance	Turquie	2,4***	1,5**	2,9***	1,4*
	Asie du Sud-Est	1,7***	1,3	2,2***	1,4*
	Portugal	1,7***	1,5**	2,2***	1,6***
	Natif d'un DOM	1,7**	1,1	1,4*	0,9
	Maroc/Tunisie	1,6***	0,9	2,6***	1,4*
	Algérie	1,5***	0,8	2,2***	1,2
	Population majoritaire (ref)	1	1	1	1
	Afrique subsaharienne	0,9	0,5***	1,9***	0,8
	Espagne/Italie	0,8	0,8	1,2	1,1
	Autres pays dont autres pays UE27	0,8	0,7**	1,0	0,9
Groupe d'âge	18-30 ans	0,5***	0,4***	0,6***	0,5***
	31-40 ans (ref)	1	1	1	1
	41-50 ans	1,9***	1,8***	1,9***	1,8***
	51-60 ans	3,9***	2,8***	4,0***	3,3***
Situation socioéconomique actuelle					
Niveau de diplôme	Aucun diplôme		1,5***		2,0***
	CEP/BEPC		1,5***		2,0***
	CAP/BEP		1,3*		1,5***
	Baccalauréat ou + (ref)		1		1
Statut d'activité	En emploi (ref)		1		1
	Chômeurs		2,0***		1,7***
	Inactifs		3,1***		1,7***
Opinion sur le revenu du ménage	Pas de problèmes d'argent (ref)		1		1
	C'est juste		1,7***		1,7***
	C'est difficile		2,5***		2,7***
Discriminations déclarées	Déclare des discriminations dans les 5 dernières années		1,5***		1,4***
	Pas de discrimination déclarée (ref)		1		1
Expérience de précarité sur le territoire métropolitain					
Instabilité dans l'emploi	Moins d'un an		1		1
	Plus d'un an		1,5**		1,3*
Logement précaire	Moins d'un an		1		1
	Plus d'un an		1,4**		1,7***
Famille et réseau social sur le territoire métropolitain					
Nombre d'enfants au cours de la vie	Aucun		0,9		1,3*
	1 ou 2 (ref)		1		1
	3 ou 4		1,1		1,1
	5 ou plus		1,5*		1,3
Réseau social	A rencontré des amis dans les 15 derniers jours (ref)		1		1
	N'a pas rencontré d'amis au cours des 15 derniers jours		1,4**		1,2*
	Famille d'origine et caractéristiques individuelles				
A vécu un événement grave pendant l'enfance	Oui		1,4***		1,5***
	Non (ref)		1		1
Fratrie dans la famille d'origine d'ego	0, 1, 2 frères/sœurs (ref)		1		1
	3 frères/sœurs ou +		1,0		1,2*

Source : Enquête Trajectoires et origines, Ined-Insee, 2008.

Champs : Immigrés, natifs d'un DOM, et enquêtés de la population majoritaire, âgés de 18-60 ans.

Seuil de significativité : ***p<0,01 ; **p<0,05 ; *p<0,1.

Revenus, emploi, diplôme : les principaux facteurs associés à une santé altérée

Outre l'âge, les 3 facteurs les plus fortement associés à une santé altérée, pour les hommes comme pour les femmes, sont le fait d'éprouver des difficultés financières, l'absence d'emploi et le défaut de qualification mesuré par le niveau de diplôme (tableau 2). Ces 3 facteurs sont également mis en évidence pour l'ensemble de la population française à partir d'enquêtes en population générale comme l'enquête Handicap-santé de 2008 [6]. Ici, les enquêtés qui estiment qu'il est « difficile » de s'en sortir avec leur revenu sont nettement plus nombreux à déclarer un état de santé altéré que ceux qui se sentent « à l'aise ». Mais l'absence d'emploi et le défaut de qualification ne

revêtent pas la même importance pour les deux sexes. Pour les hommes, être en dehors du marché du travail est la première caractéristique associée à une santé altérée, suivi des difficultés financières : les inactifs déclarent 3 fois plus souvent se sentir en mauvaise santé que ceux en emploi. Ce résultat est ici le fait des individus en retraite anticipée ou pour lesquels on peut faire l'hypothèse qu'ils sont sortis du marché du travail probablement pour des questions de santé puisqu'ils ne se déclarent ni comme retraités, ni comme étudiants ou en formation, ni comme personnes au foyer. Pour les femmes, le facteur le plus important est l'insuffisance de revenu suivi d'un faible niveau de qualification. Ce dernier les conduit à une moindre insertion sur le marché du travail ou à occuper des emplois associés à des conditions de travail pénibles, un constat valable aussi pour les hommes.

Les facteurs secondaires qui fragilisent la santé

D'autres expériences dans l'histoire de vie dégradent la santé, mais celles-ci sont moins répandues d'une part et semblent avoir un impact moindre. Les situations difficiles vécues pendant l'enfance, les discriminations subies dans les cinq dernières années, l'instabilité professionnelle vécue pendant au moins une année, l'expérience de conditions de logement très précaire ou encore l'isolement social fragilisent la santé. Par exemple, la probabilité de déclarer une santé altérée plutôt qu'une bonne santé est, toutes choses égales par ailleurs, environ 1,5 fois plus élevée parmi les enquêtés déclarant avoir subi des discriminations au cours des cinq dernières années quel qu'en soit le motif (racisme ou sexisme) et quelles qu'en soient les circonstances (dans l'emploi, l'accès au logement, les administrations).

Les femmes arrivées enfants plus enclines à se déclarer en bonne santé

Quel est l'impact de l'histoire migratoire sur la santé ? Pour répondre à cette question, nous avons restreint le champ de l'analyse aux enquêtés ayant migré, c'est-à-dire aux natifs d'un DOM ainsi qu'à l'ensemble des immigrés en prenant comme population de référence les immigrés européens (hors Europe du Sud) qui se rapprochaient beaucoup de la population majoritaire en termes de structure par âge ou de perception de la santé. À origine, âge et diplôme identiques, les hommes arrivés dans les cinq dernières années se déclarent davantage en bonne santé, quel que soit leur âge à l'arrivée (tableau 3). Ce constat n'est pas retrouvé chez les femmes, pour lesquelles le fait d'être arrivé avant l'âge de 10 ans a eu un effet protecteur sur leur santé. Ces résultats mettent en évidence qu'un bon état de santé est une condition de la migration masculine tandis que pour les femmes, c'est plutôt la migration qui a un effet sur leur santé. Néanmoins, cet effet est contrasté : protecteur en début de vie et délétère avec le temps.

Discussion-conclusion

Des facteurs délétères sur la santé inégalement répartis selon l'origine

Si les biais de déclaration liés à l'approche culturelle des enquêtes vis-à-vis du système de santé et de leur santé ne doivent pas être négligés, on s'aperçoit que les caractéristiques de conditions de vie pouvant constituer des expériences néfastes pour la santé ne concernent pas, de manière équivalente, les différentes origines. Des résultats déjà publiés à partir des données de l'enquête TeO ont montré que certains groupes de population se concentrent davantage dans les milieux défavorisés [7;8]. Un exemple, les immigrés venus de Turquie concentrent à la fois un taux élevé de personnes non-diplômées (35% contre 9% parmi la population majoritaire), au chômage ou confrontées à d'importantes difficultés financières. Il en est de même pour les originaires du Maghreb qui déclarent de surcroît des discriminations (28% contre 9% pour la population majoritaire). Si les immigrés

Tableau 3 Probabilité de déclarer une santé altérée plutôt qu'une bonne santé parmi les enquêtés ayant expérimenté la migration, d'après l'Enquête Trajectoires et origines, France, 2008 / *Table 3* Probability for self-reporting good health rather than impaired health among the respondents who experienced migration, according to the "Trajectoires et origines" survey, France, 2008

Variables explicatives	Modalités	Hommes	Femmes
Origine, âge et diplôme			
Pays ou région de naissance	Turquie	2,1***	1,9***
	Asie du Sud-Est	1,7**	1,8***
	Maroc/Tunisie	1,5**	1,8***
	Algérie	1,5*	1,6***
	Natif d'un DOM	1,5*	1,1
	Portugal	1,4*	1,6**
	Afrique subsaharienne	1,0	1,3*
	Espagne/Italie	0,9	1,2
	<i>Autres pays dont autres pays UE27 (ref)</i>	1	1
Groupe d'âge	18-30 ans	0,5***	0,6***
	<i>31-40 ans (ref)</i>	1	1
	41-50 ans	1,7***	1,5***
	51-60 ans	2,9***	2,9***
Niveau de diplôme	Aucun diplôme	2,2***	2,5***
	CEP/BEPC	1,9***	2,4***
	CAP/BEP	1,6***	1,8***
	<i>Baccalauréat ou + (ref)</i>	1	1
Caractéristiques de la migration			
Âge à l'arrivée sur le territoire métropolitain	Enfant	0,8	0,6***
	Adolescent	0,9	0,8*
	<i>Adulte (ref)</i>	1	1
Ancienneté sur le territoire métropolitain	0 à 5 ans	0,6*	0,9
	6 à 10 ans	1,0	1,1
	<i>11 à 20 ans (ref)</i>	1	1
	Plus de 20 ans	1,3	1,3*

Source : Enquête Trajectoires et origines, Ined-Insee, 2008.
Champ : Immigrés âgés de 18-60 ans.
Seuil de significativité : ***pr<0,01 ; **pr<0,05 ; *pr<0,1.

portugais ne sont pas davantage diplômés que ceux de Turquie, ils se distinguent par un taux de chômage inférieur à celui de la population majoritaire, mais aussi par un taux plus élevé de personnes déclarant avoir vécu des situations difficiles pendant l'enfance (44% contre 26%), plus souvent liées à des problèmes d'alcool des parents que dans les autres groupes. Les immigrés en emploi, originaires de Turquie comme du Portugal, se concentrent, chez les hommes, dans des secteurs d'activité tels que les métiers du bâtiment (respectivement 57% et 51%) et chez les femmes, dans les activités d'aide à la personne (28% des immigrées portugaises) ou dans les métiers de la restauration (18% des femmes immigrées turques), des emplois pénibles et fatigants. Notons qu'une femme immigrée de Turquie sur 2 est au foyer (un taux 6 fois plus élevé que dans la population majoritaire et nettement supérieur à ceux observés dans les autres groupes). Si les originaires d'Asie du Sud-Est sont également plus nombreux que les personnes de la population majoritaire à n'avoir aucun diplôme (30%), ils ne sont pas, eux non plus, davantage confrontés au chômage ou aux difficultés financières. En revanche, ils sont 3 fois plus souvent confrontés à des situations très précaires de logement (45%), ce qui résulte notamment du parcours de réfugiés politiques de beaucoup d'entre eux. Les non-diplômés sont 2 fois plus nombreux chez les natifs d'un DOM (19%) que dans la population majoritaire, mais ils ne sont pas davantage au chômage ou en difficultés financières. En revanche, ils sont nombreux à avoir connu des événements graves pendant l'enfance (37% contre 25% pour la population

majoritaire) et à déclarer des discriminations (29%). Les immigrés d'Afrique subsaharienne se déclarent en bonne santé dans l'enquête, du fait de leur âge et de leurs qualifications plus élevées, un constat particulièrement vrai pour les hommes (58% ont un niveau baccalauréat ou supérieur contre 46% dans la population majoritaire) et dans une moindre mesure, pour les femmes (36% contre 52%), mais ils cumulent les autres facteurs néfastes pour la santé, ce qui laisse augurer que leur santé puisse se dégrader plus rapidement.

Des inégalités sociales qui absorbent fortement les disparités selon l'origine

La prise en compte des conditions de vie actuelles et passées dans la modélisation réduit en grande partie les différences de déclaration de l'état de santé entre origines, notamment pour la population masculine. La sur-déclaration que l'on observe chez les hommes originaires du Maghreb, d'Asie du Sud-Est ou d'un DOM disparaît. Mais dans certains groupes, une sur-déclaration d'une santé altérée subsiste. C'est le cas pour les immigrés de Turquie et du Portugal.

Chez les femmes, la plupart des probabilités restent significatives. Ainsi, à âge et conditions de vie identiques, les femmes immigrées du Portugal ont encore une probabilité 1,6 fois supérieure à celle des femmes de la population majoritaire de se déclarer en mauvaise santé. C'est aussi le cas pour celles originaires de Turquie, d'Asie du Sud-Est et du Maroc ou de Tunisie mais dans une moindre mesure. Les comportements addictifs (tabac, alcool), fortement associés

à la déclaration d'une santé altérée, pourraient constituer une explication à cette sur-déclaration persistante, notamment pour les hommes. Pour les femmes, on pense davantage aux habitudes alimentaires avec, en filigrane, les prévalences du surpoids et de l'obésité, à l'instar de ce qui a déjà été mis en évidence concernant les étrangers et étrangères originaires du Maghreb interrogés dans l'Enquête décennale santé 1991-1992 [1]. Ces points posent en amont la question des comportements de prévention des immigrés. Plusieurs études ont montré, par exemple, que les barrières culturelles et informationnelles qui se posent aux immigrés dans leur parcours de soins les font rencontrer les professionnels de santé tardivement, plutôt dans une démarche curative que préventive [9;10]. Ces hypothèses que l'on ne peut vérifier avec l'enquête TeO invitent à développer des recherches sur les pratiques alimentaires et toxicologiques chez les migrants.

Références

- [1] Khat M, Sermet C, Laurier D. La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'Enquête santé de l'Insee 1991-1992. Population. 1998;6:1155-84.
- [2] Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. État de santé des populations immigrées en France. Document de travail. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2008. 22 p. Disponible à : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopulImmigrFrance.pdf>
- [3] Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. Économie publique. 2009;24-25(1-2):73-100.
- [4] Rubalcava LN, Teruel GM, Thomas D, Goldman N. The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey. Am J Public Health. 2008;98(1):78-84.
- [5] Hamel C, Moisy M. L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins. In: Beauchemin C, Hamel Ch, Simon P. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats. Paris: Institut national d'études démographiques, Institut national de la statistique et des études économiques (coll. Documents de travail). 2010;(168):77-84.
- [6] Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Paris: Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et Résultats. 2010;717:1-8.
- [7] Moguerou L, Brinbaum Y, Primon JL. Niveaux de diplômes des immigrés et de leurs descendants. In: Beauchemin C, Hamel Ch, Simon P. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats. Paris: Institut national d'études démographiques, Institut national de la statistique et des études économiques (coll. Documents de travail). 2010;(168):39-45.
- [8] Lhommeau B, Meurs D, Primon JL. Situation par rapport au marché du travail des 18-50 ans selon l'origine et le sexe. In: Beauchemin C, Hamel Ch, Simon P. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats. Paris: Institut national d'études démographiques, Institut national de la statistique et des études économiques (coll. Documents de travail). 2010;(168):55-62.
- [9] Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Sylva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. Irdes. Questions d'économie de la santé. 2009;(146):1-6.
- [10] Jusot F, Or Z, Yilmaz E. Inégalités de recours aux soins en Europe. Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? Revue Économique. 2009;60(2):521-43.

Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B

Florence Lot (f.lot@invs.sante.fr), Delphine Antoine, Corinne Pioche, Christine Larsen, Didier Che, Françoise Cazein, Caroline Semaille, Christine Saura

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

La prévalence du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite B est élevée dans certaines régions du monde, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie. L'objectif de cet article est de décrire le poids de ces pathologies dans la population migrante vivant en France.

Parmi les 6 700 découvertes de séropositivité à VIH et les 5 276 cas de tuberculose maladie déclarés en 2009, environ la moitié concernait des migrants. Parmi les 1 715 patients pris en charge pour une hépatite B chronique (HBC) en 2008-2009, les trois-quarts étaient migrants. La part de l'Afrique subsaharienne était importante, puisque 70% des migrants découvrant leur séropositivité VIH, 54% de ceux pris en charge pour une HBC et un tiers de ceux déclarés pour une tuberculose étaient nés dans cette partie du monde.

Les taux de découvertes de séropositivité VIH et de déclarations de tuberculose étaient en 2009 respectivement 10 et 8 fois plus élevés chez les migrants que chez les non-migrants.

Le recours au dépistage du VIH était beaucoup trop tardif chez les migrants nés en Asie ou en Afrique du Nord, ce qui n'était pas observé chez ceux nés en Afrique subsaharienne. La prise en charge après un diagnostic d'HBC chez les migrants nés en Asie ou en zone de moyenne endémicité était également souvent tardive, alors que celle des migrants d'Afrique subsaharienne était l'une des plus rapides.

Parallèlement aux actions de prévention, il est donc indispensable de renforcer les stratégies de dépistage du VIH, de l'hépatite B et de la tuberculose dans toutes les populations migrantes. Il est également nécessaire que leur accès au système de soins soit facilité, afin de permettre une prise en charge précoce et un suivi régulier, ceci dans le but de réduire les disparités observées.

Three frequent infectious diseases in migrants in France: HIV infection, tuberculosis and hepatitis B

Prevalence of HIV, tuberculosis and hepatitis B is high in some regions of the world, in particular in sub-Saharan Africa and Asia. The objective of this article is to describe the impact of these infections in migrants living in France.

Among the 6,700 new HIV diagnoses and 5,276 tuberculosis cases reported in 2009, nearly half of them were migrants. Among the 1,715 HBsAg-positive patients newly referred for antiviral treatment in 2008-2009, three quarters were migrants. The proportion of individuals born in sub-Saharan Africa was high among migrants diagnosed with HIV infection (70%), migrants newly referred for chronic HBV infection (54%) and tuberculosis cases notified in migrants (33%).

Rates of new HIV diagnoses and tuberculosis cases in migrants were respectively 10 times and 8 times higher than in persons born in France.

HIV testing is performed too late among migrants who are often diagnosed with AIDS at testing, in particular in Asians and North Africans, but was not observed in sub-Saharan Africans. In addition, patients born in Asia and in moderate endemic countries for HBV infection are also referred too late after diagnosis of chronic HBV infection while sub-Saharan Africans are referred quicker.

Together with prevention actions, it is important to intensify screening strategies for HIV and HBV infections, as well as tuberculosis, in all of the migrant population. It is also necessary to facilitate access to health care system after diagnosis for early treatment, care and regular follow-up in order to reduce disparities.

Mots clés / Key words

VIH, sida, tuberculose, VHB, hépatite B, population migrante, épidémiologie, France / HIV, AIDS, tuberculosis, HBV, hepatitis B, migrants, epidemiology, France

Introduction

Parmi les pathologies infectieuses, l'infection à VIH, la tuberculose et l'hépatite B sont des pathologies lourdes, voire chroniques, qui nécessitent un traitement prolongé, et pour lesquelles une surveillance nationale existe en France. Les données de l'OMS montrent que ces trois pathologies sont très présentes dans certaines régions du monde, et notamment en Afrique subsaharienne. L'Asie est une zone à forte prévalence surtout pour l'hépatite B et la tuberculose, alors que ce continent est une zone de moyenne prévalence pour le VIH, de la même manière que l'Europe de l'Est. La prévalence du VIH et de la tuberculose est plus faible en Europe de l'Ouest et en Afrique du Nord.

Les populations immigrant en France ont donc un risque d'exposition et d'infection plus élevé lorsqu'elles sont originaires de ces régions. À cela s'ajoutent des conditions parfois difficiles d'accès aux soins et souvent une précarité socio-économique en France. Un dépistage et une prise en charge précoce et adéquate de ces trois infections sont pourtant primordiaux, sur le plan individuel tout d'abord, mais aussi sur le plan collectif pour en limiter la transmission.

Le nombre de personnes immigrées résidant en France métropolitaine est estimé à 5,3 millions en 2007 (8,3% de la population) [1]. Parmi les immigrés, 38,4% sont originaires d'Europe, 30,1% de 3 pays d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc et Tunisie), 14,0% d'Asie, 12,3% d'Afrique subsaharienne et 5,2% d'Amérique ou d'Océanie [2].

Cet article a pour objectif de décrire, à partir des données disponibles les plus récentes (2008 ou 2009), les principales caractéristiques sociodémographiques, cliniques et biologiques des personnes immigrant en France ayant découvert leur séropositivité à VIH, ayant fait l'objet d'une déclaration de tuberculose ou ayant été prises en charge pour une hépatite B chronique.

Méthodes

Les données utilisées sont issues de 3 systèmes de surveillance coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Deux sont basés sur une déclaration obligatoire (VIH et tuberculose), qui est établie au moment du diagnostic et qui est adressée à l'Agence régionale de santé (ARS), avant d'être transmise à l'InVS [3]. La surveillance de l'hépatite B chronique repose sur un réseau de services hospitalo-universitaires

d'hépatogastroentérologie (pôles de référence « hépatites ») [4].

Les données présentées dans cet article ont été analysées en fonction du lieu de naissance, le terme « migrants » utilisé faisant référence aux personnes nées à l'étranger, quelle que soit leur nationalité. Les données concernant les migrants ont été comparées à celles des personnes nées en France.

Les régions d'origine ont été définies géographiquement selon la classification des pays et régions utilisée par la Division des statistiques des Nations Unies (<http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>). L'Europe comprend les pays de l'Union européenne, mais également les autres pays d'Europe de l'Ouest et ceux d'Europe centrale et de l'Est. Concernant l'hépatite B chronique, les différentes régions de l'Europe ont été individualisées compte tenu de niveaux d'endémicité différents.

Infection à VIH

La déclaration obligatoire (DO) de l'infection à VIH a été mise en place en 2003. Doit être déclaré tout nouveau diagnostic d'infection à VIH [5]. Sont notamment recueillies des variables sociodémographiques (âge, sexe, lieu

de domicile, nationalité, pays de naissance), des variables cliniques et biologiques (motif de dépistage, stade clinique) et des variables comportementales (mode de contamination).

L'analyse a porté sur les découvertes de séropositivité à VIH de l'année 2009, déclarées jusqu'au 30 septembre 2010, et corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, ainsi que des valeurs manquantes par une méthode d'imputation multiple [5]. Cette méthode a été appliquée aux variables d'intérêt principales, dont le pays de naissance. Elle a permis de réaffecter aux cas dont le pays de naissance était inconnu une valeur d'une des 5 zones géographiques choisies (France, Afrique subsaharienne, Europe hors France, continent américain, autres). Des données de tendances ont été présentées sur la période 2003-2009. Les taux de déclaration par lieu de naissance ont été calculés à partir des données du recensement 2007 de l'Insee.

Tuberculose

La DO de la tuberculose, qui existe depuis 1964, permet de recenser les cas de tuberculose maladie dans la population générale [6]. Les cas sont définis par la présence de signes cliniques ou radiologiques compatibles avec la maladie, associés à une décision de mise sous traitement antituberculeux, avec ou sans confirmation bactériologique. Sont recueillies des variables sociodémographiques (âge, sexe, lieu de domicile, nationalité, pays de naissance, année d'arrivée en France) et des variables cliniques et biologiques (antécédents vaccinaux ou de tuberculose, localisation de la tuberculose, résultats bactériologiques).

Les données présentées dans cet article ont concerné les cas de tuberculose déclarés en 2008 ou 2009. Les tendances observées depuis 2003 ont été analysées. Les pourcentages ont été calculés parmi les cas pour lesquels l'information était connue. Les taux de déclaration présentés sont ceux publiés précédemment [6;7]. Ils ne prennent pas en compte la possible sous-déclaration des cas. Les données de population utilisées pour calculer ces taux étaient issues du recensement 2006 de l'Insee, sauf pour les taux par ancienneté d'entrée en France pour lesquels les données du recensement de 1999 ont été utilisées.

Hépatite B chronique

Depuis 2008, 29 des 32 pôles de référence « hépatites » existants participent à la surveillance nationale de l'hépatite B chronique [4]. Cette surveillance concerne tout adulte nouvellement pris en charge pour une hépatite B chronique (définie par la persistance de l'Ag HBs depuis au moins 6 mois), ayant donné son accord pour participer. Les caractéristiques démographiques (sexe, âge, pays de naissance, circonstances de découverte), cliniques et biologiques (mode de contamination, ALAT, Ag HBe, co-morbidités, sévérité de l'atteinte hépatique) sont notamment recueillies.

Pour des raisons d'effectifs, les données présentées ici sont celles du cumul des années 2008 et 2009. Ont été sélectionnées les personnes sans prise en charge thérapeutique antérieure.

Les pays de naissance ont été regroupés en 3 zones d'endémicité du VHB (classification

OMS) définies selon leur niveau de prévalence de l'Ag HBs [8] :

- endémicité forte (prévalence ≥8%) qui regroupe les pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie ;
- endémicité modérée (prévalence comprise entre 2 et 8%) qui comprend les pays d'Afrique du Nord, du Moyen-Orient, d'Europe du Sud et de l'Est, d'Amérique du Sud et des Caraïbes ;
- endémicité faible (prévalence de l'Ag HBs <2%) qui regroupe les pays d'Europe du Nord et de l'Ouest, d'Amérique du Nord, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Résultats

Infection à VIH

Parmi les 6 700 découvertes de séropositivité estimées en 2009, 48% concernaient des personnes migrantes (tableau 1). Après une diminution significative de cette proportion (de 59% en 2003 à 50% en 2007), elle s'est stabilisée sur la période 2007-2009. Il en est de même du nombre absolu, qui s'est stabilisé autour d'environ 3 200 migrants découvrant leur séropositivité chaque année depuis 2007. La moitié était des femmes.

La diminution observée entre 2003 et 2007 a été particulièrement marquée chez les personnes nées en Afrique subsaharienne, qui représentent encore néanmoins 69% des migrants en 2009, soit environ 2 200 personnes. Le nombre de découvertes de séropositivité a par contre

augmenté entre 2003 et 2009 (de 150 à 250 cas) chez les migrants d'Europe (de l'Est ou de l'Ouest, notamment du Portugal).

Rapporté au nombre de migrants vivant en France, le taux de découvertes de séropositivité à VIH dans cette population est de 61 pour 100 000, mais varie beaucoup en fonction du lieu de naissance (figure 1). Comparativement, ce taux est de 6 pour 100 000 chez les personnes nées en France.

Le principal mode de contamination des personnes migrantes était la transmission lors de rapports hétérosexuels, pour 73% des hommes et 97% des femmes. La transmission lors de rapports sexuels entre hommes concernait 23% des hommes migrants ; peu d'entre eux étaient nés en Afrique subsaharienne (environ 6%), alors que 57% étaient nés en Europe. L'usage de drogues concernait 3% des hommes, notamment ceux nés en Europe, et plus particulièrement en Europe de l'Est.

