

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.*