

Qui sont les migrants ? Quel est leur état de santé ?

La notion de « migrant » regroupe une grande diversité de statuts juridiques, de motifs de migration ou de droits accordés. Les données concernant leur état de santé montrent une vulnérabilité spécifique à certaines pathologies.

Les différents types de migrations et les missions du service médical de l'Ofii

L'utilisation du terme « migrant » est aujourd'hui très courante pour désigner une personne ayant changé de pays pour s'y installer. Ce terme entretient toutefois un certain nombre de confusions ; en effet, le terme « migrant » tend à masquer une grande diversité de statuts juridiques, de motifs de migration, ou encore de droits accordés.

Les Nations unies définissent un migrant comme « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer ». Cette première définition permet de cerner la grande diversité de situations regroupées : le déplacement ou le séjour sur le territoire d'accueil peuvent être réguliers ou irréguliers et la cause du mouvement peut être volontaire ou involontaire.

Un migrant se déplace donc d'un pays A à un pays B. Selon le pays dans lequel on se situe, le migrant sera nommé différemment. Le pays A, pays de départ (pays de nationalité ou de résidence habituelle), considérera le migrant comme un émigrant (le pays A n'est plus le pays de résidence habituelle) ; le pays B, pays d'arrivée, le considérera comme un immigrant (le pays B devient le pays de résidence habituelle).

Le terme de « migrant » est donc à dissocier du terme « étranger ». L'étranger est, par opposition à l'autochtone ou au national, une personne caractérisée par sa nationalité qui n'est pas celle du pays dans lequel elle se situe. Une personne accédant à la nationalité française ne pourra plus être considérée comme « étrangère », mais pourra toujours être considérée comme « migrante ». De même, un enfant né en France de parents étrangers sera considéré comme « étranger » car ne bénéficiant pas automatiquement du droit du sol¹, mais ne remplira pas les conditions pour être considéré comme un « migrant » (il ne s'est pas lui-même déplacé d'un pays à un autre). Cet enfant peut demander l'asile à condition qu'il ait un motif propre à faire valoir et à condition que sa demande n'ait pas été englobée dans l'examen de la demande d'asile de ses parents. Ainsi, une petite fille de nationalité guinéenne née sur le sol français peut déposer une demande d'asile après que ses parents aient été déboutés de leur demande d'asile en faisant valoir un risque d'excision.

S'il est donc possible de nommer « migrant » une personne qui se déplace entre deux pays, les migrants

1. L'acquisition de la nationalité française peut se faire à partir de 18 ans, sous conditions.

Thanh Le Luong
Paule Deutsch
Cédric Prunier
Direction du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii)



n'ont pas de statut juridique spécifique en tant que tel. Aussi, afin de définir les missions de l'Ofii, le « migrant » sera abordé au sein de l'espace juridique dans lequel il évolue, sans entrer dans des considérations philosophiques ou politiques. De même on ne parlera pas ici des ressortissants de l'Espace économique européen (EEE) ou de l'espace Schengen. Selon le pays de départ, le(s) pays de transit et le pays d'arrivée, le migrant va être observé au regard de la régularité de son déplacement et de sa situation administrative tout au long et à la fin de son déplacement. Cette régularité s'apprécie au vu des législations nationales et des accords internationaux le cas échéant.

Parmi les catégories souvent utilisées dans le discours commun, nous pouvons retrouver celles de « migrant économique », « migrant environnemental », ou encore « exilé ». Ces catégories représentent plutôt une conception des migrations, tant d'un point de vue de l'objectif de celles-ci que de la situation des personnes concernées, et non une catégorie juridique. Il est par exemple courant d'entendre la notion de « migrant économique » pour parler de l'immigration en France sous couvert d'asile. Le nombre de titres de séjour délivrés pour motif « économique » en France en 2019 représente 14 % des premiers titres de séjour délivrés. De même, la notion de « migrant environnemental », si elle correspond à un motif de migration, n'est pas une catégorie juridique à part entière. Enfin, le terme « exilé » désigne en général une personne contrainte à quitter son pays, avec des conséquences sociales et psychologiques, telles que le « mal du pays ». Si cette notion ne correspond à aucune catégorisation

officielle, elle a inspiré de riches écrits littéraires de grands écrivains exilés, volontaires ou non.

Un « étranger en situation régulière » est défini par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) comme une « personne qui franchit ou a franchi une frontière internationale et est autorisée à entrer ou à séjourner dans un État conformément à la législation dudit État et aux accords internationaux auxquels il est partie ». A l'inverse, un « étranger en situation irrégulière » est une personne qui a franchi une frontière internationale sans avoir été autorisée à entrer ou à séjourner dans l'État. Il est possible de passer d'une situation régulière à une situation irrégulière (expiration d'un visa, par exemple), ou d'une situation irrégulière à une situation régulière (dépôt d'une demande de titre de séjour ou d'asile, par exemple). Ces deux situations sont créatrices de droits, sous réserve de remplir certains critères. Par exemple, en termes d'accès aux soins :

- les personnes en situation régulière ont accès à la protection universelle maladie (PUMA), qui couvre toutes les personnes travaillant ou résidant de manière stable et régulière en France. Depuis le 1^{er} janvier 2020, l'accès est sous conditions de résidence d'au moins trois mois en France ;
- les personnes en situation irrégulière ont accès à l'aide médicale de l'État (AME), sous réserve de résider en France de manière ininterrompue depuis au moins trois mois et de respecter des conditions de ressources.

L'irrégularité de l'entrée ou du séjour en France expose le migrant à une mesure d'éloignement du territoire, appelée obligation de quitter le territoire français (OQTF). Cette irrégularité peut survenir soit dès l'entrée sur le

Autour de la procédure d'asile

En fonction de leur statut, les demandeurs d'asile et les réfugiés peuvent parfois être nommés différemment lorsqu'ils sont concernés par des procédures « annexes » à celle de l'asile.

- Les « dublinés » (demandeurs d'asile). Le règlement du Parlement européen et du Conseil européen dit Dublin III (2013) dispose que la demande d'asile doit être déposée dans le premier pays traversé. A titre d'exemple, une personne entrant dans l'Union européenne par l'Italie devra déposer sa demande d'asile en Italie. En cas de dépôt de la demande d'asile dans un autre pays, le demandeur sera placé en « procédure Dublin », et pourra être renvoyé dans le pays d'accueil, qui traitera sa demande si celui-ci accepte le transfert.

- Les « relocalisés » (demandeurs d'asile). Pour faire face à une pression importante de demandes d'asile dans les pays de l'Union européenne, et en application du principe de solidarité, les États européens qui ne sont pas les pays d'accueil peuvent accepter d'accueillir des demandeurs d'asile et d'instruire la demande d'asile en lieu et place du pays d'accueil. Cette procédure provisoire a notamment été mise en place de 2015 à 2017 à la suite de la « crise migratoire », pour soulager les principaux pays d'entrée de l'Union européenne : la Grèce et l'Italie. Cette procédure peut être considérée comme une dérogation au règlement Dublin III. La relocalisation ne peut s'appliquer qu'aux demandeurs pour lesquels le taux moyen de reconnaissance

de la protection internationale au niveau de l'Union européenne est supérieur à 75 %.