C'est en Guyane, en Île-de-France et en Guadeloupe que la proportion de migrants était la plus élevée parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2009, respectivement 68%, 62% et 59%.

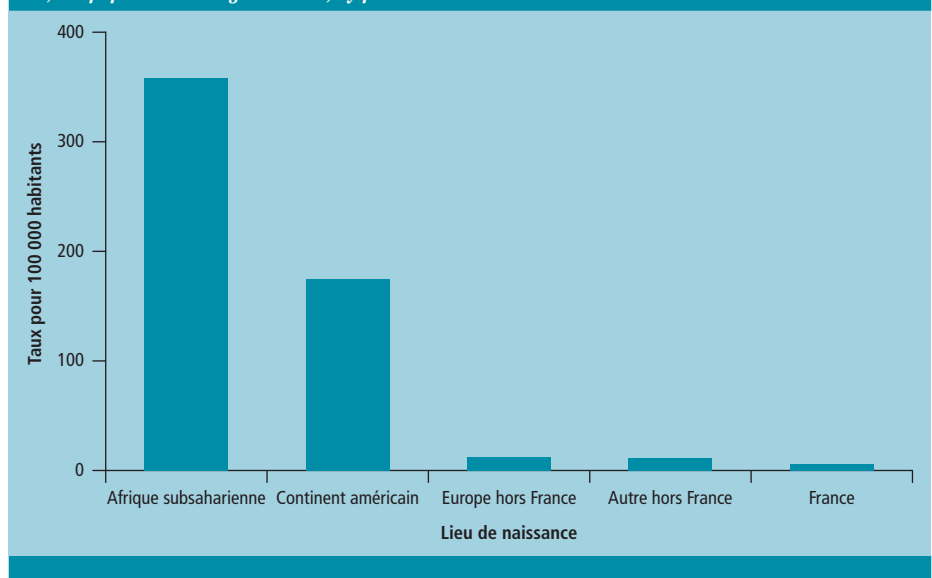
Concernant les motifs de dépistage du VIH chez les migrants, deux situations étaient particulièrement marquantes :

- d'une part, les bilans systématiques, lors d'une grossesse par exemple, restaient en 2009 un motif

Tableau 1 Nombre de découvertes de séropositivité à VIH par lieu de naissance, France, 2003-2009 (données au 30 septembre 2010 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes) / **Table 1** Number of new HIV diagnoses by place of birth, France, 2003-2009 (data reported by 30th September 2010 adjusted for reporting delays, underreporting and missing values)

Lieu de naissance	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
France	3 061	41,4	3 204	42,1	3 417	45,5	3 366	47,8	3 257	50,4	3 205	50,1	3 456	51,9
Étranger dont	4 341	58,6	4 404	57,9	4 101	54,5	3 675	52,2	3 199	49,6	3 186	49,9	3 207	48,1
Afrique subsaharienne	3 228		3 181		2 955		2 590		2 229		2 210		2 224	
Amérique	575		609		559		492		491		431		472	
Europe	156		211		215		237		191		235		247	
Autre	382		404		372		356		288		310		264	
Total	7 402		7 608		7 518		7 041		6 456		6 391		6 663	

Figure 1 Nombre de découvertes de séropositivité à VIH en 2009, par lieu de naissance, rapporté à la population vivant en France (Taux pour 100 000) / **Figure 1** Number of new HIV diagnoses in 2009 per 100,000 population living in France, by place of birth



de dépistage beaucoup plus fréquent chez les femmes migrantes que chez celles nées en France (pour 37% d'entre elles *versus* 27%), ceci étant vrai pour les femmes nées en Afrique subsaharienne ou en Amérique. Chez les hommes migrants, les bilans systématiques étaient aussi une raison plus fréquente de dépistage par rapport aux hommes nés en France (16% *versus* 11%) ;

- d'autre part, le fait de se faire dépister après une exposition à risque représentait un motif moins fréquent chez les personnes migrantes, femmes ou hommes, comparativement aux personnes nées en France (respectivement 15% *versus* 25% chez les femmes et 20% *versus* 30% chez les hommes).

Les découvertes de séropositivité très tardives (au stade clinique de sida) concernaient, en 2009, 16% des migrants, cette proportion ayant peu diminué depuis 2003 (18%). Elle variait selon le sexe (20% des hommes migrants étaient dépistés très tardivement *versus* 12% des femmes), le mode de contamination (23% des hommes migrants hétérosexuels et 11% des homosexuels), et selon le lieu de naissance (15% des migrants d'Afrique subsaharienne, 17% de ceux d'Amérique, notamment d'Haïti). Ce pourcentage atteignait 24% chez les migrants nés dans les autres zones géographiques (Asie et Afrique du Nord notamment).

La comparaison globale entre migrants et personnes nées en France montrait des pourcentages très comparables, puisque 14% des personnes nées en France étaient à un stade de sida lors de la découverte de leur séropositivité en 2009 (14% des femmes, 22% des hommes hétérosexuels et 11% des homosexuels).

La tuberculose, qui est l'une des pathologies opportunistes pouvant survenir au cours de l'infection à VIH, en raison de l'immunodépression induite, permet de définir un stade clinique de sida. Parmi les diagnostics de sida en 2009 chez les migrants, 32% d'entre eux avaient présenté une tuberculose comme pathologie inaugurale, ce pourcentage étant assez stable depuis plusieurs années mais très supérieur à celui observé chez les personnes nées en France (6%). Il différait selon le lieu de naissance, et était le plus élevé chez les migrants nés en Afrique subsaharienne (38%) ou en Asie (42%).

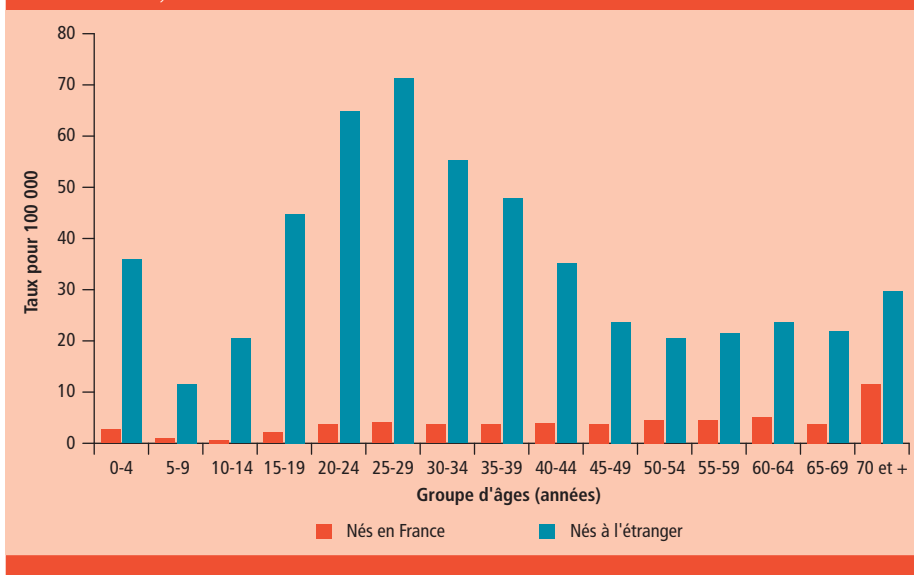
Tuberculose

Parmi les 5 276 cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2009, la moitié concernait des personnes nées à l'étranger [6]. Cette proportion était inférieure à 50% dans la plupart des régions françaises, sauf en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (54%), Alsace (62%), Île-de-France (68%) et Guyane (76%).

Parmi les personnes migrantes déclarées pour une tuberculose en 2009, 36% étaient nées en Afrique subsaharienne, 29% en Afrique du Nord, 14% en Asie, 10% dans un pays de l'Union européenne, 5% dans un autre pays d'Europe et 6% dans d'autres régions (notamment Amérique).

Depuis 2003, le nombre de cas de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger est resté relativement stable, alors que le nombre de cas chez les personnes nées en France a baissé (respectivement +0,5% et -4,8% d'évolution annuelle moyenne entre 2003 et 2009). En

Figure 2 Taux de déclaration de tuberculose maladie par groupe d'âges et lieu de naissance, France métropolitaine, 2009 / **Figure 2** Notification rate of tuberculosis disease per age group and place of birth, mainland France, 2009



conséquence, la proportion de cas chez des personnes nées à l'étranger a augmenté de 48% en 2003 à 50% en 2009.

Le taux de déclaration était pour la France entière de 8,2 pour 100 000 habitants en 2009, mais était environ 8 fois supérieur chez les personnes nées à l'étranger par rapport à celles nées en France (respectivement 35,1 et 4,3). On retrouve cette différence dans tous les groupes d'âges et de façon plus marquée chez les jeunes adultes (figure 2). Le taux de tuberculose était particulièrement élevé chez les personnes nées en Afrique subsaharienne (109/10⁵).

Les personnes migrantes avec une tuberculose déclarée en 2009 résidaient plus souvent en collectivité que celles nées en France (15,8% *versus* 10,9% ; $p < 10^{-3}$).

Comparées aux personnes nées en France, les personnes migrantes présentaient moins souvent de formes pulmonaires de tuberculose, qui correspondent aux formes potentiellement contagieuses de la maladie (68,8% *versus* 75,5% ; $p < 10^{-3}$). Les formes multirésistantes de tuberculose (résistance à au moins l'isoniazide et la rifampicine) étaient plus fréquentes chez les migrants (3,2% *versus* 0,8% ; $p < 10^{-3}$).

L'année d'arrivée en France était renseignée pour 67% des cas de tuberculose chez les migrants. Vingt-cinq pour cent d'entre eux étaient arrivés en France dans les 2 ans avant le diagnostic de tuberculose, 16% entre 2 et 5 ans, 22% entre 4 et 10 ans et 37% étaient en France depuis 10 ans ou plus. Le risque de tuberculose diminuait à mesure que l'ancienneté de l'arrivée en France augmentait. Ainsi, parmi les cas déclarés chez les migrants en 2008, le taux de déclaration de tuberculose était de 267/10⁵ chez ceux arrivés moins de 2 ans avant le diagnostic de tuberculose, alors qu'il était de 18/10⁵ chez ceux arrivés depuis 10 ans ou plus [7].

Hépatite B chronique

Entre janvier 2008 et décembre 2009, 1 715 patients naïfs de traitement antiviral ont été nouvellement pris en charge dans les pôles de référence pour une hépatite B chronique. Parmi les 1 665 personnes dont le pays de naissance était connu, les trois-quarts étaient nées à l'étranger, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne (tableau 2), principalement au Sénégal, Congo, Guinée, Cameroun et Mali.

Les principales caractéristiques de ces personnes sont décrites dans le tableau 3.

Tableau 2 Répartition des personnes nouvellement prises en charge pour une hépatite B chronique dans les pôles de référence « hépatites », selon leur lieu de naissance, France, 2008-2009 / **Table 2** Distribution of HBsAg-positive patients newly referred for antiviral treatment in hepatology reference centers, by place of birth, France, 2008-2009

Lieu de naissance	N	% ^a
France	422	25,3
France métropolitaine	336	(79,6)
Département français d'Amérique	86	(20,4)
Étranger	1 243	74,7
Afrique subsaharienne	671	(54,0)
Asie	200	(16,1)
Afrique du Nord	141	(11,3)
Moyen-Orient	72	(5,8)
Europe du Sud	69	(5,6)
Europe de l'Est	63	(5,1)
Amérique du Sud / Caraïbes hispano-anglophones	23	(1,8)
Sous-continent Indien	4	(0,3)
Total	1 665	100,0

^a Pourcentages calculés parmi les patients nés en France ou parmi ceux nés à l'étranger.

Tableau 3 Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients nés en France et des patients migrants nouvellement pris en charge pour une hépatite B chronique dans 29 pôles de référence « hépatites », France, 2008-2009 / *Table 3 Epidemiological and clinical characteristics of patients born in France or abroad, newly referred for antiviral treatment in 29 hepatology reference centers, France, 2008-2009*

	Patients nés en France (N=422)	Patients migrants			
		Nés en zone de forte endémicité ^a (n=871)		Nés en zone de moyenne endémicité ¹ (n=372)	Total (N=1 243)
		Afrique subsaharienne (n=671)	Asie (n=200)		
Sexe, Hommes (%)	60,2	62,7	51,5	56,2	59,0
Âge médian, années (IQR) ^b	41 (31-54)	32 (27-39)	35 (29-45)	38 (29-48)	34 (28-42)
Mode de contamination présumé ^c (%)	n=177	n=224	n=62	n=120	n=406
Mère-enfant	6,8	50,5	40,3	20,0	39,9
Sexuelle	9,1	29,9	17,7	22,5	25,9
Intrafamiliale	10,7	4,5	21,0	18,3	11,1
Autre ^d	40,1	8,9	12,9	23,4	13,8
Aucune	33,3	6,2	8,1	15,8	9,3
Délai moyen ^e entre la première découverte de l'AgHBs et la prise en charge dans le pôle (années $\pm$ DS) ^f	5,8 ($\pm$ 8,3)	2,1 ($\pm$ 4,4)	3,8 ($\pm$ 6,7)	3,8 ($\pm$ 6,0)	2,9 ($\pm$ 5,3)
Données biologiques					
ALAT ^g > N (%)	29,2	26,1	42,6	29,9	30,0
Ag HBe ^h positif (%)	15,3	9,8	22,3	9,5	11,8
Co-morbidités					
Consommation excessive d'alcool ⁱ (%) ^j	14,3	5,8	6,4	8,4	6,7
Co-infection par le VIH (%) ^k	4,0	2,5	0,0	0,4	1,5
Évaluation de la fibrose	n=260	n=444	n=134	n=239	n=817
Formes sévères ^l (%)	15,0	8,3	14,9	17,6	12,1

^a Classification OMS [8] ; ^b Intervalle interquartile ; ^c Données restreintes aux patients qui n'ont rapporté qu'un seul mode de contamination au cours de la vie ; ^d Autre mode de contamination présumé : professionnel, nosocomial, usage de drogues, tatouage, piercing ; ^e ^g ^h Information disponible pour 85% des patients ; ^f Déviation standard ; ^g Information disponible pour 88% des patients ; ^h Consommation d'alcool hebdomadaire >210 g chez la femme et >280 g chez l'homme ; ⁱ Information disponible pour 73% des patients ; ^j Définie par un score Métavir F3-F4 à la biopsie et en l'absence de biopsie, par un résultat d'élastométrie impulsométrique >9 kpa.

Les migrants étaient majoritairement des hommes, pour 59% d'entre eux, pourcentage comparable à celui observé chez les patients nés en France.

Les migrants nés en zone de forte endémicité étaient plus jeunes au moment de leur prise en charge (âge médian de 33 ans, 31 ans chez les femmes et 34 ans chez les hommes) que ceux nés dans un pays d'endémicité modérée (38 ans) ou ceux nés en France (41 ans).

Le principal mode de contamination présumé chez les migrants nés en zone de forte endémicité était la transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou pendant l'enfance, quel que soit le lieu de naissance, puis la transmission sexuelle (30%) chez les migrants nés en Afrique subsaharienne et la transmission intrafamiliale (21%) chez ceux nés en Asie.

Parmi les migrants nés en zone d'endémicité modérée, les principaux modes de transmission étaient : une transmission sexuelle (23%), mère-enfant (20%) ou intrafamiliale (18%).

Le délai entre le dépistage de l'Ag HBs et la prise en charge dans le pôle était connu pour 85% des personnes. Le délai moyen de prise en charge était significativement plus court chez les migrants que chez les personnes nées en France (2,9 ans *versus* 5,8 ans ; $p < 10^{-3}$). Parmi les migrants, ce délai était plus court chez ceux nés en zone de forte endémicité (2,5 ans), avec une différence entre les migrants nés en Afrique subsaharienne (2,1 ans) et ceux nés en Asie (3,8 ans), et ceux nés en zone d'endémicité modérée (3,8 ans). Quel que soit le

lieu de naissance, le délai de prise en charge était toujours plus important (différence de 2 ans environ) chez les personnes de 50 ans et plus comparativement à celles de moins de 30 ans.

Concernant les co-morbidités, la consommation excessive d'alcool était rapportée de façon moins fréquente chez les migrants que chez les personnes nées en France (6,7% *versus* 14,3% ; $p < 10^{-3}$). Parmi les migrants, la co-infection par le VIH était plus fréquemment observée parmi ceux nés en Afrique subsaharienne.

Globalement, une évaluation de la fibrose était disponible pour 1 077 personnes (65%). La proportion de formes sévères à la prise en charge était la plus faible chez les migrants nés en Afrique subsaharienne (8,3%) et la plus élevée parmi les migrants nés dans un pays d'endémicité modérée (17,6%). Comparés aux migrants qui ne présentaient pas de forme sévère à la prise en charge, les migrants présentant une forme sévère étaient plus souvent des hommes (79% *versus* 60% ; $p < 10^{-3}$).

Discussion

Impact national et régional

Les migrants représentent, en France, une part importante des personnes découvrant leur séropositivité à VIH, diagnostiquées pour une tuberculose, ou prises en charge pour une hépatite B chronique, notamment les migrants originaires d'Afrique subsaharienne. Ce constat est identique dans d'autres pays européens, et notamment au Royaume-Uni où les migrants représentent

environ 70% des découvertes de séropositivité à VIH et des cas de tuberculose, et la majorité des infections chroniques à VHB [9].

Les taux rapportés à la population vivant en France montrent que les migrants sont fortement touchés par ces 3 pathologies infectieuses, ceci pouvant s'expliquer par plusieurs raisons :

- une forte prévalence des 3 infections dans les pays d'origine ;
- un âge à la contamination qui joue pour le VHB : la contamination se faisant souvent, dans les pays de forte endémie, à la naissance ou dans l'enfance, le passage à la chronicité est beaucoup plus fréquent ;
- un moindre accès à la prévention dans les pays d'origine et peut-être aussi en France ;
- des conditions de la migration et une précarité sociale favorisant la transmission de la tuberculose et la transmission intrafamiliale du VHB.

Trois régions françaises concentrent une proportion importante de migrants parmi les personnes découvrant leur séropositivité à VIH, l'Île-de-France (IdF) et 2 régions des Départements français d'Amérique (DFA). Il en est de même pour la tuberculose, l'IdF et la Guyane présentant la plus forte proportion de personnes nées à l'étranger parmi les cas déclarés.

Ceci est cohérent avec les données du recensement, dans la mesure où 4 immigrés sur 10 et 6 immigrés d'Afrique subsaharienne sur 10 sont domiciliés en IdF [10]. Les DFA, et en particulier la Guyane, attirent une population d'Haïti et d'Amérique du Sud, fortement touchée par l'infection à VIH et par la tuberculose.

Limites

Les données de surveillance permettent de décrire ces 3 pathologies, mais des limites sont à prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

Ainsi, le fait de ne pas disposer de l'année d'arrivée en France dans la DO du VIH ne permet pas de dater la contamination par rapport à la migration, et donc de présumer du lieu de la contamination (France *versus* pays d'origine). Cette variable figurera dans les fiches de déclaration à partir de janvier 2012, suite à un accord récent de la Cnil.

Concernant la DO de la tuberculose, le fait de ne pas collecter le statut VIH depuis 2003 est là aussi une limite du système de surveillance, compte tenu de l'augmentation très importante du risque de progression de l'infection tuberculeuse vers la maladie en cas de co-infection par le VIH et de la prévalence plus importante de l'infection à VIH chez les personnes migrantes en France.

Les données de prise en charge dans les pôles de référence ne sont pas représentatives de l'ensemble des prises en charge pour hépatite B chronique au niveau national, puisque le suivi peut se faire dans un hôpital hors pôle de référence, ou même en dehors d'une structure hospitalière. Néanmoins, il s'agissait des seules données nationales exploitables pour une analyse spécifique chez les migrants. La DO de l'hépatite B aigüe recueillait jusqu'à présent la notion d'un séjour en pays d'endémie, sans préciser le pays de naissance des personnes. Par ailleurs, elle exclut de fait un certain nombre de migrants dont la contamination remonte à l'enfance et a eu lieu dans leur pays d'origine.

Tendances

En termes de tendances, qui sont disponibles pour la tuberculose et le VIH, on constate que le nombre de découvertes de séropositivité à VIH a diminué chez les migrants entre 2004 et 2007, ce qui pourrait s'expliquer par une diminution de l'incidence. Mais compte tenu du délai de quelques années entre contamination et diagnostic, les estimations d'incidence qui ont été réalisées sur les années 2003-2008, et qui montrent une diminution du nombre de nouvelles contaminations, ne permettent pas de le confirmer [11]. Le recours au dépistage du VIH de la population migrante pourrait s'être modifié, notamment sur les années les plus récentes, même s'il est difficile de l'objectiver. Il en est de même des flux migratoires qui, s'ils sont assez stables quantitativement depuis 2003 [12], ont pu se modifier en termes de profils de populations. Concernant la tuberculose, le nombre de cas déclarés chez les migrants reste relativement stable depuis plusieurs années, alors que le nombre de cas diminue chez les personnes nées en France. Ceci pourrait témoigner d'un moindre accès des personnes migrantes aux stratégies de contrôle et de prévention mises en place en France, d'une dégradation des conditions de vie en France ou de la lutte antituberculeuse dans les pays d'origine, mais également de changement des profils et des conditions de migrations. Les données de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), qui réalise un dépistage systématique de la tuberculose maladie par radiographie pulmonaire chez les primo-migrants, montrent d'ailleurs que le nombre de cas de tuberculose diagnostiqués dans cette population est en augmentation entre 2005 et 2009 [13]. Il faut également noter que la structuration des Centres de lutte antituberculeuse (Clat) dans chaque département, suite à la loi de recentralisation de 2004, a pu conduire à un meilleur diagnostic de la tuberculose chez les migrants après le dépistage des cas contacts. Il reste donc difficile d'interpréter les tendances observées.

Dépistage et prise en charge

Les données présentées concernant les migrants d'Afrique subsaharienne montrent d'une part que le dépistage du VIH n'est pas plus tardif dans cette population que parmi les personnes nées en France, et d'autre part que leur prise en charge est l'une des plus rapides après le diagnostic d'une infection chronique par le VHB. Ceci pourrait s'expliquer par la prise de conscience d'un facteur d'exposition par les professionnels de santé, qui proposent facilement un dépistage du VIH à ces populations, et les orientent rapidement pour une prise en charge de leur hépatite B. Cela pourrait également résulter de l'existence de différents dispositifs (centres de santé, ONG spécialisées, associations, AME...), qui peuvent bénéficier aux populations migrantes. Il est néanmoins impossible de les évaluer, dans la mesure où peu de données sur les parcours de soins et les structures de prise en charge sont collectées dans les systèmes de surveillance. Une étude spécifique portant sur le « parcours de vie, VIH/sida et hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France », prévue en 2012 et financée par l'ANRS, permettra sans doute d'apporter des éléments de réponse.

Concernant les migrants originaires d'Asie ou d'une zone d'endémicité modérée pour le VHB (d'Afrique du Nord notamment), et en particulier les hommes, ils sont dépistés pour le VIH et pris en charge pour le VHB plus tardivement que les personnes nées en France. Le dépistage du VIH est donc à promouvoir dans ces populations, en ciblant plus particulièrement les hommes, qui ont des occasions de recours au système de soins moins fréquents que les femmes. Il semble également nécessaire de rappeler aux professionnels de santé que la découverte de l'Ag HBs nécessite une évaluation clinique et biologique et, en cas de diagnostic d'une hépatite B chronique, un suivi médical régulier.

Une étude récente visant à estimer les délais de prise en charge des cas de tuberculose en France a montré que les délais de recours aux soins étaient allongés chez les personnes nées à l'étranger, mais que le diagnostic était ensuite plus rapide pour ces personnes. Au final, le lieu de naissance n'avait pas d'influence sur la rapidité de la mise sous traitement des cas de tuberculose [14]. Une sensibilisation accrue des populations et des programmes de dépistage spécifiques permettraient d'accélérer le recours aux soins et la mise sous traitement des populations les plus à risque de tuberculose. Par ailleurs, la naissance dans un pays de forte incidence tuberculeuse est un des critères retenu pour la recommandation de vaccination par le BCG.

Besoins de prévention

L'infection à VIH et l'hépatite B sont toutes deux des infections sexuellement transmissibles.

Grâce aux données de sérotypage (réalisé par le Centre national de référence du VIH) qui n'ont pas été présentées dans cet article, il est possible d'affirmer qu'au moins 1 migrant d'Afrique subsaharienne sur 5 a été contaminé par le VIH en France (infection par une souche virale du VIH-1 quasiment absente en Afrique) [5]. C'est pourquoi, parallèlement aux actions de dépistage, il est important de poursuivre les actions de prévention, en assurant une visibilité de ces populations dans les campagnes grand public et en maintenant des actions ciblées.

Concernant le VHB, même si beaucoup d'infections sont le reflet de transmissions verticales ou intrafamiliales survenues dans l'enfance, il est néanmoins aussi important d'avoir des actions de prévention afin de lutter contre la transmission sexuelle (transmission beaucoup plus élevée que celle du VIH) au sein d'une communauté où la prévalence est élevée. La vaccination doit également être largement proposée.

Il est probable qu'une grande majorité des cas de tuberculose soit liée à la réactivation d'une infection acquise dans le pays d'origine, où la prévalence de la maladie est beaucoup plus élevée qu'en France. Les conditions de vie en France peuvent cependant induire une acquisition de l'infection en France. Ainsi, une épidémie dans un foyer de migrants à Paris en 2002 avait montré qu'une partie des contaminations avaient eu lieu au sein du foyer, en raison très certainement de mauvaises conditions de vie et du surpeuplement du foyer [15], d'où l'importance d'identifier les cas précocement pour limiter la transmission de la tuberculose.

Conclusion

Les personnes nées à l'étranger représentent une part très importante, variant de 50% à 75%, des personnes découvrant leur séropositivité à VIH, prises en charge pour une hépatite B chronique ou déclarées pour une tuberculose, captées par les systèmes de surveillance en France. Cette part est encore plus élevée dans certaines régions comme l'IdF et la Guyane.

Compte tenu de la fréquence de ces 3 pathologies au sein des populations migrantes en France, il est important de poursuivre les actions de prévention et de renforcer les stratégies de dépistage et d'accès aux soins auprès de ces populations, tel que préconisé par le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014, le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 et le programme national de lutte contre la tuberculose. En effet, un dépistage précoce permet d'inciter à l'adoption de moyens de prévention, en cas d'hépatite B chronique de proposer la vaccination à l'entourage, et en cas de tuberculose de mettre en place des mesures de contrôle autour des cas contagieux. Le diagnostic doit permettre d'orienter rapidement vers une prise en charge adéquate et un suivi régulier. C'est pourquoi, il est indispensable de faciliter l'accès au système de soins des populations migrantes, dans le but de réduire les disparités observées.

