

# 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