- Les « réinstallés » (réfugiés). La procédure de réinstallation concerne des personnes ayant trouvé une protection dans un pays, mais où elles vivent dans des situations périlleuses ou dans lequel leurs besoins spécifiques ne peuvent être satisfaits. L'UNHCR a donc mis en place un programme de réinstallation qui, après identification des réfugiés concernés, consiste en leur transfert vers un autre État ayant accepté de les admettre et de leur accorder à terme une résidence permanente. En 2019, les principaux pays de départ des réfugiés sont la Turquie, le Liban, la Jordanie, la Tanzanie et l'Égypte. 🇵🇸

territoire national, soit après le refus d'une admission au séjour prononcé par l'autorité compétente, soit à l'expiration d'un document autorisant à séjourner sur le territoire.

Les « étrangers en situation régulière » sont, en France, les personnes qui sont entrées sur le territoire national avec une autorisation de séjour, ou qui ont reçu une autorisation de séjour après avoir effectué des démarches administratives sur le territoire national. Cette autorisation de séjour peut également être délivrée dans le cadre d'une procédure d'admission au séjour, dans l'attente de la décision des autorités ; il s'agit d'un récépissé, qui atteste du dépôt d'une demande de titre de séjour, et qui autorise son titulaire à séjourner en France pour la durée qu'il précise.

En France, des titres de séjour sont délivrés selon le motif de la venue sur le territoire français. Ces titres de séjour sont délivrés soit avant l'entrée sur le territoire (les visas, en s'adressant à l'ambassade ou au consulat français du pays d'origine), soit après l'entrée sur le territoire au terme d'une procédure administrative (titre de séjour). Les différents motifs sont :

- motif « économique » : ce motif regroupe les salariés, les actifs non-salariés, les saisonniers, les scientifiques ou encore les artistes ;
- motif « familial » : ce motif regroupe les familles de Français ou encore les membres de la famille dont au moins un a un titre de séjour en France ;
- les étudiants ;
- motif « divers » : visiteurs, étrangers entrés mineurs, les anciens combattants, les retraités ;
- motif « humanitaire » : ce motif regroupe les statuts de réfugié et de la protection subsidiaire, mais également les bénéficiaires d'un titre de séjour pour soins, ou encore les victimes de la traite des êtres humains ou de violences conjugales. Au sein du motif « humanitaire », les titres de séjour relatifs aux statuts de réfugié ou de la protection subsidiaire sont sûrement les plus connus. Il existe toutefois un abus de langage visant notamment à nommer « réfugiés » les demandeurs d'asile qui, par définition, n'ont pas encore le statut de réfugié ;
- les « demandeurs d'asile » sont les personnes qui sollicitent la protection internationale, et qui sont en attente d'une décision de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra). Durant l'examen de leur demande, elles se voient attribuer une autorisation provisoire de séjour (APS). L'examen de la demande d'asile peut se faire dans le cadre d'une « procédure accélérée » dans plusieurs cas, et notamment : si le demandeur a la nationalité d'un pays considéré comme un pays d'origine sûr (cf. décision du 9 octobre 2015 fixant la liste), s'il a déposé sa demande d'asile au-delà d'un délai de 120 jours après son entrée sur le territoire national, ou si sa présence constitue une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'État. Dans cette situation, l'Ofpra a quinze jours pour statuer sur la demande. Il existe deux catégories de protection internationale :

- ◆ le statut de réfugié. Il peut être accordé en application de la convention de Genève du 28 juillet 1951 sur le statut des réfugiés ; ou en application du préambule de la Constitution de 1946, intégré au bloc de constitutionnalité, disposant que « tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la République » ; ou à toute personne sur laquelle le haut commissaire des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) exerce son mandat ;

- ◆ la protection subsidiaire. Elle peut être accordée à la personne qui ne remplit pas les conditions pour obtenir le statut de réfugié, mais qui établit qu'elle est exposée dans son pays à l'une des menaces graves suivantes : la peine de mort, la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants, ou, s'agissant d'un civil, à une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international ;

- les « réfugiés » sont les personnes dont la demande d'asile a été reconnue. Ils reçoivent en France un titre de séjour de dix ans ;
- les « bénéficiaires de la protection subsidiaire » sont les personnes dont la qualité de réfugié a été refusée mais qui bénéficient de la protection subsidiaire pour une durée de quatre ans.

Données quantitatives officielles

En France, en 2018, 6,49 millions de personnes étaient immigrées, soit 9,7 % de la population totale ; 2,45 millions d'immigrés sont français par acquisition et nés hors de France, 4,04 millions d'immigrés sont étrangers et nés hors de France.

Les titres de séjour en France

D'après les premières estimations publiées par le ministère de l'Intérieur en janvier 2020, 3 534 996 visas ont été délivrés en 2019, dont 93 % étaient des visas de court séjour ou de transit (inférieur à trois mois). Le nombre de visas délivrés a baissé de 1 % entre 2018 et 2019. 21 % des visas délivrés en 2019 ont été délivrés à des ressortissants chinois, 14 % à des ressortissants russes, 10 % à des ressortissants marocains. Les visas de court séjour permettent l'entrée et le séjour en France jusqu'à trois mois ; les visas de long séjour permettent l'entrée et le séjour sur le territoire national jusqu'à un an. Le visa est obligatoire dans la majorité des cas pour déposer une demande de titre de séjour (le visa n'est pas obligatoire pour déposer une demande de titre de séjour pour soins).

276 500 premiers titres de séjour ont été délivrés, en 2019, à des adultes, en métropole, soit une augmentation de 7 % par rapport à 2018. Les motifs « divers » (+24,1 %), « économique » (+15,3 %), « étudiants » (+9,3 %), « humanitaire » (+9,1 %) sont en augmentation, alors que le motif « familial » est en diminution (-2,5 %) (tableau 1). Les mineurs, non concernés par l'obligation de détenir un titre de séjour en France, et les départements et



tableau 1

Nombre de premiers titres de séjour délivrés par motif d'admission en 2018 et 2019 (métropole, adultes)

Motif d'admission	2018 (chiffre définitif)	2019 (chiffre estimé)	2019/2018
Économique	33 675	38 843	+15,3 %
Familial	91 017	88 778	-2,5 %
Étudiants	83 700	91 495	+9,3 %
Divers	15 558	19 303	+24,1 %
Humanitaire	34 979	38 157	+9,1 %
Total	258 929	276 576	+6,8 %

collectivités d'outre-mer ne sont pas intégrés dans ces statistiques.

Au sein du motif humanitaire, 21 700 titres « réfugié et apatride » ont été délivrés en 2019, en augmentation de 13 % par rapport à 2018. 10 700 titres « asile territorial/ protection subsidiaire » ont été délivrés en 2019, soit -1,3 % par rapport à 2018. Ces titres ne correspondent pas au nombre de décisions favorables rendues par l'Ofpra en 2019, mais au nombre de titres effectivement délivrés en 2019 après décision de l'Ofpra. L'admission au séjour pour soins représente 2 % des premiers titres de séjour délivrés en 2019, soit 5 457 titres (+16,1 % par rapport à 2018, après une baisse de 38 % entre 2016 et 2017).

Au 31 décembre 2019, 3 412 000 titres de séjour étaient en cours de validité (métropole + départements et collectivités d'outre-mer, 3 292 684 en métropole), soit une augmentation de 6 % par rapport au 31 décembre 2018. Près de la moitié des stocks de titres en métropole (46 %) sont des cartes de résident/résident de longue durée ; 18 % sont des certificats de résidence pour ressortissant algérien ; 15 % sont des cartes de séjour pluriannuelles. Les deux tiers des stocks de titres valides sont des documents dont la durée de validité est supérieure ou égale à dix ans (tableau 2).