Références

- [1] Insee. Recensement 2007, exploitation principale. Structure par âge et sexe de la population étrangère ou immigrée en 2008 [Internet]. Disponible à : www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02162
- [2] Insee. Recensement 2007, exploitation principale. Répartition des immigrés par pays de naissance [Internet]. Disponible à : www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=immigrespaysnais
- [3] Institut de veille sanitaire. Système de la déclaration obligatoire. Liste des 30 maladies à déclaration obligatoire [Internet]. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/30-maladies-a-declaration-obligatoire>
- [4] Larsen C, Pioche C, Brouard C, Chevaliez S, Couzigou P, Delarocque-Astagneau E, *et al.* Hépatite B chronique prise en charge dans les pôles de référence depuis 2008 : premiers résultats. BEHWeb 2010 (1). Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/behweb/2010/01/index.htm>
- [5] Cazein F, Lot F, Pilonel J, Pinget R, Bousquet V, Le Strat Y, *et al.* Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(45-46):467-72.
- [6] Figoni J, Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2011;(22):258-60.
- [7] Antoine D, Che D. Épidémiologie de la tuberculose en France : bilan des cas déclarés en 2008. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(27-28):289-93.
- [8] World Health Organization. Global distribution of hepatitis A, B and C, 2001. Weekly epidemiological record. 2002;77:41-8.
- [9] Health Protection Agency. Migrant Health: Infectious diseases in non-UK born populations in England, Wales and Northern Ireland. A baseline report – 2006. London: Health Protection Agency Centre for Infections. 2006. Disponible à : http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1201767922096
- [10] Borrel C. Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005. Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004. Insee Première. 2006;1098.

[11] Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel, Cazein F, Bousquet V, *et al.* Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010;(45-46):473-6.

[12] Institut national d'études démographiques. Immigration régulière de long terme par groupes de nationalités et pour les nationalités les plus représentées, par année d'admission au séjour. France métropolitaine [Internet]. Disponible à : http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/29365/telechargement_fichier_fr_copie.de_ined_par_annee_et_nationalite_2008_detail.4.xls

[13] M'Jamri-Berthou A, Kern T, Wluczka M. Registre des cas de tuberculose vus dans le cadre de la visite médicale de l'OFII pendant l'année 2009. Disponible à : http://www.ofii.fr/IMG/pdf/Registre_des_cas_de_tuberculose_vus_par_l_OFII_en_2009.pdf

[14] Tattevin P, Che P, Fraisse P, Gatey O, Guichard C, Antoine D, *et al.* Factors associated with patient and healthcare system delay in the diagnosis of tuberculosis in France. *Int J Tuberc Lung Dis.* (sous presse).

[15] Antoun F, Valin N, Chouaid C, Renard M, Dautzenberg B, Lalande V, *et al.* Épidémie de tuberculose dans un foyer de migrants à Paris en 2002. *Bull Epidemiol Hebd.* 2003;(10-11):58-60.

Santé périnatale des femmes étrangères en France

Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles (marie-josephe.saurel@inserm.fr), Monica Saucedo, Nicolas Drewniak, Béatrice Blondel, Marie-Hélène Bouvier-Colle

Inserm Unité 953, Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, Hôpital Saint-Vincent de Paul, Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction et méthode – Cet article montre les différences de situation sociodémographique, de surveillance prénatale et d'issue de la grossesse selon la nationalité de la mère parmi les femmes qui ont accouché en France métropolitaine en 2010. En outre, il présente les données les plus récentes, sur la période 2003-2007 concernant les décès maternels et leurs causes et sur la période 1998-2007 concernant les caractéristiques des femmes décédées.

Résultats – L'ensemble des femmes étrangères, et particulièrement les femmes d'Afrique subsaharienne, représente une population à risque périnatal : femmes plus âgées, parité plus élevée, niveau d'études plus faible, ressources issues d'une activité professionnelle moins fréquentes. Cependant, la consommation de tabac est moins fréquente que chez les femmes françaises. Les femmes d'Afrique du Nord présentent certains facteurs de risque périnatal mais pas d'excès de mortalité, de prématurité, ni d'hypotrophie. En revanche, les femmes d'Afrique subsaharienne ont un taux de césariennes élevé et des risques de mortalité, de prématurité et d'hypotrophie plus élevés que ceux des femmes françaises.

Le taux de mortalité maternelle des femmes étrangères, considérées globalement, est de 12,5 pour 100 000 naissances vivantes *versus* 7,9 pour les femmes françaises. Il existe toujours des disparités entre les nationalités étrangères elles-mêmes. Le taux pour les femmes de nationalité étrangère autre que celles de l'Europe ou du Maghreb est 2 à 3 fois plus élevé que celui des Françaises.

Conclusion – Ces résultats soulignent les besoins de prévention et de prise en charge pour certains groupes de femmes étrangères, et tout particulièrement les femmes d'Afrique subsaharienne, assez nombreuses en France.

Mots clés / Key words

Mortalité, prématurité, hypotrophie, mortalité maternelle, nationalité / Stillbirth, preterm birth, low birth weight, maternal mortality, nationality

Introduction

La France a une tradition d'immigration et accueille une population jeune, ce qui conduit à une part importante de naissances issues de femmes étrangères, d'environ 12%. Les femmes immigrées ont souvent une situation sociodémographique moins favorable que le reste de la population, ce qui peut rendre difficile l'accès aux soins [1] et accroître les risques périnataux [2]. Compte tenu de l'évolution des mouvements migratoires issus des principales zones géographiques (Europe du Sud, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Asie), la composition de la population immigrée varie au cours du temps, les groupes de femmes immigrées à risque périnatal changent [3] et il est nécessaire d'étudier régulièrement la situation du point de vue de la santé périnatale. Des études ont également montré un risque accru de prématurité dans d'autres pays d'accueil en lien avec

l'origine géographique des mères, leur nationalité ou leur pays de naissance [4;5].

La santé maternelle est moins fréquemment explorée que celle de l'enfant. La mortalité maternelle reste l'indicateur essentiel de la santé des femmes. À notre connaissance, les données sur la morbidité maternelle n'ont pas fait l'objet jusqu'ici, au niveau national, de comparaisons entre femmes étrangères et femmes françaises.

Événement très rare en France, le décès des femmes en état gravidopuerpéral, dû à des causes obstétricales, est un signal d'alarme relatif à la qualité des soins en obstétrique et en anesthésie-réanimation.

En 2008, une étude cas-témoins (décès maternels/naissances de l'Enquête nationale périnatale de 1998) avait montré qu'après prise en compte des facteurs de confusion (âge, parité,

état de santé pendant la grossesse), le risque de décès maternel était plus important pour les femmes étrangères globalement (ORa=2,0 [1,4-2,8]) sur la période 1996-2001 [6;7]. Ce risque variait selon les nationalités, avec des ORa de 5,5 [3,3-9,0] pour les femmes de nationalité d'Afrique subsaharienne, et de 3,3 [1,7-6,5] pour les femmes de nationalité asiatique ou américaine, comparées aux Françaises. Ce sur-risque était en partie associé aux complications de l'hypertension et aux infections, mais aussi à une proportion plus élevée de soins non optimaux (78% globalement chez les étrangères *versus* 57% chez les Françaises). Les données publiées en 2010 ont confirmé que la mortalité maternelle restait différente selon les nationalités [8;9].

Cet article montre les différences de situation sociodémographique, de surveillance prénatale et d'issue de la grossesse selon la nationalité de

la mère parmi les femmes qui ont accouché en France métropolitaine en 2010. En outre, il présente les données les plus récentes, portant sur la période 2003-2007 pour les décès maternels et leurs causes et sur la période 1998-2007 pour les caractéristiques des femmes décédées. Pour ces analyses, nous avons comparé les femmes de nationalité française, d'une part, à l'ensemble des femmes de nationalité étrangère et, d'autre part, à plusieurs catégories de femmes étrangères regroupées par grands groupes de nationalités.

Matériel et méthodes

Les données sont issues de plusieurs sources. La description des caractéristiques sociodémographiques des femmes, leur suivi prénatal, l'accouchement et l'issue de la grossesse selon la nationalité sont issues principalement des Enquêtes nationales périnatales (ENP) [10]. De plus, nous avons utilisé les statistiques de l'état-civil pour analyser la mortalité en 2007 [11].

Les ENP sont fondées sur un échantillon représentatif des naissances en France. Elles portent sur l'ensemble des naissances dans toutes les maternités pendant une semaine. Les données proviennent d'une part d'un entretien auprès des femmes en suites de couches, pour connaître leur situation sociodémographique et leur surveillance prénatale, et d'autre part du dossier médical pour connaître les pathologies et l'issue de la grossesse. Pour cet article, nous présentons les résultats de la dernière ENP réalisée en 2010. De plus, nous avons regroupé les données des trois dernières ENP (1998, 2003, 2010) pour analyser l'issue de la grossesse, afin d'avoir un effectif plus important. Les issues de grossesse étudiées étaient la mortalité, qui comprend tous les enfants morts avant la naissance, la prématurité définie par un accouchement avant 37 semaines d'aménorrhée et l'hypotrophie définie par un poids inférieur au 10^e percentile selon la distribution de référence du poids en fonction de l'âge gestationnel établie par l'Audipog (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie). En 2010, 14 681 femmes ont été interrogées en France métropolitaine. L'information relative à la nationalité était disponible pour 14 123 femmes parmi lesquelles 1 892 étaient de nationalité étrangère (voir encadré).

Pour la mortalité maternelle, les données sont issues de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM). Cette enquête, mise en place en 1995, identifie tous les ans les morts maternelles en France telles que définies dans la Classification internationale des maladies, c'est-à-dire « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la localisation ou la durée, d'une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ».

L'ENCMM se sert de trois sources des données, indépendantes entre elles mais complémentaires dans l'enquête :

- les décès dont le certificat médical comporte une mention de grossesse, d'accouchement ou de *postpartum*, sont sélectionnés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm) et signalés à l'ENCMM ;

Encadré Le choix de la nationalité comme variable d'étude / *Box The choice of nationality as a study variable*

Dans l'ENP de 2010, nous disposons des variables suivantes : nationalité en 5 catégories (française, étrangère d'un autre pays d'Europe, étrangère d'Afrique du Nord, étrangère d'un autre pays d'Afrique et autres nationalités), pays de naissance, année d'arrivée en France et langue maternelle. Dans les ENP de 1998 et de 2003, nous disposons de la nationalité uniquement. Or, nous devons cumuler plusieurs années d'ENP pour le présent article.

Dans l'ENCMM, nous disposons des variables pays de naissance et nationalité, remplies au niveau de l'enregistrement du décès à l'état-civil, pour toutes les années de l'enquête. La nationalité est détaillée. Nous avons procédé à un regroupement des nationalités compatibles avec le regroupement de l'ENP.

Nous avons opté pour la nationalité comme variable approchant la notion de migration, car ce caractère est plus pertinent pour décrire la situation actuelle de la femme que le pays de naissance qui la caractérisait en moyenne une trentaine d'années auparavant. De plus, dans l'ENCMM, nous avons analysé le croisement des variables nationalité et pays de naissance et constaté que la quasi-totalité des femmes de l'enquête nées hors de France étaient des femmes de nationalité étrangère. C'est le cas aussi dans l'ENP de 2010.

- les informations, émanant d'un questionnaire très détaillé, sur les décès signalés par le CépiDc et qui ont donné lieu à une enquête confidentielle et approfondie. Celle-ci permet au Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM), de rendre un avis sur la nature maternelle ou non du décès, sur sa cause, et sur l'adéquation de la prise en charge. L'information sur la nationalité des femmes était disponible pour tous les cas ;

- les naissances vivantes, issues des bulletins de naissance établis systématiquement à l'état-civil, et traités par l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques).

Le taux de mortalité maternelle est le rapport du nombre de décès maternels, observés sur une période donnée, aux naissances vivantes enregistrées pour la même période. Pour la période 2003-2007, l'ENCMM a enregistré 328 décès maternels en France métropolitaine, pour un ensemble de 3 886 449 naissances.

Résultats

En 2010, 13,3% des femmes qui ont accouché en France métropolitaine étaient de nationalité étrangère : 4,8% avaient une nationalité d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc ou Tunisie), 3,3% une nationalité d'un pays d'Europe (y compris la Turquie), 2,8% d'Afrique subsaharienne et 2,4% d'un autre pays, notamment d'Asie. Parmi les femmes étrangères, 98% étaient nées à l'étranger, 13% étaient arrivées en France en 2009 ou 2010 et 36% entre 2005 et 2008.

Caractéristiques sociodémographiques

Les femmes de nationalité étrangère étaient plus âgées que les Françaises. C'était le cas notamment des femmes d'Afrique subsaharienne : 23% d'entre elles avaient 35 ans ou plus comparé aux 19% des Françaises (tableau 1). Elles étaient plus nombreuses à être multipares : 23% des femmes d'Afrique subsaharienne avaient leur quatrième enfant ou plus, contre 7% des Françaises.

Tous les groupes de femmes étrangères se distinguaient du groupe des femmes françaises par un niveau d'études plus faible, notamment les femmes d'Afrique subsaharienne.

Globalement, les femmes de nationalité étrangère étaient plus souvent mariées ou en couple que les Françaises ; elles vivaient aussi deux fois plus souvent seules (sans partenaire).

Les femmes étrangères étaient beaucoup moins nombreuses à occuper un emploi pendant la grossesse ; en particulier, un quart des femmes

d'Afrique subsaharienne travaillaient comparé aux trois-quarts des femmes françaises. Les femmes dont le ménage percevait des allocations chômage ou le RSA (revenu de solidarité active) étaient plus nombreuses parmi les femmes d'Afrique du Nord ou d'Afrique subsaharienne. Presque 7% des femmes d'Afrique subsaharienne répondaient que leur ménage n'avait aucune ressource, ce qui était le cas de 0,5% des Françaises.

Le pourcentage de femmes fumant durant le troisième trimestre de la grossesse était beaucoup plus élevé parmi les Françaises que parmi les femmes étrangères ; il était le plus faible parmi les femmes d'Afrique.

La corpulence des femmes étrangères était plus forte que celle des Françaises. C'était particulièrement le cas des femmes d'Afrique subsaharienne ; au contraire, les femmes d'autres nationalités (principalement d'Asie) avaient une corpulence plus faible que celle des Françaises.

Surveillance prénatale et accouchement

Les femmes étrangères bénéficiaient moins souvent que les Françaises des sept consultations prénatales minimales prévues pour le suivi d'une grossesse sans complications (tableau 2). Le pourcentage de femmes hospitalisées pendant la grossesse (de 18,5% pour les Françaises) était identique pour les femmes de nationalité européenne, d'Afrique du Nord ou d'autres nationalités. En revanche, il était sensiblement plus élevé pour les femmes d'Afrique subsaharienne puisque 26% d'entre elles ont été hospitalisées. Pour ces dernières, l'hypertension et le diabète gestationnel étaient particulièrement fréquents.

Le taux de césariennes était voisin pour les femmes françaises et pour les autres européennes, respectivement 19,9% et 20,4% ; à peine supérieur pour les femmes d'Afrique du Nord (21,4%) et pour les femmes d'autres nationalités (22,7%). Il était beaucoup plus élevé pour les femmes d'Afrique subsaharienne (35%). C'était le cas aussi pour la fréquence de césariennes avant le début du travail. Le pourcentage de déclenchements était très voisin pour l'ensemble des groupes, proche de 23%.

Issue de la grossesse

En 2007, la mortalité était de 8,9 pour 1 000 naissances chez les Françaises, 8,6/1 000 chez les femmes de pays d'Europe, 8,8/1 000 chez les femmes de pays d'Afrique du Nord, 13,9/1 000 chez les femmes d'Afrique subsaharienne et 10,6/1 000 chez les femmes d'autres nationalités.

Le tableau 3 montre le taux de prématurité et d'hypotrophie pour les différents groupes de

Tableau 1 Santé périnatale des femmes étrangères en France : caractéristiques des femmes suivant leur nationalité en 2010 / Table 1 Perinatal health of foreign-born women in France: Characteristics of women by nationality in 2010

	Nationalité					
	Française %	Étrangère %	Europe %	Afrique du Nord %	Afrique subsaharienne %	Autres pays %
Âge maternel	(12 117)	(1 868)	(465)	(670)	(391)	(342)
<25 ans	16,7	17,1	17,8	16,9	19,2	14,3
25-29 ans	33,6	31,6	30,1	33,7	27,6	34,2
30-34 ans	31,0	29,5	31,4	27,2	31,2	29,5
≥35 ans	18,7	21,7	20,6	22,2	22,0	21,9
Parité	(12 154)	(1 863)	(464)	(667)	(388)	(344)
0 enfant	44,6	37,6	44,2	34,5	28,3	45,1
1 enfant	35,1	31,7	30,2	33,7	28,3	33,4
2 enfants	13,6	17,5	16,2	18,6	20,1	14,5
3 enfants et plus	6,7	13,3	9,5	13,2	23,2	7,0
Niveau d'études	(12 139)	(1 785)	(439)	(658)	(381)	(307)
Non scolarisée, primaire	0,9	11,5	11,6	8,5	17,3	10,7
Collège	25,2	29,6	30,1	32,1	31,0	22,2
Lycée	19,5	22,8	16,2	26,3	24,9	22,2
Supérieur au baccalauréat	54,4	36,2	42,1	33,1	26,7	44,9
Situation familiale	(12 149)	(1 833)	(450)	(668)	(389)	(326)
En couple mariée	43,0	69,3	61,3	89,1	40,4	74,2
En couple non mariée	50,5	18,5	34,0	5,0	24,2	18,1
Seule	6,5	12,2	4,7	6,0	35,5	7,8
Activité professionnelle pendant la grossesse	(12 093)	(1 800)	(445)	(653)	(381)	(321)
	75,6	36,3	51,5	25,0	36,0	38,9
Ressources du ménage	(12 051)	(1 765)	(430)	(657)	(370)	(308)
Activité professionnelle uniquement	72,2	61,1	67,9	58,4	49,7	71,1
Allocation chômage, RSA	22,2	27,6	24,2	32,0	30,3	20,1
Autres aides	5,1	8,5	5,8	8,1	13,2	7,5
Aucune	0,5	2,7	2,1	1,5	6,8	1,3
Tabac au 3^e trimestre de la grossesse	(12 159)	(1 824)	(450)	(666)	(383)	(325)
	19,6	5,3	12,4	2,2	2,6	4,9
Indice de masse corporelle	(11 951)	(1 675)	(419)	(623)	(338)	(295)
<18,5	8,4	7,0	8,6	3,9	3,9	15,3
18,5-24,9	65,4	61,3	64,0	60,8	55,0	65,4
25-29,9	16,3	21,8	18,8	25,0	26,3	13,9
≥30	9,9	9,9	8,6	10,3	14,8	5,4

Comparaison par rapport aux femmes de nationalité française : * p<0,05 ; ** p<0,01
Source : Enquête nationale périnatale 2010, France métropolitaine

Tableau 2 Surveillance prénatale et accouchement selon la nationalité des femmes en 2010 / Table 2 Medical care during pregnancy and delivery by women's nationality in 2010

	Nationalité					
	Française %	Étrangère %	Europe %	Afrique du Nord %	Afrique subsaharienne %	Autres pays %
Nombre de visites prénatales	(12 006)	(1 729)	(427)	(646)	(348)	(308)
0-6	7,1	18,1	16,6	17,8	22,1	16,2
7-8	29,0	30,2	29,8	31,4	28,5	30,5
9 et +	63,9	51,7	53,6	50,8	49,4	53,3
Hospitalisation prénatale	(12 156)	(1 835)	(452)	(667)	(389)	(327)
	18,5	20,0	18,4	18,4	26,0	18,3
Début du travail	(12 208)	(1 880)	(469)	(673)	(395)	(343)
Travail spontané	67,0	63,8	67,4	64,0	57,2	65,3
Déclenchement	22,5	23,2	22,2	25,1	23,0	21,3
Césarienne avant travail	10,6	13,1	10,4	10,9	19,8	13,4
Césarienne avant ou pendant le travail	(12 125)	(1 864)	(461)	(668)	(392)	(343)
	19,9	24,2	20,4	21,4	35,0	22,7

Comparaison par rapport aux femmes de nationalité française : * p<0,01
Source : Enquête nationale périnatale 2010, France métropolitaine

nationalités aux différentes enquêtes. Au cours de la période 1998 à 2010, le taux de prématurité a légèrement augmenté. Il est cependant difficile de suivre ces tendances dans chaque sous-groupe en raison de leurs effectifs. Notamment, le taux de prématurité des femmes « d'autres nationalités » apparaît plus faible en 2010 qu'en 2003. Après ajustement sur l'âge, la parité, la situation familiale, le niveau d'études, le statut d'emploi, la consommation de tabac et la corpulence, le taux de prématurité était plus élevé pour les femmes d'Afrique subsaharienne et pour les femmes d'autres nationalités. Il n'était pas statistiquement différent pour les femmes d'Afrique du Nord, ni pour les Européennes.

Le taux d'hypotrophie était significativement plus élevé pour les femmes d'Afrique subsaharienne que pour les femmes françaises, ce qui n'était pas le cas pour les autres groupes de nationalités.

Mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle des femmes étrangères, considérées globalement, était de 12,5 pour 100 000 naissances vivantes *versus* 7,9 pour les Françaises, différence statistiquement significative (tableau 4). Il existait toujours des disparités entre les nationalités étrangères elles-mêmes. Le taux pour les femmes de nationalité étrangère autre que celles de l'Europe ou du Maghreb était 2 à 3 fois plus élevé que celui des Françaises.

L'analyse des causes n'a pas permis de distinguer des profils pathologiques spécifiques selon les nationalités. Les causes obstétricales directes représentaient environ 70% des décès maternels, quelle que soit la nationalité, parmi lesquelles les hémorragies obstétricales qui étaient toujours la cause la plus fréquente de décès, suivies des embolies amniotiques et des complications de l'hypertension. On a noté tout au plus une tendance à davantage de thrombo-embolies pour les femmes appartenant aux nationalités du Maghreb et, proportionnellement, plus d'hémorragies pour les femmes appartenant aux nationalités d'Afrique subsaharienne ou de l'Asie et des autres pays.

L'examen des caractéristiques des femmes décédées et de leurs complications sur la période 1998-2007 (n=622 pour les données issues de l'état-civil et n=443 pour les décès expertisés) n'a mis en évidence aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes, parfois par manque de puissance mais aussi parce qu'on a observé une réelle homogénéisation des caractéristiques (tableau 5).

La qualité des prises en charge, après expertise du CNEMM, montrait peu de différence entre les deux groupes. Ni la proportion d'évitabilité, ni la distribution des raisons de l'évitabilité, ne différaient significativement entre Françaises et femmes de nationalité étrangère. De même, on n'observe pas de différence significative en ce qui concerne la variable « soins optimaux ».

Discussion

Ces résultats soulignent que l'ensemble des femmes étrangères, et particulièrement les femmes d'Afrique subsaharienne, représente une population à risque périnatal : femmes plus âgées, parité plus élevée, niveau d'études plus faible, ressources issues d'une activité professionnelle moins

Tableau 3 Prématurité et hypotrophie suivant la nationalité des femmes de 1998 à 2010 (enfants nés vivants) / **Table 3** Preterm birth and low birth weight by women's nationality from 1998 to 2010 (live births)

	Taux			ORa et IC95%
	1998	2003	2010	1998-2010
Prématurité				
Française	6,3	6,4	6,7	1
Étrangère	7,9	8,8	8,2	1,2 [1,0-1,3]
Autre pays d'Europe	8,0	8,4	8,9	1,1 [0,8-1,4]
Pays d'Afrique du Nord	6,7	6,8	7,5	1,0 [0,8-1,3]
Pays d'Afrique subsaharienne	10,3	10,4	10,7	1,4 [1,1-1,8]
Autres pays	8,0	11,6	5,8	1,4 [1,1-1,9]
Hypotrophie				
Française	10,0	11,5	9,1	1
Étrangère	9,1	7,8	7,4	0,9 [0,8-1,0]
Autre pays d'Europe	9,8	7,3	6,5	0,8 [0,6-1,0]
Pays d'Afrique du Nord	6,6	6,2	7,1	0,8 [0,6-1,0]
Pays d'Afrique subsaharienne	14,6	10,5	9,5	1,5 [1,2-1,9]
Autres pays	7,7	8,7	6,7	0,8 [0,6-1,1]

a Odd ratio ajusté sur l'année d'enquête, l'âge maternel, la parité, la situation familiale, le niveau d'études, l'emploi, la consommation de tabac et l'IMC (indice de masse corporelle).

Source : Enquête nationale périnatale 2010, France métropolitaine

Tableau 4 Décès maternels, taux de mortalité pour 100 000 naissances vivantes et répartition des causes obstétricales (en pourcentage) selon les nationalités, France métropolitaine, 1998-2007 / **Table 4** Maternal deaths, maternal mortality ratios per 100,000 live births, and distribution of obstetrical causes of death (in percentage) by mothers' nationality, metropolitan France, 1998-2007

	Nationalité											
	Françaises		Étrangères		Europe		Afrique du Nord		Afrique subsaharienne		Autre pays	
1998-2002												
Naissances	3 397 009		393 219		113 943		141 016		81 562		56 698	
Décès	245		49		6		12		25		6	
Taux* [IC95%]	7,2 [6,3-9,8]		12,5 [9,2-16,5]		5,3 [1,9-11,5]		8,5 [4,4-14,9]		30,7 [19,8-45,3]		10,6 [3,9-23,0]	
2003-2007												
Naissances	3 414 910		471 539		116 857		170 173		110 184		74 325	
Décès	269		59		7		13		24		15	
Taux* [IC95%]	7,9 [7,0-8,9]		12,5 [9,5-16,1]		6,0 [2,4-12,3]		7,6 [4,1-13,1]		21,8 [14,0-32,4]		20,2 [11,3-33,3]	
Causes obstétricales 1998-2007	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hémorragies	107	20,8	27	25,0	2	15,4	5	20,0	13	26,5	7	33,3
Embolies amniotiques	67	13,0	11	10,2	1	7,6	2	8,0	3	6,1	5	23,8
Hypertension artérielle	53	10,3	11	10,2	2	15,4	2	8,0	5	10,2	2	9,5
Thrombo-embolies	59	11,5	9	8,3	0	0	5	20,0	4	8,3	0	0
Infections	21	4,1	5	4,6	2	15,4	0	0	3	6,1	0	0
Complications d'anesthésie	8	1,6	2	1,9	1	7,7	0	0	1	2,0	0	0
Autres causes directes	39	7,6	13	12,0	0	0	2	8,0	7	14,3	4	19,0
Causes obstétricales indirectes	160	31,1	30	27,8	5	38,5	9	36,0	13	26,5	3	14,3
Toutes causes	514	100	108	100	13	100	25	100	49	100	21	100

* Taux pour 100 000 naissances vivantes.

Source : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, 1998-2007.

fréquentes. Cependant, la consommation de tabac, facteur de risque de faible poids de naissance, est moins fréquente que chez les femmes françaises.

Plusieurs limites à cette étude doivent être évoquées. D'une part, nous disposons d'effectifs réduits qui rendent nos estimations assez imprécises. Ces effectifs nous conduisent à réunir plusieurs nationalités en un seul groupe, ce qui peut gommer des différences entre les nationalités, et même, pour l'issue de la grossesse, à réunir plusieurs années, ce qui peut masquer des évolutions entre les périodes.

D'autre part, des femmes échappent à l'observation dans les ENP : celles ne maîtrisant pas la langue française, ou celles qui ont dû quitter la maternité très vite après l'accouchement et qui n'ont pas pu être interrogées, par exemple. Ceci peut atténuer les différences entre femmes françaises et femmes étrangères constatées dans nos résultats.

Néanmoins, quoiqu'imparfaites, ces données montrent que les relations entre « être de

nationalité étrangère » et issue de la grossesse ne sont pas uniformes et dépendent du groupe de nationalités, comme cela a déjà été souligné [12].

Les femmes d'Afrique du Nord présentent certains facteurs de risque périnatal mais pas d'excès de mortalité, de prématurité, ni d'hypotrophie, ce qui rejoint des résultats déjà publiés [13;14]. Il est difficile d'expliquer complètement ce paradoxe ; on peut évoquer un éventuel « effet immigrant sain » selon lequel les migrants pourraient être un groupe sélectionné en meilleure santé que leurs compatriotes restés au pays [15]. On peut aussi penser qu'il existe un soutien social au sein des communautés, protecteur et aidant pour les femmes enceintes et les nouvelles mères, et particulièrement fort quand le mouvement d'immigration issu d'un pays est ancien et concerne une communauté importante en France.

Les femmes d'Afrique subsaharienne présentent des caractéristiques sociodémographiques défavorables, une surveillance prénatale limitée en

dépôt de leurs pathologies, un taux de césariennes élevé et des risques de mortalité, de prématurité et d'hypotrophie plus élevés que ceux des femmes françaises. L'analyse des données de l'ENP de 2003 montrait que les femmes de nationalité extra-européenne, et particulièrement d'Afrique subsaharienne, avaient plus souvent moins de 3 échographies [16]. Ces résultats soulignent les besoins de prévention et de prise en charge pour cette population assez nombreuse en France.

Les spécificités de certaines nationalités mises en évidence concernant la surveillance prénatale, l'accouchement et l'état du nouveau-né à la naissance sont à rapprocher des résultats concernant la mortalité maternelle, décrite pour la période 1998-2007. Bien qu'il existe une sous-estimation globale de la mortalité maternelle, de l'ordre de 20 à 30%, il n'est pas possible de dire que cette proportion fluctue selon la nationalité puisque les données de causes obstétricales sont expertisées sans distinction de nationalité ; les caractéristiques des femmes décédées sont crédibles car elles ont donné lieu à des vérifications croisées et sont généralement de bonne qualité. Ainsi, nous considérons que les différences entre nationalité sont confirmées, qu'elles existent autant entre Françaises et étrangères prises globalement, qu'entre les différentes nationalités d'étrangères, soulignant la complexité de phénomènes populationnels face auxquels doit répondre le système de soins actuel.

En effet, concernant la migration, approchée dans notre étude par la nationalité faute de disposer de toutes les données nécessaires, plusieurs cas de figure sont possibles. Il n'est pas interdit de penser que certains groupes de migrantes sont sélectionnés par leur bonne santé, comme évoqué plus haut, et certains auteurs ont observé un « *healthy migrant effect* » parmi les enfants nés de mère étrangère ou les femmes elles-mêmes [17;18]. Plus généralement en Europe, il a été constaté, comme en France, une surmortalité maternelle des femmes de nationalités étrangères par rapport aux femmes de la nationalité autochtone, mais toujours très nettement plus prononcée pour les femmes issues des pays d'Afrique subsaharienne [19;20], comme pour la mortalité périnatale [21].

Il est vrai que les femmes quittant leur pays pour la France, ou un autre pays plus développé que le leur, ont davantage de chance d'être en mesure de contrôler leur fécondité et de bénéficier des services de santé périnatale. Encore faut-il que leur migration résulte d'un libre choix pour que les bénéfices soient possibles [22], et qu'elles ne soient pas arrivées en une situation irrégulière qui les tiendrait éloignées des services de soins tant que leur état de santé ne l'exige pas de manière urgente.

Nos résultats suggèrent la complexité des phénomènes de migration, phénomènes aux facettes variées puisque l'on observe que les femmes d'immigration ancienne ne subissent pas les mêmes disparités que les plus récemment arrivées et que les nationalités les plus à risque de moins bonne santé périnatale changent au fil du temps. Il faudra bien que le système de santé périnatale reste adapté à la complexité des événements puisque la France est traditionnellement un pays d'immigration et qu'elle en tire partiellement sa richesse démographique.

Tableau 5 Caractéristiques des femmes décédées, des accouchements et des soins (en pourcentage) selon l'expertise de l'ENCMM (Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles), par nationalité de la mère, 1998-2007, France métropolitaine / *Table 5 Characteristics of deceased women, deliveries and care (in percentage) by mother's nationality according to the ENCMM (National confidential survey on maternal deaths) expertise, 1998-2007, metropolitan France*

	Nationalité					
	Française	Étrangère	Europe	Afrique du Nord	Afrique sub-saharienne	Autre pays
	% (514)	% (108)	% (13)	% (25)	% (49)	% (21)
Âge maternel						
Âge moyen	32,5 (±6,2)	32,3 (±6,2)	33,5 (±4,8)	32,4 (±7,1)	31,8 (±6,1)	32,8 (±6,3)
<25 ans	11,0	10,2	0	12,0	12,3	9,5
25-29 ans	20,4	20,4	23,1	20,0	20,4	19,0
30-34 ans	30,7	31,5	38,5	32,0	30,6	28,6
≥35 ans	37,9	37,9	38,4	36,0	36,7	42,9
Situation familiale						
Célibataire	36,3	25,0	30,8	8,0	38,8	9,5
Mariée ou concubinage	56,6	72,2	61,5	88,0	61,2	85,7
Divorcée	5,7	2,8	7,7	4,0	0	4,8
Veuve	1,4	0	0	0	0	0
Lieu de décès						
Domicile ou autre lieu	12,1	2,8	0	0	4,1	4,8
Hôpital	78,4	86,1	100	88,0	81,6	85,7
Clinique privée	9,5	11,1	0	12,0	14,3	9,5
Moment du décès						
Au cours de la grossesse	20,5	20,3	15,4	20,0	33,4	13,3
Accouchement ou post-partum immédiat	34,2	27,8	23,1	20,0	16,7	40,0
De 25 heures du post-partum à 41 jours	34,2	44,4	61,5	52,0	33,3	40,0
À 42 jours ou plus du post-partum	6,4	5,6	0	8,0	8,3	6,7
Inconnue	4,7	1,9	0	0	8,3	0
Expertise des décès						
Âge de la grossesse au décès						
≤32 SA	(364) 28,3	(79) 26,6	(12) 33,3	(19) 24,2	(33) 24,2	(15) 20,0
33-36 SA	15,9	19,0	25	21,2	21,2	6,7
≥37 SA	55,8	54,4	41,7	54,6	54,6	73,3
Voie d'accouchement^a	(396)	(87)	(11)	(20)	(36)	(20)
Voie basse	19,2	23,0	36,3	25,0	25,0	10,0
Voie basse instrumentale	8,3	9,2	9,1	10,0	5,6	15,0
Césarienne	49,0	48,3	45,5	35,0	52,8	55,0
Mode non précisé	23,5	19,5	9,1	30,0	16,6	20,0
Parité	(328)	(74)	(10)	(18)	(34)	(12)
0 enfant	28,7	20,3	30,0	27,8	11,8	25,0
1-3 enfant(s)	60,7	62,2	70,0	50,0	73,5	41,7
4 enfants et plus	10,6	17,5	0	22,2	14,7	33,3
Grossesse multiple	(334)	(73)	(11)	(17)	(32)	(13)
	5,4	2,7	9,1	0	3,1	0
Hospitalisation au cours de la grossesse	(315)	(72)	(11)	(16)	(33)	(12)
	35,2	34,7	9,1	56,3	39,4	16,7
Qualité des soins	(399)	(87)	(12)	(21)	(37)	(17)
Optimum	30,2	17,2	25,0	19,0	13,5	17,7
Non optimum	49,0	60,9	50,0	52,4	75,7	47,0
Non établie	20,8	21,8	25,0	28,6	10,8	35,3
Proportion de décès « évitables »	37,1	47,1	50,0	42,9	54,1	35,3
Raisons d'évitabilité	(148)	(41)	(6)	(9)	(20)	(6)
Retard au traitement	33,7	29,3	0	11,1	35,0	66,7
Traitement inadapté	25,7	29,3	50,0	33,3	25,0	16,7
Faute professionnelle	20,3	12,2	0	33,3	5,0	16,7
Diagnostic non fait	11,5	24,4	33,3	22,2	30,0	0
Négligence de la patiente	8,8	4,8	16,7	0	5,0	0

^a Seulement les femmes ayant accouché.

Remerciements

Les Enquêtes nationales périnatales ont été subventionnées par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère chargé de la Santé. Nous remercions toutes les personnes qui ont permis la réalisation de ces enquêtes au niveau de chaque département et de chaque maternité. L'ENCMM a été subventionnée par la DGS jusqu'en 2005 puis par l'InVS (Institut de veille sanitaire).

Références

- [1] Blondel B, Marshall B. Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. Résultats d'une étude dans 20 départements. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1996;25(7):729-36.
- [2] Foix-L'Hélias L, Ancel PY, Blondel B. Facteurs de risque de prématurité en France et comparaison entre prématurité spontanée et prématurité induite. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2000;29(1):55-65.

[3] Saurel-Cubizolles MJ, Stengel B, Kaminski M, Blondel B. Surveillance prénatale et issue de la grossesse selon l'origine des femmes nées hors de France métropolitaine. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1986;15(1):19-27.

[4] Verkerk PH, Zaadstra BM, Reerink JD, Herngreen WP, Verloove-Vanhorick SP. Social class, ethnicity and other risk factors for small for gestational age and preterm delivery in the Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1994;53(2):129-34.

[5] Rasmussen F, Oldenburg CE, Ericson A, Gunnarskog J. Preterm birth and low birthweight among children of Swedish and immigrant women between 1978 and 1990. Paediatr Perinat Epidemiol. 1995;9(4):441-54.

[6] Philibert M, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle MH. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? BJOG. 2008;115(11):1411-8.

[7] Deneux-Tharaux C, Philibert M, Bouvier-Colle MH. Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001. Bull Epidemiol Hebd. 2009;(9):77-80.

[8] Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006. Saint Maurice : InVS-Inserm ; 2010. 99p. Disponible à : [http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB_833](http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/(id)/PMB_833)

[9] Saucedo M, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle MH. Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(2-3):10-4.

[10] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et l'évolution depuis 2003. Paris : Inserm ; Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011. 132 p. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_naissances2010.pdf

[11] Beaumel C, Pla A. Statistiques démographiques sur les naissances en 2009. Insee Résultats 2010;110.

[12] Urquia ML, Glazier RH, Blondel B, Zeitlin J, Gissler M, Macfarlane A, et al. International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination. J Epidemiol Community Health. 2010;64(3):243-51.

[13] Zeitlin J, Bucourt M, Rivera L, Topuz B, Papiernik E. Preterm birth and maternal country of birth in a French district with a multiethnic population. BJOG. 2004;111(8):849-55.

[14] Guendelman S, Buekens P, Blondel B, Kaminski M, Notzon FC, Masuy-Stroobant G. Birth outcomes of immigrant women in the United States, France and Belgium. Matern Child Health J. 1999;3(4):177-87.

[15] Marmot MG, Adelstein AM, Bulusu L. Lessons from the study of immigrant mortality. Lancet. 1984;1(8392):1455-7.

[16] Scheidegger S, Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. Études & Résultats. 2007;(552):1-8.

[17] Wingate MS, Alexander GR. The healthy migrant theory: variations in pregnancy outcomes among US-born migrants. Soc Sci Med. 2006;62(2):491-8.

[18] Hsieh WS, Hsieh CJ, Jeng SF, Liao HF, Su YN, Lin SJ, et al. Favorable neonatal outcomes among immigrants in Taiwan: evidence of healthy immigrant mother effect. J Womens Health. 2011;20(7):1083-90.

[19] Ibison JM, Swerdlow A, Head JA, Marmot M. Maternal mortality in England and Wales 1970-1985: an analysis by country of birth. BJOG. 1996;103(10):973-80.

[20] Cacciani L, Asole S, Polo A, Franco F, Lucchini R, De Curtis M, et al. Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy. BMC Public Health. 2011;11:294.

[21] Essén B, Böcker B, Sjöberg NO, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gundmundsson S. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? BJOG. 2002;109(6):677-82.

[22] Migration and health: a complex relation. Lancet. 2006;368(9541):1039.

Encadré. Prévalence du diabète*, état de santé et recours aux soins des personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb et résidant en France métropolitaine

Box. Prevalence of diabetes*, health status and use of health care in patients with diabetes from Northern African countries who live in France

Sandrine Fosse (s.fosse@invs.sante.fr), Anne Fagot-Campagna

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

*Les résultats concernant la prévalence du diabète présentés dans cet encadré proviennent du rapport : Fosse S, Dalichampt M, Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socioéconomique et du pays d'origine en France métropolitaine. Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2011. 78 p. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2011/Prevalence-du-diabete-et-recours-aux-soins-en-fonction-du-niveau-socio-economique-et-du-pays-d-origine-en-France-metropolitaine>

La prévalence du diabète traité a été estimée à 4,4% en 2009 et son augmentation à 6% par an depuis 2000 [1]. Dans ce contexte d'épidémie de diabète, l'étude de la prévalence du diabète dans certaines populations à risque et l'étude de leur état de santé sont importantes. Le diabète de type 2, qui représente plus de 92% des cas de diabète, résulte d'une interaction entre environnement et génétique. Les facteurs environnementaux incluent l'obésité, qui est fortement associée au niveau socioéconomique. Or, les populations migrantes allient souvent une situation socioéconomique défavorisée et, pour certaines, un risque génétique élevé de développer un diabète, selon les études internationales. Deux études françaises de mortalité, datant de plus de 20 ans, ont mis en évidence une surmortalité par diabète chez les femmes nées à l'étranger ([2] données de 1970) et chez les femmes marocaines ([3] 1979-1991).

Nous décrivons ici les résultats issus de deux enquêtes plus récentes. La première, réalisée en population générale (Enquête décennale santé 2002-2003), a permis d'estimer la prévalence du diabète. La seconde, réalisée en population diabétique (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007), a permis d'étudier l'état de santé et la qualité des soins des personnes diabétiques. Compte tenu des effectifs de ces deux enquêtes, seul le sous-groupe de personnes originaires du Maghreb a pu être étudié, parmi les populations migrantes, et comparé aux personnes originaires de France.

Une prévalence du diabète extrêmement élevée chez les personnes originaires¹ d'un pays du Maghreb et des associations qui diffèrent selon le sexe

Selon les données recueillies en 2002-2003 dans l'Enquête décennale santé, portant sur un échantillon de plus de 35 000 personnes résidant en France métropolitaine, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement ou non était estimée à 7,5% [7,0%-8,0%] chez les personnes âgées de 45 ans ou plus, originaires de France et 14,0% [9,9%-18,0%] chez celles originaires d'un pays du Maghreb et résidant en France. Ces différences étaient davantage

marquées chez les femmes (16,6% *versus* 6,5%) que chez les hommes (12,1% *versus* 8,6%).

Les femmes originaires d'un pays du Maghreb et vivant en France métropolitaine avaient en effet un risque de diabète 2,5 fois plus élevé que les femmes originaires de France, après ajustement sur l'âge, l'indice de masse corporelle, le nombre de grossesses et un indicateur socioéconomique de la zone d'habitation (Zone urbaine sensible). L'ajustement supplémentaire sur la profession et la catégorie socioprofessionnelle, ou sur les revenus par unité de consommation, avait peu d'impact sur la force de cette association. En revanche, l'ajustement sur le niveau d'études affaiblissait cette association.

Ces caractéristiques n'étaient pas retrouvées chez les hommes, chez lesquels la prévalence du diabète et celle de l'obésité différaient moins fortement en fonction du pays d'origine.

Un contrôle glycémique souvent médiocre et des complications ophtalmologiques fréquentes chez les personnes originaires² d'un pays du Maghreb

Selon les données de l'étude Entred 2007³, les personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb (hommes et femmes) déclaraient davantage de difficultés financières⁴ que les personnes diabétiques originaires de France (72% *versus* 50%).

Les personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb étaient moins souvent obèses (33% *versus* 42%) que celles originaires de France. Elles déclaraient davantage de complications ophtalmologiques à âge, sexe, ancienneté du diabète, traitement antidiabétique et catégorie socioprofessionnelle équivalents. Leur niveau d'hémoglobine glyquée (HbA1c qui reflète l'équilibre glycémique des 3 derniers mois) était moins souvent renseigné par leur médecin soignant, et lorsqu'il était documenté, il était plus souvent élevé

(>8% dans 30% des cas *versus* 16%). Ces associations persistaient après ajustement sur l'âge, le sexe, l'ancienneté du diabète, le traitement antidiabétique, le niveau d'études et le ressenti financier⁴. En outre, les personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb bénéficiaient moins fréquemment des trois dosages d'HbA1c annuels recommandés pour assurer le suivi du diabète. Toutefois, ce résultat était fortement lié à un niveau socioéconomique plus modeste, car l'impact du pays d'origine sur la réalisation de trois dosages d'HbA1c n'était plus significatif après ajustement sur le niveau d'études et sur le ressenti financier.

Par ailleurs, les personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb avaient un recours moins fréquent aux médecins généralistes mais un taux d'hospitalisation (quel que soit le motif) identique à celui des personnes originaires de France.

Toutefois, les soins dispensés à l'hôpital hors hospitalisation (examens et consultations) et ceux dispensés dans les centres de santé ne sont pas enregistrés dans les données de consommation médicale, et n'ont pas pu être pris en compte dans cette analyse.

Conclusion

L'analyse de l'Enquête décennale santé 2002-2003 met en évidence une prévalence du diabète plus élevée chez les personnes d'origine maghrébine vivant en France, par rapport à celles d'origine française. En particulier, la prévalence est extrêmement élevée chez les femmes d'origine maghrébine, ce qui ne s'explique pas entièrement par une prévalence plus élevée de l'obésité. Le niveau d'études plus modeste chez les femmes d'origine maghrébine peut aussi expliquer en partie cette prévalence élevée. La moindre fréquence de l'obésité parmi la population diabétique d'origine maghrébine (hommes et femmes), par rapport à la population diabétique d'origine française, mise en évidence dans l'étude Entred 2007 laisse suggérer une influence génétique plus forte ou une forme différente de diabète : les personnes d'origine maghrébine auraient un risque plus

¹ Le pays d'origine est ici défini par le pays de naissance sauf pour les Français de naissance nés à l'étranger pour lesquels le pays d'origine est la France.

² L'origine géographique est ici définie par le pays de naissance sauf pour les personnes nées à l'étranger mais se déclarant d'origine française et de parents d'origine française.

³ Tirage au sort en 2007 d'environ 9 000 personnes diabétiques adultes résidant en France métropolitaine. Données de consommations médicales extraites pour tous, auto-questionnaire et questionnaire auprès des médecins ; 3 272 personnes diabétiques de type 2 originaires de France, 284 originaires du Maghreb et 330 d'un autre pays.

⁴ Le ressenti financier était mesuré à partir de la question suivante : « Financièrement, dans votre foyer, diriez-vous plutôt que... ? » : « Vous êtes à l'aise », « Ça va », « C'est juste », « Vous y arrivez difficilement », « Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes ».

élevé de développer un diabète à un niveau de corpulence plus faible par rapport à la population d'origine française. Toutefois, le diabète de type 2 résulte d'interactions entre génétique et environnement, et cette interaction semble plus forte chez les femmes que chez les hommes d'origine maghrébine, d'après les résultats issus de l'Enquête décennale santé 2002-2003.

Par ailleurs, l'analyse des données d'Entred 2007 a mis en évidence un moins bon contrôle glycémique chez les personnes d'origine maghrébine (hommes et femmes), qui peut être l'une des causes de la plus forte prévalence des complications ophtalmologiques dans cette population. Il existe, de plus, un

moins bon suivi par dosage de l'HbA1c, lié à un niveau socioéconomique plus faible.

L'impact important du pays d'origine (Maghreb), en particulier sur la prévalence du diabète chez les femmes et sur la prise en charge médicale du diabète dans les deux sexes, doit être pris en compte dans les campagnes de prévention. Les campagnes de prévention primaire du diabète (lutte contre l'obésité et la sédentarité dans les populations défavorisées) prévues dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) pourraient être mises à profit pour sensibiliser les professionnels de santé qui prennent en charge médicalement ces populations, en particulier les médecins généralistes et les

médecins hospitaliers. D'autre part, une éducation thérapeutique prenant en compte les diversités socioculturelles, ainsi qu'un suivi médical approprié, pourraient être proposés aux populations d'origine maghrébine, compte tenu de leur forte exposition au diabète.

Références

- [1] Ricci P, Blotière PO, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau P, et al. Diabète traité en France : quelles évolutions entre 2000 et 2009 ? Bull Epidemiol Hebd. 2010;(42-43):425-31.
- [2] Brahimi M. La mortalité des étrangers en France. Population. 1980;35(3):603-22.
- [3] Courbage Y, Khlat M. La mortalité et les causes de décès des Marocains en France 1979 à 1991. II. Les causes de décès. Population. 1995;50(2):447-71.

Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner

Arnaud Veisse, Laure Wolmark, Pascal Revault (pascal.revault@comede.org)

Comede (Comité médical pour les exilés), Le Kremlin-Bicêtre, France

Résumé / Abstract

Introduction – Les pathologies psychiques représentent l'un des enjeux majeurs de santé chez les migrants/étrangers en France, mais ceux-ci sont souvent ignorés dans les études en population générale.

Matériel et méthode – Les données recueillies au sein des dispositifs de soins du Comede (Comité médical pour les exilés) ont permis de décrire les psychotraumatismes dans une population d'exilés marquée par des antécédents de violence, la précarité du statut administratif et des difficultés de communication pour les personnes non francophones.

Résultats – Entre 2004 et 2010, parmi les 17 836 personnes ayant consulté un médecin dans les centres de santé du Comede, plus de 60% avaient subi des violences dans leur pays d'origine, et près d'un quart la torture. Le taux de prévalence des psychotraumatismes à la première consultation était de 112‰. Il était le plus élevé chez les personnes âgées de 29 à 49 ans, chez les femmes, et variait selon la nationalité. Ces résultats montrent une forte prévalence des syndromes psychotraumatiques dans cette population, plus élevée que la prévalence des pathologies psychiques rapportée dans les études en population générale.

Conclusion – La fréquence et les caractéristiques des maladies psychiques chez les migrants/étrangers en situation de vulnérabilité nécessitent de développer la recherche associant enquêtes épidémiologiques et études qualitatives et de faire évoluer les catégories diagnostiques utilisées.

Mental health amongst migrants/foreigners: improving description for better care

Introduction – Psychic disorders represent one of the major health issues for migrants/foreigners in France, but these populations are often ignored in general population studies.

Material and method – Data collected in the COMEDE health system show the importance of these issues, for individuals with a background characterised by past history of violence, precarious administrative situation, and communication obstacles for non-francophones.

Results – Between 2004 and 2010, among 17,836 persons who sought medical care within the COMEDE health system, more than 60% had experienced violent events in their country of origin, and more than a quarter had experienced torture. The prevalence rate of psycho-traumatic syndromes is 112 per 1,000. It was higher among 20-49 year olds and women, and was strongly related to nationality. Substantiated by other associative sources of information, these data show the high prevalence of psychological trauma, in comparison to general population studies.

Conclusion – The frequency and characteristics of mental illness among migrants/foreigners in vulnerable situations require research development combining epidemiological and qualitative studies, and advancing the diagnostic categories used.

Mots clés / Key words

Migrants, étrangers, exilés, santé mentale, psychotraumatisme, violences, vulnérabilité / Migrants, foreigners, exile, mental health, psychological trauma, violent events, vulnerability

Introduction

Les populations de migrants/étrangers en France (voir encadré ci-contre) sont longtemps restées dans « l'angle mort » des politiques de lutte contre le sida, avant d'être finalement prises en compte sous l'effet conjugué d'alertes épidémiologiques répétées et de la mobilisation des associations de malades. Désormais, les caractéristiques de l'épidémie dans ces populations font l'objet d'une surveillance attentive permettant notamment d'adapter les actions de prévention et d'organisation des soins. Dans le domaine des hépatites virales, cette évolution a également été entreprise, avec la reconnaissance récente d'une prévalence importante des infections chroniques à VHB et à VHC chez les migrants [1]. Ainsi, dans le sillage de la lutte contre la tuberculose, l'attention des politiques de santé publique reste principalement portée sur les maladies infectieuses.