L'asile

Depuis la moitié des années 2000, les demandes d'asile sont en constante augmentation en France. En 2019,

132 600 demandes d'asile ont été enregistrées, dont 123 530 premières demandes². Selon les données d'Eurostat, la demande d'asile en France représente 18 % des demandes d'asile enregistrées à l'échelle de l'Union européenne à vingt-huit. Cette part a beaucoup évolué, notamment en 2015 : elle était de 14 % en 2017, 6 % en 2015, 15 % en 2013.

Les principaux pays de nationalité enregistrés dans les premières demandes d'asile en 2019 (hors mineurs accompagnants et réexamens) sont : Afghanistan (9 %), Guinée (5,9 %), Géorgie (5,7 %), Albanie (5,5 %), Bangladesh (5,4 %). Parmi ces cinq premiers pays en 2019, deux sont en augmentation par rapport à 2018 : la Géorgie (+20 %, après une augmentation de +256 % entre 2017 et 2018), et le Bangladesh (+49 %).

En 2019, l'Ofpra a rendu 95 577 décisions (hors mineurs accompagnants), dont 22 532 attributions de l'asile. La Cour nationale du droit d'asile (CNDA) a rendu 66 466 décisions, dont 13 980 annulations du refus de l'Ofpra et attribution de l'asile. Au total, 36 512 décisions favorables à l'attribution de l'asile (réfugié + protection subsidiaire) ont été rendues, soit 22,5 % des décisions rendues par l'Ofpra et la CNDA. Parmi ces 36 512 décisions, 13 109 concernent la protection subsidiaire (35,9 %). Ainsi, 23 403 décisions d'attribution

² Selon les statistiques publiées par le ministère de l'Intérieur en janvier 2020.

tableau 2

Détail des titres de séjour valides (stocks) en métropole au 31 décembre 2019

Famille de motifs	Document < 10 ans	Documents > = 10 ans	Total
Économique	232 229	186	232 415
Familial	455 955	776 995	1 232 950
Étudiants	227 170	595	227 765
Divers	79 097	203 846	282 943
Humanitaire	208 045	206 436	414 481
Renouvellement de plein droit	7 136	894 994	902 130
Total	1 209 632	2 083 052	3 292 684

Le service médical de l'Ofii

Le décret d'application du 26 mars 1946 confère à l'Office national d'immigration (ONI) la visite médicale du personnel étranger. La visite médicale a été la dernière étape essentielle au recrutement des travailleurs étrangers. Des centres de contrôle sanitaire ont été créés pour recruter la main-d'œuvre issue des pays décolonisés, notamment des Algériens après 1962. Six millions d'étrangers avaient été vus en visite médicale par l'ONI de 1945 à 1975.

La loi du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France modifie les activités médicales de l'Ofii :

- en déléguant aux services de médecine préventive des universités les visites médicales des étudiants résidant plus de trois mois sur le territoire ;

- en confiant aux médecins de l'Ofii la procédure médicale de demande de titre de séjour pour soins relative aux personnes étrangères malades sur le territoire français.

À ce jour, les missions du service médical sont :

- la visite médicale du public migrant régulier, autorisé à séjourner plus de trois mois en France (ressortissants de pays tiers de l'Union européenne) ;

- les vulnérabilités de santé des demandeurs d'asile depuis novembre 2015 ;

- l'avis médical pour titre de séjour pour soins depuis le 1^{er} janvier 2017.

Près de deux cents infirmiers et médecins travaillent à l'Ofii tout en conservant, pour la grande majorité, une activité professionnelle en libéral, dans des établissements de santé ou médico-sociaux, en centres de santé, etc.

La visite médicale du public migrant régulier

Il s'agit d'une primo-intégration dans le système de soins en France. Cette visite obligatoire et gratuite, incluant une radio pulmonaire, est définie par arrêté du 11 juin 2006. Avec notamment la perte du public

étudiant, le nombre de visites médicales annuelles est passé de plus de 200 000 à 60 000 depuis 2017. Cette visite a pris une forte orientation vers la prévention ; depuis 2017, une étude (Strada) sur le dépistage non obligatoire du VIH, VHB et VHC par des tests rapides a été mise en place. La France prend en charge la visite médicale et, le cas échéant, le traitement de la tuberculose, à l'inverse de nombreux pays anglo-saxons où cette obligation est à la charge du candidat à l'immigration avant son arrivée.

L'instruction médicale des demandes de titre de séjour pour soins

La loi du 7 mars 2016, suite au rapport de mars 2013 de la mission conjointe de l'Inspection générale de l'administration et de l'Inspection générale des affaires sociales et notamment sa recommandation n° 6, réforme la procédure en la transférant des médecins des agences régionales de santé et du médecin-chef de la préfecture de police de Paris aux médecins du service médical de l'Ofii. Elle prévoit un rapport annuel au Parlement rédigé par le service médical de l'Ofii¹.

La procédure se déroule en trois étapes :

- un certificat médical rempli par le médecin soignant qui suit habituellement le demandeur, ou le praticien hospitalier, inscrits au Conseil de l'ordre en France. Depuis le 1^{er} mars 2019, le certificat médical doit être adressé à l'Ofii dans un délai d'un mois après le dépôt de demande en préfecture (loi du 10 septembre 2018) ;

- un rapport médical rédigé par un médecin rapporteur de l'Ofii ;

- un avis rendu par un collège de trois médecins de l'Ofii (hors celui qui a rédigé le rapport médical). Cet avis est transmis pour décision au préfet, celui-ci n'étant pas lié par l'avis.

Les principes guidant cette procédure réformée sont :

- l'affirmation des garanties apportées aux droits du demandeur, tout dossier étant traité ;

- le respect du secret médical ;

- un dossier médical plus informatif, de meilleure qualité ;

- le principe de collégialité dans l'émission des avis rendus par les médecins de l'Ofii.

Entre 2017 et 2019, 103 000 demandes de titre de séjour pour soins ont été enregistrées à l'Ofii, et plus de 85 000 avis ont été transmis aux préfets.

Les vulnérabilités de santé des demandeurs d'asile

L'Ofii est en charge des conditions matérielles d'accueil des demandeurs d'asile :

- l'hébergement, avec la gestion du dispositif national de l'accueil (DNA), qui comprenait 82 300 places au 31 août 2019, dont 5 000 réfugiés et plus de 7 200 déboutés ;

- le versement de l'allocation demandeur d'asile (ADA) : 130 000 ménages bénéficiaires en 2019.

Depuis la fin 2015, les médecins coordonnateurs de zone de l'Ofii rendent un avis sur la déclaration de vulnérabilités de santé afin d'adapter l'hébergement des demandeurs d'asile. Près de 17 000 avis ont été rendus, dont 6 800 en 2019. L'avis ne porte pas sur les motifs de l'asile.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les demandeurs d'asile adultes sont soumis à une condition de résidence sur le territoire d'au moins trois mois pour bénéficier de la protection universelle maladie (PUMa). Jusqu'alors, les droits étaient ouverts dès l'enregistrement de la demande. Ils accèdent néanmoins sans conditions et sans délai aux soins « urgents et vitaux », dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître. Lorsque la protection internationale est accordée, les demandeurs d'asile passent au statut de réfugié et entrent dans le système de droit commun.

1. Consultable sur www.ofii.fr



du statut de réfugié ont été rendues par l'Ofpra et la CNDA en 2019. L'attribution de l'asile par l'Ofpra et la CNDA (réfugié plus protection subsidiaire) a augmenté de 9,5 % entre 2018 et 2019.

L'acquisition de la nationalité française

Les acquisitions, par démarche volontaire, de la nationalité française par celles et ceux qui ne peuvent se réclamer ni des liens du sang, ni du droit du sol, relèvent pour leur plus grande part du ministère de l'Intérieur, chargé des naturalisations. Il s'agit des naturalisations par décret et des déclarations de nationalité en raison d'un mariage, de la qualité d'ascendant ou de frère/sœur de Français.

En France, en 2019, selon le ministère de l'Intérieur, 76 710 personnes ont acquis la nationalité française, en baisse de 1,4 % par rapport à 2018 : 65 % l'ont acquise par décret, 33 % par déclaration (mariage) et 2 % par déclaration (ascendants et fratries).

Les acquisitions par décret continuent de baisser (-11,0 %) tandis que les acquisitions à raison du mariage augmentent de 20,3 %. Les modalités d'acquisition au bénéfice d'une part des ascendants de Français, d'autre part des frères/sœurs de Français, progressent quant à elles de 87,4 %.

Les réinstallations

En 2019, la France a réinstallé 4 544 réfugiés, selon l'UNHCR. La France a accueilli 7 % des réfugiés ayant été réinstallés dans le monde en 2019 (63 726 réfugiés réinstallés). 53 % de ces réfugiés réinstallés sont originaires de Syrie, 23 % du Soudan, 7 % d'Érythrée. 30 % de ces réfugiés réinstallés ont été réinstallés depuis le Tchad, 29 % depuis la Turquie, 20 % depuis le Liban et 13 % depuis le Niger. Depuis 2003, près de 14 000 réfugiés ont été accueillis en France dans le cadre du programme de réinstallation de l'UNHCR.

L'Office français de l'immigration et de l'intégration

Au XIX^e siècle, l'immigration liée à l'industrialisation était libre et incontrôlée. Si en 1914 l'État était actif dans le recrutement de la main-d'œuvre étrangère, cette prérogative fut vite laissée aux organismes patronaux après la guerre. Puis la crise des années 1930 et les courants migratoires autour de la Seconde Guerre mondiale ont rendu nécessaire une politique nationale de l'immigration.

L'Office national d'immigration (ONI) a été créé par l'ordonnance du 2 novembre 1945, signée par le général de Gaulle, afin d'introduire en France des immigrants étrangers pour reconstruire le pays. Le décret d'application du 26 mars 1946 en fait un établissement à caractère administratif sous tutelle du ministère du Travail et lui confère la mise en œuvre des opérations de recrutement professionnel, de visite médicale et d'acheminement du personnel étranger, ainsi que les opérations d'introduction en France des familles. L'ONI s'est transformé au cours du temps avec l'histoire de


l'immigration légale en France en devenant successivement l'OMI (Office des migrations internationales), l'Anaem (Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations), et l'Ofii.

Entre 1945 et 1975, ce sont 5,7 millions de personnes étrangères qui utilisent les services de l'Office, 2 millions de travailleurs permanents qui participent à l'essor industriel de la France. En 1974, le choc pétrolier et la montée du chômage entraînent l'arrêt de l'immigration des travailleurs permanents. Les missions évoluent : création du regroupement familial, intégration des étrangers, aide au retour et réinsertion dans le pays d'origine.

En 2003, au regard de l'augmentation progressive de la demande d'asile au fil de la décennie³, l'État reprend en main l'asile et confie à l'OMI l'accueil et la coordination du dispositif national d'asile, ainsi que la surveillance médicale des demandeurs d'asile visant à protéger et promouvoir la santé des demandeurs d'asile hébergés dans les centres d'accueil des demandeurs d'asile (Cada).

Créé en 2009, l'Ofii est désormais le seul opérateur de l'État en charge de l'immigration légale, placé sous la tutelle du ministère de l'Intérieur. En 2015 l'accueil des demandeurs d'asile est devenu la principale mission de l'Ofii. En 2017, la loi du 7 mars 2016 confie au service médical de l'Ofii l'instruction médicale des demandes de titres pour soins.

Par ailleurs, l'Ofii remplit d'autres missions principales pour l'État : la gestion des procédures régulières en lien avec consulats et préfectures, l'accueil et l'intégration des immigrés autorisés à séjourner durablement en France et signataires d'un contrat d'intégration républicaine avec l'État, l'aide au retour et à la réinsertion des étrangers dans leur pays d'origine.

Plus de mille agents travaillent à l'Office, au siège et dans les trente et une directions territoriales en France et les sept délégations à l'étranger (Maroc, Tunisie, Turquie, Mali, Sénégal, Cameroun, Arménie). 

3. De 1996 à 2003, le nombre de demandes d'asile triple, passant de 17 405 à 52 204 (ex-Union soviétique, ex-Yougoslavie, régions des Grands Lacs en Afrique).

État de santé des immigrants à travers les grandes enquêtes

Il n'existe pas un état de santé des « migrants » ni une médecine des migrants mais des constats épidémiologiques qui s'appliquent à certaines populations immigrées dans un contexte donné et à une période donnée de leur vie. Il est cependant utile de s'intéresser à l'état de santé des migrants dans une perspective de santé publique afin d'identifier les facteurs de vulnérabilités pouvant contribuer à un état de santé dégradé. Les données ont longtemps manqué pour faire des constats, la France ayant fait le choix historique de ne pas mesurer les différences selon l'origine dans un souci d'intégration et d'assimilation (universalisme républicain), pour éviter le risque de surinterprétation de ces différences par les « spécificités socioculturelles des immigrants » et la stigmatisation de certains groupes.

Il paraît aujourd'hui nécessaire de mieux documenter les liens entre santé et migration pour pouvoir prendre en charge les besoins de santé spécifiques aux immigrants et de tenir compte des inégalités sociales de santé. Les premiers travaux réalisés dans les années 1980, qui concluaient à un meilleur état de santé des immigrants (le *healthy migrant effect*, qui vient du fait que l'aventure de la migration sélectionne les personnes en meilleure santé), ont progressivement été pondérés par des études plus récentes. Ces dernières ont décrit comment l'état de santé des immigrants se dégrade au fur et à mesure des années vécues en migration, du fait des mauvaises conditions d'accueil, de la très lente progression vers la régularisation du statut administratif quel qu'il soit, de la précarité, des mauvaises conditions de travail et de l'adoption d'habitudes de vie moins favorables à la santé, comme une alimentation riche en graisse, la sédentarité, le tabac et l'alcool. On observe aussi une évolution du profil des migrants (davantage de femmes dans le cadre du regroupement familial, et de demandeurs d'asile) avec des besoins de santé à l'arrivée en France qui sont différents d'il y a vingt ans.

Des rapports de médecins infectiologues comme Marc Gentilini, en 1972, et d'organisations non gouvernementales comme Médecins du monde et Médecins sans frontières dans les années 1980 ont très tôt mis en lumière ces liens entre état de santé dégradé et précarité. Didier Fassin a été l'un des premiers à décrire l'importance des conditions sociales sur l'état de santé des migrants dans le contexte plus général des inégalités sociales de santé ou, comme l'évoque le titre de sa leçon inaugurale au Collège de France, d'inégalités des vies [19]. Ses premiers travaux s'étaient notamment intéressés à la question du saturnisme infantile, qui a une histoire sociale antérieure aux années 1960 et avait fait l'objet d'interprétations culturalistes avant que soit

montré le rôle du mal-logement. Les grandes enquêtes qui renseignent le pays de naissance ont confirmé ces premiers constats en mesurant un moins bon état de santé perçu des immigrants (mesure subjective de l'état de santé globale d'une personne) en comparaison à la population générale [32].