Pourtant, d'autres pathologies chroniques et/ou invalidantes ont également une prévalence importante dans ces populations. Dans l'observation du Comede (Comité médical pour les exilés¹), les pathologies psychiques sont les plus fréquemment rencontrées, devant les maladies cardiovasculaires, l'infection à VHB et le diabète [2]. Alors qu'elles constituent, au Comede, la première cause de suivi médical et psychologique, les questions de santé mentale des migrants/étrangers restent pourtant négligées dans la plupart des services de santé, quant elles ne sont pas renvoyées à leurs représentations essentiellement culturelles. Dans le livre des plans de santé publique de 2009 et 2011², la santé mentale occupe une place marginale. Si les populations vulnérables sont citées, les termes « migrants », « étrangers », « exilés » et « demandeurs d'asile » n'apparaissent pas dans le Plan de santé mentale. Cette négligence se double d'une absence de recherche : les quelques études épidémiologiques réalisées omettent ainsi, quasi systématiquement, de questionner le lien avec le pays de naissance ou la nationalité. Tout se passe comme si la plupart des recherches considéraient soit que cette qualité n'était pas associée à des variations pathologiques ou de recours aux soins, soit que ces variations s'expliquaient par les seuls facteurs de vulnérabilité sociale pouvant affecter l'ensemble de la population, avant même la question pertinente des difficultés méthodologiques. C'est méconnaître plusieurs déterminants de santé propres aux populations concernées : la fréquence des antécédents de violence, la précarité du statut administratif et, enfin, les difficultés de communication pour les personnes non encore francophones.

À partir des postes d'observation du Comede, recevant pour la majeure partie une population résidant en Île-de-France, nous avons examiné successivement les caractéristiques des personnes concernées, la répartition des facteurs de vulnérabilité et la prévalence des pathologies rencontrées, afin de les situer dans le contexte plus global des populations exilées.

Encadré Définitions / Box Definitions

- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.
- **Étranger** : personne qui n'a pas la nationalité française ; terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique.
- **Exilé** : terme évoquant notamment le caractère contraint de la situation de migration, et en particulier ses aspects psychologiques.
- **Migrant** : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des **immigrants**, qu'ils soient Français de naissance ou étrangers.
- **Réfugié** : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé(e) par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).

Matériel et méthodes

Depuis sa création en 1979, le Comede a accueilli, soigné et soutenu plus de 100 000 personnes exilées de 150 nationalités au Centre de santé (hébergé par l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris dans l'Hôpital Bicêtre) et à l'Espace santé droit (à Aubervilliers, dans le cadre d'un partenariat avec la Cimade³). Le Comede travaille avec des interprètes professionnels de l'association Inter services migrants⁴, le plus souvent physiquement présents, et à défaut par téléphone. Le centre-ressource s'appuie sur ces activités d'accueil et de consultations pour développer des actions d'information, de formation et de recherche sur la santé des exilés, en lien avec le réseau national des professionnels de la santé et du social, utilisateurs du guide du Comede.

Un bilan de santé est proposé à tous les nouveaux consultants en médecine, dont les caractéristiques sociodémographiques sont enregistrées lors du premier accueil. Un recours au psychologue est proposé par le médecin aux personnes qu'il estime concernées. Il peut s'agir d'un accompagnement psychologique ou d'une psychothérapie d'orientation psychanalytique, sans durée prédéterminée, la médiane de suivi étant de 5 mois. Le diagnostic est posé par le médecin et le psychologue. Les consultations font l'objet d'un recueil de données permettant d'apprécier le motif de recours aux soins et la nature de l'intervention réalisée. Les informations relatives aux résultats des bilans de santé et à la continuité des soins des personnes atteintes de pathologie grave sont saisies et mises à jour par les médecins et psychologues dans une base de données informatisée développée par le Comede, et sont régulièrement discutées lors des réunions de l'équipe de soins.

Le retentissement psychique des traumatismes a été décrit dès le XIX^e siècle. Ses descriptions et dénominations ont beaucoup fluctué et évolué au cours du XX^e siècle. Le terme de névrose traumatique apparaît pour la première fois chez Oppenheim en 1889 (*die Traumatischen Neurosen*) [3], son équivalent pour Kraepelin étant la névrose d'effroi (*Schreckneurose*) [4]. Si ce sont les conséquences psychologiques des traumatismes physiques qui retiennent l'attention des premiers classificateurs, les « pertes psychiques » en temps de guerre liées à l'exposition à la violence des combats, ainsi que les conséquences des abus sexuels dans l'enfance constituent les événements qui concourent à l'élaboration des théories concernant « traumatismes psychiques » chez des auteurs tels Freud [5] et Ferenczi [6]. Le Manuel

diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR [7] établit, quant à lui, comme caractéristique essentielle du diagnostic d'état de stress post-traumatique, « le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à un stress extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement » (p. 533). Les auteurs français contemporains, tels Louis Crocq, maintiennent la distinction entre stress et *trauma* psychique, se situant dans la continuité de la psychanalyse et la phénoménologie, tout en mettant en avant l'importance d'un soin psychologique précoce des victimes de violence et de catastrophes naturelles [8]. Si le référentiel du DSM-IV est utile en termes de mesure de la santé psychique [7], il ne rend pas compte de la diversité, de la singularité des trajectoires et de la complexité des situations rencontrées, en particulier pour les catégories dites « d'état de stress post-traumatiques » (ESPT) simples ou complexes. Cette appellation d'ESPT est de plus discutable sur le plan de la logique nosographique pour différentes raisons. Tout d'abord, cette appellation utilise le terme de stress, bien caractérisé en biologie, dans le domaine psychique, ce qui constitue un *a priori* discutable. De plus, ce diagnostic emploie une cotation ordinale réductrice qui fige les tableaux cliniques. Le terme « post-traumatique » introduit enfin une linéarité infondée dans la clinique [9]. Elle ne tient également pas compte des épisodes de dépression réactionnelle. Il est apparu donc plus approprié de considérer la catégorie des syndromes psychotraumatiques regroupant l'ESPT, les dépressions réactionnelles et les névroses traumatiques comme le recommande C. Barrois [9;10]. En effet, les patients suivis au Comede souffrent le plus souvent de syndromes psychotraumatiques, dans lesquels dominent cauchemars et reviviscences, troubles de la mémoire et de la concentration, hypervigilance, mais aussi douleurs physiques rebelles au traitement antalgique et asthénie. Ces syndromes peuvent prendre la forme d'épisodes dissociatifs, s'exprimant par des moments de confusion, d'agitation ou encore de mutisme et de stupeur. Certains patients traversent des états de détresse psychiques intenses, associés à des dépressions graves, et témoignent d'idées suicidaires.

La prévalence des syndromes psychotraumatiques est ainsi calculée sur la base du nombre de personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de syndrome psychotraumatique, appelé ici « psychotraumatisme » lors de la première consultation par rapport au nombre de patients ayant consulté au moins une fois en médecine, pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2010.

¹ <http://www.comede.org>

² <http://www.sante.gouv.fr/livre-des-plans-de-sante-publique-3eme-edition-mai-2011.html>

³ <http://www.cimade.org/>

⁴ <http://www.ism-interpretariat.com/>

Résultats

Entre 2004 et 2010, 17 836 personnes ont consulté en médecine (postes d'observation du Comede). Majoritairement des hommes (75%), jeunes (âge médian 31 ans lors de la première consultation), ces personnes étaient récemment arrivées en France (délai médian 7 mois) ; elles étaient principalement originaires (nationalité déclarée) d'Asie du Sud (34%), d'Afrique de l'Ouest (24%), d'Afrique centrale (23%), d'Europe de l'Est (9%), d'Afrique du Nord (3%), des Caraïbes (2%), et d'Afrique de l'Est (2%). En 2010, 52% des consultations médicales du Comede ont eu lieu en langue étrangère (utilisée par le patient).

Ces personnes se trouvaient dans une situation de grande précarité administrative, principalement en rapport avec une demande d'asile (78% des patients du Comede en 2009, dont 57% munis d'un document de séjour provisoire, 3% d'une « convocation à la préfecture », 3% placés en « procédure prioritaire » sans admission au séjour, et 15% « déboutés » par la Cour nationale du droit d'asile ou dans d'autres démarches de régularisation (16%, dont 1% de titulaires d'une carte de séjour temporaire et 15% en situation irrégulière). Seuls 3% détenaient un titre de séjour stable (carte de résident), alors que 3% étaient des mineurs étrangers isolés (donc non soumis à une condition de séjour régulier) [2].

Lors de la première consultation en 2010, 61% des patients étaient dépourvus d'assurance-maladie, 32% bénéficiaient de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), 3% de l'Aide médicale de l'État (AME) et 5% étaient affiliés au régime de base de l'assurance-maladie sans protection complémentaire. La précarité administrative induit la précarité sociale, les demandeurs d'asile devant vivre avec une allocation temporaire d'attente de 330 euros par mois, sans autorisation de travail, et ce alors que seuls 31% d'entre eux sont hébergés dans le dispositif national d'accueil. Presque toujours sans domicile fixe, les exilés se trouvent, de plus en plus souvent, sans abri lorsque la solidarité des compatriotes vient à manquer [2].

Lors de l'entretien, plus de la moitié des patients ayant consulté de 2004 à 2010 ont déclaré avoir subi des violences sur la période considérée (60%) dans leur pays d'origine [11], et près d'un quart avoir subi la torture (22%) [12]. Ces antécédents de violence et de torture sont fortement corrélés à la nationalité (tableau 1), traduisant les violations des droits de l'Homme, que ce soit dans des contextes de guerre civile (Sri Lanka) ou non (Guinée).

Parmi les 17 836 personnes considérées dans cette étude, le taux de prévalence des syndromes psychotraumatiques est de 112‰. Il est de 188‰ chez les femmes et de 86‰ chez les hommes (tableau 2), et plus important parmi les personnes âgées de 20 à 49 ans (figure). Il est plus élevé parmi les patients originaires d'Afrique centrale (femmes 196, hommes 169), d'Afrique de l'Est (femmes 268, hommes 110), d'Europe de l'Est (femmes 216, hommes 116) et d'Afrique de l'Ouest (femmes 227, hommes 93), avec des variations importantes selon les pays d'origine.

Tableau 1 Antécédents de violence et de torture parmi les patients des 20 nationalités les plus représentées consultant en médecine au Comede entre 2007 et 2010, France / *Table 1 Violence and torture experienced by patients of the 20 main nationalities visiting general practitioners at COMEDE between 2007 and 2010, France*

Pays	Effectif	Violence (%)	Torture (%)
Sri Lanka	1 835	75	51
Togo	62	72	41
Guinée Conakry	732	68	39
Soudan	89	61	34
Turquie	402	60	29
Haïti	141	56	5
Congo	335	55	35
Mauritanie	441	55	34
Bangladesh	1 455	55	8
Russie/Tchéchénie	265	51	25
Afghanistan	89	50	17
République démocratique du Congo (RDC)	1 261	46	30
Côte d'Ivoire	339	43	24
Cameroun	197	37	13
Nigeria	162	33	12
Sierra Leone	60	33	11
Angola/Cabinda	139	28	15
Pakistan	173	20	4
Inde	94	21	15
Algérie	192	1	8

Tableau 2 Taux de prévalence (pour 1 000) des psychotraumatismes observés au Comede par sexe, région et pays d'origine avec taux comparatifs pour le diabète, l'infection chronique à VHB ou VHC et l'infection à VIH, parmi 17 836 patients accueillis en médecine entre 2004 et 2010, France / *Table 2 Prevalence rate (for 1,000) of psychotrauma reported by COMEDE, by sex, region, and country of origin, with a comparison for diabetes, chronic VHB or VHC infection, and VIH, among 17, 836 patients receiving medical care between 2004 and 2010, France*

Région et pays	Effectifs Femmes-Hommes	Diabète		Maladies cardio-vasculaires		Psycho-traumatismes		Infection à VHB ou VHC		Infection à VIH	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Taux global	4 468-13 368	49	37	95	42	188	86	68	90	25	6
Afrique australe	61-45	82	111	197	200	197	67	0	66	0	0
Afrique centrale	1 905-2 148	37	35	123	81	196	169	80	126	37	16
Angola/Cabinda	115-241	61	33	122	66	139	158	148	175	0	21
Cameroun	193-212	73	38	234	47	93	137	182	142	89	19
Congo	244-305	25	52	123	49	238	157	37	108	33	13
République démocratique du Congo (RDC)	1 275-1 290	32	32	109	96	207	179	69	119	31	16
Rwanda	38-30	53	33	79	167	237	333	52	0	79	0
Afrique de l'Est	71-200	0	0	0	10	268	110	56	50	42	0
Afrique du Nord	135-326	156	83	170	58	136	131	22	36	0	3
Algérie	107-237	150	89	206	59	140	105	9	8	0	4
Afrique de l'Ouest	966-3 370	46	24	80	46	227	93	93	179	38	9
Côte d'Ivoire	182-431	16	35	82	46	247	86	104	177	71	19
Guinée Conakry	326-708	34	18	61	34	301	220	83	149	37	8
Mali	132-631	114	19	167	43	68	22	129	238	23	6
Mauritanie	82-900	37	8	37	29	207	46	122	178	12	6
Nigeria	78-218	13	46	0	73	244	138	38	105	26	23
Sénégal	51-181	78	50	137	99	118	11	98	215	0	6
Sierra Leone	32-81	0	0	94	62	219	160	94	185	31	0
Asie centrale	59-199	17	0	51	15	51	55	338	140	0	0
Mongolie	46-52	22	0	22	38	22	0	413	424	0	0
Asie de l'Est	46-58	22	69	87	34	87	52	109	172	0	0
Asie du Sud	655-5 351	81	51	53	32	148	42	3	27	0	<1
Bangladesh	79-2 050	38	60	0	34	114	27	0	40	0	<1
Sri Lanka	552-2 757	91	43	62	25	158	54	2	4	0	0
Caraïbes	160-155	50	90	63	52	94	129	44	51	6	19
Haïti	159-151	50	86	63	46	94	132	44	53	6	20
Europe de l'Est	343-1 326	41	8	70	14	216	116	52	86	0	1
Arménie	38-51	26	0	132	59	211	98	26	0	0	0
Russie/Tchéchénie	102-233	39	9	98	13	225	150	37	116	0	4
Turquie	122-867	33	8	16	9	279	111	33	61	0	0

Figure Taux de prévalence des psychotraumatismes observés au Comede par classe d'âge, parmi 17 836 patients accueillis en médecine au Comede entre 2004 et 2010, France / **Figure** Prevalence rate of psychotrauma at COMEDE among 17,836 patients receiving medical care between 2004 and 2010 by age group, France



Discussion

Les migrants/étrangers en situation précaire constituent une population très hétérogène et difficile à caractériser, en raison notamment du déficit des données démographiques et de la situation de précarité administrative d'une partie des personnes concernées. Pourtant, le croisement des sources publiques et associatives permet d'identifier les groupes les plus nombreux et les plus vulnérables. Cette population peut être estimée à plus d'un million de personnes en France, incluant les personnes protégées au titre du droit d'asile (160 500 fin 2010) [13], les ressortissants des pays-tiers à l'Espace économique européen titulaires d'un titre de séjour précaire, dont les demandeurs d'asile (601 713 fin 2009) [14], et les étrangers en séjour irrégulier, dont le nombre est généralement estimé à 300 000.

La patientèle du Comede est constituée des migrants/étrangers les plus vulnérables. L'appréciation des taux de prévalence observés doit tenir compte de deux biais induits par l'activité du Comede : sous-estimation liée au défaut d'exhaustivité du repérage des situations pathologiques (difficiles à caractériser ou hors du champ nosographique des psychotraumatismes) par les médecins consultants, et surestimation liée à la sélection des personnes les plus atteintes (autosélection de la démarche de soins et critères de priorisation appliqués par le Comede face à l'impossibilité d'accueillir l'ensemble des demandeurs).

Finalement, la définition du psychotraumatisme retenue ici, plus vaste que celle de l'ESPT, ne permet pas de comparer au sens strict nos résultats avec ceux d'études de prévalence en population générale. En dépit de cette différence et des biais méthodologiques évoqués plus haut, les résultats observés témoignent de l'importance des pathologies psychiques dans cette population, lorsqu'on les confronte notamment à ceux qui concernent les autres pathologies infectieuses

ou chroniques (tableau 2). L'importance des pathologies psychiques chez les personnes nées à l'étranger a également été relevée, les hommes nés à l'étranger vivant plus souvent des épisodes dépressifs que ceux nés en France [15]. Les taux de prévalence de psychotraumatismes observés au Comede, notamment chez les femmes, sont plus élevés que les taux de prévalence d'épisodes dépressifs et anxieux, et nettement plus élevés, pour les deux sexes, que les taux de prévalence d'ESPT (moins de 1%) [16] rapportés dans les enquêtes en population générale.

Dans une étude effectuée en 2007 [17], le risque de psychotraumatisme avec retentissement sur la vie quotidienne et/ou souffrance sévère apparaissait 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existait un antécédent de violence, et 2,8 fois plus lorsque cette violence avait été qualifiée de torture ($p < 0,001$). La plupart des enquêtes de prévalence des troubles dépressifs et anxieux mettent également en évidence la vulnérabilité particulière des femmes [16;18], et certaines approfondissent le lien avec des antécédents de violence sexuelles ou interparentales [19]. Dans l'observation du Comede, les taux de prévalence élevés des psychotraumatismes parmi les femmes, ainsi que le recours plus élevé à la psychothérapie (45% des consultations psychologiques concernaient des femmes *versus* 26% des consultations de médecine) pourraient s'expliquer en partie par la fréquence des violences liées au genre dont les femmes sont majoritairement les victimes. Le pic de psychotraumatismes observé entre 20 et 49 ans (avec une prévalence culminant à 130-134/1 000 au sein de la tranche d'âge des 20-29 ans) correspond probablement à une exposition plus importante à la violence dans le pays d'origine pour cette tranche d'âge, à mettre en relation avec des activités politiques et militantes, davantage développées.

Les pathologies mentales des migrants/étrangers s'inscrivent dans un contexte d'exil marqué par des ruptures et deuils multiples, ainsi que

par la confrontation souvent brutale à un environnement nouveau et inconnu. Sur le plan psychologique, l'impact de la migration et de l'exil dépasse largement le seul cas des immigrés et des étrangers, plus de 30% de la population générale ayant fait l'expérience de la migration, comme l'a montré l'enquête Trajectoire et origines [20]. Mais dans le cas des migrants/étrangers, cette vulnérabilité se double – parfois violemment – d'une précarité administrative et sociale qui vient à son tour créer des difficultés croissantes pour les migrants, ainsi que pour les professionnels qui leur viennent en aide.

Pour les personnes ayant effectué une demande d'asile, l'enquête réalisée par l'Orspere (Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion) [16] décrit trois zones de fragilisation : la situation d'étranger, qui renvoie au vécu d'exil, la dimension individuelle, dans laquelle s'inscrit le psychotraumatisme, et l'accueil précaire, que les auteurs rattachent au parcours chaotique, à la précarité des liens sociaux, à l'incertitude d'accès à l'hébergement spécifique, et à l'expérience des procédures administratives. Ces multiples facteurs de vulnérabilité en santé mentale trouvent leur traduction clinique dans les données d'observation du Centre de santé mentale de Médecins sans frontières [22], tant sur le plan de la fréquence des antécédents traumatiques (violences physiques 60%, mort violente d'un proche 51%, détention 39%, torture 31%) que sur celui des diagnostics rapportés (troubles psychotraumatiques 30%, troubles anxio-dépressifs 23%, anxiété généralisée 15%, troubles dépressifs 13%).

À ces questions s'ajoutent de réelles difficultés méthodologiques [18;23] qui tiennent aux questions éthiques soulevées par les enquêtes épidémiologiques en santé mentale, mais aussi aux débats nosographiques. L'utilisation par le Comede de la catégorie de « psychotraumatismes » n'est pas complètement satisfaisante. D'une part, elle empêche la comparaison entre les différents tableaux cliniques, d'autre part, elle a également tendance à renvoyer les troubles psychiques à la seule notion de traumatisme. Il nous semble qu'une évolution de définition est nécessaire dans les études pour appréhender la réalité et la diversité du psychotraumatisme. En effet, la catégorisation statistique des diagnostics de santé mentale telle qu'utilisée dans le DSM-IV-TR, notamment la notion d'ESPT, semble trop réductrice pour rendre compte de la diversité des tableaux cliniques et de la singularité des parcours [24;25].

Conclusion

La fréquence et les caractéristiques des maladies psychiques chez les migrants/étrangers observées au Comede plaident pour un développement de la recherche épidémiologique en la matière, d'autant plus que leurs conditions d'accueil et de résidence en France se dégradent depuis plusieurs années, qu'il s'agisse de l'accès à l'hébergement, aux soins ou au séjour [2;26]. Ces recherches devront surmonter des difficultés de deux ordres : d'une part, la méconnaissance des populations considérées, dans un contexte politique qui privilégie la maîtrise de l'immigration et, d'autre part, les limites propres aux outils épidémiologiques en santé mentale.

Pour les institutions de santé publique, comme dans une partie du milieu associatif, la crainte de stigmatiser les migrants est souvent associée à celle de recourir à des catégories liées aux origines des personnes. Pourtant, sans entrer ici dans le débat relatif aux « statistiques ethniques », le recours aux données d'état-civil (nationalité, pays de naissance) est déjà très éclairant sur les facteurs de vulnérabilité [27].

Des recherches épidémiologiques ainsi que des enquêtes qualitatives (non pas isolées, mais bien susceptibles de questionner et de préciser les résultats des études quantitatives) sont nécessaires pour préciser et discuter les entités nosographiques, déconstruire les représentations sur les populations concernées et élaborer une politique de santé mentale qui s'inscrive dans la réalité sociale des étrangers/migrants en difficulté. Elles devraient associer et comparer différents outils de mesure pour caractériser les entités nosographiques, en fonction de l'âge, des tableaux cliniques et des modes de vie [25]. Le recueil de l'expérience subjective des personnes en lien avec leur histoire de vie et leur situation sociale est nécessaire pour élaborer et préciser le diagnostic à partir de catégories nosographiques pertinentes [28]. Certains auteurs [29] insistent en effet sur la nécessité d'aborder l'ensemble des éléments constitutifs de la situation vécue par les étrangers/migrants, sans se limiter à une catégorisation simple pour fournir des réponses appropriées et efficaces en santé mentale. La description nosographique ne pourrait donc être dissociée du statut migratoire, de l'expérience de migration, des identités culturelles et des conditions d'accueil et de soins. Ces recherches devraient finalement veiller à prendre en compte l'ensemble des dispositifs de prévention, de soins et de soutien (services de droit commun, associations spécialisées, mais aussi réseaux ville-hôpital et réseaux psychiatrie et précarité), sans oublier les cofacteurs aussi déterminants que la lutte contre les discriminations, l'accès aux droits ou encore l'interprétariat professionnel.

Références

[1] Comede. Hépatites et infections à virus VHB et VHC chez les exilés. Maux d'exil. 2010;29;1-8.

[2] Comede. Rapport d'activité et d'observation. Le Kremlin-Bicêtre : Comede; 2010. 74 p.

[3] Oppenheim H. Die Traumatische Neurosen. Whitefish: Kessinger Publishing; 2010 (Édition originale 1889).

[4] Kraepelin E. Psychiatrie : ein lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig: Barth ; 1909-1915. Vol. 1-4. Disponible à : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medical/cote?63261>

[5] Freud S. Au-delà du principe de plaisir. In: Essais de psychanalyse. Paris: Payot; 2001. 320 p. (Édition originale 1920).

[6] Ferenczi S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Paris : Payot; 2004. 96 p. (Édition originale 1932).

[7] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Issy-les-Moulineaux : Masson; 2003 (Édition originale 2000). 1 120 p.

[8] Crocq L. Trauma psychique, prise en charge psychologique des victimes. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2007. 308 p.

[9] Barrois C. Les névroses traumatiques. Journée de Paroles sans frontière; 15 mars 2006, Strasbourg. Disponible à : <http://www.p-s-f.com>

[10] Barrois C. Les névroses traumatiques. Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques. Paris: Dunod ; 1998. 250 p.

[11] Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève: OMS; 2002. 237.

[12] Organisation des Nations unies. Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Genève : ONU; 1984. Disponible à : <http://www2.ohchr.org/french/law/cat.htm>

[13] Office français de protection des réfugiés et des apatrides. Rapport d'activité 2010. Paris: Ofpra; 2010 ; 100 p. Disponible à : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000200/index.shtml>

[14] Secrétariat général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration. Rapport au Parlement 2010. Les orientations de la politique de l'immigration et de l'intégration. Paris: La Documentation française; 2010. 220 p.

[15] Leroux I, Morin T. Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. Études & Résultats. 2006;(545):1-6.

[16] Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers

résultats de l'enquête santé mentale en population générale. Études & Résultats. 2004;(347):1-12.

[17] Comede. Violence, torture et séquelles traumatiques chez les exilés. Maux d'exil. 2006;14:7-8.

[18] Sapinho D, Chan-Chee C, Briffault X, Guignard R, Beck F. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale: apports et limites des outils. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(35-36):314-7.

[19] Roustic C, Cadot E, Renahy E, Massari V, Chauvin P. Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(35-36):321-5.

[20] Beauchemin C, Hamel C, Simon P. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats. Paris: Institut national d'études démographiques, Institut national de la statistique et des études économiques (coll. Documents de travail). 2010;168:1-152.

[21] Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité. ONSMP. Santé mentale des demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes, modalités cliniques et inter-partenariales. Lyon: ONSMP; 2005. 178 p.

[22] Médecins sans frontières. Rapport d'activité du Centre d'écoute et de soins. Paris: Médecins sans frontières; 2010. 42 p.

[23] Briffault X, Morvan Y, Guilbert P, Beck F. Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(35-36):318-21.

[24] Baubert T. Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants. Maux d'exil. 2008;25:1-3.

[25] Briere J, Spinazzola J. Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. J Trauma Stress. 2005;18(5):401-12.

[26] Veisse A, Aina E. Prévention pour les populations migrantes. In: Bourdillon F (dir). Traité de prévention. Paris: Flammarion Médecine Sciences; 2009:314-9.

[27] Veisse A, Aina E. Migrations et santé. In: Bourdillon F, Brückner G, Tabuteau D (dir). Traité de santé publique. 2^e éd. (coll. Traités). Paris: Flammarion Médecine Sciences; 2007:509-14.

[28] Rasmussen A, Rosenfeld B, Reeves K, Keller AS. The subjective experience of trauma and PTSD in a sample of undocumented immigrants. J Nerv Ment Dis. 2007;195(2):137-43.

[29] Bhugra D, Jones P. Migration and mental illness. Adv Psychiatr Treat. 2001;7:216-23.