L'Institut national d'études démographiques a mené en 2008 une grande enquête comparant les immigrants aux natifs : l'enquête Trajectoires et origines [8]. Cette enquête représentative a confirmé les relations entre l'état de santé perçu des immigrants et le sexe, l'origine géographique, l'ancienneté de résidence, les discriminations et les conditions de vie. Un meilleur état de santé perçu à l'arrivée est confirmé chez les hommes, mais pas chez les femmes, et les situations de précarité s'accompagnent d'une plus mauvaise santé perçue. Les immigrants de Turquie et du Portugal s'avèrent particulièrement concernés par la mauvaise santé perçue, à milieu social équivalent. Un lien est clairement établi entre discrimination et santé perçue.

Des pathologies qui touchent davantage les personnes immigrées

Plusieurs travaux ont successivement mis en lumière des barrières à l'accès aux soins des immigrants, creusant ainsi leurs inégalités sociales en soins. Les enquêtes Santé, inégalités et ruptures sociales, menées en Ile-de-France en 2005-2010, ont notamment souligné les freins au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes immigrées et du VIH pour les hommes immigrés. L'organisation de la lutte contre le VIH, qui touche de manière disproportionnée les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, a contribué à faire de la santé des immigrants d'Afrique subsaharienne une problématique de santé publique. L'Agence nationale de la recherche sur le sida (ANRS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ont mis en place des études qui ont permis de mieux comprendre leur exposition au VIH et à sa prévention. Elles ont souligné la vulnérabilité spécifique des personnes à faible niveau d'éducation, des femmes et des personnes en situation de précarité [37]. Ces travaux ont été complétés quelques années plus tard par l'enquête ANRS de 2012-2013 sur le parcours de vie et la santé des Africains immigrants en France. Elle a révélé les difficultés d'installation, les bouleversements familiaux à l'arrivée sur notre territoire, et leurs conséquences en termes de santé [15]. Cette étude a notamment mis en lumière la vulnérabilité sexuelle des personnes migrantes en situations de précarité et les interactions avec le risque de contamination par

Pour le département Santé de l'Institut convergences et migration

Nicolas Vignier

Équipe de recherche en épidémiologie sociale, Institut d'épidémiologie et de santé publique Pierre Louis (IPLESP), Sorbonne université, Inserm UMR 1136 et Inserm CIC 1424, CH de Cayenne

Andrea Tortelli

Inserm U955-15, faculté de médecine de Créteil

Priscille Sauvegrain

Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale et pédiatrique, Inserm UMR 1153

Sophie Abgrall

CHU Antoine-Béclère, APHP

Marie Jauffret-Roustide

Inserm U988, Cermes 3

Marguerite Cognet

Université Paris Diderot

Annabel Desgrées du Loû

Centre population et développement (Ceped), Institut de recherche pour le développement (IRD)

Maria Melchior

Équipe de recherche en épidémiologie sociale, IPLESP, Sorbonne université, Inserm UMR 1136

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.



le VIH après l'arrivée en France. En modélisant le fait qu'une proportion significative de contaminations par le VIH, dont la prévalence est comprise entre 35 et 49 % se produisent très probablement après la migration, l'enquête invite à rompre avec les idées reçues telles que celles-ci : les Africains subsahariens sont contaminés dans leur pays d'origine, arrivent en France avec le VIH, ne seraient pas à risque de contamination par le VIH en France ou viendraient se soigner en France. Plusieurs autres travaux ciblés sur certaines pathologies ont souligné la fréquence parmi les migrants d'autres maladies infectieuses comme l'hépatite B (trois quarts des personnes suivies pour une hépatite B dans les centres experts sont des immigrés), la tuberculose (incidence huit fois plus élevée chez les immigrés), la bilharziose urinaire et le paludisme (80 % des cas sont diagnostiqués chez des immigrés). Enfin, certaines pathologies d'origine génétique comme la drépanocytose sont majoritairement rencontrées chez les immigrés de certaines régions du globe.

Une vulnérabilité accrue aux troubles psychiatriques

La santé mentale des immigrés fait partie des sujets de préoccupations importants. En effet, les statuts migratoire et de minorité ethnique sont associés à un risque augmenté de troubles psychiatriques par rapport aux natifs. Ce risque augmenté est expliqué par un

plus grand risque d'exposition à des facteurs stressants augmentant la vulnérabilité au développement de troubles psychiatriques. Il n'est pas seulement associé aux facteurs de risque prémigratoires (par exemple conflits armés) mais est aussi (et surtout) influencé par les conditions d'installation et d'intégration dans le pays d'accueil. Par exemple, les troubles psychotiques se développent des années après la migration. De plus, une meilleure intégration dans le pays d'accueil et un accès aux soins psychiatriques adaptés et précoces favorisent un meilleur pronostic des troubles de stress post-traumatique ou des épisodes dépressifs. A Paris, l'étude Santé mentale et logement du groupement hospitalier universitaire de Paris Psychiatrie et neurosciences a constaté que les immigrés, constituant 25 % des patients, sont plus présents dans des services d'hospitalisation qu'en ambulatoire ou que dans des services de consultations spécialisées, et plus souvent hospitalisés sous une mesure de contrainte.

Concernant l'usage de substances addictives, des études récentes ont mis en évidence une augmentation des conduites addictives telles que l'usage de tabac chez les migrants hommes originaires du Maghreb après leur arrivée en France, et chez les femmes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. Ce changement au moment de l'arrivée sur le territoire est également

Études sur la santé des migrants en France

- *Enquête Histoire de vie* de l'Insee (Lert, Melchior, Ville, 2007)
- *Enquête Passage à la retraite des immigrés* (Attias-Donfut, Teissier, 2005)
- L'*Enquête décennale Santé* a été menée en 2002-2003 par l'Insee auprès d'un échantillon représentatif de 16 800 ménages ordinaires au sein desquels 25 187 personnes âgées de 18 ans et plus ont été enquêtées, et a collecté pour la première fois en France des informations précises sur la santé, le pays de naissance et la nationalité (Jusot, Silva, Dourgnon 2008). L'état de santé y est notamment mesuré par les questions du mini-module européen : la santé perçue, l'existence d'une ou de plusieurs maladies chroniques et les limitations fonctionnelles.
- L'enquête sur les *Populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida, Connaissances, attitudes, croyances et comportements* menée par l'Inpes (Santé publique France) auprès de 1 874 personnes africaines âgées de 18 à 49 ans et a abordé les connaissances des modes de transmission et de protection, les opinions et attitudes à l'égard des personnes atteintes, la crainte du VIH/sida et la perception du risque, les comportements de prévention et les pratiques de dépistage (Lydié, Beltzer, 2007)
- L'*Enquête Trajectoires et origines (TeO)* est une enquête nationale représentative de la population immigrée et née en France menée en 2008 par l'Ined auprès de 22 000 personnes (Hamel & Moisy 2013). Le mini-module européen, la couverture maladie, le recours aux soins, le renoncement aux soins et les discriminations dans les soins y étaient recueillis.
- Les enquêtes *Santé, inégalités et ruptures sociales (Sirs)* ont été menées auprès d'un échantillon aléatoire de 3 000 personnes de Paris et Petite couronne en 2005, 2007 et 2010 et ont abordé une large palette de questions de santé (état de santé dont santé mentale et maternelle, recours aux soins et à la prévention, attitudes vis-à-vis de la santé) (Chauvin, Parizot 2006)
- L'enquête ANRS *Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France* a été menée en 2012-2013 auprès de 3 échantillons de personnes nées en Afrique subsaharienne en soins (923 personnes vivant avec le VIH, 778 personnes vivant avec le VHB et 763 recrutés en médecine générale). Elle abordait le parcours de vie des personnes et plusieurs questions de santé, d'accès aux soins et de prévention.
- Les enquêtes ANRS-Coquelicot ont été menées par Santé publique France et le Cermes3 en 2004 et 2011 auprès d'un échantillon aléatoire d'environ 1 500 usagers de drogues, selon les éditions, recrutés dans des CSAPA et CAARUD de cinq agglomérations et 2 départements français. En 2013, une enquête spécifique ANRS-Coquelicot a été menée auprès des usagers russophones à Paris (n = 150), car les centres de soins en addiction et de réduction des risques accueillaient jusqu'à un tiers de leur file active, parlant le russe, en particulier des migrants géorgiens. En 2020, la nouvelle édition de l'enquête comportera 6 langues afin de produire de nouvelles connaissances sur usages de substances psychoactives et migrations. 🗨️

observable chez les migrants usagers de drogues originaires d'Europe de l'Est qui connaissent un déclin social important lors de leur arrivée en France. En revanche, ils adoptent des conduites de prévention plus favorables concernant la pratique de partage des seringues, ce qui diminue leur risque d'exposition à l'infection par le virus de l'hépatite C et améliore leur accès au traitement de l'hépatite C [31].

Chez les immigrés installés, en lien avec la transition sanitaire, on observe une augmentation des maladies cardiovasculaires et métaboliques, des accidents du travail et des maladies professionnelles. Enfin, une problématique émergente est le vieillissement, parfois prématuré, des travailleurs immigrés et l'enjeu de la prise en charge de la dépendance.

La fréquence de ces pathologies est souvent aggravée par un retard du diagnostic et de la prise en charge, expliqué au moins en partie par des barrières à l'accès aux soins des immigrés. Ces barrières ont été soulignées dans plusieurs enquêtes conduisant à un moindre recours aux soins de ville et spécialisés, à des problèmes d'accès et de maintien de la couverture maladie, ce

qui entraîne des renoncements aux soins. Des refus de soins par certains professionnels de santé ont également souvent été rapportés pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Ainsi, l'ensemble des constats résultant de ces grandes enquêtes et des travaux plus ciblés sur des pathologies ou des populations immigrées soulignent majoritairement une dégradation de l'état de santé des migrants après leur arrivée en France, et ce malgré un « capital santé » plutôt meilleur à l'arrivée. Ces résultats s'inscrivent dans la problématique des inégalités sociales de santé, sans pour autant pouvoir y être réduits. Il reste donc important de mener d'autres travaux auprès des populations immigrées, de recueillir les informations permettant d'identifier les personnes nées à l'étranger, leur statut administratif et leur ancienneté d'arrivée dans les enquêtes en population générale, et de conduire des études interventionnelles permettant d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place, pour outiller les politiques publiques de lutte contre les inégalités sociales de santé. 📍

La santé des femmes immigrées en France

Il était d'usage, depuis 1991 et jusqu'à très récemment, d'étudier la population résidant en France selon la nationalité et le pays de naissance des individus. Les études portaient donc, pour le sujet qui nous concerne, sur les femmes immigrées : nées étrangères à l'étranger et résidant en France (définition du Haut Conseil à l'intégration, 1991). L'intensification des flux migratoires et leurs variabilités rendent cette notion de résidence plus fragile, et la tendance est à se rapprocher du terme anglo-saxon de migrantes. Nous rapportons ici les champs de la santé dans lesquels la santé des femmes migrantes est la mieux étudiée. Il s'agit de leur santé sexuelle et reproductive (génésique, maternelle et périnatale), mentale et infectieuse. Chaque étude porte sur des populations différentes qu'il convient de préciser pour proposer une vue d'ensemble.

Santé maternelle et périnatale des femmes immigrées en France

En France en 2018, 24 % des naissances vivantes concernaient des mères nées à l'étranger (Insee, 2018). Les données des enquêtes nationales périnatales (ENP), reconduites tous les cinq ans environ et portant sur un échantillon représentatif de la population, donnent des renseignements précis sur la santé des femmes immigrées et de leurs nouveau-nés. La dernière ENP de 2016 montre que les femmes nées dans l'un des pays de l'Afrique subsaharienne sont particulièrement à risque d'accouchement par césarienne (28,5 % vs 18,5 %

chez les femmes nées en France), d'accouchement prématuré (9,5 % vs 6 % des natives) et d'initiation tardive du suivi de grossesse (8,5 % vs 1,95 % des natives). En revanche, les femmes nées en Afrique du Nord et ailleurs en Europe ont des risques similaires à ceux des femmes nées en France. Ces informations sont confirmées par les données de mortalité maternelle et par les données de morbidité maternelle sévère. Les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne présentent également davantage de difficultés d'accès aux soins (en ville mais aussi parfois à l'hôpital) et plusieurs études qualitatives permettent de montrer des soins différenciés, en particulier moins d'explorations médicales, à leur égard ([50] et sa bibliographie pour plus de précisions sur ces données).

Contraception et accès aux soins gynécologiques des femmes étrangères et migrantes

En France, où le modèle contraceptif dominant est la pilule, peu de recherches existent sur le recours aux méthodes contraceptives des femmes étrangères et migrantes. Globalement celles-ci ont montré que ce sont les femmes précaires et d'origine étrangère qui paient souvent le plus lourd tribut (grossesses non prévues, IVG à répétition) d'un accès non facilité, voire contraint aux méthodes contraceptives, pas toujours de leur choix. Des recherches qualitatives, telles que Médoc Iresp, ont en effet montré que le système de santé comme les représentations du corps médical (gynécologues, sages-femmes, généralistes)

Pour le département Santé de l'Institut convergences migrations

Priscille Sauvegrain
Inserm UMR 1153, université de Paris, équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique

Anne Gosselin
Letizia Bertuzzi
Maria Melchior

Inserm UMR 1136, Sorbonne université, équipe de recherche en épidémiologie sociale

Laurence Kotobi
Inserm UMR 1219, université de Bordeaux, Centre de santé des populations



paraissent contribuer à orienter les prescriptions et les façons d'informer [34]. Ainsi des stéréotypes culturalistes enferment par exemple des femmes (roms, bulgares) dans des comportements spécifiques (recours itératifs à l'IVG) sans prendre en compte leurs conditions de vie et d'éducation ni les tabous des pays d'origine et d'arrivée.

Actuellement menée sur Paris et Bordeaux, auprès d'étrangers en situation irrégulière, la recherche pluridisciplinaire ANR Premiers Pas (<https://premierspas.hypotheses.org/>) étudie les conditions d'activation d'un droit et son appropriation par les personnes bénéficiaires ou éligibles à l'aide médicale d'État (AME), eu égard notamment à leur santé sexuelle et reproductive et à leurs conditions de vie et d'accueil. Les premiers résultats de l'enquête quantitative montrent que la durée du séjour, comme la maîtrise de la langue française, « ont une influence déterminante sur le fait d'être couverts », tandis que 51 % seulement des 1 083 personnes interrogées dans 63 structures bénéficient de l'AME, et que les femmes interrogées (31 % de l'échantillon) sont mieux couvertes (60 %) que les hommes (47 %). L'enquête socio-anthropologique a prévu dans son protocole un dispositif d'interprétariat professionnel pour recueillir au mieux la « diversité des mots pour dire les maux » et repérer les difficultés à traduire des notions liées aux technologies médicales et aux cadres légaux et administratifs (délais et techniques d'IVG, non-couverture de la PMA dans le panier de soins AME).