L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000

Nadège Drouot (nadege.drouot@medecinsdumonde.net)¹, Anne Tomasino¹, Marie-Dominique Pauti¹, Jean-François Corty¹, Béatrice Luminet¹, Georges Fahet², Françoise Cayla²

1/ Médecins du Monde, Paris, France

2/ Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, Toulouse, France

Résumé / Abstract

Médecins du Monde (MdM) agit en France dans 30 villes et mène 103 programmes de promotion de la santé en centres fixes ou unités mobiles, auprès de populations fragiles en difficulté d'accès à la prévention et aux soins. Pour décrire le profil des publics reçus, témoigner des obstacles à l'accès aux soins et en mesurer les évolutions, MdM a mis en place, depuis 2000, un Observatoire de l'accès aux soins. Les centres fixes utilisent à cet effet un recueil de données commun renseigné pour chaque personne rencontrée.

En 2010, les centres ont accueilli 28 160 personnes, et des données ont été recueillies pour 21 710 d'entre elles. Il y avait 92% d'étrangers et 12% de mineurs. Leur profil socioéconomique est marqué par l'absence ou la précarité du logement, la grande faiblesse des ressources et une situation administrative précaire. Les trois-quarts peuvent en théorie disposer d'une couverture maladie, dont la moitié de l'Aide médicale de l'État (AME) réservée aux étrangers en situation irrégulière. Parmi les obstacles à l'accès aux soins principalement repérés : une méconnaissance des droits, la barrière linguistique, des difficultés administratives, des difficultés financières mais aussi la peur des arrestations. L'analyse des données met en évidence les besoins de suivi médical, alors qu'il s'agit de personnes dépourvues de couverture maladie. Les mineurs et les femmes enceintes ne sont pas épargnés.

La complexité des dispositifs administratifs limitent l'accès aux soins. Aussi, dans un objectif de simplification, une fusion de l'AME et la CMU (Couverture maladie universelle) en un seul dispositif pour toutes les personnes résidant sur le territoire et vivant sous le seuil de pauvreté, a été proposée. Mais certaines politiques de sécurité et de lutte contre l'immigration clandestine, par la peur des arrestations qu'elles engendrent, éloignent les personnes des structures de santé et entravent le travail de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins. Ces contradictions devraient être levées dans l'intérêt individuel des personnes et collectif de santé publique.

Mots-clés / Key words

Migrants, précarité, accès aux soins / Migrants, precarity, access to health care

Introduction

En 2010, Médecins du Monde (MdM) était présent en France dans 30 villes, au travers de 103 programmes de promotion de la santé auprès de populations fragiles en difficulté d'accès à la prévention et aux soins : personnes sans domicile, demandeurs d'asile, sans-papiers, Roms, enfants victimes de saturnisme, personnes se prostituant, usagers de drogues ... (figure 1). Les personnes étaient accueillies dans 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), dans un centre de soins pédiatriques à Mayotte et/ou rencontrées au sein de 81 unités mobiles de proximité.

Depuis 2000, suite à la Loi de lutte contre les exclusions (1998) et à la création de la Couverture maladie universelle (CMU, 2000), MdM s'est doté d'un « Observatoire de l'accès aux soins » [1] pour objectiver et témoigner des difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et en mesurer les évolutions. Cet outil permet de faire le lien entre les conditions de vie des

populations rencontrées par les équipes de MdM, leurs droits à la couverture maladie et leurs problèmes de santé. Il met en lumière les difficultés dans l'accès aux soins et contribue à enrichir la connaissance de populations vulnérables, peu explorées dans la statistique publique.

Cet article présente les principaux constats de l'Observatoire quant au profil des personnes reçues dans les Caso en 2010, les tendances les plus marquantes depuis 2000, en examinant plus particulièrement les difficultés d'accès aux soins.

Méthodologie

Les Caso mobilisent des équipes pluridisciplinaires (social, médical et paramédical) qui assurent un accueil médicosocial à toute personne en difficulté d'accès aux soins. Les données sont recueillies auprès de chaque personne par les intervenants de MdM dans un dossier socio-médical commun à l'ensemble des Caso (révisé chaque année), lors des consultations

sociales et médicales réalisées en présence d'un interprète chaque fois que nécessaire. Elles sont anonymisées et saisies sur informatique puis centralisées et traitées statistiquement avec les logiciels Stata® et Sphinx-Plus2®, en partenariat avec l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées.

Chaque question posée, de même que l'examen médical, sert à évaluer la situation sociale et administrative de la personne ainsi que son état de santé, pour organiser sa prise en charge et/ou son orientation vers le système de droit commun.

Le dossier social, renseigné par un accueillant ou un travailleur social pour chaque personne lors de sa première venue au centre, contient les caractéristiques démographiques (âge, sexe et nationalité) et les caractéristiques sociales (situation familiale, type et conditions de logement, activité, ressources, situation administrative et couverture maladie). La stabilité du logement est déterminée par la personne elle-même.

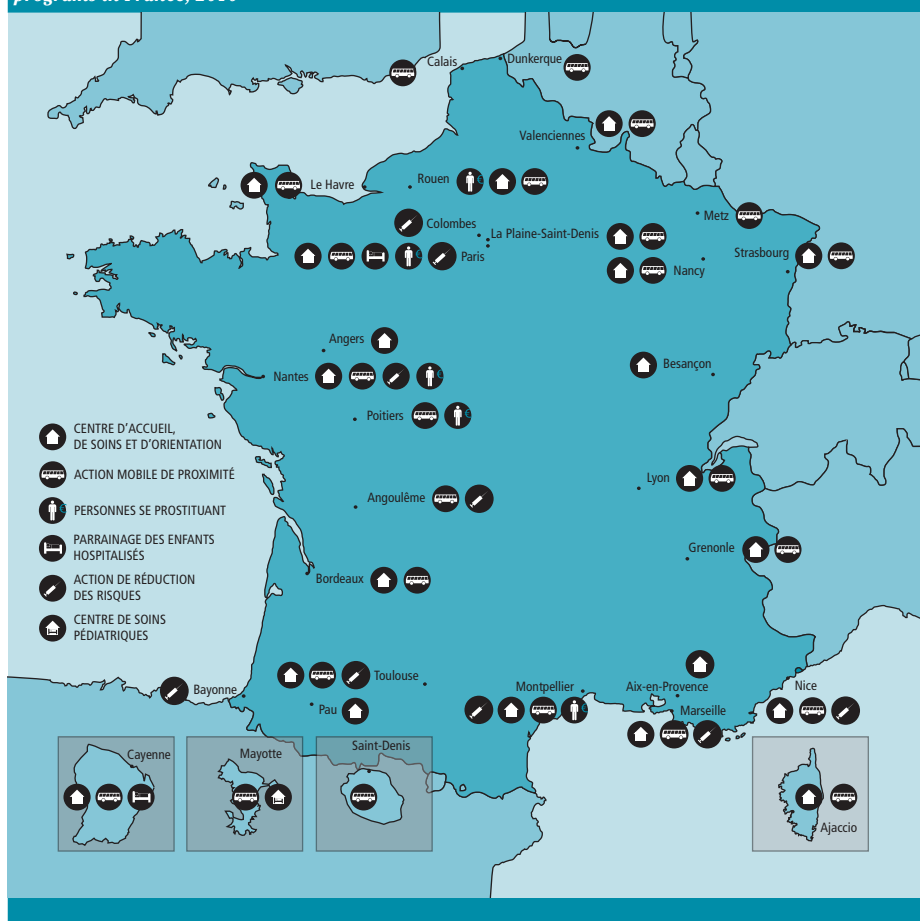
Access to health care for migrants living in precarious situations, based on data from the Médecins du Monde Observatory: observations in 2010 and main trends since 2000

Médecins du Monde (MdM) is present in 30 cities in France, and runs 103 health programs either through stationary centers or mobile units among populations at-risk in need of access to health care. To describe the profile of the hosted groups, testify on the obstacles to accessing health care and monitor their trends, MdM appointed an Observatory on access to health care since 2000. For this purpose, the stationary centers use a common database providing all information about the registered persons.

In 2010, the centers cared for 28,160 persons, among whom 92% are foreigners and 12% are minor children. Their socio-economic background includes poor or absent housing conditions, lack of resources and precarious administrative conditions. In theory, three-quarters of them are eligible to benefit from health coverage, half of them also eligible to «State Medical Aid» (Aide médicale de l'État) reserved for undocumented migrants. Among identified obstacles: the lack of knowledge of rights, language barriers, administrative and financial difficulties and also the fear of being arrested. A detailed analysis of the data highlights a number of medical follow-up concerns while these persons don't benefit from any health coverage. Minors and pregnant women are not spared either.

The complexity of administrative systems limits the accessibility to health care. Therefore, with an eye to simplification, the «State Medical Aid» (AME) and «Universal Health Coverage» (CMU) should be merged into one single framework for all persons living on the territory and below the poverty threshold. Still, the policies for security and immigration generate fear among these groups of people, taking them away from the health system and slowing down the prevention work, harm reduction and access to health care. That's why these contradictions need to be allayed both to the interest of these individuals and public health care communities.

Figure 1 Les programmes de Médecins du Monde en France, 2010 / Figure 1 Médecins du Monde health programs in France, 2010



Celle-ci peut être hébergée par de la famille ou des amis et estimer que cette situation est stable ou *a contrario* provisoire, ce qui rend le logement précaire. Les autres formes de logement précaire intègrent les occupations de logement sans bail ou de terrain sans droit. Le logement est considéré surpeuplé à partir de deux personnes par pièce. Les personnes dites « sans domicile » sont celles qui déclarent vivre à la rue ou être en hébergement d'urgence au moment de la consultation. Le dossier comprend les critères permettant de déterminer si la personne peut bénéficier ou non d'une couverture maladie, comme les

revenus, la durée de résidence sur le territoire ou la situation administrative, ainsi que les obstacles dans l'accès aux droits et aux soins exprimés par la personne et/ou repérés lors de l'entretien.

Les données médicales sont recueillies par le médecin et consignées dans le dossier médical initial, qui comporte les antécédents médicaux ainsi que le statut vaccinal et sérologique. Une fiche de consultation vient compléter les informations lors de chaque nouvelle visite, au cours de laquelle sont renseignés le(s) motif(s) de consultation, les informations relatives à l'examen médical, le(s) diagnostic(s) posé(s), les

traitements et examens complémentaires prescrits et les orientations nécessaires. Les motifs et résultats de consultation sont codés selon la Classification internationale des soins de santé primaires. Les médecins évaluent par ailleurs si le(s) problème(s) de santé aurai(en)t du(s) être traité(s) plus tôt, ce qui permet de déterminer le retard de recours aux soins.

Les résultats présentés dans cet article s'appuient sur deux bases de données distinctes pour l'année 2010 :

- la base « patients », où sont enregistrées les données du dossier social lors de la première visite du patient au centre ;
- la base « visites », où sont enregistrés chaque passage au centre et toutes les informations recueillies lors de chaque consultation médicale.

Pour ces résultats, les dénominateurs varient selon le nombre de données manquantes à la question concernée.

Résultats

En 2010, les 21 Caso ont accueilli 28 160 personnes différentes lors de 59 316 passages ; ils ont effectué 38 606 consultations médicales pour 21 236 patients différents et 3 919 consultations dentaires pour 1 742 patients différents (tableau 1). Les équipes d'accueil ont par ailleurs renseigné 21 710 dossiers sociaux. Après une tendance à la baisse des consultations médicales depuis le début des années 2000, celles-ci ont augmenté en 2010 de plus de 10% par rapport à 2008. Le nombre moyen de consultations médicales par personne était de 1,8, chiffre stable depuis l'année 2000. Parmi les 21 236 personnes différentes ayant bénéficié d'une consultation médicale, 62% avaient vu le médecin une seule fois. Les personnes reviennent parfois pour rencontrer le travailleur social, le plus souvent pour des questions liées à la couverture maladie.

Caractéristiques démographiques

Parmi les 21 710 personnes pour lesquelles un dossier social a été renseigné en 2010, 58% étaient de sexe masculin, sans variation notable depuis 2000. L'âge moyen était de 33,5 ans, sans variation selon le sexe. Plus de la moitié (55%) étaient de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans,

Tableau 1 Évolution des caractéristiques des patients reçus dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde entre 2000 et 2010, France / Table 1 Characteristics of patients seen in health care and guidance clinics of Médecins du Monde between 2000 and 2010, France

	Nombre de passages	Nombre de patients différents	Nombre de consultations médicales et dentaires	Mineurs (%)	Femmes (%)	Français (%)	Logement stable (%)	Étrangers sans autorisation de séjour ^b (%)	Étrangers concernés par une demande d'asile ^{c,d} (%)	Droits théoriques à la couverture maladie			Retard de recours aux soins (%)
										Assurance maladie (%)	Aide médicale de l'État (%)	Aucun droit (%)	
2000	ND	ND	35 541 ^a	ND	41,2	21,7	37,0	49,3	ND	ND	ND	ND	ND
2001	51 208	25 619	48 535	10,0	39,2	14,4	42,8	44,2	30,0	41,0	50,0	9,0	ND
2002	51 277	24 682	50 716	9,2	39,8	13,1	45,2	46,6	30,0	37,0	53,0	10,0	ND
2003	45 057	19 863	43 526	9,2	40,9	14,4	44,5	47,3	27,0	37,1	53,7	9,2	8,7
2004	53 132	22 378	40 625	9,8	43,5	11,2	43,1	59,6	31,2	35,9	45,1	19,0	9,4
2005	62 118	26 348	45 776	9,6	44,0	10,9	38,8	71,0	29,0	28,8	49,0	22,2	8,0
2006	56 137	24 977	38 490	8,1	45,3	10,3	40,0	76,8	19,8	24,2	55,2	20,6	12,6
2007	54 698	24 092	38 034	9,5	44,6	11,3	41,9	72,3	26,2	29,2	48,6	22,2	11,4
2008	54 389	24 685	38 529	9,8	43,6	11,2	29,9	73,8	27,4	24,1	54,6	19,9	17,0
2009	56 173	25 863	40 341	11,9	41,9	9,8	26,5	71,2	32,8	23,6	52,0	22,6	22,0
2010	59 316	28 160	42 525	11,6	41,7	8,2	23,7	67,2	38,0	23,8	50,6	23,7	24,1

ND : données non disponibles.

^a Le nombre de consultations dentaires n'a pas été enregistré en 2000 ; ^b Le dénominateur est le nombre d'étrangers majeurs, devant justifier d'un titre de séjour ; ^c Le dénominateur est le nombre total d'étrangers extracommunautaires ; ^d Les étrangers concernés par une demande d'asile peuvent être en cours de procédure ou déboutés.

Source des données : Rapport 2010 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, octobre 2011. Disponible à : <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Publications/Les-rapports/En-France>

6,5% étaient âgés de plus de 60 ans et 12% étaient mineurs.

Près de 92% étaient étrangers et 151 nationalités différentes étaient représentées. La part des Français en 2010 était la plus faible enregistrée depuis 10 ans (8% *versus* 22% en 2000). Les ressortissants d'Afrique subsaharienne étaient les plus représentés avec plus de 26%, devant l'Union européenne (hors France) et le Maghreb (respectivement 21% et 20%) et enfin l'Europe hors UE (12,5%). Les autres personnes, originaires d'Océanie et d'Amérique, du Proche et Moyen-Orient ou d'Asie, représentaient 12%.

Caractéristiques sociales

Parmi les personnes ayant répondu aux questions sur leur logement (19 881), un quart le considéraient stable, proportion en nette diminution par rapport à 2000 (37%). Par ailleurs, 48% vivaient dans un logement précaire, 16% étaient hébergés par un organisme ou une association. Près du tiers d'entre elles considéraient leur logement comme insalubre et 55% vivaient dans des conditions de surpeuplement. Environ 13% étaient sans domicile.

Pour les 1 984 mineurs pour lesquels le logement a été abordé, près d'un tiers étaient hébergés par un organisme ou une association, 37% habitaient dans un logement précaire et 9% vivaient à la rue. Trois personnes sur 10 déclaraient exercer une activité pour gagner leur vie (sur un total de 17 607 personnes), mais 98% vivaient en dessous du seuil de pauvreté (949 euros mensuels pour une personne seule), un tiers n'avaient aucune ressource.

Les questions concernant l'asile ont été abordées avec 14 546 étrangers (hors UE), parmi lesquels 38% avaient été ou étaient en demande d'asile, part la plus importante enregistrée depuis 10 ans (30% en 2001). Les deux tiers environ des étrangers devant justifier d'un titre de séjour (15 443) n'en possédaient pas.

Difficultés d'accès aux droits et aux soins

Les trois-quarts des personnes rencontrées relevaient théoriquement d'un dispositif de couverture maladie : la moitié de l'Aide médicale de l'État (AME, couverture maladie des

personnes en situation irrégulière) et un quart de l'Assurance maladie (sécurité sociale de base et/ou Couverture maladie universelle complémentaire, CMUc). La proportion de personnes ayant potentiellement droit à l'AME était restée stable depuis 2000, tandis que celle concernée par l'Assurance maladie diminuait chaque année (elle était de 41% en 2001). Cependant, 82% des personnes ayant droit à une couverture maladie n'en avaient aucune ; c'était le cas pour 88% des mineurs.

Le quart restant ne pouvait accéder à une couverture maladie, le plus souvent en raison du critère de résidence de 3 mois en France instauré depuis 2004, qui a eu pour effet de plus que doubler le nombre de personnes exclues de toute couverture maladie (9% en 2001). Entre 2003 et 2004, le pourcentage de personnes sans aucun droit est passé de 9% à 19%, et ce chiffre est nettement orienté à la hausse depuis 2008.

Des obstacles à l'accès aux soins ont été cités par 15 480 personnes. Les plus fréquents étaient la méconnaissance de leurs droits et des structures délivrant des soins (27%), la barrière linguistique (26%), les difficultés administratives (24%) du fait de la complexité des démarches avec parfois des demandes de justificatifs non prévus dans les textes réglementaires. Les obstacles d'ordre financier étaient cités par 7% des personnes qui évoquaient notamment la complémentaire trop chère, les difficultés d'avance de frais, le paiement des franchises, les soins mal remboursés (dentaires et optique notamment), pour les personnes dépassant le seuil d'attribution de la CMUc ou de l'AME (634 euros au 1^{er} juillet 2010).

Enfin, parmi 5 852 étrangers sans titre de séjour ayant accepté d'aborder le sujet, 58% déclaraient limiter leurs déplacements ou leurs activités de peur d'être arrêtés.

Données médicales

En 2010, selon l'avis des médecins, 24% des patients avaient eu recours aux soins de façon tardive, phénomène en hausse par rapport aux années précédentes (11% en 2007, 17% en 2008, 22% en 2009).

Dans 45% des consultations où un diagnostic a été posé (soit 21 770 consultations), les

patients nécessitaient une prise en charge d'une durée d'au moins 6 mois, pour des grossesses ou des pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète, certaines pathologies du système locomoteur et les syndromes dépressifs, alors qu'il s'agissait très majoritairement de personnes dépourvues de toute couverture maladie.

Environ 10% des femmes reçues dans les Caso étaient enceintes. Le jour de la consultation, 8% d'entre elles étaient à la rue et 94% ne disposaient d'aucune couverture maladie. Plus de la moitié accusaient un retard de suivi de grossesse et 32% d'entre elles avaient accès aux soins pré-natals classiques.

Le taux de couverture vaccinale des personnes considérées à jour des principaux vaccins obligatoires ou recommandés variait entre 28 et 44% selon les vaccins.

Dans les deux Caso de Paris et de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), 1 672 personnes ont été dépistées pour le VIH et 1 710 pour les hépatites virales. Parmi les patients dépistés, la proportion de sérologies confirmées positives atteignait 2,6% pour le VIH, 6,5% pour l'hépatite B (AgHbs+) et 6,5% pour le VHC. Le dépistage de la tuberculose auprès des patients de ces deux Caso a permis d'identifier 14 cas parmi 1 111 patients orientés vers une radiographie pulmonaire, soit 1,3%.

Discussion

Devant le nombre important de demandes de consultation, certains centres de MdM privaient de recevoir les personnes sans aucune couverture maladie et, quand c'est possible, orientent dès l'accueil les personnes qui disposent de droits ouverts vers le système de droit commun, ce qui a pour effet de surreprésenter les personnes sans droit à la couverture maladie. Ainsi, pour témoigner des difficultés d'accès aux droits et aux soins, MdM collige, depuis l'année 2000, les obstacles rencontrés qui empêchent les personnes reçues d'ouvrir leurs droits à la couverture maladie ou de les faire valoir et de recourir aux soins dans le système de droit commun.

Au travers du changement de profil des publics reçus depuis 2000 et des difficultés rencontrées pour accéder aux soins, nos résultats suggèrent que la loi portant création de la CMU, même si elle a représenté une avancée considérable pour l'accès aux soins de plus de 4 millions de personnes [2], n'a pu résoudre les problèmes d'accès aux soins pour tous, et en particulier pour les étrangers en situation administrative précaire.

Les données permettent de mettre en évidence trois évolutions notables concernant les droits potentiels à la couverture maladie des patients reçus à MdM. La première est la diminution régulière des personnes relevant de l'Assurance maladie, consécutive à la baisse concomitante des patients français consultant à MdM, liée probablement elle-même à la mise en place de la CMU. La seconde s'est produite en 2004 avec l'introduction de la condition d'une résidence ininterrompue de 3 mois en France pour l'ouverture des droits à l'AME. Cette mesure s'est accompagnée d'une augmentation forte cette même année du nombre de personnes exclues de toute couverture maladie. La troisième est

Encadré Mayotte, département d'exception / *Box Mayotte Island, an exceptional district*

Mayotte, île de l'archipel des Comores et 101^e département français depuis avril 2011, ne dispose pas du dispositif de couverture maladie CMU (Couverture maladie universelle), ni de l'AME (Aide médicale de l'État). Leur mise en place n'est pas inscrite à l'agenda de la départementalisation qui s'étendra sur 15 années. Alors que les soins étaient gratuits pour tous jusqu'en 2005, la mise en place de la sécurité sociale s'est accompagnée de l'instauration d'un forfait allant de 10 à 300 euros selon les actes pour les personnes ne pouvant faire la preuve de leur nationalité française ou ne pouvant être affiliées à la sécurité sociale. Des bons d'accès permettant d'éviter l'avance de frais (« bons roses ») ont été mis en place par les institutions locales pour la consultation des enfants dans le système de soins public en 2008, mais ils sont peu connus des personnes et leurs modalités de délivrance sont variables d'un dispensaire à l'autre.

Médecins du Monde (MdM) a ouvert un centre de soins pédiatriques, fin 2009, dans un quartier pauvre proche de la capitale Mamoudzou. En 2010, ce centre a effectué 5 286 consultations médicales pour 2 477 enfants. La quasi-totalité des personnes qui sont venues consulter à MdM étaient d'origine comorienne. Des liens familiaux, culturels et économiques ont existé de tout temps entre les îles de l'archipel des Comores. La migration est d'abord économique (>50%), puis familiale (25%) et, à la marge, sanitaire (4%) [11].

Seuls 20% des enfants reçus dans le centre étaient affiliés à la sécurité sociale. Les trois-quarts des accompagnants méconnaissaient les « bons roses » et 72% d'entre eux indiquaient ne pas avoir eu recours aux soins pour des raisons économiques. S'ajoutait la peur de se déplacer pour 64% des personnes rencontrées, induite par les expulsions massives (26 000 expulsions pour un territoire de moins de 200 000 habitants en 2010 [12]). Un tiers des enfants présentaient un retard de recours aux soins, et les pathologies liées à la précarité des conditions de vie (habitat en tôle, difficultés d'accès à l'eau) et au contexte épidémiologique de l'île (paludisme, lèpre endémique, dengue) étaient aggravées par le cumul des obstacles à l'accès aux soins.

l'entrée en 2007 de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne (UE), avec l'application stricte, l'année suivante, d'une circulaire [3] restreignant l'accès à la CMU pour les ressortissants communautaires. En effet, les ressortissants de l'UE présents en France depuis plus de 3 mois, inactifs, sans assurance maladie dans leur pays d'origine, représentant une charge pour l'État, sont désormais considérés comme en situation irrégulière et ne peuvent prétendre à la CMU. Ils ne peuvent qu'accéder à l'AME.

Le profil socioéconomique des patients est marqué par la précarité et des conditions de vie difficiles, avec une dégradation des conditions de logement. Les femmes enceintes ne sont pas épargnées, ce qui pose la question des conditions du suivi de leur grossesse. En effet, cette situation n'est pas sans conséquence : premier contact tardif, nombre de consultations prénatales insuffisantes, risque accru de pathologies gravidiques non dépistées.

L'analyse des données recueillies met en évidence les besoins de suivi médical des patients, alors qu'il s'agit de personnes dépourvues de couverture maladie : retard de recours aux soins pour un quart d'entre eux, nécessité d'une prise en charge d'au moins 6 mois pour près de la moitié d'entre eux, retard de suivi des grossesses pour la moitié des femmes enceintes, proportion de sérologies confirmées positives parmi les patients dépistés pour le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C, respectivement 12 [4], 10 et 8 fois [5] plus élevées qu'en population générale. La couverture vaccinale est faible dans un contexte de retour de la rougeole en population générale et de risques élevés de tuberculose liés aux conditions de vie. En effet, on retrouve une proportion élevée de cas de tuberculose parmi les patients dépistés (1,3%).

La complexité du droit en matière d'immigration et de ses réformes successives (multiplication des catégories de titre de séjour), combinée à la complexité du droit de l'Assurance maladie pour déterminer la régularité du séjour, ne facilite pas l'accès à un dispositif de couverture maladie.

On peut souligner le nombre important de personnes qui consultent dans les Casos alors qu'elles pourraient avoir accès aux droits et consulter dans le système de droit commun. Les obstacles à cet accès sont le plus souvent des obstacles administratifs. Les témoignages font état de demandes de documents non prévus dans le cadre réglementaire pour instruire les dossiers d'AME (relevé d'identité bancaire, extrait d'acte de naissance en sus d'autres pièces d'identité...), sous couvert de lutter contre la fraude, pourtant quasi-inexistante selon plusieurs rapports officiels [6;7]. Une circulaire de septembre 2011 [8] est venue rappeler les modalités d'admission à l'AME et, en particulier,

les documents nécessaires à la constitution de la demande. Le Comede (Comité médical pour les exilés), association partenaire de MdM, confirme que les difficultés résident dans la complexité du système et la méconnaissance du droit et des procédures par les professionnels de la santé, du social ou de la sécurité sociale [9]. Il s'ensuit un ralentissement des délais de traitement et donc d'ouverture de droits. Les conséquences sont connues : retards de recours aux soins (nettement en hausse ces trois dernières années parmi les patients reçus par MdM), et donc une aggravation des pathologies et le surcoût humain et financier que cela induit. Ces difficultés sont d'autant plus grandes lorsque les personnes ne maîtrisent pas la langue française. Le recours à l'interprétariat professionnel est l'une des solutions pour améliorer la prise en charge des migrants.

De plus, la situation des mineurs est particulièrement préoccupante. En vertu de la Convention de l'Organisation des Nations unies (ONU) du 20 novembre 1989, ratifiée par la France l'année suivante, les mineurs doivent être protégés et bénéficier de la sécurité sociale et du meilleur accès à la santé possible. Or, 88% des mineurs rencontrés n'ont pas de couverture maladie alors qu'ils devraient tous pouvoir y prétendre sans délai.

De manière pragmatique et dans un objectif de simplification à l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de toute personne résidant en France, quel que soit son statut administratif, vivant sous le seuil de pauvreté, MdM, avec d'autres associations et récemment le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [10], proposent de fusionner l'AME et la CMU en un seul dispositif. Cela permettrait des économies de gestion, une simplification pour les bénéficiaires et les professionnels de santé ainsi qu'une sécurisation du parcours de soins.

Certaines politiques de sécurité et de lutte contre l'immigration clandestine, par la peur des arrestations qu'elles engendrent, éloignent des personnes des structures de santé, ce qui entrave le travail de prévention, de réduction des risques, d'accès aux droits et aux soins, et plus généralement, à la santé. Les contradictions entre ces politiques et les enjeux de santé publique devraient être levées afin de protéger les individus et respecter l'intérêt collectif.

Remerciements

- À toutes les personnes qui acceptent de répondre aux questions et de décrire leur situation et leurs parcours de vie ;
- à tous les acteurs de la Mission France de Médecins du Monde, investis au quotidien auprès des publics en situation de précarité ;
- à toutes les personnes investies dans l'élaboration des outils de recueil de données.

Références

- [1] <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins>
- [2] Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2010. 105 p. Disponible à : http://www.cmu.fr/userdocs/RA_2010.pdf
- [3] Circulaire DSS/DACI n°2007-418 du 23 novembre 2007 relative au bénéfice de la couverture maladie universelle de base (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) des ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et de la Suisse résidant ou souhaitant résider en France en tant qu'inactifs, étudiants ou demandeurs d'emploi.
- [4] Cazein F, Le Vu S, Pillonel J, Le Strat Y, Couturier S, Basselier B, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2009. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(45-46):451-4.
- [5] InVS, CnamTS, Cetaf. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire ; 2007:26-36. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/index.html
- [6] Cordier A, Salas F. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide médicale d'État. Paris: Inspection générale des Finances ; Inspection générale des Affaires sociales; 2010. 161 p. Disponible à : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000685/0000.pdf>
- [7] Assemblée nationale. Rapport d'information n°3524, fait au nom du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État. Paris: Assemblée nationale; 2011. 158 p. Disponible à : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3524.asp>
- [8] Circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs).
- [9] Comité médical pour les exilés (Comede). La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2010. Paris: Comede. 74 p. Disponible à : <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2010.pdf>
- [10] Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [Internet]. Avis du CNLE du 5 juillet 2011. Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis. Disponible à : <http://www.cnle.gouv.fr/Avis-du-CNLE-du-5-juillet-2011.html>
- [11] Florence S, Lebas J, Parizot I, Sissoko D, Querre M, Paquet C, et al. Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : enseignements d'une enquête représentative en population générale. Rev Epidemiol Santé Publique. 2010;58(4):237-44.
- [12] Malango Actualité [Internet]. Mayotte, les sujets d'actualité débattus au petit déjeuner préfectoral, n°292, du 28 janvier 2011. Accès restreint à : http://www.malango-actualite.fr/article/mayotte_les_sujets_d_8217_actuaute_debattus_au_petit_dejeuner_prefectoral-7203.htm

L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010

Francesca Grillo (grillo@u707.jussieu.fr)^{1,2}, Marion Soler^{1,2}, Pierre Chauvin^{1,2}

1/ Inserm U707, Équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, Paris, France

2/ Université Pierre et Marie Curie-Paris 6, UMR-S 707, Paris, France

Résumé / Abstract

Objectifs – L'objectif de cette étude était de comparer les pratiques de dépistage du cancer du col utérin par frottis (FCU) entre femmes françaises nées de deux parents français (FFP), françaises nées d'au moins un parent étranger (FPE), et étrangères dans l'agglomération parisienne.

Méthodes – Il s'agit des données de la seconde vague d'enquête de la cohorte « Santé, inégalités, ruptures sociales » (SIRS), conduite en 2010 auprès d'un échantillon représentatif des adultes francophones de l'agglomération parisienne (1 724 femmes). Des modèles de régressions logistiques ont analysé les caractéristiques démographiques, socioéconomiques, d'insertion sociale et de santé associées à l'absence de FCU au cours de la vie.

Résultats – Parmi les femmes âgées de 25 ans ou plus, 91,2% avaient déjà eu au moins un FCU au cours de leur vie. Une fois ajusté sur l'âge, les femmes FPE avaient 2 fois plus de risque de n'avoir jamais été dépistées que les femmes FFP (OR=2,46 ; IC95% [1,60-3,77]), et ce risque redoublait pour les femmes étrangères (OR=5,27 ; IC95% [3,41-8,15]). La proportion de vie passée en France métropolitaine diminuait le risque de non dépistage pour les femmes étrangères, mais les différences entre les FFP et les FPE ou les étrangères persistaient, même lorsque toutes les autres caractéristiques étaient prises en compte.

Conclusion – Des actions spécifiques doivent être entreprises pour réduire les inégalités relatives à l'immigration dans le domaine du dépistage du cancer du col utérin.

Absence of cervical cancer screening for women in Paris metropolitan area according to their migration characteristics in 2010

Objectives – This study aimed to compare cervical screening practices among French women born to two French parents (FFP), French women with at least one foreign parent (Ffp), and foreign women in Paris metropolitan area.

Methods – Data from the second wave of the SIRS cohort survey, conducted in 2010 among a representative sample of 3,000 adults in Paris metropolitan area (1,724 women) were used. Regression models analysed demographic, socioeconomic, social insertion, and health-related characteristics associated to the absence of cervical screening in one's lifetime.

Results – 91.2% of the women aged 25 or above had undergone at least one cervical screening in their lifetime. Compared to FFP, once adjusted on age, the likelihood of never being screened was twice higher for Ffp (OR=2.46; 95CI%[1.60-3.77]) and four times higher for foreign women (OR=5.27 ; 95%CI[3.41-8.15]).

The proportion of life spent in mainland France reduced the non-screening risk for foreign women, but differences between FFP and Ffp or foreigners remained, even after adjustment on all other individual characteristics.

Conclusion – More specific strategies need to be implemented in order to reduce immigration-related inequalities in cervical screening.

Mots clés / Key words

Dépistage, cancer du col de l'utérus, santé des femmes, caractéristiques migratoires, agglomération parisienne / Screening, cervical cancer, women's health, migration characteristics, Paris metropolitan area

Introduction

Parmi les cancers féminins, le cancer du col de l'utérus occupait en 2005, en France, le 10^e rang en termes d'incidence. La mortalité de ce cancer a fortement diminué depuis la diffusion à large échelle du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) dans les années 1970. En l'absence de dépistage organisé, les recommandations françaises préconisent la pratique d'un FCU tous les trois ans (après deux frottis négatifs à un an d'intervalle) pour toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans. Environ 6 millions de FCU sont réalisés chaque année en France, mais seulement 10% des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé (40% des femmes sont dépistées trop fréquemment et 50% ne le sont pas, ou trop peu souvent) [1]. Nombre d'études, notamment aux États-Unis et au Canada, ont mis en évidence la vulnérabilité des minorités et des populations immigrées vis-à-vis de ce cancer, notamment par absence ou retard de dépistage [2-4]. En France, où les études sur la santé et le recours aux soins des populations immigrées restent rares, les différences de pratiques de dépistage des cancers féminins entre Françaises et immigrées restent peu documentées, voire inconnues si on s'intéresse également à la situation des Françaises issues de l'immigration.

À partir de données récoltées en 2010 auprès d'un échantillon représentatif des adultes francophones de l'agglomération parisienne, les objectifs de ce travail étaient de comparer la fréquence de l'absence de tout recours au FCU au cours de la vie chez les Françaises nées de parents français, les Françaises nées d'au moins un parent étranger et les immigrées ; et d'étudier si la durée de vie passée en France et certains facteurs sociodémographiques expliquaient, ou non, les différences observées.

Matériel et méthodes

Cette étude se base sur l'analyse transversale des données de la seconde vague d'enquête de la cohorte SIRS (Santé, inégalités et ruptures sociales), conduite en 2010 auprès d'un échantillon représentatif des adultes francophones de Paris et de la première couronne de départements, constitué aléatoirement à trois degrés. À l'inclusion, 50 Iris¹ ont été tirés au sort (en stratifiant sur leur type – ouvrier, moyen et supérieur – d'après la typologie d'E. Prêteceille et leur classement ou non en zone urbaine sensible) ; puis 60 logements ont été sélectionnés aléatoirement par Iris ; puis un adulte

francophone par logement a été sélectionné par la méthode de la date anniversaire [5;6]. En 2010, 47% des adultes inclus en 2005 ont pu être réinterrogés (0,6% étaient décédés, 1,5% trop malades pour participer, 3,6% avaient déménagé en dehors des Iris sélectionnés, 8,5% étaient absents à la période d'enquête, 15,7% ont refusé de poursuivre leur participation et 22,9% ont été perdus de vue sans nouvelle). Leur sexe ratio et leur âge moyen étaient identiques aux non-réinterrogés. Les perdus de vue étaient sensiblement plus jeunes et plus aisés que les autres mais le type de leur Iris de résidence et leur état de santé n'étaient pas différents. Les absents au moment de l'enquête étaient, eux, d'un statut socioéconomique plus bas et plus souvent des immigrés. Les personnes incluses en 2005 non réinterrogées en 2010 ont été remplacées par tirage au sort selon une méthode identique au sein des 50 Iris de la cohorte, afin d'obtenir un effectif final de 60 adultes interrogés par Iris. Le taux de refus des nouveaux enquêtés était, en 2010 comme en 2005, de 29%. L'échantillon final a été redressé pour prendre en compte la stratégie d'échantillonnage, puis recalé par âge et sexe d'après le recensement de la population de 2006.

L'échantillon final de 2010 comporte 3 000 adultes, dont 1 819 femmes. Pour cette étude, seules les

¹ Îlots regroupés pour l'information statistique, définis par l'Institut national de la statistique et des études économiques, Insee.

Tableau 1 Absence de frottis du col utérin (FCU) au cours de la vie en fonction des origines migratoires, de la proportion de vie passée en France métropolitaine et d'autres caractéristiques individuelles des femmes âgées de plus de 25 ans dans l'agglomération parisienne en 2010 : fréquence et analyses multivariées / Table 1. Absence of any lifetime cervical screening according to migration origin, duration of time spent in mainland France and other individual characteristics of women aged 25 years and above in the Paris metropolitan area, in 2010: frequencies and multivariate analyses

Variables	N (=1 724)	Proportion sans FCU (%)	Modèle 1 ORa [IC95%]	Modèle 2 ORa [IC95%]	Modèle 3 ORa [IC95%]
Âge (années)			p<0,0001	p<0,0001	0,004
25-34	316	11,7	1,58 [0,93-2,66]	1,40 [0,82-2,40]	1,60 [0,88-2,90]
35-49	550	7,1	0,97 [0,58-1,61]	0,85 [0,50-1,43]	0,96 [0,55-1,68]
50-65	508	5,7	ref	ref	ref
≥66	350	13,4	2,88 [1,75-4,73]	3,27 [1,97-5,4]	2,28 [1,32-3,94]
Origine			p<0,0001	p=0,0008	0,04
Française de deux parents français	1 168	5,7	ref	ref	ref
Française d'au moins un parent étranger	338	11,8	2,46 [1,60-3,77]	2,10 [1,31-3,37]	1,79 [1,07-2,98]
Étrangère	218	21,1	5,27 [3,41-8,15]	2,82 [1,56-5,08]	2,03 [1,08-3,81]
% vie en France métropolitaine				p<0,0001	P<0,0001
100%	1 037	6,2		ref	ref
[50% - 100%]	450	7,6		0,90 [0,56-1,47]	0,96 [0,57-1,60]
<50%	237	22,8		3,06 [1,73-5,40]	3,24 [1,77-5,93]
Niveau d'études					P<0,0001
Supérieur	801	4,2		ref	ref
Secondaire	756	10,2			2,07 [1,30-3,28]
Primaire ou inférieur	167	24,6			4,35 [2,41-7,86]
Couverture maladie					P=0,06
Sécurité sociale + complémentaire	1 456	6,7			ref
CMUc / AME ^a	112	21,4			1,87 [1,04-3,34]
Sécurité sociale ou CMU seule	145	19,3			1,76 [1,03-2,98]
Pas de couverture maladie	11	18,2			0,91 [0,15-5,36]
Relation sentimentale					P=0,0005
Oui	1 143	6,6		ref	ref
Non	581	13,3			2,10 [1,38-3,19]
Enfants					P=0,002
Oui	1 384	8,5		ref	ref
Non	340	10,3			2,13 [1,32-3,44]
Nombre de relations amicales					P=0,0004
5 ou plus	1 126	5,9			ref
2 à 4	468	12,0			1,66 [1,10-2,51]
0 à 1	130	23,1			2,81 [1,64-4,84]
A déjà été sérieusement malade					P=0,01
Oui	612	7,4			Ref
Non	1 112	9,6			1,71 [1,13-2,59]
Cancer : je préférerais le savoir le plus tard possible					P=0,048
Oui	226	15,0			1,59 [1,00-2,52]
Non	1 498	7,9			Ref

^a Couverture maladie universelle complémentaire ou Aide médicale de l'État.

femmes âgées de 25 ans ou plus, sans antécédent d'hystérectomie, ont été incluses dans l'analyse (n=1 724).

La variable d'intérêt considérée est l'absence de tout FCU au cours de la vie, déclarée par les femmes. L'« origine migratoire » des femmes a été définie en trois catégories, distinguant les Françaises nées de deux parents français (FPF), les Françaises nées d'au moins un parent étranger (FPE) et les femmes étrangères.

Les covariables étudiées étaient :

- la proportion de vie passée en France métropolitaine en 3 classes (en faisant l'hypothèse que plus celle-ci augmente, plus grandes sont les chances et plus fréquentes sont les opportunités de se conformer aux recommandations françaises) ;
- d'autres caractéristiques démographiques telles que l'âge, le fait d'avoir ou non une relation

sentimentale (quel que soit son statut) et d'avoir ou non des enfants ;

- le statut socioéconomique (niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle, revenu mensuel du foyer par unité de consommation) ;
- les insertions sociales (participation associative, isolement ressenti, nombre de relations amicales extrafamiliales) ;
- l'accès au système de santé (avoir ou non un médecin régulier et le type de couverture maladie) ;
- la santé ressentie (avec les trois questions du mini-module européen [7]). Les réponses (oui/non) à deux autres questions ont également été prises en compte : « Avez-vous déjà été sérieusement malade ? », pour prendre en compte l'expérience de la maladie, et « Si vous aviez un cancer, préféreriez-vous le savoir le plus tard possible ? » pour mesurer une attitude générale vis-à-vis du dépistage des cancers.

Trois modèles de régressions logistiques ont été successivement réalisés : le premier comportant uniquement l'origine migratoire ajustée sur l'âge, le second introduisant la proportion de vie passée en France métropolitaine, le troisième incluant finalement toutes les autres variables selon une démarche de sélection pas-à-pas descendante (avec un seuil de significativité $p<0,20$ en analyse univariée pour sélectionner les variables candidates et un seuil $p=0,05$ pour les retenir dans le modèle final). Toutes les analyses ont été réalisées avec SAS[®] v9.2.

Résultats

L'échantillon final de la cohorte SIRS en 2010 était composé de 1 819 femmes adultes, dont l'âge moyen est de 49,7 ans (étendue : 18-98). Deux tiers d'entre elles étaient FPF, 20% étaient FPE, et 12,7% étaient étrangères. Parmi ces femmes, 60,5% avaient passé toute leur vie en France métropolitaine, 25,4% avaient vécu en France une proportion de leur vie supérieure à 50% (mais inférieure à 100%), et 14,1% une proportion inférieure à 50%. Alors que 44,7% des femmes avaient un niveau d'études supérieur, 9,5% avaient un niveau d'études inférieur ou égal au primaire. La majorité des femmes (52,4%) exerçaient un emploi, 25,6% étaient retraitées et 9,1% étaient femmes au foyer.

Au total, 91,2% des 1 724 femmes âgées de 25 ans ou plus déclaraient avoir déjà eu au moins un FCU au cours de leur vie. La proportion de femmes déclarant n'en avoir jamais bénéficié était significativement plus élevée chez les étrangères (21,1%) et les FPE (11,8%) que chez les FPF (5,7%, $p<0,0001$). De même, les femmes ayant vécu moins de la moitié de leur vie en métropole – tous âges et origines confondus – étaient plus souvent dans ce cas (22,8%), ainsi que celles ayant un niveau d'études inférieur ou égal au primaire (24,6%), sans couverture maladie (18,2%), avec la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou l'Aide médicale de l'État (AME) (21,4%), ou encore la Sécurité sociale (SS) de base ou la CMU, sans complémentaire (19,3%).

Le tableau 1 montre les résultats des régressions logistiques multivariées. Le premier modèle montre que, une fois ajusté sur l'âge, les femmes FPE avaient deux fois plus de risque de n'avoir jamais été dépistées que les femmes FPF (OR=2,46 ; IC95% [1,60-3,77]) et que ce risque était de nouveau multiplié par 2 pour les femmes étrangères (OR=5,27 ; IC95% [3,41-8,15]).

Le fait d'avoir passé moins de la moitié de sa vie en France métropolitaine (modèle 2) était associé à un risque accru de non dépistage (OR=3,06 ; IC95% [1,73-5,40]) et le fait d'introduire cette variable dans le modèle diminuait de moitié le risque de non dépistage pour les femmes étrangères qui se retrouvaient au même niveau de risque que les FPE.

Les différences entre les femmes FPF et les femmes étrangères ou FPE persistaient toutefois, même une fois introduites dans le modèle cette proportion de vie passée en métropole et toutes les autres caractéristiques retenues dans le modèle 3 (niveau d'études, couverture maladie, relation sentimentale, parentalité, nombre

de relations amicales, expérience de la maladie et attitude générale vis-à-vis du dépistage des cancers) : les femmes immigrées ou françaises issues de l'immigration avaient 2 fois plus de risque de ne jamais avoir eu recours au dépistage du cancer du col de l'utérus que les FPF. La force d'association avec la proportion de vie passée en métropole restait, quant à elle, semblable entre les modèles 2 et 3.

En analyse multivariée, avaient également un risque accru de n'avoir jamais été dépistées les femmes de plus de 65 ans (OR=2,28 ; IC95% [1,32-3,94]), sans enfants (OR=2,13 ; IC95% [1,32-3,44]), et/ou sans relation sentimentale au moment de l'enquête (OR=2,10 ; IC95% [1,38-3,19]). Bien qu'elle soit un *proxy* très imparfait de l'ensemble de la biographie sexuelle, conjugale et sentimentale des femmes interrogées, cette dernière caractéristique est donc fortement associée au dépistage vie entière. Notons que les plus âgées d'entre elles (au-delà de 75 ans) avaient déjà dépassé la ménopause au moment de la diffusion du FCU dans les années 1970. Parmi les variables socio-économiques, seuls le niveau d'études (avec un gradient à mesure qu'il s'élève) et la couverture maladie restaient associés à la variable d'intérêt (cette dernière à la limite de la significativité). Par rapport aux femmes couvertes par la SS et une complémentaire, celles couvertes par la CMUc ou l'AME et celles couvertes par la SS ou la CMU sans complémentaire avaient un risque près de 2 fois plus élevé de ne jamais avoir bénéficié de FCU. Une force d'association semblable était observée chez les femmes sans expérience antérieure de la maladie et chez celles qui, si elles avaient un cancer, préféreraient le savoir le plus tard possible.

Discussion

Cette étude réalisée en population générale montre que l'origine migratoire des femmes est un facteur d'inégalité très important concernant le recours au moins une fois dans sa vie au dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU. Le risque de ne jamais en avoir bénéficié est 2 fois plus élevé chez les femmes FPE (un groupe qui recouvre largement les femmes françaises « issues de l'immigration ») que chez les femmes françaises nées de parents français et ce risque est encore multiplié par 2 pour les femmes étrangères (un groupe qui comprend, à de rares exceptions près, les immigrées non naturalisées). Un tel gradient n'a, à notre connaissance, jamais été mis en évidence en France alors qu'il est observé dans la littérature, notamment nord-américaine [8;9]. Il confirme celui que nous avons observé, certes avec une moindre ampleur, dans l'analyse des facteurs associés au retard de dépistage à partir des données de SIRS 2005 [6].

Nos résultats confirment également l'hypothèse selon laquelle la proportion de vie passée dans un pays influence le recours aux soins [10;11] : après ajustement sur cette caractéristique, les femmes immigrées et les femmes issues de l'immigration partagent un sur-risque semblable de non recours au FCU, de l'ordre de 2. Les autres caractéristiques prises en compte

dans le modèle final n'expliquent, elles, finalement, qu'une faible part de ce risque accru (moins d'un tiers).

Cette étude comporte plusieurs limites. La plus importante est sans doute que le recours au FCU est déclaratif et que les femmes les plus défavorisées ont pu moins bien comprendre la question qui leur était posée. Ceci nous semble assez improbable dans le cas du FCU, le questionnaire ayant été administré en face à face par des enquêteurs qui expliquaient à chaque fois de quel examen il était question, et ses circonstances sont suffisamment particulières et spécifiques pour qu'un biais de mémoire ne soit guère vraisemblable. Une seconde limite de l'étude est l'exclusion (pour des raisons de moyens) des femmes non francophones, dans une situation probablement encore plus défavorisée. Enfin, une troisième limite tient aux catégories d'origine migratoire utilisées. D'une part, elles ne se superposent pas exactement à celles de l'Insee et de l'Ined pour définir les immigrés et les Français « de seconde génération » mais ceci est numériquement assez marginal comme nous l'avons vérifié dans l'échantillon de SIRS (résultats non publiés). D'autre part, ces catégories très globales ne permettent pas d'aller plus loin en fonction des pays et des cultures d'origine des femmes, essentiellement pour des raisons d'effectifs.

Or, si ni l'acculturation, ni les autres caractéristiques démographiques, ni le statut socioéconomique, ni la couverture maladie, ni l'étendue du réseau amical, ni certaines expériences de santé et attitudes vis-à-vis du dépistage des cancers (toutes caractéristiques associées par ailleurs) ne peuvent expliquer complètement cette différence, de quoi peut-il s'agir ? D'une part, d'autres facteurs matériels non explorés ici peuvent jouer (l'offre de soins, la fréquence des recours aux soins, la disponibilité des femmes, par exemple). D'autre part, d'autres facteurs psychosociaux et culturels mériteraient d'être pris en compte et/ou spécifiquement étudiés, tels que la connaissance du cancer du col de l'utérus et de sa prévention, la crainte de l'examen en lui-même, la qualité de la relation avec le médecin ou le gynécologue, ou encore, plus largement, les représentations de la santé gynécologique.

Il reste que les inégalités observées en matière de FCU ne se retrouvent pas (dans la même population également interrogée à ce sujet en 2010) pour le dépistage du cancer du sein. Pour celui-ci, l'existence d'un dépistage organisé est probablement le facteur qui explique pourquoi l'absence de toute mammographie au cours de la vie (qui concerne 15,6% des femmes de plus de 50 ans) n'est pas retrouvée associée – ni en analyse univariée, ni en analyse multivariée – avec l'origine migratoire (résultats non montrés).

Ainsi, comme pour le dépistage organisé du cancer du sein, l'instauration d'un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pourrait réduire – au moins en partie – certaines inégalités observées, notamment celles liées aux origines migratoires. Sa mise en place est d'ailleurs recommandée par la Haute

Autorité de santé (HAS) [1] afin d'augmenter la couverture du dépistage et diminuer l'incidence de ce cancer.

Conclusion

Cette étude montre des inégalités entre femmes françaises et étrangères dans la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus. D'un point de vue de santé publique, en décrivant ces inégalités, nos résultats suggèrent la nécessité de cibler des programmes et des actions dans le domaine du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Remerciements

Cette analyse s'inscrit dans un programme de recherche sur le dépistage des cancers féminins dans la cohorte SIRS, soutenu par l'Institut national du cancer (INCa) et l'Institut de recherche en santé publique (Iresp).

Références

- [1] Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé; 2010.
a- Argumentaire disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_col_de_luterus.pdf
b- Recommandations disponibles à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_col_de_luterus.pdf
- [2] Goel MS, Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Ngo-Metzger Q, Phillips RS, *et al.* Racial and ethnic disparities in cancer screening: the importance of foreign birth as a barrier to care. *J Gen Intern Med.* 2003;18(12):1028-35.
- [3] Downs LS, Smith JS, Scarinci I, Flowers L, Parham G. The disparity of cervical cancer in diverse populations. *Gynecol Oncol.* 2008;109(2 Suppl):S22-30.
- [4] Lofters AK, Moineddin R, Hwang SW, Glazier RH. Predictors of low cervical cancer screening among immigrant women in Ontario, Canada. *BMC Women's Health.* 2011;27(11):20.
- [5] Chauvin P, Parizot I. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS, Paris: Editions de la DIV (coll. Les documents de l'ONZUS); 2009. 105 p.
- [6] Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. The combined effects of perceived activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities. The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). *Health Place.* 2010;16(5):838-52.
- [7] EHEMU/EHLEIS team. The minimum European health module: background documents. Montpellier : EHEMU Technical report. 2010;(4.6).
- [8] De Alba I, Hubbell FA, McMullin JM, Sweningson JM, Saitz R. Impact of U.S. citizenship status on cancer screening among immigrant women. *J Gen Intern Med.* 2005;20(3):290-6.
- [9] Echeverria SE, Carrasquillo O. The roles of citizenship status, acculturation, and health insurance in breast and cervical cancer screening among immigrant women. *Med Care.* 2006;44(8):788-92.
- [10] Yi JK. Factors associated with cervical cancer screening behavior among Vietnamese women. *J Community Health.* 1994;19(3):189-200.
- [11] Tsui J, Saraiya M, Thompson T, Dey A, Richardson L. Cervical cancer screening among foreign-born women by birthplace and duration in the United States. *J Women's Health (Larchmt).* 2007;16(10):1447-57.