Les maladies infectieuses à partir des données de l'enquête Parcours

L'enquête Parcours a été menée en Île-de-France en 2012-2013, où résident 60 % des immigrés africains vivant en France. Elle est représentative des personnes nées en Afrique subsaharienne consultant dans les services de médecine générale (y compris consultations dédiées aux personnes précaires), dans les services de prise en charge du VIH et de l'hépatite B. L'enquête a permis de montrer que, pour les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne, l'absence de logement est

un déterminant majeur de l'exposition au risque VIH. Les années où elles n'ont pas de logement stable ou pas de logement personnel, où elles doivent être hébergées chez des amis ou de la famille, sont aussi des périodes où elles sont plus exposées à des relations sexuelles transactionnelles (en échange d'un logement, de nourriture, etc.) et à la violence sexuelle, elles-mêmes associées à l'infection par le VIH et à de nombreuses autres infections sexuellement transmises. Ainsi, 15 % des femmes qui ont très probablement été infectées par le VIH en France ont déclaré avoir subi des violences sexuelles depuis leur arrivée sur le territoire, contre 4 % pour les femmes qui n'avaient pas le VIH [45].

Santé mentale des femmes migrantes en France

L'enquête ENFAMS menée par l'Observatoire du Samu social de Paris (2013) sur les enfants et familles sans domicile fixe (hébergés dans des centres d'urgence, des centres de réhabilitation à long terme, des hôtels sociaux et des centres pour demandeurs d'asile) de la région parisienne a eu pour objectif de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques et d'évaluer leur état de santé et leurs besoins en termes de santé. 79 % des familles, soit 801 personnes, ont accepté d'y participer. Près de la moitié étaient des mères célibataires avec enfants ; 93 % des parents étaient immigrés et en situation de grande précarité.

Ces conditions de vie contribuent à des niveaux élevés de dépression (environ 29 %) et de trouble de stress post-traumatique (environ 17 %) par rapport à la population générale [57]. Les femmes étrangères étaient fréquemment en situation de précarité alimentaire (11 % dans les foyers sociaux). Il a été constaté, à l'instar d'autres études, que l'humeur dépressive joue un rôle important dans la façon dont les familles font face à des situations de privation, notamment alimentaires. À l'inverse, le stress chronique associé à la pauvreté et à la précarité alimentaire a des effets néfastes sur la santé mentale par diverses voies possibles. Enfin, les personnes en épisode dépressif avaient une pro-

Santé perçue et besoins de soins de santé (données de l'enquête Enfams)

Il a été observé un effet direct du niveau de scolarité, du statut migratoire des femmes, de l'accès spatial aux soins de santé, d'une mauvaise santé perçue et du statut d'insécurité alimentaire. Les femmes ayant un niveau d'éducation inférieur et des antécédents migratoires ont déclaré moins de besoins de soins de santé non satisfaits que les autres femmes. Les femmes ayant des difficultés de transport ou aucune satisfaction du quartier, une mauvaise santé per-

çue par elles-mêmes ou souffrant d'insécurité alimentaire ont déclaré des besoins de santé non satisfaits plus élevés que les autres femmes.

Les besoins de santé non satisfaits signalés étaient les suivants : consultations avec un spécialiste (45,0 %), soins dentaires (42,3 %) et consultations avec un médecin généraliste (30,2 %). Autres besoins de santé non satisfaits concernés : lunettes et lentilles de contact (17,0 %), tests et analyses de laboratoire et

d'imagerie (10,2 %), prescription de médicaments (1,2 %) et physiothérapie (3,2 %).

Le niveau d'éducation et le statut migratoire n'ont pas eu d'impact sur la santé perçue mais ont eu un impact direct et significatif sur les besoins de santé non satisfaits. La santé perçue, l'insécurité alimentaire et l'accès spatial aux soins de santé ont également eu un impact direct sur les besoins de santé non satisfaits. [59]

babilité plus de 3,5 fois augmentée d'être en situation de précarité alimentaire.

Les femmes immigrées d'Afrique du Nord et de Turquie étaient particulièrement susceptibles de souffrir de dépression, tandis que les femmes d'Afrique subsaharienne de déclarer une mauvaise santé, y compris après la prise en compte de leur situation sociale et économique.

L'étude longitudinale française depuis l'enfance (Elfe) [10], représentative des enfants nés en France en 2011, permet d'explorer l'état de santé des femmes immigrées de manière plus générale puisqu'elles représentent 13 % des 18 000 femmes incluses. Une des recherches menées a montré que les femmes immigrées non naturalisées françaises étaient plus susceptibles de souffrir de dépression post-partum et plus susceptibles de déclarer être en mauvaise santé perçue que la population majoritaire, deux mois après l'accouchement.

Conclusion

Il est également possible de souligner certains indicateurs plus favorables pour les femmes immigrées, comparativement aux natives, tels un meilleur taux d'allaitement maternel, une moindre assuétude tabagique et plus généralement une moindre consommation de toxiques. Nous souhaitons surtout attirer ici l'attention des lecteurs sur le fait que certains champs de la santé et les effets des politiques d'austérité et migratoires restent trop peu explorés concernant la santé des femmes immigrées en France et leurs recours aux soins, comme l'étude des maladies chroniques, des pathologies métaboliques et leur vulnérabilité face aux cancers. Dans une perspective d'analyse critique, ces études pourraient documenter le plus largement possible tant leur état de santé en France que la dégradation post-migratoire de ce dernier. 📌

La santé des enfants étrangers, isolés ou non

Les enfants sont une population particulièrement vulnérable parmi les migrants. En 2018, l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra) dénombrait en France 21 888 mineurs « accompagnant » leurs parents et 3 000 mineures protégées contre le risque de mutilation sexuelle [48]. Le nombre de mineurs non accompagnés (MNA) a considérablement augmenté ces dernières années et il est probablement sous-estimé. Il était de 17 022 personnes en 2018. En 2018, selon le ministère de la Justice, 40 000 jeunes sont entrés sur le territoire français et seuls ces 17 022 jeunes ont été reconnus mineurs non accompagnés par les départements et placés auprès de l'aide sociale à l'enfance [38].

Une population sous-évaluée et des conditions de vie difficiles

Parmi eux, le nombre des enfants de moins de 15 ans n'est pas connu précisément. Ils sont au sein des mineurs non accompagnés particulièrement fragiles. Ils bénéficient le plus souvent d'une protection par l'aide sociale à l'enfance d'emblée à la suite de l'évaluation par le dispositif d'évaluation des mineurs isolés étrangers (Demie). Peu d'études décrivent leur état de santé. Malgré un meilleur accès aux soins en comparaison aux mineurs non accompagnés, leur grande précarité est associée à un état de santé préoccupant.

Une étude a comparé les motifs de consultations d'environ 15 000 migrants dans des centres de Médecins du monde, dont 9,8 % d'enfants de moins de 14 ans, à ceux de 19 000 patients en médecine de ville, dont 16,9 % d'enfants. Les infections étaient plus fréquemment diagnostiquées chez les migrants. La survenue des infections aiguës hivernales des voies

respiratoires supérieures, les bronchites et bronchiolites ainsi que les hépatites virales étaient plus fréquentes. Les problèmes digestifs, cutanés, notamment les dermatophytoses ou la gale, et les atteintes respiratoires, comme l'asthme, étaient aussi plus nombreux. Bien que l'état de santé des enfants n'ait pas été décrit spécifiquement par rapport à celui des adultes, les tableaux cliniques étaient comparables à ceux observés chez les personnes sans domicile fixe. L'absence ou les mauvaises conditions de logement des familles, associant promiscuité, insalubrité, absence de chauffage et humidité, ainsi que les difficultés d'accès à une alimentation riche et variée rendent les enfants particulièrement vulnérables [27].

D'autres études soulignent la fréquence importante de carences nutritionnelles chez les enfants migrants. La fréquence de l'anémie a été évaluée chez plus de 600 enfants sans domicile fixe en région parisienne, âgés de 6 mois à 12 ans, pour lesquels plus de 80 % des mères étaient d'origine étrangère. 40 % étaient nés à l'étranger. Respectivement, 40 % et 22 % de ces enfants souffraient d'une anémie modérée ou sévère avec pour facteur de risque principal l'insécurité alimentaire [5].

Plus inquiétant, les difficultés neuro-développementales ont été analysées à 2 ans en France chez les enfants nés de mères migrantes de première génération, en comparaison avec les enfants de mères non migrantes ou migrantes de deuxième génération. Les troubles précoces du neuro-développement sont plus fréquents chez ces enfants en comparaison aux autres groupes [51].

Les difficultés d'hébergement des familles de ces enfants aggravent leur vulnérabilité. Ces difficultés sont croissantes depuis quelques années. Elles peuvent nuire au bon développement de l'enfant, à sa scolarisation,

Albert Faye

Pédiatrie générale et maladies infectieuses, hôpital Robert-Debré, et université de Paris

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.



et remettent en question les droits fondamentaux des enfants.

Une enquête réalisée en 2013 par le Samu social a montré que les familles dont 94 % des adultes étaient nés à l'étranger constituaient 35 % à 40 % des sans domicile en Ile-de-France. Les enfants de moins de 13 ans représentaient un quart de la population sans logement. 20 % de ces familles étaient passées par une période « sans abri ». La non-scolarisation des enfants de 6 à 12 ans était dix fois supérieure à celle de la population générale, et était particulièrement importante chez les enfants hébergés à l'hôtel. Les difficultés de scolarisation liées à la vulnérabilité résidentielle concernent un quart des enfants de plus de 8 ans [18]. La situation des adolescents de 11 à 18 ans vivant en hôtel, qui sont en très grande majorité des migrants, a aussi été décrite par le Samu social au travers d'une enquête qualitative. Elle a mis en évidence des obstacles majeurs à la socialisation de ces enfants liés à l'insécurité résidentielle [61].

Un état de santé dégradé et des obstacles à l'accès aux soins

Sur le plan médical, le ressenti d'un mauvais état de santé de ces familles atteint 48 %. Un des points majeurs d'inquiétude est celui de l'insécurité alimentaire, qui touche deux enfants sur trois. Cette insécurité est associée à des risques de carences nutritionnelles, mais aussi de surpoids, qui touche près d'un quart des enfants. Enfin de nombreux obstacles sont rencontrés dans l'accès aux soins avec un recours plus important à l'hôpital et au centre de santé, et plus rarement au médecin généraliste et au pédiatre. Pour l'enfant de moins de 6 ans, le recours exclusif à la PMI est très important, allant jusqu'à un enfant sur cinq, et souvent dans un contexte curatif, ce qui n'est pas la vocation de la PMI. Dans cette situation de grande précarité, la dépression maternelle, fréquente, a un impact évident sur la survenue de troubles comportementaux, en particulier émotionnels, des enfants, qui peuvent être touchés dans 50 % des cas [18].

Concernant les mineurs non accompagnés, une étude observationnelle rétrospective a été réalisée à l'hôpital universitaire Robert-Debré, à Paris, dans le cadre d'une consultation pour enfants migrants, entre septembre 2017 et 2018. Parmi les 128 patients venus, 107 ont été inclus. L'âge médian était de 15 ans, le sexe ratio (M/F) était de 95/12, la majorité venait d'Afrique subsaharienne (62 %), 46 % avaient traversé la Libye avec un surrisque de violences (69 %, $p = 0,046$), d'emprisonnement (56 %, $p = 0,03$) et de travail forcé (48 %, $p = 0,02$). Le délai médian de consultation était de deux mois (IQR 0-5, 0-12 mois). Il n'y avait pas d'association entre le délai et le risque de pathologie. 87 % avaient un problème de santé, 52 % des infec-

tions : bilharziose (22 %), tuberculose latente (22 %), parasitoses digestives (16 %) et hépatites virales B (8 %). L'état de stress post-traumatique (ESPT) était fréquent (35 %). Les mineurs non accompagnés venant du Maghreb étaient plus dénutris (38 %, $p = 0,04$). 66 % des mineurs non accompagnés ont eu un traitement, mais 40 % ont été perdus de vue.

Cette étude montrait que la fréquence des pathologies rend nécessaire un bilan de dépistage systématique chez les mineurs non accompagnés. Un renforcement du suivi psychiatrique serait important devant la prévalence des états de stress post-traumatique. Cela renforce la nécessité d'un premier bilan de santé des mineurs non accompagnés rapidement après leur arrivée sur le territoire, et de l'organisation de la continuité de ce suivi parfois difficile étant donné les changements de lieu d'hébergement répétés de cette population [24].

Une situation préoccupante

En résumé, la situation des enfants migrants en France, qu'ils soient accompagnés ou non, est particulièrement préoccupante. Cette situation touche la santé des enfants dans toutes ses dimensions, allant de l'état nutritionnel et de la fréquence des pathologies courantes de l'enfant jusqu'aux difficultés de socialisation en lien avec l'insécurité scolaire, et aux troubles du neuro-développement associés ou non à des pathologies dépressives parentales. Ces observations, issues pour la plupart d'études scientifiques, montrent de manière évidente que la situation des enfants migrants en France va à l'encontre de l'intérêt supérieur de l'enfant.

En conclusion, afin d'améliorer l'état de santé des enfants migrants, plusieurs axes d'action devraient être mis en place en priorité :

- l'évaluation précoce de l'état de santé de ces enfants, dès leur arrivée sur le territoire français, incluant les aspects nutritionnels, le dépistage des maladies infectieuses et des maladies chroniques, la prévention vaccinale, l'examen du neuro-développement et les aspects psychologiques ;
- la sécurisation nutritionnelle, qui préviendra non seulement les carences mais aussi les pathologies en lien avec un surpoids. La complémentation en vitamine D peut être bénéfique en période de pandémie de Covid-19 [2] ;
- la sécurisation rapide de l'hébergement de ces enfants et de leur famille sur le long terme, qui permettra d'assurer une scolarisation et une socialisation normale de ces enfants, dont l'absence constitue un risque majeur de troubles du neuro-développement ;
- une approche globale de prise en charge de l'état de santé de la famille pour les enfants accompagnants, qui est nécessaire à la sécurisation de leur environnement ;
- une promotion de la recherche médicale et en sciences humaines dans le domaine de l'évaluation, de la prise en charge et du suivi des enfants migrants. 🗨️