Migration, santé et soins en Guyane (France), 2009

Anne Jolivet^{1,2}, Sophie Florence^{1,2}, Jacques Lebas^{1,2,3}, Christophe Paquet⁴, Pierre Chauvin (chauvin@u707.jussieu.fr)^{1,2}

1/ Inserm U707, Équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, Paris, France
3/ AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France

2/ Université Pierre et Marie Curie Paris-6, UMR S 707, Paris, France
4/ Agence française de développement, Paris, France

Résumé / Abstract

Objectifs – Les objectifs de ce travail étaient 1) estimer le poids des déterminants sanitaires dans l'ensemble des déterminants de la migration vers la Guyane ; 2) comparer l'état de santé des populations vivant en Guyane en fonction de leur statut migratoire ; 3) décrire et estimer les migrations pendulaires pour soins à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni (SLM).

Méthodes – Une première enquête en population a été conduite sur un échantillon aléatoire de 1 027 résidents de Cayenne et SLM âgés de 18 ans ou plus. Des modèles de régression logistique ont permis de comparer trois indicateurs de santé (santé perçue, maladies chroniques, limitations fonctionnelles) en fonction des statuts migratoires. Les enquêtes à l'hôpital de SLM s'appuyaient sur un échantillon aléatoire de patients consultant le service des urgences (n=286) et sur un échantillon consécutif de femmes accouchant à la maternité de l'hôpital (n=264). Les migrants pendulaires ont été définis comme ceux ayant déclaré leur résidence principale au Suriname. Ces enquêtes ont été conduites entre février et avril 2009.

Résultats – Les immigrants représentaient 40,6% de la population adulte à Cayenne et 57,8% à SLM. Parmi ceux-ci, 3,1% ont déclaré avoir migré et/ou s'être installés en Guyane pour une raison de santé. Les personnes en situation irrégulière présentaient les plus mauvais indicateurs sanitaires. À l'hôpital de SLM, les migrants pendulaires représentaient 4,6% des consultants aux urgences et 12,5% des accouchements à la maternité.

Conclusion – Les migrations pour soins ne représentaient qu'une minorité des mouvements migratoires vers la Guyane. À SLM, les migrations pendulaires pour soins étaient limitées et avant tout le reflet de disparités dans l'offre de soins entre la Guyane et le Suriname.

Migration, health and care in French Guiana, 2009

Objectives – 1) To estimate the burden of health-related determinants among those of immigration in French Guiana 2) To compare the health status of the populations living in French Guiana according to their immigration status 3) To describe and estimate pendular migration for health care in Saint-Laurent du Maroni (SLM)'s hospital.

Methods – A representative, population-based, cross-sectional survey was conducted among 1,027 adults (≥ 18 years old), living in Cayenne or SLM. Logistic regression models were conducted to compare three health status indicators (self-perceived health, chronic diseases and functional limitations) according to immigration status. The studies conducted in SLM's hospital were based on a random sample of patients who sought medical treatment at the Emergency Department (n=286), and on a consecutive sample of women who gave birth in the Maternity ward (n=264). Pendular migrants were those who reported their main residence in Suriname. All studies were conducted between February and April 2009.

Results – Immigrants account for 40.6% and 57.8% of the adult population of Cayenne and SLM, respectively. Health was stated as a cause of migration or installation in French Guiana by 3.1% of immigrants. Undocumented immigrants reported the worst health indicators. In SLM's hospital, pendular migrants represented 4.6% of the patients who consulted the Emergency Department and 12.5% of the women who gave birth in the Maternity ward.

Conclusion – Migration for care accounted for only a minority of migration movements to French Guiana. In SLM's hospital, pendular migration for care was limited and first of all reflected disparities in access to adequate health care between Suriname and French Guiana.

Mots-clés / Key words

Immigré, Guyane, état de santé, migration pour soins / Immigrant, French Guiana, health status, migration for care

Introduction

Les liens entre migration et santé sont complexes. D'une part, la santé peut être un déterminant de la migration et, d'autre part, la migration peut affecter la santé de ceux qui émigrent. Des études suggèrent que ce sont plus volontiers les individus les mieux portants qui émigrent (le « *healthy migrant effect* » [1]). À l'inverse, des malades qui ne trouvent pas de soins adaptés dans leur pays peuvent vouloir émigrer (temporairement ou définitivement) dans un pays où ces soins sont disponibles. Le coût de la prise en charge de ces malades et le risque « d'appel d'air » sont régulièrement utilisés par certains acteurs politiques pour tenter de légitimer les restrictions des droits en matière de santé accordés aux étrangers [2]. Des rapports internationaux [3;4] rappellent, en revanche, que les migrants ont souvent, dans les pays d'accueil, des conditions de vie défavorables pour leur santé, liées notamment à la précarité de leur situation socioéconomique, à l'isolement et à la perte de leur réseau social, ainsi qu'aux difficultés d'accès aux soins.

La Guyane : terre d'immigration

La Guyane (229 000 habitants en 2009) connaît une croissance démographique exceptionnelle et un brassage de populations, résultat de vagues successives de migrations. Jusqu'au début des années 1960, son histoire se caractérise par un peuplement difficile et insuffisant. Elle attire alors une importante main-d'œuvre étrangère séduite par un marché du travail devenu attrayant, et des immigrants fuyant l'instabilité politique et les difficultés économiques de leur pays. En 2006, la proportion d'immigrés (personnes nées étrangères à l'étranger selon l'Insee) était de 29,5% [5], majoritairement issus du Suriname, d'Haïti et du Brésil.

Outre ces migrations « durables », des migrations « pendulaires » plus ponctuelles sont observées le long des frontières. Elles sont perçues comme un fardeau croissant, notamment pour le Centre hospitalier de l'ouest guyanais (CHOG) à Saint-Laurent du Maroni (SLM). Cet hôpital, situé en bordure du fleuve Maroni (frontière avec le Suriname), représente l'unique offre de soins secondaires de ce bassin transfrontalier. La maternité enregistre un nombre croissant de naissances et pour de nombreux acteurs, tant élus que soignants, « la

possibilité d'accéder ou de faire accéder leurs enfants à la nationalité française inciterait nombre de femmes enceintes ressortissantes [...] du Suriname ou du Guyana, [...] à venir irrégulièrement sur le territoire national afin d'accoucher dans [la] maternité [...] de Saint-Laurent du Maroni » [6]. Toutefois, ni le poids relatif des migrants – pendulaires ou installés – dans la demande de soins, ni les raisons pour lesquelles les migrants pendulaires recourent au système de soins français n'avaient été mesurés jusqu'à présent.

Afin d'étudier les liens entre migration et santé en Guyane, nous avons conduit plusieurs enquêtes dans ce département :

- une enquête en population générale afin d'estimer le poids des raisons sanitaires par rapport aux autres motifs de migration (notamment économiques ou familiaux) et de comparer l'état de santé des populations en fonction de leur statut migratoire ;
- deux enquêtes à SLM afin d'estimer et de décrire les migrations pendulaires pour soins, auprès de la population ayant recours aux services des urgences et de la maternité du CHOG.

Cet article synthétise la méthode et des résultats préalablement publiés [7].

Matériel et méthodes

Enquête en population générale

Une enquête transversale a été conduite en population générale dans les deux principales villes de la Guyane : Cayenne et SLM. La population cible était constituée des personnes de 18 ans et plus résidant dans ces communes depuis ou pour une durée d'au moins six mois. Un échantillonnage aléatoire à quatre niveaux a été conduit : tirage au sort d'Iris¹, puis d'îlots – proportionnellement au nombre de logements par îlots (à partir de la base de sondage fournie par l'Insee d'après les recensements de 2005 à 2009) – puis de logements et enfin d'un individu. L'enquête a été conduite entre mars et avril 2009. L'échantillon final comporte 1 027 individus (607 à Cayenne et 420 à SLM) et la participation était de 81,2%. Les estimations finales ont été pondérées en tenant compte du plan de sondage, puis redressées en fonction de la distribution par âge, par sexe et par nationalité de la population des deux villes selon le recensement de 2006.

Afin de comparer l'état de santé des populations en fonction de leur statut migratoire, des modèles de régression logistique ont été conduits. Les variables dépendantes binaires étaient les trois questions du *Mini European Health Module* [8] : la santé perçue, la déclaration d'une maladie chronique et de limitations fonctionnelles. Cinq profils migratoires ont été définis : les « Guyanais » (personnes nées en Guyane de nationalité française), les Français de naissance nés hors Guyane, les immigrés naturalisés français, les étrangers en situation régulière et les étrangers en situation irrégulière. Les covariables comprenaient l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut professionnel et la condition financière perçue.

¹ Îlots regroupés pour l'information statistique, définis par l'Institut national de la statistique et des études économiques, Insee.

Enquêtes à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni

Une étude transversale a été conduite dans le service des urgences du CHOG. Les patients éligibles étaient les patients se présentant dans ce service pour une consultation médicale sur des tranches horaires tirées au sort (proportionnellement à leur volume moyen de consultations). Deux questionnaires ont été élaborés, respectivement pour les patients de moins et plus de 16 ans. Une fiche médicale était complétée par le médecin prenant en charge le patient, comprenant le degré d'urgence, le motif et l'issue de la consultation (hospitalisation ou retour à domicile). L'enquête s'est déroulée entre février et mars 2009 et a inclus 286 personnes (177 patients de 16 ans ou plus et 109 enfants). La participation était de 88%.

Précédée d'un volet qualitatif (entretiens semi-directifs conduits auprès de 22 femmes d'origine surinamaïse), une étude a été conduite auprès d'un échantillon consécutif de l'ensemble des femmes accouchant à la maternité du CHOG entre février et mars 2009. Elle a inclus 264 femmes, interrogées en *post-partum*. La participation était de 90%.

Résultats

Enquête en population générale

L'échantillon sélectionné était composé de 52,9% de femmes et l'âge médian était de 36 ans. Les immigrés (groupe composé par définition des personnes de nationalité étrangère et des immigrés naturalisés français) représentaient 40,6% des adultes résidant à Cayenne (figure 1), dont 52% étaient originaires d'Haïti. Ils représentaient 57,8% des adultes résidant à SLM (figure 2), dont 70,7% étaient originaires du Suriname ; 60,7% des immigrés résidant à Cayenne étaient installés en Guyane depuis plus de 10 ans et 20,7% étaient en situation

irrégulière. Ces proportions étaient respectivement de 77,5% et 43,6% à SLM.

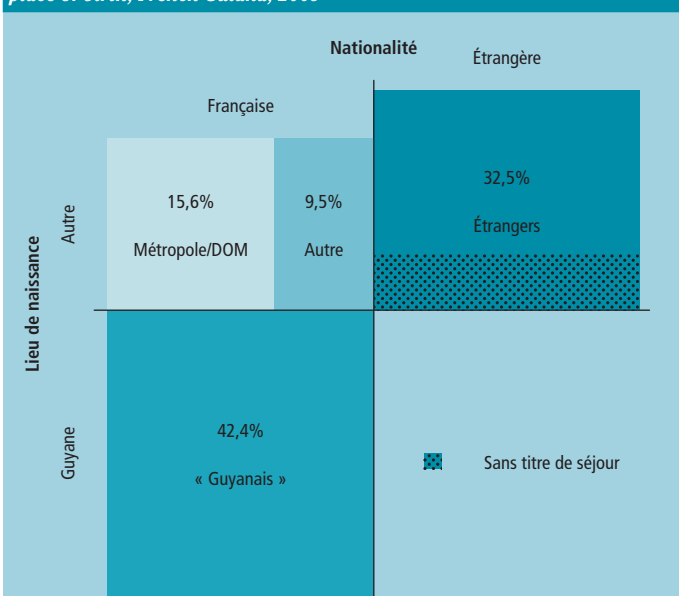
Interrogés sur la raison principale de leur venue en Guyane (tableau 1), les immigrés déclaraient le plus souvent que celle-ci était économique à Cayenne (46,3%) et familiale à SLM (56,1%). Parmi les principales raisons d'installation en Guyane, le motif familial était le plus fréquemment cité dans les deux villes (respectivement par 42,4% et 60,1% des immigrés). La proportion de migration pour soins, mesurée par la proportion d'immigrés ayant déclaré avoir migré et/ou s'être installés pour une raison de santé et/ou pour traiter une maladie chronique était estimée à 4,2% (IC95% [0-8,7%]) à Cayenne et 1,3% (IC95% [0-3]) à SLM, soit 3,1% sur l'ensemble des deux villes (IC95% [0,5%-5,7%]).

L'analyse des liens entre les trois variables de santé et les profils migratoires (tableau 2) montre que, après ajustement sur l'âge et le sexe, les étrangers en situation irrégulière déclaraient les plus mauvais indicateurs de santé : OR=2,79 (IC95% [1,06-7,34]) pour la santé perçue, OR=3,16 (IC95% [1,63-6,15]) pour les maladies chroniques et OR=2,29 (IC95% [1,15-4,59]) pour les limitations fonctionnelles. Cette association persistait après ajustement sur les conditions socio-économiques pour l'indicateur de maladies chroniques. Pour les deux autres indicateurs, ces associations n'étaient plus statistiquement significatives après ajustement, mais les forces d'association restaient assez stables et cet ajustement faisait perdre de la puissance statistique à l'analyse.

Enquêtes à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni

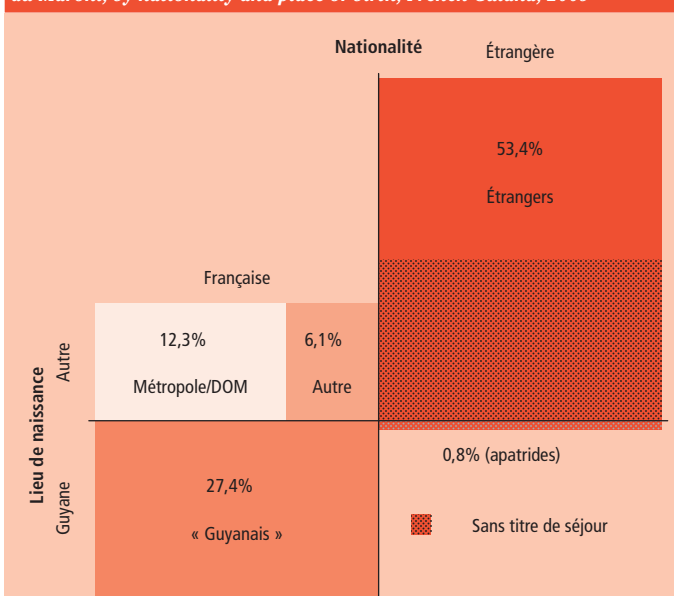
Parmi l'échantillon de patients interrogés aux urgences du CHOG, 4,6% ont déclaré résider au Suriname (6,2% parmi les adultes et 1,8% parmi les enfants). Chez les adultes, les patients en situation irrégulière représentaient 27,7% des

Figure 1 Répartition de la population adulte résidant à Cayenne, en fonction de la nationalité et du lieu de naissance, Guyane, France, 2009 / Figure 1. Distribution of the adult population living in Cayenne, by nationality and place of birth, French Guiana, 2009



Remarque : la catégorie « Autre » regroupe les Français nés à l'étranger (1,4%) et les immigrés naturalisés (8,1%).

Figure 2 Répartition de la population adulte résidant à Saint-Laurent du Maroni, en fonction de la nationalité et du lieu de naissance, Guyane, France, 2009 / Figure 2. Distribution of the adult population living in Saint-Laurent du Maroni, by nationality and place of birth, French Guiana, 2009



Remarque : la catégorie « Autre » regroupe les français nés à l'étranger (1,7%) et les immigrés naturalisés (4,4%).

Tableau 1 Principales raisons de migration et d'installation en Guyane des personnes immigrées, à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni (SLM), France, 2009 / *Table 1 Immigrants' main reasons for migration and settlement in French Guiana, in Cayenne and Saint-Laurent du Maroni (SLM), 2009*

	Principale raison de migration en Guyane		Raisons d'installation en Guyane ^a	
	Cayenne (%)	SLM (%)	Cayenne (%)	SLM (%)
Économique	46,3	25,7	39,7	27,7
Familiale	34,8	56,1	42,4	60,1
Politique	5,9	8,2	3,6	3,6
Santé	0,9	0,9	3,2	0,5
Études	1,5	1,7	3,2	9,0
Avenir des enfants	1,8	1,3	9,2	7,9
Autre	8,8	6,1	21,4	5,1

^a Plusieurs réponses étant possibles, le total est supérieur à 100%.

consultants. Le taux d'hospitalisation des adultes en situation irrégulière était près de 4 fois supérieur à celui des personnes de nationalité française ou de nationalité étrangère en situation régulière (OR=3,96 ; IC95% [1,56-10,05], après ajustement sur l'âge et le sexe).

Parmi l'échantillon de femmes interrogées à la maternité, 56% étaient de nationalité étrangère et 48,5% étaient en situation irrégulière de séjour. La proportion des patientes ayant déclaré résider au Suriname était de 12,5% (n=33). Les motifs de recours à la maternité de SLM, cités par ces femmes, étaient la qualité des soins (51,5%), la proximité géographique (45,5%) et des raisons familiales (12,1%). Interrogées sur la question des avantages sociaux liés à la naissance d'un enfant sur le territoire français, 7% des femmes en situation irrégulière (quel que soit leur lieu de résidence) ont déclaré que l'espoir de certains avantages sociaux – tels que la possibilité de bénéficier d'une régularisation ou des allocations familiales – a été une des raisons pour accoucher à SLM. La gratuité des soins n'a jamais été déclarée comme un motif de venue à SLM. La plupart des femmes résidant au Suriname (27/33) ont déclaré qu'elles allaient retourner au Suriname à leur sortie de maternité, tout en continuant les va-et-vient pour le suivi médical de leur enfant en Guyane (29/33).

Discussion – conclusion

Les migrations pour raison de santé ne représentent qu'une infime minorité des mouvements migratoires en Guyane (3,1% à Cayenne et SLM). Une enquête similaire conduite en 2007 auprès d'un échantillon représentatif d'habitants de l'île de Mayotte avait retrouvé une proportion de migration pour soins parmi la population immigrée de 11% [9]. Une

enquête réalisée dans 11 pays par l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde montrait que 6% des sans-papiers consultant des centres de soins gratuits ont déclaré avoir immigré en Europe (dans un contexte bien différent de celui des départements d'Outre-mer) pour des raisons de santé [10]. Ces résultats vont à l'encontre d'un effet "d'appel d'air" de la migration pour soins, mis en avant dans certains discours. Précisons toutefois que ces études ne mesurent que la migration pour soins, étant entendu que la santé (dans son sens le plus large, défini par l'Organisation mondiale de la santé) fait partie d'un "mieux-être global" éventuellement recherché par les migrants. La population immigrée est très présente dans les deux villes de Guyane où notre étude a été conduite (41% à Cayenne et 58% à SLM). En dépit d'une installation souvent ancienne sur le territoire guyanais (depuis plus de dix ans pour respectivement 61% et 77% des immigrés dans les deux villes), une part importante de cette population reste en situation irrégulière ou dans une situation administrative précaire et ce sont ces personnes qui ont les plus mauvais indicateurs de santé. Ce résultat conforte des études antérieures qui suggèrent que les personnes en situation irrégulière sont particulièrement vulnérables en matière de santé car elles cumulent souvent des conditions socio-économiques et des conditions d'emploi précaires, ainsi que des difficultés d'accès aux soins [11]. Les principales limites de notre travail résident dans le caractère déclaratif des données collectées. La mise en confiance par les enquêteurs des personnes interrogées et les retours de terrain nous incitent toutefois à penser que ce biais n'est pas de nature à modifier les principales conclusions de ces études. En

outre, ces résultats ne peuvent être extrapolés aux migrants de courte durée (<6 mois).

Aux urgences de l'hôpital de SLM, les patients résidant au Suriname ne représentaient que 4,6% des consultants. La comparaison de la population des adultes consultant aux urgences à celle des habitants de plus de 18 ans résidant à SLM ne va pas dans le sens d'un afflux particulier de personnes en situation irrégulière. Ces dernières sont cependant plus fréquemment hospitalisées. Des analyses complémentaires (détaillées ailleurs [7]) montrent que cette situation s'explique par des niveaux de gravité plus élevés à l'arrivée aux urgences et des difficultés d'accès aux soins en amont (moindre couverture maladie, moindre suivi régulier chez un médecin et barrière linguistique). La limite de ces études hospitalières est, par définition, de ne pas pouvoir ni dénombrer, ni caractériser les malades qui ne consultent pas, notamment en raison de leur situation irrégulière.

Près de la moitié des femmes accouchant à SLM étaient en situation irrégulière de séjour et 12,5% d'entre elles résidaient au Suriname. Pour expliquer leur choix, ces femmes ont mis en avant, dans l'enquête qualitative comme dans l'enquête quantitative, la qualité de l'accueil et des soins offerts. Rares sont celles qui ont évoqué des avantages sociaux. Là encore, ces résultats doivent être interprétés dans un contexte de grande mobilité transfrontalière. En outre, le caractère assez sensible des questions a pu conduire à des biais d'information. Rappelons enfin que les allocations familiales ne peuvent être attribuées qu'aux femmes de nationalité française ou étrangère en situation régulière qui résident de manière stable sur le territoire français, et que le droit français de la nationalité n'est pas un strict "droit du sol" puisqu'il comporte une condition de résidence durable jusqu'à la majorité civile. En conclusion, même en tenant compte d'une sous-déclaration, nos enquêtes hospitalières montrent que nous sommes loin d'un «afflux» de patients traversant le Maroni à la recherche de soins ou d'avantages sociaux.

Remerciements

Ce travail a été financé par l'Agence française de développement (AFD). Nous remercions l'ensemble des personnes ayant contribué aux différentes études et, en premier lieu, les personnes enquêtées elles-mêmes.

Références

[1] McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. Soc Sci Med. 2004;59(8):1613-27.

Tableau 2 Forces d'association (OR pondérés et IC95%) entre profils migratoires et variables de santé (régression logistique), Guyane, France, 2009 / *Table 2 Associations (weighed OR and 95%CI) between migration status and health indicators (logistic regression models), French Guiana, 2009*

	%	Santé perçue		Maladies chroniques		Limitations fonctionnelles	
		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Profil migratoire		OR [IC95%]	OR [IC95%]	OR [IC95%]	OR [IC95%]	OR [IC95%]	OR [IC95%]
Français né en Guyane	38,1	1	1	1	1	1	1
Français né hors Guyane	16,2	0,35 [0,16-0,77]	0,57 [0,25-1,31]	0,56 [0,19-1,64]	0,66 [0,25-1,72]	0,41 [0,12-1,37]	0,50 [0,11-2,27]
Immigré naturalisé	7,0	1,34 [0,62-2,90]	1,28 [0,59-2,78]	1,91 [1,13-3,23]	2,06 [1,13-3,76]	1,41 [0,61-3,22]	1,34 [0,52-3,48]
Étranger en situation régulière	25,1	1,77 [0,86-3,63]	1,31 [0,70-2,47]	1,43 [0,76-2,69]	1,33 [0,77-2,29]	1,07 [0,60-1,92]	0,88 [0,45-1,73]
Étranger en situation irrégulière	13,6	2,79 [1,06-7,34]	1,88 [0,79-4,49]	3,16 [1,63-6,15]	2,78 [1,40-5,53]	2,29 [1,15-4,59]	1,56 [0,66-3,71]

Modèle 1 : ajusté sur l'âge et le sexe.

Modèle 2 : ajusté sur l'âge, le sexe, les variables socioéconomiques (niveau d'éducation, condition financière perçue, statut occupationnel).

- [2] Jolivet A, Florence S, Lebas J, Chauvin P. Migration, health, and care in French overseas territories. *Lancet*. 2010;376(9755):1827-8.
- [3] World Health Organization. International migration, health & human rights. Health & Human Rights Publications Series Issue N°4. Geneva: WHO; 2003. 40 p. Disponible à : http://www.who.int/hhr/activities/en/intl_migration_hhr.pdf
- [4] McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and health: A review of the international literature. MRC Social & Public Health Sciences Unit, Occasional Paper N°12. Glasgow: MRC Social & Public Health Unit; 2003. 202 p. Disponible à : <http://www.sphsu.mrc.ac.uk/library/occasional/OP012.pdf>
- [5] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) Antilles-Guyane. Enquêtes de recensement de la population. Premiers Résultats. 2009;38:1-4.
- [6] Othily G, Buffet FN. Rapport de la Commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine. Paris: Sénat; 2006. 237 p. Disponible à : <http://www.senat.fr/rap/r05-300-1/r05-300-11.pdf>
- [7] Jolivet A, Cadot E, Carde E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, *et al.* Migrations, santé et soins en Guyane. Paris: Agence française de développement; 2011. 118 p. Disponible à : <http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Scientifiques/Documents-de-travail/105-document-travail.pdf>
- [8] Robine JM, Jagger C; Euro-REVES Group. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project. *Eur J Public Health*. 2003;13(3 Suppl):6-14.
- [9] Florence S, Lebas J, Parizot I, Sissoko D, Querre M, Paquet C, *et al.* Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007: enseignements d'une enquête représentative en population générale. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2010;58(4):237-44.
- [10] Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe. Paris : Médecins du Monde ; 2009. 154 p. Disponible à : <http://www.mdm-international.org/spip.php?article361>
- [11] Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Access to health care for undocumented migrants in Europe. Brussels: PICUM; 2007. 123 p. Disponible à : http://picum.org/picum.org/uploads/file_/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Laetitia Gouffé-Benadiba
Secrétaires de rédaction : Farida Mihoub, Annie Cholin

Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé ; Dr Juliette Bloch, CNSA ; Cécile Brouard, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Anne Gallay, InVS ; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest ; Anabelle Gilg Soit Ilg, InVS ; Dorothée Grange, ORS Île-de-France ; Philippe Guilbert, Inpes ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Éric Jouglu, Inserm CépIdc ; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Agnès Lefranc, InVS ; Dr Bruno Morel, ARS Rhône-Alpes ; Dr Valérie Schwoebel, Cire Midi-Pyrénées ; Hélène Therre, InVS.

Institut de veille sanitaire - Site Internet : <http://www.invs.sante.fr>

Préresse : Imprimerie Centrale, 15, rue du Commerce, L-1351 Luxembourg
N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466